EL ESTUDIO DE LAS ADICCIONES SOCIALES. EL JUEGO COMO ADICCIÓN SOCIAL: PROBLEMÁTICA SOCIAL, CONTEXTO FAMILIAR Y MOVIMIENTO ASOCIATIVO. EL CASO DE HUELVA

Autora: Pilar Blanco Miguel

Director: Dr. Iván Rodríguez Pascual

Huelva, Noviembre de 2013

El Estudio de las Adicciones Sociales. El Juego como Adicción Social: Problemática social, contexto familiar y movimiento asociativo. El caso de Huelva

Autora: Pilar Blanco Miguel
Director: Dr. Iván Rodríguez Pascual

Programa de Doctorado:

Globalización, Multiculturalismo y Exclusión Social

Huelva, Noviembre de 2013

AGRADECIMIENTOS

Quisiera expresar mi más noble gratitud y reconocimiento a todas aquellas personas que, a lo largo de todo este periplo, han sido capaces de prestarme tanto su apoyo intelectual como emocional.

En primer lugar, un gran agradecimiento a mi director de tesis, Don Iván Rodríguez Pascual. De él admiro su gran lucidez intelectual y su enorme humildad. Conocedor de mis defectos y virtudes, ha sabido conferirme la suficiente libertad de actuación, a partir de la cual he intentado maniobrar de forma correcta, para poder llevar a buen término una tarea tan complicada como es la elaboración de una tesis doctoral.

En segundo lugar quiero mostrar mi más firme agradecimiento al grupo humano que conforma la Asociación AONUJER de Huelva, sin su entusiasta colaboración esta tesis no hubiese visto la luz, ya que ellos han conformado mi trabajo de campo. Agradecer a Don Jorge Barroso, presidente de AONUJER y a los demás miembros de la directiva, toda su colaboración ya que desde el primer día que contacté con ellos se pusieron a mi disposición haciendo factible todas y cada una de las peticiones realizadas. De igual modo quiero agradecer a los técnicos de la Asociación AONUJER la ayuda prestada, principalmente a Lola Nogueras -psicóloga de la asociación- por haber ayudado a hacer realidad este trabajo y haberme dedicado parte de su tiempo; en ella me llevo a una amiga. Pero sobre todo vaya mi agradecimiento a cada uno de los jugadores y jugadoras, así como a los familiares, ya que ellos han sido los verdaderos protagonistas de este estudio, sin su generosa colaboración no hubiésemos llegado a desarrollar este trabajo. De entre ellas destacar a dos personas que hoy no están aquí, Manuela y Gero, ambas desde su posición (jugadora y familiar) supieron aportar su gran granito de arena.

En tercer lugar quiero agradecer a mis compañeros y compañeras de Departamento su apoyo, sobre todo a Mercedes González, Cinta Martos y Octavio Vázquez y Pablo Álvarez por la ayuda emocional prestada a lo largo de todo este proceso y a estos dos últimos agradecerle también toda la ayuda material prestada. También quiero darle mi agradecimiento a mi gran amiga Yolanda Borrego, que aunque no compañera de Departamento, si de trabajo, que ha sabido estar ahí, en los malos y buenos momentos dándome todo su apoyo y comprensión. Gracias por esos largos ratos de conversación; que a tu vez te sirva de apoyo. De igual modo quiero mostrar mi más sincero agradecimiento a otro compañero de trabajo, Don Carlos Ruiz Frutos, por la ayuda prestada con el inglés.

Por último quiero agradecer a mi *pequeña pero a la vez gran familia* -Juan y Alberto- todo el apoyo recibido. Especialmente quiero dedicar estas últimas líneas a mi mejor crítico, mi hijo Alberto, que armado de una gran paciencia ha sabido llegar hasta el final. Espero que a partir de ahora pueda brindarles todo el tiempo que se merecen.

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS 5

ÍNDICE GENERAL 7

RESUMEN. ABSTRACT 17

INTRODUCCIÓN 25

1º BLOQUE TEMÁTICO. LAS ADICCIONES SOCIALES COMO CONTEXTO DESDE EL QUE ENMARCAR EL ESTUDIO DEL JUEGO COMO FENÓMENO ADICTIVO

CAPÍTULO I. FUNDAMENTACIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS ADICCIONES SOCIALES.

1.- APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE ADICCIÓN SOCIAL 37
1.1.- Precisiones conceptuales 38
1.2.- Conceptualización 47
49

2.- DIMENSIONES DE LA ADICIÓN
2.1.- Dimensión Biológica 49
2.2.- Dimensión Psicológica 51
2.3.- Dimensión Social 53

3.- PROCESO ADICTIVO: CARACTERIZACIÓN, ETAPAS Y FACTORES QUE LO DELIMITAN 55
3.1.- Caracterización del proceso adictivo 55
3.2.- Etapas o fases del proceso adictivo 58
3.3.- Factores o causas que delimitan el riesgo en las adicciones sociales 64
3.3.1.- Factores socioculturales 65
3.3.2.- Factores o características socio-demográficas 68
3.3.3.- Factores personales 68

CAPÍTULO II. POR UNA MORFOLOGÍA DE LAS ADICCIONES SOCIALES

1.- CLASIFICACIÓN DE LAS ADICCIONES SOCIALES. TIPOLOGÍAS DE LAS ADICCIONES SOCIALES PATOLÓGICAS 77
1.1.- Clasificación básica de las adicciones sociales 77
1.2.- Adicción a la comida o Fagoadicción 80
1.2.1.- La Bulimia 85
1.2.2.- La Hiperfagia Adictiva 94
1.3.- Adición a las Compras o Consumopatía 97
1.4.- Adicción al Sexo o Sexoadicción 115
1.4.1.- El Donjuanismo 138
1.4.2.- La Sexoadicción Promiscua Anónima 140
1.4.3.- La Hostigación Sexual 142
1.4.4.- La Violación Adictiva 144
1.5.- Adicción al Trabajo o Laborodependencia 148
1.6.- La Tecnología y las Adicciones Sociales 180
1.6.1.- Adicción a la Televisión 181
1.6.2.- Adicción al Teléfono Móvil 184
1.6.3.- Adicción a Internet 188

2º BLOQUE TEMÁTICO. CONSTRUCCIÓN DEL JUEGO COMO PROBLEMA SOCIAL: DE LA PRÁCTICA SOCIAL A LA PATOLOGÍA INDIVIDUAL

CAPÍTULO III. EL JUEGO COMO FENÓMENO SOCIAL. CONSIDERACIONES LEGALES Y SOCIOECONÓMICAS

1.- EL JUEGO COMO PARTE INTEGRANTE DE LA VIDA SOCIAL. UNA APROXIMACIÓN DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES 203
- 1.1.- Juego y vida social 203
- 1.2.- Conceptualización: consideraciones generales 204
  - 1.2.1.- Análisis etimológico del concepto 205
  - 1.2.2.- Conceptualización 206
  - 1.2.3.- Naturaleza y definición 208
- 1.3.- Por una dimensión social del juego: Ejes de análisis y perspectivas teóricas del juego 215
  - 1.3.1.- Ejes de análisis 215
  - 1.3.2.- Perspectivas teóricas del juego 220
    - 1.3.2.1.- Configuración del juego desde el campo de la Filosofía 220
    - 1.3.2.2.- Consideraciones generales del juego desde la Antropología 231
    - 1.3.2.3.- Consideraciones generales del juego desde la Psicología 236
    - 1.3.2.4.- Aportaciones generales al juego desde la teoría Socio-histórica de Vygotsky y Elkonin 240
- 1.4.- Por una sistematización del juego: intento clasificatorio 242
  - 1.4.1.- Los juegos de azar o de envite 245

2.- APORTACIONES LEGALES Y ECONÓMICAS DEL JUEGO AL ÁMBITO SOCIAL. POR UNA ECONOMÍA DEL JUEGO 249
- 2.1.- Delineación histórica del juego 249
- 2.2.- La regulación del mercado de juego en España 252
  - 2.2.1.- Despliegue normativo 254
  - 2.2.2.- Legislación del juego en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía 262
- 2.3.- Economía del juego en España 264
  - 2.3.1.- El Mercado económico del juego en España 265
  - 2.3.2.- Mercado de juego *On Line* en España 278
  - 2.3.3.- A modo de conclusión 281

CAPÍTULO IV. LA PATOLOGÍA DEL JUEGO. DE LA ETIOLOGÍA DEL FENÓMENO A SUS CONSIDERACIONES EPIDEMIOLÓGICAS Y FUNDAMENTOS TEÓRICOS

1.- GENERALIDADES SOBRE EL JUEGO. INTENTOS POR DELIMITAR UN PROBLEMA SOCIAL 285
- 1.1.- Diagnosis y conceptuación del juego patológico: El juego como problema psicosocial 286
  - 1.1.1.- Conceptualización del Juego patológico 294
  - 1.1.2.- El juego patológico como trastorno del control de los impulsos 294
  - 1.1.3.- El juego como conducta adictiva 295
  - 1.1.4.- El juego patológico como trastorno obsesivo-compulsivo 299
  - 1.1.5.- Por una comprensión del juego adictivo 300

2.- PREVALENCIA DEL JUEGO PATOLÓGICO. ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS 304

2.1.- Estudios epidemiológicos en población adulta 305
2.2.- Estudios epidemiológicos en Población joven y adolescente 309

3.-PROGRESIÓN DE LA PATOLOGÍA DEL JUEGO. FASES O ETAPAS QUE DELIMITAN SU PROCESO EVOLUTIVO 312
3.1.- Fase de ganancias 313
3.2.-Fase de pérdidas 315
3.3.- Fase de desesperación 316
3.4.- Fase de desesperanza o abandono 317

4.- ¿CÓMO SON LOS JUGADORES PATOLÓGICOS? PERFIL SOCIOLÓGICO DE UN ADICTO AL JUEGO 319
4.1.- Reseña clasificatoria: Descripción de las diferentes tipologías de jugadores existentes 320
4.2.- Perfil social del jugador patológico. ¿Cómo es un adicto al juego? 330
4.2.1.- Ciclo de vida y juego 331
4.2.2.- Género y juego 333
4.2.3.- Clase social y juego 335
4.2.4.- Consumo de masas y juego 336
4.2.5.- Nivel educativo y juego 338
4.2.6.- Estado civil y juego 339
4.2.7.- Estatus social y juego 340
4.2.8.- Religión y juego 341
4.3.- ¿Cómo es un adicto al juego? Perfil clínico y comorbilidad de un jugador patológico 342
4.3.1.- Clínica de un jugador patológico 343
4.3.2.- Comorbilidad en un jugador patológico. Problemas asociados al juego 345
4.3.2.1.- Trastornos afectivos 345
4.3.2.2.- Trastorno de ansiedad 346
4.3.2.3.- Trastornos psicosomáticos 347
4.3.2.4.- Trastornos poliadictivos 347
4.3.3.- Juego patológico y mujer 350
4.3.4.- Juego patológico y juventud 357
4.3.4.1.- Juego patológico y adicción al videojuego en los menores y jóvenes 362

5.- FACTORES DE RIESGO IMPLICADOS EN LA CONDUCTA DE JUEGO PATOLÓGICA. FACTORES PREDISPONENTES Y MANTENEDORES DE LA ADICCIÓN 368
5.1.- Factores predisponentes en la adicción al juego 368
5.1.1.- Factores personales 369
5.1.2.- Factores familiares 376
5.1.3.- Factores socioculturales 377
5.2.- Factores mantenedores de las conductas adictivas 382
5.2.1.- Reforzadores positivos y negativos 383
5.2.2.- Estímulos discriminativos 385
5.2.3.- Sesgos cognitivos/creencias y pensamientos irracionales 386
5.2.4.- Falta de habilidades para hacer frente al impulso de jugar 390

6.- PROBLEMAS O COSTES DERIVADOS DE LA CONDUCTA DE JUEGO PATOLÓGICA 390
6.1.- Costes personales 390
6.2.- Costes familiares 391
6.3.- Costes sociales 392

6.4.- Costes laborales 393
6.5.-Costes legales 396
6.6.- Coste sanitario 396

7.- TEORÍAS ETIOPATOGÉNICAS Y MODELOS EXPLICATIVOS DEL JUEGO PATOLÓGICO 397
7.1.- Teorías Biológicas 398
7.1.1.- Hipótesis neurobiológicas 400
7.1.2.- La Genética molecular en el estudio del juego 405
7.1.3.- Hipótesis etiopatogénica 407
7.1.4.- Modelo médico o enfermedad 408
7.2.- Teorías Socio-Psicológicas 410
7.2.1.- Teorías psicodinámicas 411
7.2.2.- Teoría de la personalidad o rasgo 413
7.2.3.- Teorías del comportamiento cognitivo 414
7.2.4.- Teorías del aprendizaje. Modelos conductistas 418
7.3.- Modelos explicativos del juego patológico. Hacia una integración de las distintas perspectivas teóricas presentes en el análisis del juego patológico 421
7.3.1.- Modelo de Brown 421
7.3.2.- Modelo de Blaszczynski y Colaboradores 423
7.3.3.- Modelo de McCormick y Ramírez 423
7.3.4.- Modelo de Sharpe y Terrier 424

CAPÍTULO V. PROCESOS DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN SISTÉMICA EN EL JUEGO PATOLÓGICO

1.- EVALUACIÓN DEL JUEGO PATOLÓGICO 429
1.1.- Instrumentos de Evaluación de la conducta de juego. Evaluación clínica 430
1.1.1.- Entrevistas estructuradas y semiestructuradas de la historia de juego 430
1.1.2.- Cuestionarios utilizados para evaluar la conducta de juego 431
1.1.2.1.- Cuestionarios de exploración para su aplicación en adultos 431
1.1.2.2.- Cuestionarios aplicados a niños/as y adolescentes 437
1.1.3.- Cuestionarios para evaluar los parámetros de la conducta de juego 439
1.1.4.- Instrumentos de evaluación de la sintomatología asociada 442
1.1.5.- Instrumentos de evaluación de la probabilidad de sufrir una recaída 445

2.- EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO SOCIAL 446
2.1.- Instrumentos de evaluación social 447

3.- PROPUESTA DE INTERVENCIÓN HOLÍSTICA O SISTÉMICA EN EL JUEGO PATOLÓGICO 449
3.1.- Enfrentamiento personal al juego 451
3.2.- Abordaje profesional del juego patológico 457
3.2.1.- Intervención psicológica 457
3.2.1.1.- Técnicas encaminadas a la suspensión de la conducta adictiva de juego 460
3.2.1.2.-Técnicas encaminada a la deshabituación de la conducta adictiva de juego 464
3.2.1.3.- Técnicas encaminadas al mantenimiento de los logros del juego 475
3.2.2.- Intervención médica. Farmacología de la adicción al juego 480
3.2.3.- Intervención Social 482

4.- LA PREVENCIÓN COMO MODELO DE INTERVENCIÓN EN LA ADICCIÓN AL JUEGO 489

4.1.- Prevención Primaria 490
4.2.- Prevención Secundaria 495
4.3.- Prevención Terciaria 495

CAPÍTULO VI. CONTEXTO FAMILIAR Y ASOCIACIONISMO: REFERENTES CLAVES PARA EL ANÁLISIS DE LOS PROCESOS DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN LA ADICCIÓN AL JUEGO

1.- FACTORES QUE DETERMINAN LA RELACIÓN DE LA FAMILIA CON EL JUEGO PATOLÓGICO 499
1.1.- Ludopatía y familia. El papel de la familia en las conductas de juego patológico 501
1.1.1.- Elementos familiares que predisponen al juego patológico 502
1.1.2.- Elementos familiares desencadenantes de conductas patológicas de juego 505
1.2.3.- La familia como factor mantenedor de la conducta adictiva de juego 506

2.- REPERCUSIONES O CONSECUENCIAS FAMILIARES DEL JUEGO PATOLÓGICO 512

3.- LA FAMILIA COMO SOCIEDAD PREVENTIVA Y REHUMANIZADORA DE LAS ADICCIONES 520

4.- FAMILIA Y MOVIMIENTO ASOCIATIVO. ELEMENTOS CLAVES EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES 525

5.- MOVIMIENTO ASOCIATIVO Y ADICCIÓN AL JUEGO. BASES PARA EL APOYO SOCIAL Y LA AUTOAYUDA 528
5.1.- Los grupos de autoayuda y su posición en los procesos de ayuda en situaciones de adicción al juego 533

3º BLOQUE. LAS CIENCIAS SOCIALES COMO REFERENTE GENERAL BÁSICO DESDE EL QUE SITUAR EL ANÁLISIS DE LAS ADICICONES SOCIALES COMO FENÓMENO SOCIAL

CAPÍTULO VII. LAS ADICIONES SOCIALES. UNA APROXIMACIÓN DESDE LA SOCIOLOGÍA. MARCOS CONCEPTUALES DESDE DÓNDE PODER LLEVAR A CABO EL ANÁLISIS Y LA COMPRENSIÓN DE ESTE FENÓMENO.

1.- POR UNA SOCIOLOGÍA DE LAS ADICCIONES SOCIALES 543

2.- APROXIMACIÓN A LOS ENUNCIADOS SOCIALES DE LA DESVIACIÓN SOCIAL COMO MARCO EXPLICATIVO DE LAS ADICCIONES SOCIALES 545
2.1.- Modelo Consensualista. Visión Estructural-Positivista de la Desviación Social 547
2.1.1.- Perspectiva Clásica de la Teoría de la Anomia de Emile Durkheim 547
2.1.2.- Perspectiva de la Anomía en Robert K. Merton 549
2.1.3.- La Perspectiva Ecológica de la Escuela de Chicago 551
2.1.4.- Perspectiva de las Teorías Subculturales 553
2.1.4.1.- Teoría de las Subculturas de Albert K. Cohen 553
2.1.4.2.- Teoría de la Oportunidad Diferencial o Desigualdad de Oportunidades 556
2.2.- Modelo Pluralista. Visión Interaccionista de la Desviación Social 557
2.2.1.- Teorías del Aprendizaje Social 558
2.2.1.1.- Teoría de la Asociación Diferencial de Edwin Sutherland 558
2.2.1.2.- Teoría de la Identificación Diferencial de Daniel Glaser 560
2.2.2.- La Fenomenología Norteamericana: David Matza 561

2.2.3.- Teorías Interaccionistas de la Reacción Social 565
2.2.3.1.- Teorías del Etiquetamiento (Labeling) 571
2.3.- Modelo Conflictivista. Visión Crítica y Radical de la Desviación Social 573
2.3.1.- Perspectiva Marxista de la Desviación 574
2.3.2.- Perspectiva Crítica y Radical del Conflicto 577

3.- APROXIMACIÓN A LOS ENUNCIADOS SOCIALES DEL CONSUMO. ANÁLISIS DE LAS ADICCIONES SOCIALES DESDE EL MARCO DE LAS TRANSFORMACIONES SOCIALES 577

4.- EL CONSUMO COMO MARCO CONCEPTUAL QUE FUNDAMENTA EL ANÁLISIS DEL JUEGO COMO ADICCIÓN SOCIAL 595
4.1.- Enfoque económico del consumo 597
4.2.- Interpretación Psicológica del consumo 601
4.3.- Aportes Sociológicos al ámbito del consumo 602
4.4.- A modo de conclusión: Del júbilo consumista al desencanto de la adicción 610

BLOQUE IV. LA ADICCIÓN AL JUEGO DESDE UNA MIRADA CUALITATIVA

CAPÍTULO VIII. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO METODOLÓGICO APLICADO A LA INVESTIGACIÓN.-

1.- DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA 619
1.1.- Punto de partida: Objetivos e hipótesis de trabajo 619
1.2.- Elección de la metodología 621
1.3.- Las fuentes primarias: Elección de las técnicas de recogida de información 627
1.3.1.- La Historia de Vida 627
1.3.1.1.- Justificación de la técnica: La historia de vida en nuestra investigación 627
1.3.2.- La Entrevista en Profundidad 635
1.3.2.1.- Justificación de la técnica: la entrevista en nuestra investigación 635
1.3.3.- La Observación Participante 641
1.3.3.1.- Justificación de la técnica: La observación en nuestra investigación 641
1.4.- Las Fuentes Secundarias 647
1.5.- A modo de conclusión justificativa de la estrategia metodológica 647

2.- DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO 650
2.1.- Diseño del marco empírico 650
2.2.- Explotación y análisis de los datos 653

CAPÍTULO IX. EL VALOR DEL JUEGO DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROPIOS AFECTADOS

1.- LA REALIDAD DE LA ADICIÓN AL JUEGO 661

2.- DESCUBIENDO EL PROBLEMA: CRÓNICA DE UNA PATOLOGÍA ANUNCIADA 662
2.1.- Definiendo el problema. De la estigmatización social a la enfermedad 662
2.2.- Iniciándose en el juego 667
2.3.- Deshilvanando la conducta de juego. Encontrando motivos y razones que expliquen la conducta de juego adictiva 670
2.3.1.- Dimensión social del juego: Consumo, ocio y tiempo libre como generadores de la conducta de juego 672

2.3.2.- Dimensión personal del juego: La atribución personal como factor generador de conductas adictivas de juego 675
2.3.3.- Entorno laboral y juego 681
2.4.- Adicciones y Juego: La poliadicción como un hecho visible en las conductas de juego patológico 684

3.- CONVIRTIÉNDOSE EN JUGADOR: DEL JUEGO COMO ACTIVIDAD SOCIAL AL JUEGO COMO ADICCIÓN 687

4.- COSTES DERIVADOS DE LAPROBLEMÁTICA DEL JUEGO. ASUMIENDO LAS CONSECUENCIAS DE LA ADICCIÓN 702
4.1.- Derivaciones o consecuencias personales 703
4.2.- Derivaciones o consecuencias económicas 706
4.3.- Derivaciones o consecuencias laborales 708
4.4.- Derivaciones o consecuencias legales 711
4.5.- Derivaciones o consecuencias en las relaciones sociales 712

5.- CONTEXTO FAMILIAR Y JUEGO 714
5.1.- La institución familiar como elemento generador y mantenedor de las conductas adictivas de juego 714
5.2.- Adicción al juego y consecuencias familiares 720

6.- AFRONTAMIENTO DEL PROBLEMA: FAMILIA Y PROCESO DE REHABILITACIÓN. APRENDIENDO A VIVIR SIN EL JUEGO 740
6.1.- Principios fundamentales sobre los que se asienta el proceso de rehabilitación 744
6.2.- Trabajando por la recuperación. Expectativas y sentimientos que genera el proceso de rehabilitación 747

CONCLUSIONES

1.- NOTACIONES CONCLUSIVAS 767

BIBLIOGRAFÍA

1.- RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS 783

ANEXOS

1.- ÍNDICE DE CUADROS 817

2.- ÍNDICE DE TABLAS 820

RESUMEN Y ABSTRACT

Desde que en 1977 se legalizaran los juegos de azar en España son muchas las voces que atestiguan que éstos se han convertido en un grave problema que, cada vez afecta a un mayor número de personas. Por tanto, teniendo como marco de referencia esta afirmación, esta tesis plantea ahondar desde la perspectiva sociológica en el estudio y análisis de lo que se conoce como juego patológico. Para ello, estableceremos en primer lugar un marco teórico conceptual desde el que poder comprender y reflexionar y así descubrir el *porqué* de la existencia de esta patología social, teniendo como referencia contextual las adicciones sociales. Del mismo modo, se estudiarán y analizarán aspectos insuficientemente explorados y analizados como son el tema de *familia* y el *movimiento asociativo*, así como la relación que se establece entre ambos puesto que, la génesis y desarrollo del asociacionismo en este sector no se concibe sin su pilar básico "la familia".

El objetivo principal, en torno al cual ha girado toda nuestra investiga doctoral, está situado en un propósito muy genérico que bajo el nominal de: *Análisis de la problemática social que acarrea la práctica del juego patológico, así como el estudio de la familia y del movimiento asociativo como principales elementos de apoyo y tratamiento*, nos ha servido como columna vertebral para enderezar todo nuestro proceso de estudio. Dada la amplitud de miras que lleva implícita esta finalidad, se ha hecho necesario situarnos en un nivel mayor de concreción, para así, hacer factible el abordaje de nuestro objetivo general. Con carácter específico esta tesis pretende: (1) Establecer el marco teórico conceptual desde donde poder realizar el estudio de las adicciones sociales, principalmente la adicción al juego o ludopatía, como fenómeno histórico y social; (2) Describir y analizar los diferentes elementos que conforman la compleja problemática de la práctica patológica del juego y que pueden terminar dibujando situaciones de anomia y exclusión social; (3) Análisis del asociacionismo como principal elemento de apoyo social que surge para dar respuesta, desde la intervención socio-comunitaria, al problema de la adicción al juego; (4) Análisis del sistema familiar como contexto donde se crean y mantienen conductas adictivas de juego , a la par que originan cambios estructurales dentro de él; (5) Estudiar el papel que se le atribuye a la familia dentro del tejido asociativo, tanto en lo que respecta al área de tratamiento o rehabilitación, como en el de la prevención a la ludopatía.

Para la elaboración y el desarrollo de esta tesis nos hemos visto obligados a tener que utilizar tanto fuentes secundarias como primarias. Las primeras nos han servido para establecer el marco teórico conceptual y la segundas para construir todo el marco empírico. Las técnicas de recogida de información elegidas son de corte *cualitativo* ya que éstas conceden la posibilidad de profundizar y de abordar los significados y las acciones de los individuos involucrados en el campo de estudio. Además, estas técnicas no sólo logran explicar el fenómeno social en estudio sino que ayudan a explorar realidades existentes o incluso aquellas que no se tienen en cuenta o no se conocen según los determinantes específicos de cada caso, lo cual hace que aumente la agudeza analítica del fenómeno a estudiar. Por tanto, este tipo de metodología nos faculta poder sumergirnos en los ritmos de vida cotidianos de estas personas, permitiendo un diagnóstico y análisis más certero y cercano sobre la

problemática social a estudiar, sus realidades y consecuencias. Dentro de esta tendencia metodológica hemos utilizado como base principal las siguientes técnicas: la Historia de Vida, la Entrevista en Profundidad y la Observación Participante. Concretamente la *Historia de Vida* ha sido utilizada para recabar la información procedente de los jugadores y jugadoras como de los familiares (cónyuge e hijos) y en algún caso aislado a madres o amistades íntimas (cuando no existe apoyo o respaldo familiar). Por su parte, la *Entrevista en Profundidad* ha sido pensada para recopilar los datos ofrecidos por los técnicos que trabajan en este ámbito, ya sean psicólogos, trabajadores sociales y abogados. Mientras que la *Observación Participante* se ha puesto en práctica en varios contextos, fundamentalmente, asistiendo a las diferentes convivencias grupales que las asociaciones realizan, de vez en cuando, tanto a nivel provincial como regional y participando en algunas sesiones terapéuticas grupales que se realizan todas las semanas tanto para jugadores como para familiares o de forma conjunta cuando ya el proceso de rehabilitación se encuentra en una fase más avanzada.

Como resultados más importantes podemos destacar los siguientes:

La primera cuestión que podríamos destacar es la *estrecha correlación* que hemos encontrado entre las diferentes delineaciones conceptuales analizadas y descritas en el marco teórico, con la realidad avistada por los propios implicados en el proceso de estudio.

En cuanto a la naturaleza del problema subrayar que, si bien al principio todos manifiestan creer o creerse unos *viciosos del juego*, porque socialmente es lo que se dice de ellos y así lo han asumido, esta concepción sólo cambia cuando se encuentran inmersos en un proceso de rehabilitación. De hecho, es a partir de aquí cuando el jugador y el familiar van a tener la verdadera posibilidad de pensar en una nueva perspectiva del problema: *el juego como adicción o enfermedad*.

De manera general hemos descubierto que para una buena parte de los ludópatas varones estudiados *el jugar* les venía desde muy jóvenes, apenas habían alcanzado la mayoría de edad. Mientras que en las mujeres, las experiencias con el juego surgen a edades mucho más adultas, concretamente pasados los treinta.

Entre las causas que pueden explicar el “porqué” una persona podría volverse adicta al juego nos hemos encontrado con una gran lista de argumentaciones, aunque de muchas de ellas fácilmente puede extractarse la necesidad de huir de una situación problemática. De igual modo podemos anotar que una gran parte de los participantes en el estudio reconocen al contexto familiar como el principal promotor de su conducta adictiva.

Ser ludópata tiene muchos costes. Costes que quedan visualizados no sólo en el terreno de lo económico, sino también en el personal, el laboral, el social, el legal y el familiar.

Tocado fondo, hemos visto que si el adicto o adicta no ha sido descubierto, éste tiende a enfrentarse a su realidad de dos formas: o bien ideando un posible suicidio como forma de acabar con todo, o confesando el problema a sus familiares. Revelada o descubierta esta doble vida, sabe que si quiere seguir formando parte de su contexto familiar, sólo le queda un camino: *el camino de la rehabilitación*.

El proceso de rehabilitación requiere de tres elementos claves: Voluntad de querer salir de la situación, apoyo familiar y ayuda profesional. Dada por supuesta la primera, nos hemos encontrado con que, la segunda y la tercera suelen venir de la mano de un único recurso: el asociacionismo. Asociacionismo que, como principal filosofía tiene a bien contemplar la opción tan eficaz de complementar la *ayuda mutua* con la *ayuda profesional*.

Since 1977 the legalization of gambling in Spain there are many voices that attest that they have become a serious problem that increasingly affects more people. Therefore, taking as reference this statement, this PhD Thesis presents delve from a sociological perspective on the study and analysis of what is known as pathological gambling. To do this, we will establish first a conceptual framework from which to understand and reflect and discover the reason for the existence of this social pathology, referencing social context addictions. Similarly, study and analyze aspects are insufficiently explored and analyzed as are the subject of family and community associations and the relationship established between the two since, the genesis and development of partnerships in this sector is inconceivable without its pillar "family".

The main objective, around which all our PhD. thesis has emphasized is located in a very generic purpose under nominal: Analysis of the social problems that come with practice of pathological gambling as well as the study of the family and the associations as key elements of support and treatment, it has served as the backbone to straighten our entire study process. Given the breadth of vision that implies this purpose, it has become necessary to place ourselves in a higher level of specificity, thus, making possible to address our overall objective. With specific character this thesis aims to: (1) Establish the conceptual framework from which to conduct the study of social addictions, mainly the game or gambling addiction, historical and social phenomenon, (2) describe and analyze the different elements make up the complex problem of pathological practice game and can finish drawing situations of anomie and social exclusion, (3) Analysis of the association as the main social support to respond arises from socio-community intervention, the problem of gambling addiction, (4) Analysis of the family system as a context where you create and maintain game addictive behaviors, along which cause structural changes within it, (5) To study the

role ascribed to the family within the associative, both with respect to treatment or rehabilitation area, as in the prevention of problem gambling.

In the design and development of this PhD thesis we have been forced to have to use both secondary and primary sources. The first we have served to establish the conceptual framework and the second to build the entire empirical framework. The information collection techniques chosen qualitative approach because they granted the opportunity to deepen and to address the meanings and actions of the individuals involved in the field. In addition, these techniques not only fail to explain the social phenomenon under study but help explore realities or even those that are not taken into account or not known according to specific determinants of each case, which increases the analytical acuity phenomenon to be studied. Therefore, this methodology enables us to dive into the rhythms of everyday life of these people, allowing more accurate diagnosis and analysis and close on social issues to study, its realities and consequences. Within this methodological trend we used as the primary basis the following techniques: the History of Life, Depth Interview and participant observation. Specifically Life History has been used to gather information from players and players like family members (spouse and children) and in some isolated cases mothers or close friends (when there is no support or family support). For its part, the depth interview has been designed to collect data provided by technicians working in this field, whether psychologists, social workers and lawyers. While Participant observation has been implemented in various contexts, mainly attending various group gatherings that the associations made, from time to time, both at the provincial, regional and participating in some group therapy sessions that take place all weeks both for players and family or in aggregate and the rehabilitation process is in an advanced stage.

The first issue has highlighted is the close correlation we found between different conceptual delineations analyzed and described in the theoretical framework, with reality sighted by the people involved in the study process.

On the nature of the problem to emphasize that, although at first all claim to believe or believe a vicious game, because socially is what is said about them and they have assumed, this view is only changed when immersed in a rehabilitation process. In fact, it is from here when the player and the family will have the real possibility to consider a new perspective on the problem: the game as addiction or illness.

Generally we have found that for a good portion of the treated male gamblers playing them came from very young, had just come of age. While women experience with the game arise much more adult age, particularly past thirty.

Among the causes that can explain why a person could become addicted to the

game we found a great list of arguments, although many of them can easily relate to the need to escape from a problem situation. Similarly we note that a large proportion of the participants in the study recognized the family context as the main promoter of their addictive behavior.

Be gambler has many costs. Costs that are displayed not only in the economic field, but also in personnel, labor, social, legal and family.

Bottomed, we have seen that if the addict or addicted not been discovered, it tends to face their reality in two ways: either by devising a possible suicide as a way to end it all, or confessing the problem to their families. Disclosed or discovered this double life, he knows that if he wants to remain part of the family context, there is but one way: the way of rehabilitation.

The rehabilitation process requires three key elements: Will want to get out of the situation, family support and professional help. Given for granted the first, we have found that the second and third usually come from the hand of a single resource: the association. Associations, as well main philosophy is to consider the option of supplementing as effective mutual aid with professional help.

INTRODUCCIÓN

El interés general de esta tesis se centra en abordar el estudio del fenómeno de las Adiciones Sociales desde la óptica de las Ciencias Sociales teniendo como principal referente la perspectiva sociológica. No obstante, dada la imposibilidad de afrontar de forma profunda el vasto campo de las adiciones sociales, hemos centrado nuestra mirada investigadora en la *Adicción al juego,* ya que consideramos que ésta puede ser una de las tipologías adictivas que mayor nivel de significación tienen dentro del campo de las adiciones sociales. En concreto, trataremos de analizar y describir el fenómeno del juego teniendo como referente su dimensión patológica, así como todas las inferencias que de él se deriven y que tengan como resultado el surgimiento de situaciones relacionadas con la desviación y la exclusión social.

Cuesta creer que, cuando uno piensa en el juego, no lo haga partiendo de la idea clásica de que jugar es una actividad altamente gratificante que forma parte de nuestro entramado sociocultural como forma elemental de socialidad. Si bien, la tendencia general está dirigida a relacionar este concepto con algo positivo para el hombre, no siempre es así. Existen conductas de juego que, aunque en sus inicios si le son atribuibles todos los caracteres positivos de esta práctica, con el tiempo terminan perdiendo su identidad, transformándose en un acto totalmente alienante donde las directrices fundamentales del juego ya no vendrían marcadas por el aprendizaje, la diversión o la socialidad, sino que éste quedaría supeditado a la mera necesidad intrínseca de *jugar por jugar*, sin que medie la *voluntad libre* por llevar a cabo la acción o la conducta de juego.

Teniendo en cuenta que, el concepto de juego viene precedido por un amplio pluralismo semántico, nos vemos en la necesidad de tener que precisar bien el significado y el contenido que pretendemos darle en este estudio o tesis doctoral. Para ello hemos tenido en cuenta que, dado que no todos los juegos plantean problemas, hablar de una posible patología del juego implicaría necesariamente hacer referencia a dos cuestiones básicas: la *apuesta* (fundamentalmente de tipo económico) y el *azar*, ya que entendemos que estas dos variables van a ser las que otorguen (principalmente) la consideración de *problema* al juego, junto con los factores frecuencia, tiempo, y dinero gastado.

De otro lado es importante reseñar que, a la hora de construir los criterios que pueden regir el grado o el poder adictivo de un juego, se debe contar con que, además de las características propias del juego (la recepción inmediata de la recompensa, el sistema de creencias y de supersticiones y el conjunto de habilidades y la pericia que tenga el jugador o jugadora), también es necesario tener en cuenta todas las condiciones sociales que rodean la práctica del juego. Concretamente haríamos referencia al nivel de accesibilidad y de disponibilidad del juego, a su significación social, a su valor económico, al entorno que favorece la conducta de juego, a la misma vez que el anonimato; en resumen hablaríamos de todas aquellas condiciones que permitan crear una relación íntima, personal y especial entre el jugador y el juego.

Del mismo modo hemos determinado que, el estudio de este fenómeno debe de estar delimitado por una conceptuación teórica que, a parte de contemplar el fenómeno de las adiciones desde la perspectiva de la desviación social, también tenga en cuenta, el análisis de todos aquellos factores que determinan la conceptuación de un contexto social construido bajo el valor fútil del *tener* donde el consumismo, el individualismo, el materialismo y el nihilismo, terminan conformando un sistema capaz de hacer transitar a los sujetos por el inhóspito camino de las adicciones.

En lo que se refiere a la estructura del texto y dada la gran amplitud sobre la que se construye nuestro campo de estudio hemos visto necesario dividir esta tesis doctoral en dos grandes partes. Una primera que engloba todo lo que tiene que ver con el marco teórico de nuestro trabajo, y una segunda parte que recoge todo lo relativo a la investigación empírica llevada a cabo, junto con sus principales hallazgos.

Respecto de este de primer gran bloque dentro de este trabajo doctoral -el marco teórico- lo hemos tenido que segmentar en tres campos temáticos bien diferenciados, aunque estrechamente enlazados entre sí, y que quedarían resumidos del siguiente modo:

1º.- Bajo el nominativo de -*Las adicciones sociales como contexto desde el que enmarcar el estudio del juego como fenómeno adictivo*- hemos diseñado la primera unidad teórica de esta tesis doctoral que tiene como objetivo introducirnos en el complejo mundo de las adiciones sociales teniendo en cuenta, tanto su conceptualización como su contextualización. Para ello y tomando como referencia ambos términos o demarcaciones surgen dos capítulos:

- Capítulo I: *Fundamentación y conceptualización de las adicciones sociales.*- Este capítulo tiene como propósito aproximarnos, tanto al estudio del concepto y su dimensionalidad, como al análisis del proceso adictivo teniendo en cuenta las etapas y factores que lo delimitan.

- Capítulo II: *Morfología de las adicciones sociales.*- Este capítulo tratará, no sólo de introducirnos sino también de acercarnos al campo morfológico de las adicciones sociales. Para ello llevaremos a cabo una descripción, un tanto exhaustiva, de cada una de las tipologías que actualmente tienen reconocido el estatus de conducta adictiva patológica, como son: la fagoadicción, la consumopatía, la sexoadicción, la laborodependencia y la tecnoadicción.

2º.- Bajo la denominación de -*Construcción del juego como problema social: De la práctica social a la patología individual*- surge este segundo módulo teórico que tiene como objetivo escudriñar todos aquellos aspectos que tienen que ver con la adicción al

juego o ludopatía, tipología adictiva sobre la que se centran esta tesis doctoral. Dada la gran prolijidad o extensión que alcanza este bloque, hemos considerado oportuno dividirlo en los siguientes cuatro capítulos:

- Capítulo III: *EL juego como fenómeno social. Consideraciones legales y socioeconómicas*.- Este capítulo se muestra como un intento de acercarnos y reflexionar sobre el fenómeno del juego visto como realidad social. Para ello, trataremos de avistar el valor que adquiere el juego, teniendo en cuenta todos los elementos que lo conceptúan, para después pasar a examinar, con un cierto detenimiento, cuáles son los ejes y las perspectivas teóricas sobre las que el fenómeno del juego adquiere significación dentro del contexto de las Ciencias Sociales. De igual modo, mostraremos su dimensionalidad, teniendo en cuenta, algunas de las realidades clasificatorias que se ha formalizado. Dado que nuestro interés se centra, principalmente, en la categoría que tiene que ver con los *juegos de azar*, llevaremos a cabo un último epígrafe dónde abordaremos las implicaciones que, como sector económico, tiene el juego en el ámbito general de la economía, dado que éste se ha convertido en una importante fuente de financiación pública para el Estado español.

- Capítulo IV: *La patología del juego. De la etiología del fenómeno a sus consideraciones epidemiológicas*.- El objetivo general de este capítulo consiste en poner de manifiesto como la práctica compulsiva del juego puede derivar en un grave problema de naturaleza psico-social. En principio, abordaremos todos aquellos temas que tienen que ver con su diagnosis, su epidemiología y su progresión patológica. Después, intentaremos establecer un perfil psico-sociológico de los jugadores patológicos teniendo en cuenta, tanto sus características sociales como las clínicas. Seguidamente se analizaran todos los factores de riesgo que están implicados en la conducta adictiva del juego, así como los costes que vienen derivados del proceso de adicción. Por último expondremos las diferentes teorías etiopatogénicas y los diferentes modelos explicativos que abordan el estudio de la adicción al juego.

- Capítulo V: *Procesos de Evaluación e Intervención Sistémica en el Juego Patológico*.- Este capitulo se centra en abordar los aspectos relacionados con la evaluación, la intervención y la prevención de la adicción al juego. Para ello describiremos los múltiples instrumentos de evaluación de la conducta de juego manejados por los profesionales del ámbito socio-sanitario. Asimismo, se valoraran las diferentes propuestas de intervención que, a lo largo del tiempo, se han ido proponiendo para tratar de solucionar el problema de la adicción al juego. Para ello se realizará una exhaustiva revisión de las diferentes técnicas utilizadas con el objetivo de tratar y erradicar el problema de la adición al juego relacionándolas y disponiéndolas en función de su utilización a lo largo del proceso de intervención o tratamiento. Del mismo modo se abordará otra de las cuestiones claves como es el tema de la

prevención entendida como una prioridad en cualquier línea intervención que tenga que ver con el mundo de las adicciones.

- Capítulo VI: *Contexto Familiar Y Asociacionismo: Referentes claves para el análisis de los procesos de Intervención Psicosocial en la Adicción al Juego*.- Bajo este capítulo se analizarán todos aquellos aspectos que tienen que ver con el papel que juega el contexto familiar, partiendo de que éste puede convertirse en un factor de predisposición, desencadenamiento y mantenimiento de las conductas de juego adictivas; después nos centraremos en determinar cuáles son las principales repercusiones que el juego tiene, tanto para la pareja del jugador así como en los hijos. En el caso de que el ludópata sea un joven valoraremos las consecuencias que tiene su conducta de juego en los padres. Por último, se comentará cuál es el papel que cumple la familia y qué importancia tiene ésta en los procesos de prevención y rehabilitación, teniendo en cuenta que ésta -a través del proceso asociativo creado para este fin- tiende a conformarse como el mejor y casi único recurso con el que puede contar un adicto o adicta para dejar de jugar.

3ª.- Bajo la denominación de -*Las Ciencias Sociales como referente general básico desde el que situar el análisis de la Adicción al Juego como fenómeno social*- nace este tercer campo teórico cuyo propósito está centrado en abordar el tema de las adicciones desde su dimensión social, tomando como referente principal la perspectiva sociológica. Con la idea de no dispersar en exceso el contenido de este bloque, hemos considerado oportuno aglutinarlo en este único capítulo:

- CAPÍTULO VII. *La perspectiva sociológica como marco conceptual desde dónde poder aproximar el estudio de las Adicciones Sociales*.- Este capitulo pretende acercarnos a las diferentes aportaciones que se han dispuesto desde el amplio campo de las Ciencias Sociales, con el objetivo de abordar un fenómeno como es el de las Adicciones Sociales. Para ello, tomaremos como puntos de referencia las líneas que describen el marco teórico de la Desviación Social y del Consumo, como posibles vías de análisis. De un lado y de otro, intentaremos aproximarnos a los enunciados teóricos que nos sirvan de base para centrar el estudio de todos aquellos puntos que consideramos esenciales y útiles para nuestro objeto de estudio; que no es otro que el de encontrar la bases sociales que dotan de un cierto significado metódico, el análisis de un tema tan arduo como es el de la adicción al juego.

En cuanto al bloque correspondiente a estudio empírico éste queda denominado como -*La Adicción al Juego desde una mirada cualitativa*- y tiene como objetivo aproximarnos a la realidad en la que está inmerso un adicto o adicta al juego, así como su familia Teniendo en cuenta esto, hemos considerado pertinente dividir esta segunda parte de la tesis en los siguientes dos capítulos:

- CAPÍTULO VIII: *Descripción del proceso metodológico aplicado a la investigación*.- En este capítulo llevaremos a cabo una descripción, un tanto detallada, del tipo de metodología que hemos utilizado y porqué la hemos utilizado. De igual modo, apuntaremos cuáles han sido las técnicas de investigación utilizadas para la recogida de datos, teniendo siempre presente que la elección ha quedado totalmente sujeta a nuestra idea de partida, que no es otra que querer conocer este fenómeno teniendo en cuenta la visión de los afectados por la problemática estudiada.

- CAPÍTULO IX: *El valor del juego desde la perspectiva de los propios afectados.*- Independientemente de las anotaciones teóricas que existen sobre el tema, hemos considerado que es importante descubrir *por uno mismo* cómo las personas viven su adicción y cómo ésta, tarde o temprano, termina afectando a su círculo más próximo: la familia. Bajo este doble asiento (adicto y familiar) queda configurado este último capítulo que entre sus objetivos fundamentales está el de intentar dotar de contenido a muchos de los interrogantes que han conducido muestro proceso de estudio y que aquí hemos intentado abordar con la mayor profundidad y precisión.

Por último, esta tesis contiene un apartado donde van a ser expuestas las principales conclusiones que hemos obtenido en el desarrollo de la misma y que aluden tanto a los aspectos teóricos analizados, como a los resultados empíricos obtenidos de la investigación cualitativa llevada a cabo con el propósito de conocer todos aquellos aspectos que definen y delimitan la prácticas a adictiva del juego.

PRIMERA PARTE

MARCO TEÓRICO

BLOQUE I

Las Adicciones Sociales como contexto desde el que enmarcar el Estudio del Juego como Fenómeno Adictivo

CAPÍTULO I

Las Adicciones Sociales: Fundamentación y Conceptualización

1.-APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE ADICCIÓN SOCIAL

En los últimos años estamos asistiendo, según datos ofrecidos por diferentes entidades que trabajan las adicciones de naturaleza psicosocial[1], a un incremento de la demanda de asistencia de personas afectadas por las denominadas "adicciones sociales". Ante este apunte podemos plantearnos las siguientes reflexiones: ¿Qué lugar ocupa la tendencia adictiva en el espíritu del hombre? y ¿Sobre qué pilares sociológicos se sustentan los actuales procesos adictivos?

Sin pretender recurrir a una respuesta hacedera, vemos que la expresión *la historia de las adicciones va unida a la historia del hombre,* más que restar importancia al tema, refleja de manera clara el significado o el contenido que subyace en ambos interrogantes. Utilizar sustancias que alteren la percepción o el ánimo es un hecho que ha estado presente en todas las sociedades independientemente del contexto cultural al que hagamos referencia. No en vano, el fenómeno de las adicciones ha sido y sigue siendo uno de los temas considerados como prioritarios en el ámbito psicosocial, dado que su estudio o análisis ha trascendido lo puramente médico o sanitario.

Aunque las adicciones más conocidas son las relacionadas con algún tipo de ingesta de sustancia química esto no implica que el fenómeno adictivo se reduzca exclusivamente a este único elemento. Al contrario, el campo de las adicciones se nos muestra mucho más amplio y más real que la simple inferencia entre dependencia y drogas. Por ello en este capítulo intentaremos exponer de forma clara todo aquello que tenga que ver con el fenómeno de las "adicciones sociales" o "adicciones sin sustancia" dado que, actualmente constituyen un problema de gran relevancia social y clínica y esto ha despertado el interés por su estudio desde diferentes marcos profesionales (sobre todo el psicológico y sociológico), generando nuevas áreas de investigación y trabajo.

Presentar a este tipo de adicciones como las "nuevas adicciones del siglo XXI" explícita claramente el peso (cuantitativo y cualitativo) que esta problemática tiene y va a seguir teniendo en nuestra sociedad. Se habla de *civilización adictiva* (Alonso-Fernández, 2003) y *de sociedad neurótica* (De las Heras, 2005) para referenciar a una sociedad obsesionada en encontrar el elixir mágico que nos dote de la felicidad suprema. Se busca con ansia el placer inmediato, aunque para ello se tenga que recurrir a cualquier cosa para tener que evitar sentir emociones o vivir situaciones que nada tengan que ver con el goce. Fácil camino si tenemos en cuenta que decimos vivir en la "cultura de la opulencia" y ello nos va a permitir disponer de multitud de objetos o situaciones a las que poder aferrarse para mitigar el dolor o ensalzar nuestro ego cuando éste sea vea mermado o menoscabado.

[1] Este concepto se enmarca dentro del contexto del movimiento asociativo que surge con motivo de dar una respuesta terapéutica al problema de las adicciones sin sustancia.

La adicción no entiende ni de edades ni de sexos ni de clases sociales, al igual que tampoco discierne de "a qué engancharse". Objetos tan inocuos como pueden ser un teléfono, una televisión o un ordenador; o aficiones inofensivas como jugar o ir de compras; o necesidades vitales como comer, practicar el sexo o trabajar pueden resultar letales para muchas personas.

Consecuentemente esta idea nos hace pensar que lo sustancial de las adicciones no son las drogas entendidas como sustancia orgánica sino que cualquier conducta u objeto, en sí mismo, puede convertirse en una herramienta que active los mecanismos del engranaje adictivo. Por consiguiente, las conductas adictivas se han ganado un respetado sitio dentro del mundo de las adiciones. Su relevancia cada vez es más significativa debido al crecimiento de las prevalencias, tanto en la población adulta como adolescente.

1.1.- PRECISIONES CONCEPTUALES

Antes de adentrarnos en el campo analítico de las adicciones sin sustancia es necesario establecer, en primer lugar, qué entendemos por adicción dado que, tal y como se está utilizando, actualmente este término, requiere de ciertas precisiones previas que permitan diferenciarlo de otros conceptos próximos o conexos, como son la toxicomanía, la dependencia, el abuso y la compulsión.

Atendiendo a la cuestión filológica el vocablo *adicción* venía, según Alonso-Fernández (2000), pasando por ser un neologismo de origen anglosajón, derivado de *addiction*, término inglés que significa *sumisión a alguien* y éste venía aplicándose en el léxico médico anglosajón para designar un impulso incontrolable dirigido hacia un objeto determinado, que se repite con intervalos más o menos prolongados. Sin embargo, varios autores franceses (entre otros, Pedinielli, Rouan y Bertagne, 1997) han puesto de manifiesto que esta palabra proviene de un viejo vocablo jurídico francés -*addiction*[2]- escrito igual que en inglés, que era usado para designar el estado de la persona condenada por una sentencia jurídica como deudora de dinero a quedar adicta a su acreedor. Pero su verdadera raíz se remonta, según este mismo autor, al vocabulario jurídico medieval donde calificaba la relación entre un feudo vasallo y un feudo dominante, en la que el primero quedaba entregado o dado al segundo para rembolsar una deuda no pagada, no sólo con alienación de libertad sino incluso con un compromiso corporal. No obstante hay que aclarar que los franceses han tomado esta palabra del vocablo latino *ad-diure* que significa "adherirse o someterse".

Situando el concepto de adicción, en nuestro campo semántico de estudio, nos encontramos con la necesidad de establecer las debidas exactitudes conceptuales,

[2] Palabra francesa hoy en desuso pero que todavía figura en la edición de 1864 del Bescherelle (diccionario del léxico francés)

para no incurrir en el error de utilizar palabras como si fueran homófonas o sinónimas de la adicción. Un primer concepto relacionado sería el de *toxicomanía.* Concretamente, el concepto psicopatológico de adicción era conocido, según refleja Alonso-Fernández (2000), desde hace bastante tiempo bajo la forma de toxicomanía llegándose a distinguir dos grupos de toxicomanías: toxicomanías con droga y sin ella, pero sobre todo era aplicado al consumo de estupefacientes Sin embargo, la impropiedad en sus dos fracciones terminológicas no hace muy factible su manejo ya que, según Alonso-Fernández (2003) lo que se denominaba toxicomanía no era una intoxicación y tampoco encajaba en la polisémica palabra manía, cuya acepción científica se utiliza par denominar el cuadro hipertímico, que referencia al cuadro clínico contrario al de la depresión.

Un segundo concepto, también relacionado, es el de *dependencia.* Aunque los términos de adicció*n* y dependencia*,* en cierto modo pueden ser concurrentes, dado que con ambos se quiere expresar la pérdida de libertad interior ante un deseo, reflejada no en la incapacidad de eliminar el deseo sino en la de resistirse a él y controlarlo, las preferencias de uso se han decantado por la primera acepción. Según Alonso-Fernández (1996) la elección de la palabra adicción viene argumentada por las siguientes observaciones:

- Resulta más apropiado para denominar una agrupación de trastornos de naturaleza psíquica, en gran parte neófitos, al menos como conocimiento científico.

- Debido a su tonalidad significante concentrada y rotunda lleva implícito un mayor impacto sonoro.

- El apelativo adicto encierra una mayor contundencia semántica, puesto que el de dependencia está más impregnado de una ambigüedad polisémica.

Aún teniendo en cuenta estas consideraciones, no podemos perder de vista el matiz diferencial que últimamente se está barajando y que es el que realmente establece los rasgos distintivos entre ambos conceptos. Concretamente alude al hecho de que la *adicción* lleva implícita tres características: impulso no controlable, tendencia a la reiteración e implicación nociva para el sujeto. Sin embargo la *dependencia* viene acompañada de otras implicaciones biológicas perceptibles en forma de reacciones de tolerancia, es decir, de necesidad de incrementar progresivamente la dosis para obtener el mismo efecto, al mismo tiempo que produce abstinencia.

De esto se deduce que la dependencia puede ser definida como: la necesidad física de entregarse a un objeto o administrarse un producto químico, ya que su base o soporte es biológico (Alonso-Fernández, 2003). Intentando establecer un registro paralelo entre ambos conceptos vemos, como ya avanzábamos en líneas anteriores,

que la dependencia se desarrolla bajo una base física que gira en torno al mecanismo de la neuroadaptación, es decir, la adaptación de las neuronas y los tejidos a la presencia habitual de determinada o determinadas sustancias químicas. Cuándo la presencia de la sustancia se interrumpe de forma brusca aparece una cadena de trastornos psíquicos y somáticos que atienden al nombre de síndrome de abstinencia cuya sintomatología responde a: insomnio, ansiedad, aumento del ritmo cardiaco y de la tensión sanguínea, vómitos, diarrea, dolores musculares, sudoración y lagrimeo. Por contra, el síndrome de privación anexo a la adicción va a estar únicamente asociado a síntomas psíquicos tales como: ansiedad, irritabilidad, apatía, falta de concentración e inquietud.

Por otro lado, analizando el aspecto subjetivo de ambos conceptos, la dependencia, va a ser vivida por el sujeto en la fase de la abstinencia como una necesidad, concretamente como una especie de urgencia o coacción externa que le viene impuesta, sin tener en cuenta su voluntad; mientras que la adicción es vivida como un proceso de autorrealización que se nutre de la voluntad aunque ésta esté desprovista de un mecanismo de freno.

No obstante, puede surgir una duda cuando valorando las múltiples formas o caras que adopta la adicción nos encontramos con el dato de que algunas de ellas vienen salpicadas por algún que otro rasgo que denota dependencia. Duda que, quizás, pueda quedar resuelta cuando vemos que en los criterios diagnósticos de la adicción ha dejado de incluirse la presencia de rasgos físicos propios de la tolerancia y de la abstinencia, quedando la adicción como una necesidad de la personalidad, antes denominada dependencia psíquica.

Aunque se intenta esclarecer este tema, tomando en consideración la delimitación entre adicciones simples o puras y adicciones con dependencia, podemos apreciar que la cuestión no está del todo clara y así lo evidencia Alonso-Fernández (2000) cuando alude a que en las adicciones simples o puras inciden dos claves o notaciones importantes: por un lado en ellas reaparece el deseo irresistible, es decir, se acompaña de malestar traducido en ansiedad o irritabilidad, como si fuese un equivalente al síndrome de abstinencia; por otro también encontramos que la entrega inicial de la adicción suele acentuarse progresivamente, al menos en la etapa inicial, impregnada por una especie de éxtasis o frenesí, con lo que emula el efecto de la tolerancia.

Aún así, se siguen confundiendo ambos términos y esto se debe al hecho de que en la clínica ambos conceptos aparecen de forma asociada o interrelacionada, puesto que la dependencia suele derivarse de la adicción llegándose a crear una especie de segundo estadio adictivo. El proceso de paso quedaría dispuesto del siguiente modo: lo que en un principio pudiera ser un trastorno adictivo puro,

sustentado en la personalidad, pasaría en una etapa posterior a estar respaldado por dispositivos biológicos en forma de dependencia.

Alonso-Fernández (2003) establece que gran parte de las dependencias vistas en la clínica tienen que ver con la modalidad de origen secundario a la adicción, siendo muy limitados los casos de aparición de dependencia primaria o desprovista de todo antecedente adictivo. No obstante toda adicción patológica puede permanecer como tal o complicarse con el establecimiento del mecanismo biológico definidor de la dependencia (Véase Cuadro 1).

CUADRO Nº 1

Registro homólogo de la adicción y la dependencia					
Dependencia (Base física)			**Adición (Base psíquica)**		
Síndrome de abstinencia ⇓ **Síntomas físicos/psíquicos**	**Tolerancia**	**Modalidades** ⇓ **Primaria Secundaria a la adicción**	**Síndrome de privación** ⇓ **Síntomas psíquicos**	**Habituación**	**Modalidades** ⇓ **Adicción pura Adicción con dependencia**

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida en: Alonso-Fernández, F. (2003: 48).

Por su parte, Valleur y Matysiak (2005) explicitan que aunque la noción de adicción posee la ventaja no sólo, de no primar la dimensión biológica de la dependencia, sino también la de restar importancia a la sustancia frente a la conducta de sujeto, ambas acepciones funcionan como análogas. Por ello, actualmente la tendencia es a reagrupar diversas entidades bajo el término genérico de *adicción*, avalada por las siguientes argumentaciones:

- Porque entre todas ellas existe una relación clara de repetición de conducta asumida como manejable y previsible.
- Porque en un mismo sujeto suelen coincidir, a la vez, varios procesos o conductas adictivas.
- Por la frecuencia de tránsito de una adicción a otra.
- Porque las propuestas terapéuticas son prácticamente análogas. La mayoría de ellas aplican los principios que rigen los tratamientos de conversión y redención

moral ofrecidos por el modelo de Alcohólicos Anónimos a través de terapias grupales.

No obstante, el concepto de adicción hay que entenderlo desde su característica central que es la "pérdida de control". Cualquier sujeto con problemas de adicción, no tiene o no sabe cómo controlar esa situación, dado que la conducta adictiva le va a generar dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y una incidencia negativa en todos los ámbitos de su vida. Además de la pérdida de control, la adicción viene determinada o definida por otra serie de rasgos que han sido recogidos por algunos autores. Teniendo en cuenta a Gossop, Becoña (2007), establece como elementos definitorios de la adicción los siguientes:

- Fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de llevarla a cabo no está disponible).
- La capacidad deteriorada para controlar la conducta (especialmente en términos de controlar su comienzo, mantenimiento o nivel en el que ocurre).
- Malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida o la deja de hacer.
- Persistir en la conducta a pesar de la clara evidencia de que le está produciendo graves consecuencias al individuo.

En la misma línea Echeburúa (1999) establece como características principales de las conductas adictivas las relativas a:

- La pérdida de control
- Fuerte dependencia psicológica
- Pérdida de interés por otras actividades gratificantes
- Interferencia grave en la vida cotidiana.

Por su parte, Aviel Goodman (1990), propone también una serie de criterios que definen el comportamiento adictivo, pero a razón de estos dos autores, aunque en principio estos criterios pueden englobar las dos categorías de trastornos (con sustancia y sin sustancia), la definición puede presentar dificultades frente a ciertas formas de dependencia que no cumplen con los criterios, aún constituyéndose como un verdadero problema para los sujetos o la salud pública, tal es el caso del tabaquismo y la anorexia. Estos criterios son:

- Imposibilidad de resistir los impulsos, de realizar ese tipo de conducta.

- Sensación creciente de tensión que precede inmediatamente al inicio de la conducta.

- Placer o alivio durante su duración.

- Sensación de pérdida de control durante la conducta.

- Presencia de al menos cinco de los siguientes nueve criterios:

    - Preocupación frecuente respecto a la conducta o a su preparación.
    - Intensidad y duración de los episodios más importantes que los buscados en un principio.
    - Intentos repetidos de reducir, controlar o abandonar la conducta.
    - Gran cantidad de tiempo consagrado a preparar episodios, a realizarlos o a recuperarse de ellos.
    - Aparición frecuente de los episodios cada vez que el sujeto debe realizar obligaciones profesionales, escolares o universitarias, familiares o sociales.
    - Principales actividades sociales, profesionales o recreativas sacrificadas a causa de la conducta.
    - Perpetuación de la conducta a pesar de que el sujeto sepa que ésta causa o agrava un problema persistente o recurrente de orden social, económico, psicológico o físico.
    - Tolerancia significativa: necesidad de aumentar la intensidad o la frecuencia para obtener el efecto deseado, o disminución del efecto producido por una conducta de la misma intensidad.
    - Agitación o irritabilidad en caso de imposibilidad de librarse a la conducta.

- Ciertos elementos del síndrome duran más de un mes o se repiten durante un período más extenso.

El DSM-IV[3], junto con la de Goodman (1990), son las dos clasificaciones internacionalmente reconocidas en el medio científico. Este manual establece una serie de criterios de diagnóstico, que expresado en tres o más síntomas y durante un período continuado de 12 meses, nos permiten valorar la dependencia que un sujeto puede tener. Los síntomas son:

1.- Tolerancia. Definida por cualquiera de estos ítems:

[3] Diagnosis Statistical Manual. Elaborado por la American Psychiatric Asociation (1995) y traducido al castellano como: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

a.- Necesidad de incrementar paulatinamente la cantidad para conseguir los efectos deseados.

b.- El efecto, de las mismas proporciones de la sustancia, disminuye claramente con el consumo continuado.

2.- Abstinencia. Definida por cualquier de estos ítems:

a.- Aparece el síndrome de abstinencia característico para la sustancia.
b.- Se toma la sustancia, u otra parecida, para aliviar o evitar los síntomas del síndrome de abstinencia.

3.- La sustancia se toma con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

4.- Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar e interrumpir el consumo de la sustancia.

5.- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención, consumo y recuperación de los efectos de la sustancia.

6.- Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

7.- Se continúa consumiendo a pesar de ser consciente de los problemas psicológicos o físicos persistentes causados por el consumo exacerbado de la sustancia.

Criterios de diagnostico, que según Echeburúa (1999) son aplicables a conductas "sin sustancia" sustituyendo el término sustancia por la conducta adictiva específica (juego, compras, teléfono, etc.) con sus matizaciones propias.

Por otro lado, también se hace necesario diferenciar entre el concepto de *adicción* y de *compulsión*, dado que algunos especialistas en el tema erróneamente incurren en la impropiedad de no diferenciar ambos términos. En 1959 Matussek, estableció la diferencia que hay entre un impulso adictivo o ansia incontenible de algo (Sucht) que el sujeto vive como un fenómeno propio difícil de dominar y la obsesión o compulsión (Zwang) vivida como un producto psíquico extraño, casi siempre carente de sentido o absurdo.

Generalmente, el término de compulsión u obsesión es asociado con temas que tienen que ver con la salud (limpieza corporal), la moralidad o la pureza. Noción que según establece Alonso-Fernández (1996) lleva implícita una gran carga para el sujeto que la sufre, dada la imposibilidad de liberarse de ella a pesar de sentirla como algo absurdo o irreal. La dificultad radica en el hecho de que la obsesión suele estar

acompañada de una angustia mágica de fondo, en forma de un presentimiento de una gran desgracia. La fórmula que adopta el sujeto para defenderse de ella es a través de la compulsión o repetición de un acto ritual motor como por ejemplo: lavarse las manos, abrir y cerrar puertas, etc.

Aunque son más los rasgos que diferencian los conceptos de adicción y compulsión no podemos dejar de señalar el único elemento que les aproxima aunque sea de una forma aparente. Esta supuesta similitud tiene que ver con el hecho de que en ambos casos se hace patente un comportamiento difícil de resistir y de controlar. Por tanto habría que tener en cuenta, según plantea Alonso-Fernández (1996), que los actos rituales excesivos e innecesarios propios del trastorno compulsivo no poseen la excelente organización centrada en una meta que caracteriza al comportamiento adictivo.

Sin embargo, las diferencias pueden analizarse teniendo en cuenta los siguientes ejes:

- El fenómeno fundamental que caracteriza a la adicción es el impulso y para la compulsión es la representación o idea.

- La adicción es vivida como algo vinculado a la propia persona, por tanto pertenece al ámbito de lo que es un impulso *egosintónico*. Sin embargo la compulsión se sitúa dentro de lo *egodistónico* ya que, siempre es experimentada como un producto ajeno o extraño a uno.

- Los impulsos adictivos se desarrollan sin que intervenga el pensamiento reflexivo, por consiguiente la conducta impulsiva va a estar definida por la imposibilidad de considerar los riesgos y las consecuencias antes de actuar. Sin embargo, las conductas compulsivas son estimuladas por una excesiva reflexión.

- La conducta adictiva proviene de un deseo fuerte que escapa al autocontrol, o por ende, la libertad para rechazar el impulso adictivo ha sido perdida. Por su parte la compulsión se caracteriza porque desde el principio hay carencia de libertad.

- Cuando el sujeto lleva a cabo un comportamiento adictivo experimenta una vivencia de autorrealización positiva, mientras que en los actos compulsivos se vive de manera contraria dado que, se impone la experiencia de estar dominado por una idea extraña y pesarosa.

Por último, tomando como referente el factor neuroquímico, nos encontramos con el dato de que entre ambos fenómenos parece existir un vínculo de conexión.

Relación que está ligada a la alteración del metabolismo de la serotonina que nos permite entender por qué los medicamentos activadores del sistema serotoninérgico en el cerebro tienen efectos favorables para ambos cuadros clínicos. Por contra, la diferencia neuroquímica se localiza para el trastorno obsesivo-compulsivo en la excesiva actividad que se da en el sistema dopaminérgico, encargado de activar la vida psíquica y motora y sin embargo, la impulsividad adictiva suele estar acompañada de una actividad disminuida del sistema noradrenérgico, encargado de activar las funciones de la vitalidad.

No obstante, Alonso-Fernández (2000) esclarece que el uso del término compulsión en el campo de las adicciones sólo puede estar justificado cuando éste es asociado a la lucha que el sujeto mantiene contra su propio impulso, de modo que en su totalidad no lo vive como algo propio. Por ello, y de acuerdo con la Psicopatología europea clásica no podemos perder de vista el hecho de que la obsesión-compulsión es una manifestación mental que se vive como ajena al propio individuo y que se contradice con el de la adicción, que es un fenómeno desarrollado en torno a la vivencia de autorrealización.

También es de gran interés establecer la distinción entre la *adicción* y el *abuso*, puesto que este último concepto es motivo de frecuentes equivocaciones a la hora de establecer el diagnóstico entre la adicción y la dependencia. Aunque el catálogo estadounidense DSM-IV valora el concepto de abuso como un dato a favor del diagnóstico de dependencia, sin embargo Alonso-Fernández (2003) explicita que tomando como referencia el abuso en sus dos dicciones, es decir como abuso frecuente y como abuso fuerte, se puede obtener un criterio positivo para el diagnóstico de la adicción. Sin embargo, para este autor la dificultad no radica en establecer el criterio, sino en delimitar con rigor el uso moderado y el abuso que del objeto se hace en la práctica.

Si por conducta abusiva entendemos aquella que excede o sobrepasa el grado de tolerancia individual, mental o física, el problema estaría en determinar dicho nivel, dado que éste normalmente viene definido por la variable sujeto. Esto quiere decir que el grado puede sufrir variaciones teniendo en cuenta dos elementos: el interindividual y el intraindividual, o lo que es lo mismo, un comportamiento idéntico puede ser evaluado como abusivo en unas personas y no en otras; al igual que puede tomar diferente signo en un mismo individuo dependiendo del momento en que se encuentre.

Otro aspecto importante, al que alude Alonso-Fernández (2003), radica en el gran equívoco de englobar dentro del concepto de adicciones a un amplio conjunto de aficiones o hábitos. Aunque puede haber aficiones que llevadas al límite pueden convertirse en adicciones, al día de hoy, ni las aficiones ni los hábitos cumplen los criterios diagnósticos básicos de las adicciones, puesto que se organizan como un

proceso libre por entero, con plena libertad de elección y de acción, así como de participación libre de la voluntad.

Establecidas las precisiones terminológicas, el pilar de la controversia se sitúa en torno a si es o no factible otorgar el mismo estatus a las denominadas "adicciones con sustancia" que a las "adicciones sin sustancia". Los que manifiestan dudas por considerarlas al mismo nivel esgrimen argumentos basados en cuestiones biomédicas. Concretamente exponen que hasta que los marcadores biológicos no demuestren su existencia en lo más profundo de los mecanismos vitales, estas nuevas patologías no podrán merecer una verdadera consideración dentro del marco científico. Sin embargo, los que muestran su aprobación (aproximaciones psicosociales) justifican la idea argumentando que aunque es difícil establecer fundamentos biológicos demostrados, éstos no deben de ser los elementos de análisis de partida. No niegan las implicaciones biológicas en la adicción (sobre todo la más conocida que es la descarga de la dopamina, la molécula de la recompensa)[4]; sin embargo referencian que -mientras sea adicción sin dependencia- la primacía del fenómeno se mantiene a nivel psicológico, incluso independiente del nivel biológico (Pedinielli y alt, 1997).

A pesar de que existen criterios específicos para diagnosticar cada trastorno, todos parten de los criterios de dependencia de sustancias psicoactivas, puesto que en las adicciones, sean éstas con o sin sustancia, se dan los mismos fenómenos de pérdida de control, tolerancia, síndrome de abstinencia, etc. La comida, el sexo, las drogas, el dinero, el alcohol y el azar han sido y siguen siendo objeto de culto a la vez que un ejercicio de autocontrol, puesto que pueden transformarse en el objeto de un deseo sin freno, de pasiones imposibles de satisfacer (Valleur y Matysiak, 2005).

1.2.- CONCEPTUALIZACIÓN

Consiguientemente todo esto nos lleva a preguntarnos realmente *¿qué es* y *qué engloba* el concepto de adicción? En referencia a la primera cuestión y tomando como reseña básica el diccionario de la Real Academia Española, la adicción es definida como: *el hábito de quien se deja dominar por el uso de alguna o algunas drogas tóxicas, o por la afición desmedida a ciertos juegos (1.f.).* Definición básica pero incompleta porque, aunque reconoce la ludopatía como adicción, fundamentalmente relaciona este concepto con la idea de sustancia.

Actualmente el concepto de adicción engloba ambas tipologías pudiendo ser definido como: la dependencia que sufre un sujeto a sustancias psicoactivas tales

[4] García Montes y Caballero Muñoz (2006) en su capítulo: Los estilos de vida como sustancia de la adicción: Consideraciones a propósito de Internet y del Teléfono Móvil aluden a que en las investigaciones más punteras se señala que circuitos neuronales parecidos, relacionados con la dopamina, pueden estar implicados en las adicciones con y sin sustancia.

como el tabaco, el alcohol, las drogas, los medicamentos; o a comportamientos catalogados como patológicos repetitivos, bien sean trastornos alimenticios como la anorexia y la bulimia; o prácticas de riesgo compulsivas como el juego, el deporte, las compras irracionales, el sexo irracional, el trabajo, el móvil e internet. Sustancia o práctica de la cual el sujeto se convierte en esclavo, con todos los riesgos que conlleva para el ámbito personal, familiar y social.

Basándonos en un lenguaje más especializado la adicción puede definirse como una enfermedad primaria (porque la adicción como tal no se revela como un síntoma de otro proceso patológico subyacente), crónica con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influencian su desarrollo y manifestaciones. Suele ser progresiva con episodios continuos o periódicos de descontrol en el uso y se sigue consumiendo, a pesar de las consecuencias adversas que esto acarrea. Va acompañada de distorsiones del pensamiento, sobre todo la negación (Asociación Americana de Medicina de la Adicción -ASAM)[5].

También se puede hablar de adicción tomando como referencia al sujeto sobre el que recae la acción o conducta. Un adicto sería definido como: "aquella persona cuya existencia está orientada hacia la búsqueda de los efectos producidos sobre su cuerpo y su espíritu por una sustancia más o menos tóxica (drogas) o por una conducta (juego, compras, Internet, etc.), bajo riesgo de padecer un intenso malestar físico y/o psicológico" (Valleur y Matysiak, 2005)[6]. Por tanto, la adicción se manifiesta una vez que la conducta adictiva acapara la vida del sujeto impidiéndole vivir. Se vive por y para la adicción o lo que es lo mismo, el objeto de la adicción centra y define la vida del adicto. Como vemos esta definición está construida, fundamentalmente, sobre el pilar de considerar la idea de la adicción como "centro de la existencia". Vivencia o forma de vida que Alonso-Fernández (2000) define como *modalidad existencial patológica* dado que, en su inicio puede resultar gratificante, ya que le ayuda a aceptarse, a incrementar su autoestima, proporcionándole una vivencia de autorrealización existencial, aunque al final derive en una relación de sometimiento o esclavitud.

Otra forma de definir la adicción sería teniendo en cuenta el factor "representacional" que se deriva del propio proceso adictivo. Concretamente aludo a lo que autores como García y Caballero (2006: 42) denominan como *cierta forma o estilo de vida* basándose en la idea de que lo más importante de las adicciones es que el adicto mediante el consumo renueva su adhesión a una forma de vida: *no se entra en la droga, se entra en un estilo de drogadicción, más que en un simple estilo de vida.*

[5] Esta distorsión es usada, no como un simple mecanismo de defensa que descalifique el significado de los actos, sino como un conjunto de maniobras psicológicas diseñadas para reducir la conciencia del hecho de que el uso es la causa de los problemas del individuo, más que una solución a los problemas. Por tanto la negación pasa a convertirse en una parte integral de la enfermedad y por ende un gran obstáculo para su rehabilitación.

[6] Definición que estos autores recogen de su obra: Valleur, A. Debourg, A. y Matysiak, J.C. (1985).

Llegados a este punto, se hace necesario definir qué es o qué se entiende por *adicciones sin sustancia*. Aunque esta forma de denominarlas es la más común, responden también a nombres tales como: toxicomanías sin drogas[7], conductas adictivas, adicciones comportamentales, adicciones psicológicas, nuevas adicciones, adicciones sociales, adicciones del siglo XXI, e incluso, también se las denomina como "enfermedades de la negación" ya que el adicto llega tarde a la convicción de estar preso de un problema de salud o "enfermedades invisibles" por pasar inadvertidas durante un período largo de tiempo.

Hablar de "adicciones sin sustancia" implicaría, según García y Caballero (2006) hacer referencia a cierto tipo de actividades reforzadas de forma positiva que pueden acabar controladas por reforzamiento negativo, cuestión que según estos autores coinciden con la nota central que caracteriza a las adicciones "con sustancia". Por tanto, las adicciones "sin sustancia" pueden ser fenomenológicamente similares a las toxicomanías puesto que, al igual que se empieza a consumir algún tipo de sustancia porque gusten sus efectos y al final se acaba necesitándola, hay quien puede comenzar a jugar, a comprar, o a hablar por teléfono por puro placer y seguidamente necesitarlo para no sufrir demasiado. Por ello, estos autores toman como referencia la definición que establece Giulia Sissa (2000: 8) que afirma:

Defino la toxicomanía como una práctica que acciona realmente la fuerza de un deseo vuelto insaciable y progresivamente devorador, hasta el punto de que la satisfacción siempre provisional –clave de un placer plural, cambiante y renovable- se convierte en este caso en tolerancia y dependencia, por la fijación a unos productos que resultan imprescindibles para no sufrir demasiado.

2.-DIMENSIONES DE LA ADICCIÓN

2.1.- DIMENSIÓN BIOLÓGICA

Cuando nos acercamos al estudio del concepto de adicción hay que tener en cuenta que éste engloba tres ejes fundamentales de análisis. Por un lado, un *eje biológico* que basa su explicación exponiendo que las personas que son propensas a las

[7] La noción de "toxicomanías sin drogas" proviene del psicoanálisis y fue introducida por el psicoanalista austriaco Otto Fenichel en 1945 en su Teoría Psicoanalítica de las neurosis. En este marco teórico, las toxicomanías forman parte de los denominados trastornos del carácter y desórdenes del control de los impulsos, que reflejarían la existencia de una neurosis del carácter, tipo de estructura de la personalidad caracterizada por el constante intento de satisfacción de las pulsiones instintivas, sin la adecuada acción modificadora del yo, tanto en lo referido a la conservación del principio de realidad externa como con la integración de cada impulso en el conjunto de las necesidades totales del individuo. Esta infiltración neurótica determina una estructuración caracterológica que se traduce en un comportamiento anómalo, desarmónico, impulsivo y desajustado, razón por la cual el sujeto entra en conflicto con su familia, sistema social, ámbito profesional, etc.

adicciones tienen un sustrato determinado y que está relacionado con unas sustancias llamadas *aminas biógenas* y con los neurotransmisores. Generalmente presentan cierta dificultad de endoestimulación variable por lo que estas sustancias hacen pivotar la estimulación sobre determinados comportamientos externos. Saúl Alvarado (2005) -médico especializado en adicciones- explica el proceso teniendo en cuenta que el cerebro del adicto sufre cambios bioquímicos que son los responsables de la compulsión observada en los episodios de uso descontrolado, así como de una gran parte de las perturbaciones cognitivas propias de la adicción. Aunque, al día de hoy aún siguen realizándose estudios en esta materia, las últimas investigaciones designan como elementos claves en el desarrollo de la sintomatología adictiva a diversos neurotrasmisores, así como a vías o sistemas cerebrales, fundamentalmente el sistema de recompensa mesolímbico.

Esclareciendo este tema diremos que los neurotrasmisores son sustancias químicas naturales[8] que existen dentro del cerebro y que son responsables de las actividades cerebrales como: la motivación, las emociones y los instintos. Estas sustancias son las que median en el estado de ánimo provocando euforia o desgano, de acuerdo a una sucesión compleja de estímulos, condicionamientos y aprendizajes, cuyo objetivo es el de responder constructivamente a los estímulos del medio ambiente. Por tanto las sustancias psicotrópicas externas (drogas) así como los estados de excitación extrema provenientes de conductas de estimulación (adicciones comportamentales) afectan a los neurotransmisores de manera que el cerebro los produce en exceso o los depone exageradamente. Estos cambios unidos a la predisposición a la adición producen una respuesta aberrante, que es el reflejo de un desequilibrio químico persistente.

Para comprender mejor la dinámica de la neuroquímica en el proceso de adicción es necesario aludir a lo que se conoce como *cerebro dual*. El cerebro puede dividirse en términos de función y de vías neurológicas en dos partes: el cerebro primitivo y el cerebro racional. El racional es la zona del cerebro correspondiente a la corteza cerebral y en ella se asientan las funciones superiores intelectuales y abstractas. Es lo que se denomina como *materia gris* y su función está orientada al análisis racional de los hechos y las informaciones que llegan a través de los sentidos. En el proceso adictivo esta área queda afectada produciéndose lo que se designa como *sistema delusional de la adicción* que es un conjunto de pensamientos adictivos que complotan o conspiran con el cerebro primitivo para facilitar y mantener activo el

[8]Los neurotransmisores más importantes que están involucrados en la respuesta adictiva son: La dopamina que es la que predomina en las áreas del sistema de recompensa mesolímbico el cual media las respuestas de euforia y estimulación en el cerebro. Las endorfinas se producen en las áreas mesolímbica y mesocorticales y median en las respuestas a los estímulos dolorosos, la regulación de la temperatura y la ingestión de agua y alimentos. El Ácido Gamma Amino Butírico (GABA) se encuentra en la amígdala, el bulbo olfatorio, el telencéfalo ventral y el globo pálido también están implicados en la respuesta adictiva. Concretamente se asume que todos los neurotransmisores están involucrados en la manifestación de la adicción pero todavía se sigue investigando para determinar la naturaleza del papel que cumplen y la forma en cómo las vías y los químicos cerebrales interactúan para producir el desorden adictivo.

proceso adictivo. Por su parte, el cerebro primitivo es el que incluye el área de funciones vitales, las zonas mediadoras de las emociones y estados de ánimo, la generación de instintos de supervivencia y regulación corporal. Esta parte está involucrada directamente en el desarrollo de la adicción y en él se encuentran los desbalances o desequilibrios químicos responsables de la compulsión, la memoria eufórica y los deseos automáticos. En él también se localizan las vías dopaminérgicas y de endorfinas tales como el Sistema de Recompensa Cerebral que es el encargado de mediar en las respuestas de condicionamiento a los estímulos produciendo recompensas bioquímicas a las respuestas adecuadas, par manejar constructivamente los estímulos. Su estimulación excesiva conlleva, en las personas predispuestas, a cambios bioquímicos permanentes que median la reacción adictiva, de modo que cambia su funcionamiento y respuesta a los estímulos ambientales. Se le considera como el sistema más importante que está implicado en el desarrollo de la adicción.

2.2.- DIMENSIÓN PSICOLÓGICA

Del mismo modo, la adicción también tiene que ver con el punto de vista *psicológico*. De forma genérica se explicita que hay unos tipos de personalidad que en función de las experiencias vividas, de la biografía y de los valores, favorecerían la génesis de la adicción. Explicar este eje nos lleva, inexorablemente, a tener que referenciar al sistema psicopatológico denominado como "Sistema Delusional de la Adicción" dado que, el núcleo de la enfermedad de las adicciones, en su parte psicológica, está instituido por él. Conocido también como el *Pensamiento Adictivo* este sistema se compone de una serie de creencias, mecanismos de defensa y otras distorsiones del pensamiento tales como (Alvarado, 2005):

- *Negación o autoengaño*. Su función está en separar al adicto de la conciencia de las consecuencias que la adicción tiene en su vida. De forma que reduce la ansiedad y mitiga el peligro, lo cual lleva al adicto a no tener que elaborar estrategias comportamentales adaptativas. Asimismo, esta negación protege el sistema adictivo, estableciéndose un equilibrio enfermo, en el cual, el adicto se mantiene atrapado, convirtiéndose en la razón por la que insiste en seguir, aún después de pasar por una crisis. Ligadas a esta distorsión aparecen otras deformaciones que también son generadas por las creencias adictivas y que cumplen la función de producir sufrimiento, de modo que justifique el uso de sustancias o conductas adictivas con el fin de aliviar ese dolor de forma patológica, que sumadas a la negación y el autoengaño, tienden a facilitar el proceso adictivo y separan al adicto de la realidad de su problemática. Concretamente son:

    - *Minimización*. Consiste en restarle importancia o significado a los hechos o sucesos que tienen que ver con las consecuencias de la adicción.

- *Racionalización*. Otorgar o asignar una razón lógica a algo que no la tiene o que en sí misma es irrazonable.
- *Justificación*. Argumentar el uso en función de algún acontecimiento ocurrido en el pasado o por cualquier otra condición existente en la vida del adicto.
- *Proyección*. Ver en los demás los problemas que el adicto está pasando en su propia realidad, de modo que pueda culpabilizar a otros de sus problemas.
- *Futurización*. Vivir en el futuro como fórmula de evasión para no estar en contacto con su realidad presente.

- *Catastrofización*. Prácticamente consiste en asignarle una categoría de catástrofe aún al más leve inconveniente de la vida persona. Hay que entenderlo como una forma de sabotear su propio crecimiento personal, con el fin de justificar la adicción. De este modo, el adicto desarrolla una visión catastrofista que le coloca en una actitud de víctima frente al mundo. Pensamiento que según los autores Beck y Cols (1991) aplican no sólo al abuso, sino también a ellos mismos y a su futuro.

- *Mortificación*. Consistente en una preocupación permanente ante cualquier problema, que hace de la vida cotidiana una constante ansiedad y sufrimiento, usándose como justificación para seguir con la adicción.

- *Rigidez*. Es la dificultad para abrir la mente y considerar otros puntos de vista. El adicto se aferra a sus percepciones con tal fuerza que obstaculiza el proceso de comunicación, sobre todo en lo que respecta al área de uso y comportamiento adictivo.

- *Control*. El miedo es la emoción fundamental en la personalidad del adicto y para manejar ese miedo, muchas veces desproporcionado, el adicto desarrolla relaciones basadas en el control interpersonal. Esto produce relaciones patológicas que muchas veces derivan en violencia. Beck, Wright, Newman y Liese (1999), explicitan que las personas que son consumidoras de drogas tienden a atribuir su conducta a factores externos tales como: peleas con la pareja, falta de dinero, tener deudas o que son presionados por otros compañeros adictos.

- *Pensamiento blanco y negro*. Un fuerte componente de la mentalidad adictiva es la incapacidad de no ver los grises, hecho que dificulta la comprensión mutua y anima a los juicios severos.

- *Impaciencia e intolerancia*. El adicto desarrolla una intolerancia marcada por situaciones que involucran incomodidad y suele actuar por impulsividad, siguiendo la regla de “quiero lo que quiero, cuando lo quiero y como lo quiero”.

- *Soberbia y grandiosidad*. En cierta manera, la personalidad del adicto regresiona o retrocede a la adolescencia, aflorando muchas veces conflictos no resueltos con la autoridad y manifestando una conducta de reto permanente. La explicación radica, según Alvarado (2005) en que se produce una hipertrofia del ego como compensación al deterioro en la autoimagen que se produce por el impacto de la adicción en la vida de la persona.

En síntesis podemos concluir diciendo que todos estos errores cognitivos suelen llevar implícitos inferencias arbitrarias y llevar a conclusiones contradictorias tales como: generalizaciones, magnificaciones o exageraciones del significado y razonamiento dicotómico. Concretamente todas estas distorsiones provienen del sistema de creencias del adicto que conforman la raíz del desorden adictivo en el plano mental.

Aunque, los factores de personalidad pueden jugar un papel importante en el desarrollo de la adición, todavía ningún estudio ha podido ser conclusivo en la existencia de una "personalidad adictiva". Se cree que características de la personalidad tales como la baja tolerancia a la frustración y la dificultad para lidiar con los sentimientos propios, son factores que facilitan la aparición del desorden adictivo, la experiencia clínica pone de manifiesto la existencia de adictos con distintos tipos de personalidad.

2.3.- DIMENSIÓN SOCIAL

Por último, en el concepto de adicción habría que tener en cuenta los elementos *sociales* que contribuyen o establecen la posibilidad de que ciertas personas entren en la espiral de las adicciones. Términos como: "sociedad del riesgo" o "civilización adictiva" aparecen cuando se quiere encontrar una explicación de tipo sociológico al tema de las adicciones. Aunque nuestra cultura tiene elementos muy positivos, sin embargo también abriga aspectos negativos, tóxicos, que predisponen el desarrollo de comportamientos adictivos. En un momento de grandes transformaciones sociales es lícito preguntarse cuáles deben de ser los referentes conceptuales desde donde encauzar el debate que nos ayude a entender, no sólo los cambios en las instancias clásicas de socialización, que sin pretenderlo han potenciado la cultura del narcisismo, del individualismo, sino también los cambios producidos en el propio sujeto. Sujeto que tiene que enfrentarse cada día a un futuro inseguro, sin saber muy bien que pautas o normas seguir y teniendo que construir "en solitario" su propia identidad.

Identidad que viene marcada por el debilitamiento y la imposibilidad de mediar entre la realidad que vive y lo que desea, quedando a merced de los mensajes o redes

que configuran el poder social. Siguiendo a Marcuse, Olivos (2003) expone de forma excepcional como se formaría la nueva subjetividad o identidad posmoderna:

Un aparato psíquico sin complejidad interna, volcado hacia el exterior, sin pretensión de individuación, con una ansiedad permanente de identificación externa, que si queda solo queda en el vacío, abandonado a sus impulsos inmediatos, propenso a la manipulación, sin culpas ni ideales por ausencia de un Superyó bien constituido, sin un pasado que defender, porque nunca tuvo padre, ni futuro que perseguir, porque no tiene voluntad propia, viviendo al instante la oferta del consumo, en una búsqueda incesante de objetos que cumplirían el rol de calmar su angustia (Olivos, 2003:197).

Subjetividad o identidad que viene avalada por una sociedad que ha erigido al individuo libre como valor cardinal, puesto que la transformación de los etilos de vida unido a la revolución del consumismo ha permitido el desarrollo de los derechos y deseos de los individuos: el derecho a ser uno mismo, a disfrutar al máximo de la vida sin represiones, a escoger íntegramente el modo de existencia de cada uno. Se ha instalado la "cultura del narcisismo" donde el individuo ha abandonado todo interés por lo público, todo lo social es banal, sólo interesa el presente –su presente- centrando en su yo pero vacío, sin voluntad, sin capacidad de ordenar, jerarquizar y controlar sus impulsos.

El individuo queda a merced de la "sociedad posmoderna" habitáculo de riesgos, dilemas y miedos, que intenta superar, aunque para ello se vea arrastrado por la vorágine de la cultura del consumismo desenfrenado, de la imagen, de la búsqueda de estimulaciones fuertes destinadas a buscar satisfacciones inmediatas, de negar cualquier actitud que tenga que ver con el asumir y con el sufrir. Busca desesperadamente la felicidad pero sólo suele encontrar vacío, soledad y tristeza. Sentimientos nada placenteros con los que no está dispuesto a vivir y necesita liberar aunque para ello tenga que recurrir al enganche social o químico.

El consumismo como doctrina social y la veneración absoluta por la imagen son dos postulados importantes a tener en cuenta en el desarrollo de los comportamientos adictivos. Usar una conducta o una sustancia para contrarrestar el desatino, el absurdo o el vacío interior es justamente la ilusión que se anima cuando se erige o instituye el consumo como una "necesidad inventada". De igual manera, la fascinación por la imagen es algo que anima a una distorsión de la realidad donde la apariencia es más importante que lo que se es. La realidad se nos proyecta envuelta en una gran máscara que dificulta el desarrollo de las relaciones personales y sociales de forma sana y plena predisponiendo a la adicción. Sin embargo, a esto hay que unirle la sensación de que estamos en una sociedad donde el todo es posible, la gratificación inmediata y la búsqueda de soluciones rápidas se han convertido en un estilo de vida que producen expectativas irracionales y termina por traer dolor a las personas que sucumben a sus encantos.

Para concluir decir que, aunque en los últimos años ha habido muchos avances en lo que supone la comprensión de este problema, gracias a numerosas investigaciones, nuestra cultura aún permanece en la *negación social* de este tipo de adicciones. Cuesta creer que una persona esté sometida o totalmente controlada por un objeto, ya sea un ordenador, teléfono, cualquier juego o por una necesidad como la del alimento, el sexo o el trabajo. Negar lo evidente trae consigo graves inconvenientes, no sólo a la hora de diagnosticar e intervenir, sino también en la recuperación de las personas que viven bajo el yugo de este tipo de adicciones; no en vano se dice que los factores sociales representan una fuerte presión, tanto en la aparición como en la prevención de cualquier tipo de adicción social.

3.- PROCESO ADICTIVO: CARACTERIZACIÓN, ETAPAS Y FACTORES QUE LO DELIMITAN

3.1.- CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO ADICTIVO

Cuando hablamos de las adiciones sociales nos damos cuenta que este concepto lo ensamblamos de forma plural. Indistintamente hacemos uso del término para referenciar un caso de ludopatía, de compra compulsiva, o de laborodependencia. Esto nos hace pensar que entre ellas deben de existir algún o algunos nexos que les dote de una identidad propia para poder ser reconocidas o identificadas en el ámbito psicosocial. Y es en esta idea donde encajan nociones o concepciones como *síndrome adictivo social*, *matriz adictiva* o *círculo nosográfico de las adicciones*, muy bien definidas y explicadas por Alonso-Fernández (2003).

La conjunción de las adiciones sociales patológicas viene determinada por una serie de características psicopatológicas esenciales que determinan lo que se conoce como *síndrome adictivo social*, que hacen referencia a:

1. Se desarrollan en forma de *organización existencial adictiva* centrada en una apetencia incontrolada por el objeto y dirigida cada vez más hacia el exterior en forma de una pulsión.

2. Son llevadas a cabo o se realizan mediante un acto impulsional y no impulsivo, dado que se vincula a la organización existencia (descrita en el primer aspecto) y se inscribe en el logro de ciertas recompensas.

3. Aportan unas recompensas inmediatas en forma de reacción personal placentera de tipo negativo como la autorrelajación, y otra de tipo positivo como la autorrealización, ambas reforzadas por una descarga cerebral de dopamina.

4. Están sujetas a la repetición de la conducta impulsional, con intervalos casi siempre irregulares y no demasiado largos.

5. Ocasionan una gran acumulación de efectos nocivos en la salud física, psíquica y social del individuo y en su entorno socio-familiar.

Lo más sorprendente en este proceso es el ver como el deseo, independiente del control de la voluntad y trasformado en una necesidad incontrolable, siga viviéndose como una autorrealización, sobre todo al principio. Una de las notaciones está, según apunta Alonso-Fernández (1996), en que el poder de seducción que ejerce el impulso adictivo sobre el yo, se afinca en la ganancia o recompensa que implica su consumación en forma de placer o en evitación del displacer. Esta gratificación positiva puede ser resultado directo del acto en sí (recompensa primaria) o ser indirecta como consecuencia de sus efectos (recompensa secundaria). Sin embargo, el deleite aportado por el alivio del displacer (recompensa negativa) suele producirse al cabo de cierto tiempo de evolución, o bien bajo la forma de remisión de un efecto negativo o mediante la supresión del síndrome de abstinencia o de la protesta personal.

Aunque suele resultar difícil concebir la complejidad que subyace a esta forma de proceder, sin embargo su disquisición suele ser sencilla. Bastaría con preguntarnos por la intencionalidad que el sujeto le confiere o le dispensa a la acción. Es fácil argüir, si tenemos en cuenta lo expuesto, que la finalidad o motivo atiende a un carácter o valor negativo, ya sea ejecutada en contra de uno mismo o si se procede o acciona contra alguien. Si se manifiesta contra uno mismo manifestaría una *intencionalidad agresiva*, como forma de imponerse o buscarse un castigo y si ésta se expresara contra otros hablaríamos de *heteroagresividad* y como muestras podrían servir: el caso de la ludopatía contra la familia y el de la adicción sexual contra la mujer.

No obstante, la clave principal para entender este proceso se localiza en el primer atributo fijado en su caracterización y que Alonso-Fernández (2003) señala como *matriz adictiva*. Matriz que englobaría todo lo que tiene que ver con la relación especial o anómala de carácter dominante que se establece con el objeto adictivo que a su vez forja o engendra el fenómeno patológico primario en el que coinciden todas las enfermedades adictivas. Por su parte, los otros atributos adquieren su validez al entenderlos como resultado del desarrollo dilatado, a lo largo del tiempo, de la existencia adictiva.

Interesa resaltar las distintas perspectivas sobre las que poder realizar un análisis minucioso de lo que es en sí la matriz adictiva. Desde el punto de vista de la fenomenología y atendiendo a un orden cuantitativo se puede decir que la matriz adictiva corresponde a un excesivo apetito, mientras que en el orden cualitativo se perfila como un apetito patológico o pulsión que entraña el fallo del autocontrol y de la libre elección que más tarde se extenderá a la libertad de acción.

Consecuentemente lo que realmente falla en las adicciones patológicas es la "libertad de acción"[9], siendo la voluntad la única facultad psíquica que queda alterada. ¿Qué rol ocupa la voluntad en la estructura de esta matriz? Dentro de su doble mecanismo funcional -la impulsión (elaborar deseos) y la suspensión (frenarlos mediante inhibidores) -la voluntad se ve precipitada a elaborar una ideación de deseos sin posibilidad de lograr frenarlos, por tanto el defecto se produce en la voluntad de inhibición, es decir, en los enfermos adictivos el mecanismo inhibidor de la voluntad deja de funcionar (sólo en lo tocante al objeto adictivo) produciéndose un desequilibrio en el que se impone la voluntad impulsora sobre la inhibidora, a la manera de un triunfo de la voluntad involuntaria sobre la voluntad voluntaria.

En el enfoque psicodinámico, este tipo de analogía o vínculo (actitud volcada en un objeto) se sistematiza como una postura infantil. Desde el lenguaje psicoanálitico a esta actitud se la designa como una "relación anaclítica[10]". Es decir, considera que en la mentalidad del enfermo adicto existe una forma de pensar con cierto grado de regresión infantil. Por consiguiente, la patología adictiva originaria se fundamenta en tres pilares claves: *relación autoritaria con el objeto*, *proceder de forma infantil*, y *unilateralidad*, dado que el objeto actúa peor no reacciona.

Todo esto nos lleva a consumar, que no todas las conductas entran a formar parte de lo que se ha tildado como enfermedades adictivas, ofreciéndonos la garantía de no incurrir en el error de señalar toda conducta sospechosa como conducta anómala. El referente analítico lo tenemos en los datos definidores enumerados al inicio de este epígrafe. Consecuentemente puede decirse que toda conducta desarrollada sin la presencia de estos rasgos consustanciales con las adicciones sociales patológicas o mórbidas, queda excluida de la agrupación de las enfermedades adictivas. Fuera del grupo estarían las adicciones no patológicas y las acciones impulsivas no adictivas. Las primeras son las que tienen que ver con las actividades apetitivas excesivas que suelen servir como fuente de gratificación o ser utilizadas como instrumento de evasión o compensación[11], al no darse el quinto elemento (ocasionar consecuencias negativas sobre el individuo); las segundas nominan a toda clase de acciones impulsivas sistemáticas carentes de una base de parida realmente adictiva, la ausencia del primer rasgo (organización existencial) invalida a estas acciones, ya que sería absurdo considerarlas como si fueran enfermedades adictivas si no media la adicción.

[9] Alonso-Fernández (2000) apunta que la libertad de acción hay que interpretarla desde la definición que establece el filósofo del empirismo clásico inglés Hume. Concretamente debemos entenderla como: "el poder de actuar o no actuar de acuerdo con las determinaciones de la voluntad".

[10] Concepto griego que significa "apoyarse en" o "acostarse sobre", introducido por la literatura psicoanalítica inglesa como término culto en sustitución del vocablo alemán *anlehnung* generado por la doctrina psicoanalítica y que postula que el apoyo demasiado intenso en un objeto es una pauta de conducta propia de la edad infantil.

[11] Estas actividades forman lo que se conoce como fenómenos limítrofes.

Para concluir exponer, que pese a las reticencias que todavía existen en algunos sectores de la psiquiatría en darle el sitio, que verdaderamente le corresponde a las adicciones sociales patológicas dentro de este campo científico, el síndrome adictivo social posee hoy un lugar propio en el sistema clasificatorio de las enfermedades. Cada vez se extiende más entre los investigadores especializados el criterio de que este tipo de adicciones forman un círculo nosográfico[12] independiente, quizás compartido con las adicciones químicas. Este agrupamiento viene avalado, no sólo por las coincidencias que se dan en el área psicopatológica, en la clínica y en la neurobiopatología (sustrato neuroquímico), sino también, por el índice de comorbilidad[13] y por la constelación genética[14]. Una última justificación fortalecería esta unión nosográfica y que tiene que ver con la reacción, que tienen todas estas adicciones, con resultado positivo a una estrategia terapéutica. Estrategia que está diseñada en torno a un tratamiento de tipo farmacológico (administración de una cierta selección de fármacos) acompañado de una opción psicoterapéutica con dos líneas de intervención: la cognitivo-comportamental basada en el cambio de actitudes y hábitos y la dinámico-existencial que va dirigida a la remodelación de la personalidad a través de una reconstrucción de las motivaciones profundas. Las pretensiones pasan por conseguir que el individuo reorganice de nuevo su vida, crezca a nivel espiritual y sea capaz de desarrollar autocontrol y autorrealización fuera del proceso adictivo.

3.2.- ETAPAS O FASES DEL PROCESO ADICTIVO[15]

La adicción no es un proceso efímero, sino todo lo contrario, ésta suele desarrollarse de forma espaciada en el tiempo. En sus inicios, el uso que la persona hace de la conducta, del objeto o de la sustancia suele ser no adictivo, sin embargo esta consideración va cambiando a la par que el uso va variando. Del vez en cuando, se pasa al diario y del hábito al abuso y el exceso hace romper la línea que lleva a la adicción. Aunque en sus primeras fases la adicción suele pasar inadvertida, bien por la

[12] Nosográfico alude al campo semántico de la nosografía que es la parte de la medicina que tiene por objeto la diferenciación y la clasificación de enfermedades.

[13] La comorbilidad tiene que ver con la alta frecuencia de asociaciones que se producen entre sí. Referencia la asociación de varios trastornos patológicos en un mismo individuo y que dentro de las adicciones sociales alcanza un índice extraordinariamente amplio (ejemplo: asociación entre la adicción a las compras y la bulimia).También, este tipo trastorno puede estar asociado con algún tipo de adicción química y con ciertos tipos de trastornos psíquicos, fundamentalmente con el síndrome depresivo pudiéndose encontrar la siguiente relación: estado depresivo que se complica con alguna forma de adicción y adicciones que coinciden con un estado depresivo (adicción depresiva).

[14] Según Alonso-Fenández (2002, 2003) la constelación genética tiene que ver con la intervención de un factor de vulnerabilidad de corte genético puro localizado en el gen A del cromosoma II, regulador de la codificación de los receptores dopaminérgicos D_2 y D_3.

[15] Aunque el perfil longitudinal del proceso adictivo puro puede estar representado en muchos escritos de manera fraccionada o bajo el nombre de los epígrafes de características clínicas o criterios de adicción, me ha parecido más interesante apostar por el modelo que describe Alonso-Fernández (2003) en su libro “Las nuevas adicciones”, por considerarlo mucho más preciso.

exigüidad o levedad de sus síntomas, o por la pericia de la persona para controlar y compensar las consecuencias negativas que la adicción tiene en su vida; lo cierto es que la lo largo del proceso adictivo la persona va pasando por varios momentos o etapas que reflejan el recrudecimiento progresivo de esta problemática y que se ve reflejado en todos los aspectos de la vida del adicto. De forma genérica se podría hablar de tres etapas (Alvarado, 2005):

1ª.- Etapa Temprana: En esta etapa ya se manifiestan episodios de uso descontrolado que pueden no ser muy severos y frecuente, pero que evidencian la instalación del desorden bioquímico cerebral[16]. La relación que la persona ha desarrollado con el sustrato de su uso lo motiva a seguir usándolo debido, fundamentalmente al refuerzo psicológico que la práctica de la conducta o el consumo de la sustancia tiene sobre su comportamiento. Podemos decir que en esta fase se produce la instalación del pensamiento adictivo que comienza a manifestarse como una preocupación con el uso. Hay deseos automáticos y la persona comienza a invertir tiempo no programado en actividades relacionadas con la sustancia o conducta adictiva.

2ª.- Etapa Media: En esta etapa se hace patente la pérdida del control. Los episodios conductuales o de consumo son más intensos y frecuentes. Debido al tiempo que la persona pasa ocupada en actividades relacionadas con la adicción empiezan a aparecer serios problemas, sobre todo familiares, pero también laborales o escolares debido al mal funcionamiento psicosocial. El pensamiento adictivo se intensifica debido a la necesidad aumentada de negar o racionalizar su conducta. Se produce un cambio, no sólo en la química cerebral, sino también en la personalidad: está más irritable, más ansioso e intolerante. Su ego se hipertrofia para poder mantener una imagen de "normalidad" que pueda disminuir la situación de estrés o ansiedad que genera en las personas que le rodean y en él mismo.

3ª.- Etapa Agravada: Esta etapa está marcada por la inhabilidad o incapacidad de detener el consumo o la conducta adictiva. Aparece el aislamiento social como consecuencia de los graves problemas que se instalan en todas las áreas de su ida: problemas familiares (separación), pérdida de empleo ante al imposibilidad de poder

[16] Este autor centra su explicación teniendo en cuenta lo que han demostrado algunos estudios (Por ejemplo: Nida, 1994, 1996; Kilty, Lorang & Amara, 1991; Matsuda, Lolait et al., 1990; Chen, Mestek e al., 1993 identificaron los receptores primarios de casi la mayoría de las drogas de abuso; Koob, 1992; Self, Institute of Medicine, 1996, descubrieron su localización en el cerebro y los neurotrasmisores asociados a estos receptores). Explicita que el cerebro de las personas adictas ha cambiado neuroquímicamente; cambio que se manifiesta en una alteración de los procesos cognitivos y conductuales, especialmente de aquello patrones de conducta asociados con la búsqueda y consumo de drogas. Los adictos tienen lo que se dice una "química cerebral secuestrada" que cada vez hace más difícil que el enfermo controle su adicción. Además, el descontrol bioquímico se acompaña de una creciente defensividad psicológica, que en cierta manear va despegando al adicto a la realidad que está viviendo, de manera selectiva. Autoengaño que produce una falta de conciencia de las posibles consecuencias que tiene el uso de la conducta o sustancia adictiva, minimizando así los costes personales y sociales.

mantenerlo, problemas financieros y en algunos casos legales etc. Aparece la depresión como síntoma del desorden adictivo. Su autoestima también se ve muy deteriorada pudiendo aparecer psicosis tóxica, en las adicciones químicas, e ideación psicótica en las adicciones conductuales.

Anotar que estas fases no hay que considerarlas como compartimentos estancos, sino todo lo contrario, en realidad suelen superponerse de manera, que en muchas ocasiones, es difícil saber con exactitud en qué etapa del proceso puede estar ubicado el adicto. Sin embargo su uso resulta muy eficaz cuando nos interesa analizar la gravedad del problema y discernir las necesidades que cada adicto tiene, sobre todo a la hora de aplicar un tratamiento.

Sin embargo, es necesario ir más allá de la generalidad y entender el proceso adictivo como lo define Alonso-Fernández (2003). Este autor parte de considerar las fases del ciclo adictivo desde una perspectiva dinámica cambiante donde el proceso adictivo se constituye como un ciclo integrado por una serie de secuencias o fases que describen lo que éste autor denomina como perfil dinámico de la enfermedad adictiva social y que queda concretado en el cuadro número 2.

CUADRO Nº 2

FASES DEL CICLO ADICTIVO	
Las doce fases del ciclo adictivo	**Cinco momentos básicos**
1.- Afición desmedida o apetito excesivo 2.- Organización existencial adictiva 3.- pulsión incontrolable 4.- Síndrome de privación o renuncia	**1º.-**
5.- Acto impulsional	**2º.-**
6.- Sistemas de recompensas 7.- Postsaciedad 8.- Contrarrecompensa	**3º.-**
9.- Repetición de la impulsión adictiva	**4º.-**
10.- Consecuencias nocivas 11.- Resistencia al cambio 12.- Recaídas y recurrencias	**5º.-**

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida de: Alonso-Fernández, F. (2003: 32).

Analizando los cinco momentos básicos que establece este autor con las doce fases diríamos que el primer momento básico atendería a una situación de preparación en la que el adicto puede empezar a sentirse presionado por un impulso incontrolado y comenzaría a idear la forma de convertir el impulso en conducta. Este proceso englobaría las siguientes fases:

1ª- La denomina inicial o fase de tránsito entre lo que se considera una afición a una adición: Se caracteriza por tener una afición excesiva o vehemente hacia un objeto del que se puede hacer un uso abusivo pero no se llega a perder el autocontrol. Seguiría funcionando la voluntad inhibidora otorgándole a la acción un carácter de voluntad libre ya que no llegaría a traspasar el límite de la adición.

2ª.- Organización existencial adictiva: Aunque algunas personas no pasarían de la primera fase, al funcionar el autocontrol, otras sin embargo si lo hacen puesto que deciden *configurar u organizar su existencia en torno al objeto o conducta adictiva*. La vida del sujeto se perfila como vacía o inexistente si no tiene el objeto o realiza la conducta. Desaparece la voluntad libre y se instala el "pensamiento único" centrado en dedicar todo su tiempo a pensar, idear, fantasear e incluso soñar la forma en como obtener el objeto o desarrollar la única conducta que le produce placer o bienestar, aunque para ello tenga que eludir sus obligaciones familiares o sociales.

3ª.- Pulsión incontrolable: En esta fase se produce un endurecimiento del apetito excesivo desinhibido. El deseo sobre el objeto o la conducta se hace irreprimible o irresistible dado que la voluntad carece de su mecanismo inhibidor y toma una orientación hacia el exterior en forma de una pulsión[17]. Pulsión que surge de una existencia facciosa organizada en torno a una incontrolable apetencia de deseo. Esta fase puede aparecer de forma espontánea o estar inducida por algún estímulo[18] externo (lugar, hora, acontecimiento estresante, etc.) o interno (estado de ánimo, cognición, etc.).

4ª.- Síndrome de privación o renuncia: Esta fase tiene que ver con los momentos (ya sea por iniciativa individual o impuestos por las circunstancias) de alejamiento involuntario que median entre el sujeto adicto y su objeto de deseo. Esta fase abarca la parte displacentera del proceso adictivo, puesto que cualquier intento de renuncia conlleva el tener que coexistir con episodios de ansiedad o de irritabilidad acompañada de síntomas vegetativos nada plácidos o apetecibles. Es lo que el autor

[17] La pulsión se utiliza para nombrar la tendencia adictiva orientada hacia el exterior. La introducción de este vocablo ha servido de base conceptual para establecer la diferenciación entre el acto impulsional y el acto impulsivo.

[18] La personalidad del sujeto y/o la situación por la que esté pasando van a determinar el tipo de estímulos que harán generar la apetencia o deseo adictivo.

denomina como “síndrome de renuncia” y que es muy parecido al ya conocido “síndrome de abstinencia”.

El segundo momento básico se desarrolla, según este autor, bajo una secuencia ejecutiva, traducida en un comportamiento social desviado o excesivo que constituye una necesidad placentera repitiéndose constantemente y que es el reflejo de la pérdida del control de los impulsos. Dentro de la amplia clasificación éste coincidiría con la quinta fase:

5ª.- Acto impulsional: Esta fase representa el éxtasis o delirio de la conducta adictiva. La imposibilidad de resistirse a la pulsión adictiva abre paso a la consumación del “acto impulsional”; situación que conjuga sentimientos de malestar previos a al conducta (refuerzo negativo) con sentimientos positivos de autorrealización (refuerzo positivo primario). Estaríamos hablando de un acto no libre que se desarrollaría fuera del control del sujeto y sin tener en cuenta los compromisos u obligaciones que atan a la persona con sus responsabilidades.

Alonso-Fernández (1996) cataloga al tercer momento básico, al que denomina como de saciedad, como el más polimorfo de todos ellos. Es multiforme porque, mientras que para unos representa la calma o la relajación para otros, sin embargo, representa todo lo contrario: o puede convertirse en un momento de desazón o pesadumbre dado que hacen su aparición sentimientos tales como la culpa y la vergüenza o puede suponer una oportunidad de desafío o excitación que sirva de marco para la aparición de conductas infantiles o regresivas. Agruparía las siguientes fases:

6ª.- Sistema de recompensas: Esta fase está ligada sólidamente a la anterior. Si en un principio la ganancia es negativa, ya que el adicto tiene que liberarse del estado de sufrimiento que le precede al acto impulsional, ésta se potencia con una fuerte dosis de placer inmediato que se mantiene a lo largo de todo el comportamiento adictivo. Esta serie de recompensas psíquicas positivas y negativas actúan reforzando la tendencia a repetir el acto, convirtiéndose en reforzadores de la conducta.

7ª.- Postsaciedad: Esta fase surge cuando se apagan las brasas de la exaltación placentera de la fase anterior. Es tildada de negativa, puesto que el placer concluye y hace su aparición la post-saciedad. El comportamiento que precede a este estado es impredecible, dado que va a estar determinado, no sólo, por las características del propio sujeto, sino también por el hecho en sí, aunque éste puede reaccionar de forma muy dispar: bien evadiéndose o siendo violento.

8ª.- Contrarrecompensa: No todos los adictos pasan por esta fase. Se cree que sólo aparece en aquellos sujetos que están dotados de una "cierta espiritualidad". La culpa y la vergüenza hacen su aparición en forma de contrarrecompensa. Estos sentimientos hacen detener el ansia o apetito, por llevar a cabo la conducta o por poseer el objeto, y actúan como inhibidores del comportamiento adictivo. En esta fase nos podemos encontrar con personas en las que la vergüenza o la culpa con el tiempo van perdiendo fuerza o desapareciendo y en otras quedan instaladas haciendo que la adicción se convierta en un acto intermitente.

El cuarto momento tiene que ver con la abstinencia, en la que el adicto presenta un estado de irritabilidad y ansiedad constante y suele ir acompañado además de astenia e incapacidad de pensar de forma clara y precisa, de sintomatología vegetativa como náuseas, escalofríos, insomnio, etc., y que aparece cuando el adicto trata de contener su impulso adictivo. Pasado este trance (elegido o impuesto por las circunstancias) el sujeto preso del círculo adictivo volverá de nuevo sobre sus pasos, es decir, a repetir la misma conducta. Por ello, este momento coincide con la novena fase que tiene que ver con:

9ª.- Repetición de la impulsión adictiva: O lo que es lo mimo la *reiteración* o *reincidencia* del acto impulsional. Fundamentalmente, ésta tiene que ver con la propia naturaleza de la patología de la adicción y viene impulsada o accionada por los factores o estímulos internos o externos ya descritos en la tercera fase.

Por último, el quinto momento básico coincide con lo que denominan *la adaptación a la vida comunitaria*. Adaptación que tiene que hacerse teniendo en cuenta el deterioro que la persona ha sufrido, fruto de las consecuencias acaecidas en los cuatro momentos anteriores. Como veremos, rara es la adicción que no genera efectos contraproducentes o dañinos en la vida del sujeto adicto[19]. Aquí se agruparían las siguientes fases:

10ª.- Consecuencias nocivas: Esta fase está determinada por los resultados dañinos que comporta la conducta adictiva. Daños que son sentidos a nivel material, espiritual y de autorrealización existencial y que sus consecuencias se hacen sentir en cualquier esfera de la vida de la persona. Afecta a su salud física (debilitamiento general), psíquica (depresión, irritabilidad, etc.) y social, con fracasos en su vida familiar, laboral, económico y de relaciones sociales que arrastran al aislamiento social. Pese a estos inconvenientes el comportamiento adictivo no suele dejarse amedrentar o intimidar fácilmente y el sujeto suele sufrir un progresivo desgaste o merma de su calidad de vida.

[19] Aún considerando que las adicciones alimentarias son las que se muestran más compatible con la integración social completa, su paso por ellas cursa un gran menoscabo en la persona que es víctima de ellas.

11ª.- Resistencia al cambio: El mejor estandarte para no querer cambiar en negar que se tiene el problema y eso es precisamente lo que ocurre en esta fase. Negar es un verbo común cuando hablamos de adiciones. Se ignoran los síntomas, las consecuencias y se rechaza cualquier tipo de ayuda profesional. Para el adicto todo es explicable y justificable, sólo busca encubrir su problema y pasar desapercibido.

12ª.- Recaídas y recurrencias: Esta última fase alude a los episodios que suelen aparecer una vez que el sujeto decide apostar por la recuperación. La *recaída* tiene que ver con el proceso de reincidencia, es decir, con la vuelta a la conducta descontrolada anterior al tratamiento y suele aparecer antes de haber pasado seis meses. De nuevo la persona se siente incapaz de controlar la conducta y necesita ayuda terapéutica. La *recurrencia* significa lo mismo pero sucede una vez franqueado el límite de la recuperación. La diferencia entre ambos episodios se sitúa en que la recaída constituye una incidencia evolutiva espontánea propia de la adicción y la recurrencia obedece la mayor parte de las veces a la influencia de emociones negativas, sobre todo de tipo familiar.

3.3.- FACTORES O CAUSAS QUE DELIMITAN EL RIESGO DE LAS ADICCIONES SOCIALES

Al día de hoy podemos constatar que no existe una única razón que explique por qué algunas personas utilizan la adicción como una forma de conceptuar su vida. Aunque se apuntan que son muchos y de muy diversa índole los factores que pueden hacer surgir y mantener este tipo de conductas patológicas, la mayoría de los expertos coinciden en señalar como elementos determinantes a todos aquellos que tienen que ver con el ámbito sociocultural, el sociodemográfico, el familiar o el personal. Además, el estudio de casos nos ha permitido evidenciar que, salvo especificidades propias de cada conducta adictiva, muchos de estos factores confluyen o convergen en la mayoría de las adicciones sociales.

Antes de pasar a delinear la matriz sinóptica resultante de conjugar todos y cada un de los agentes potenciales que conforman el posible riesgo adictivo, debemos aclarar, que al ser ésta una patología que se va fraguando, poco a poco en el tiempo, es previsible que puedan ir apareciendo nuevos elementos que haya que anexar, lo que nos lleva a identificar que cualquier esquema, por muy completo que esté, nunca va a estar del todo ultimado.

Tras revisar las diferentes posibilidades clasificatorias de nuevo, recurrimos a la que nos ofrece Alonso-Fernández (2003), por entender que es la que aúna o tiene en cuenta una perspectiva más multifactorial. Con alguna variación introducida a propio criterio, la clasificación que establece este autor quedaría del siguiente modo (Véase Cuadro 3).

CUADRO Nº 3

Matriz Sinóptica **Etiología multifactorial de las adicciones sociales**	
1.-Factores Socioculturales **Civilización adicta**	❖ Integración /Desviación ❖ Oferta adictiva ❖ Decrepitud familiar ❖ Conmutación mecanismos de socialización[20] ❖ Época de la depresión
2.- Factores sociodemográficos	❖ Género ❖ Edad[21] ❖ Hábitos de vida
3.- Factores personales de vulnerabilidad	❖ Antecedentes familiares ❖ Personalidad ❖ Situación vital ❖ Uso abusivo del objeto ❖ Trastorno psíquico ❖ Dispositivos neurobiológicos

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida en: Alonso-Fernández, F. (2003: 56).

3.3.1.- Factores Socioculturales[22]

Se ha constatado que ciertos factores específicos de nuestra sociedad sirven de génesis para el nacimiento de conductas adictivas. La conmutación de los mecanismos de socialización, la decrepitud o degradación familiar, la sobrepresión obrada sobre el individuo, la proliferación de la enfermedad depresiva y la gran oferta de objetos adictivos que hay al alance de todos, se manifiestan como las características socioculturales más concluyentes, que nos van a permitir hacernos una idea de la magnitud del problema que tenemos entre manos.

¿De qué manera la sociedad ejerce una excesiva presión sobre el individuo? Si tenemos en cuenta que el individuo vive instalado en el perenne dilema del *tener que elegir*, la repuesta a esta duda emerge, por si sola, en forma de dos disposiciones verbales: *capitular o renegar*. Capitulas rindiéndote a los encantos de la sociedad

[20] Elemento que no forma parte de la clasificación de Alonso-Fernández, pero que he considerado oportuno añadir en este apartado.

[21] Elemento que no forma parte de la clasificación de Alonso-Fernández, pero que he considerado interesante añadir en este apartado, para enriquecer el análisis comparativo iniciado con la variable género.

[22] En este epígrafe nos limitaremos a hacer una exposición algo genérica y breve de estos factores, ya que al disponer de un capítulo específico "Las adiciones sociales. Una aproximación desde la Sociología", centraremos en él toda la amalgama de explicaciones.

postmoderna adaptándote a sus preceptos a cambio de soterrar la integridad personal, o por el contrario reniegas de ella intentando no profesar sus cánones. No obstante, ambas disyuntivas pueden instalar al individuo en el abismo de las adicciones. El sujeto integrado, hostigado por las excesivas exigencias que tiene cumplir en su vida personal, profesional, familiar y social, halla su válvula de escape en cualquier objeto o actividad que le otorgue placer inmediato. Igual fatalidad pueden encontrar los que optan por renegar o ir en contra de la integración social. En la búsqueda vital de *encontrar su sitio* muchos sucumben a la entelequia de ser diferentes. Utopía que les mueven a poner los ojos en todo lo que se adjetive como prohibido o esté fuera de los cánones socioculturales definidos como lícitos.

No obstante, aún teniendo el mismo final -adicción-, el motivo fundamental que diferencia ambas formas de proceder podemos encontrarlo en cómo las circunstancias determinan la voluntad de elección a la hora de tomar una decisión. En los primeros, ésta está condicionada por lo que se conoce como *distrés integrador*, donde la adicción es concebida como el efecto rebote resultante de la necesidad, que la persona tiene de sentirse liberado deshaciéndose del estrés. En los otros, la decisión se lleva a cabo en un estado menos asediado y por tanto algo más razonado, siendo la estrategia el reemplazar una situación por otra.

Por consiguiente, no debemos perder de vista el hecho de que este tipo de factores, envuelven el aprendizaje de conductas adictivas que son utilizadas como instrumento de relación interpersonal y de logro social, puesto que la valoración del poder, el dinero, el consumismo, el éxito, etc., entendidos como preceptos o principios postulables a nivel social, generan un clima de tensión estructural que favorece el mantenimiento de modelos conductuales basados en la competencia desmedida y la agresión incontrolada.

¿Cómo la familia puede influir y en su caso determinar a que algunos de sus miembros caigan en las redes de la adicción? De manera general, se ha precisado que el aprendizaje de las formas de relación interpersonal dentro del contexto familiar es de máxima importancia. En sí, la estructura familiar, su dinámica relacional y los estilos educativos imperantes, pueden actuar como factores de riesgo o de protección y determinar el tipo de conducta que sus hijos van a adquirir a lo largo de su vida.

Si queremos conocer como puede desarrollarse un modelo de conducta de riesgo, (sea el caso de la adictiva o la violenta), teniendo como referente el ámbito familiar bastaría, con analizar cómo es la actitud emotiva de los padres o personas que están a cargo de los niños, cuál es el grado de permisividad que éstos tienen ante las conductas de riesgo de sus hijos y qué métodos son los que utilizan para afirmar su autoridad. Por ello la ecuación estructurada bajo la sumatoria de altas dosis de afecto más definición clara y precisa de los límites más uso de métodos correctivos no físicos daría igual a modelos conductuales integradores.

A este respecto, es muy importante hacer hincapié en la importancia que debe de adquirir dentro de este contexto el tema de los valores y las normas porque de ellos va a depender el grado de permisividad que pueda establecerse dentro del ámbito familiar. Aunque parezca extraño, algunas conductas nocivas consiguen aprenderse a través de la permisividad que los padres manifiestan tener hacia ellas. La inmadurez, el miedo al enfrentamiento y la irresponsabilidad de los progenitores, pueden ser parte de los errores que actualmente cometen los padres[23].

Otras variables de riesgo que han mostrado la importancia de conductas patológicas son aquellas que tienen que ver con el tipo de *vivencias* que los niños experimentan ante las situaciones de crisis que devienen en su entorno familiar. Los divorcios complicados, las adicciones de los padres o la violencia intrafamiliar, entre otras, pueden conllevar estados de *anomia*[24] derivados de la desvertebración familiar, donde el comportamiento adictivo puede convertirse en un eficiente mecanismo para encarar el conflicto.

De igual manera se ha detectado un gran énfasis en imputar parte de esta responsabilidad a los medios de comunicación, sobre todo a algunos programas televisivos. Sin embargo, no debemos perder de vista que aunque éstos se hayan convertido en un instrumento de educación informal para una buena parte de la población, sólo les es atribuible una parte de responsabilidad del problema ya que por sí solos no nos permitirían comprender ni abordar la complejidad que este problema representa en sí mismo.

No obstante, también se ha revelado que el contagio social, es decir, la adopción de comportamientos pernicioso como forma de imposición; la falta de control de inhibidores sobrevenida por los refuerzos positivos que normalmente obtienen estas conductas; la difuminación de la responsabilidad individual y los cambios en la percepción de la víctima (adicto) actúan como reforzadores positivos que alientan y acrecientan comportamientos cada vez más irreflexivos e irresponsables y que es necesario mitigar si se quiere cortar de raíz el problema de las adicciones.

[23] En algunas ocasiones la falta de autoridad esconde un deseo de no tener conflicto porque resulta mucho más cómodo no luchar contra los hijos y permitirle que haga lo que quiera sin ponerle demasiados impedimentos, sino que bajo el pretexto de no traumatizar o no frustrar al niño esconden realmente su falta de autoridad, cuando no, es simplemente por comodidad, inmadurez e irresponsabilidad para la paternidad. Son padres despreocupados o negligentes que por propia comodidad o por temor a ser impopulares ante sus hijos, mantienen actitudes de concesión constante. Nunca dicen que no, les consienten todo sin poner límites hasta que se vuelven contra ellos.

[24] Aunque el término de *anomia* se utiliza para definir la ausencia de reglas sociales que guíen las conductas de las personas referidas a un estado grave de desintegración cultural que surge en una comunidad cuando las necesidades vitales no se satisfacen y las personas se frustran progresivamente para acabar transformándose en una situación global de intolerancia y desinterés total por la convivencia- en este caso se aplica para significar la realidad que puede darse en un contexto familiar cuando reina el desequilibrio ya que reproduciría y ejemplificaría, a nuestro entender, el mismo patrón de sensaciones y comportamientos que vienen descritos en dicho concepto.

Sin embargo, la operación resultante de sumar el indicador *oferta de objetos adictivos* con el de *disponibilidad* entendida en las acepciones de lugar y medios para conseguirla, se convierte en el factor que incide de forma más directa en la conformación de los comportamientos adictivos, tanto en sus cifras como en su tipología. Dentro de la amalgama de conductas adictivas, Alonso-Fernández (2003) señala como ejemplos de factores directos en la ludopatía a el acoso presencial y organizativo de las distintas formas de juegos de azar; en la consumopatía al sistema de ventas de las grandes superficies, extendido desde la publicidad y la colocación selectiva de los productos hasta el paso final por la caja; y en la laborodependencia, a la estrategia seguida por algunas empresas de avivar la actividad competitiva con objeto de incrementar la productividad creando un ambiente muy propicio para el nacimiento de la adicción al trabajo.

3.3.2.- Factores o características sociodemográficas

En referencia a este segundo grupo de factores, decir que el género y la edad introducen algunas diferencias, sobre todo en lo relativo a la tipología de la adicción. Concretamente, los varones son más dados a hacerse adictos al trabajo y a los videojuegos, mientras que las mujeres lo son a las compras y a la comida. Las diferencias menguan cuando nos referimos a la televisión, al móvil o a Internet y se parcializan en lo que respecta al sexo y al juego, configurándose la tipología o modalidad como elemento diferenciador. Aunque la edad está muy aunada al género, la tendencia actual viene definida, fundamentalmente, en que: la gente más joven suele hacerse más adicta, a todo lo que tiene que ver con las innovaciones tecnológicas y de la comunicación, como por ejemplo: los videojuegos, las redes sociales, y al móvil como formas de expresar sus relaciones sociales.

A esto hay que agregar, que una gran parte de las diferencias epidemeológicas observadas entre la población sometida a algún tipo de adición social emana de las costumbres o los hábitos de vida que la persona tenga, hábitos que casi siempre suelen estar determinados o definidos por el tipo de trabajo y el ocio.

3.3.3.- Factores personales

De forma general, se ha comprobado que ciertos rasgos de personalidad y algunas circunstancias personales determinan, no sólo la aparición de la conducta patológica, sino también su persistencia en el tiempo. Características tales como la falta de control, el aprendizaje de modelos violentos o antisociales en los primeros años de la vida, incardinadas con ciertos atributos de las víctimas como la debilidad psíquica, la baja autoestima o alguna desviación externa, potencian que en determinadas circunstancias las personas decidan dejarse envolver por los lazos de la adición.

Siguiendo los caracteres especificados en la matriz sinóptica (ver cuadro 3), vemos que las variables personales capaces de vulnerar, no sólo la voluntad, sino también la capacidad de acción favoreciendo el desarrollo de una adición social patológica serían: los antecedentes familiares, la personalidad, la situación vital, el trastorno psíquico y la neurobiología.

Deshojando cada una de las variables establecidas por Alonso-Fernández (2003) vemos, que de nuevo la familia, esta vez como *antecedentes familiares*, se proyecta como elemento personal. El autoritarismo, la acritud, la conflictividad y la violencia (en todas sus dimensiones: física, psíquica y sexual) conforman tipos de familia poco saludables capaces de alentar aptitudes y generar comportamientos destructivos como es el de las adicciones en todas sus acepciones. Interesa destacar el *abuso sexual en la infancia*, como un aspecto muy importante a tener en cuenta cuando se analiza este tema, porque éste suele estar presente en la historia diagnóstica de pacientes afectados por esta patología (según este autor, la mayor acumulación se produce en las mujeres bulímicas).

Por su parte la *personalidad* destaca como el elemento más letal, ya que en ella pueden converger o confluir dos cuestiones claves:

1. Carácter endógeno: La personalidad puede acumular elementos intrínsecos, que por sí mismos, pueden contribuir a la aparición de la conducta adictiva. Sobresaldrían fundamentalmente la baja autoestima, la fuerte impulsividad y la introversión.

2. Carácter exógeno: La personalidad representa el ámbito sobre el que pueden ejercer influencia factores de otras áreas del individuo. Concretamente, algunos trastornos psicopatológicos, algunas experiencias o situaciones en la vida y los dispositivos neurobiológicos, se tornan como elementos de vulnerabilidad adictiva, dependiendo del resultado que éstos tengan en la personalidad del sujeto.

Cómo ya expusimos, en la parte relativa a la dimensión psicológica de las adicciones (ver página número 51) sería errado hablar de la existencia de *perfiles de personalidad adictiva*. Sin embargo, si podemos aventurar que ciertas características de la personalidad tales como la impulsividad, la falta o pérdida de la autoestima, la baja tolerancia a la frustración y la introversión, pueden convertirse en hendiduras por las que se filtre o germine cualquier tipo de desorden adictivo.

De todos ellos, es la *impulsividad disfuncional*, el rasgo que tiene mayor analogía o correspondencia con el mundo de las adicciones (tanto sociales como químicas). Además, también es fácil encontrar a este atributo en otro tipo de

trastornos como son: las manifestaciones de ira o de irritabilidad, los actos de autoagresión, los intentos de suicidio y la conducta inadaptada violenta. Consiguientemente la impulsividad más adictógena se correspondería con la desarrollada en el trastorno narcisista, el de personalidad límite y el de personalidad antisocial.

Por su parte, *el déficit o la baja autoestima* unida en muchos casos a la inseguridad y la hipersensibilidad favorece la aparición de las adicciones sociales. El ejemplo más idóneo de trastorno de la personalidad, para este caso, es el denominado como neurótico. Es en el carácter neurótico donde se dan los niveles más bajos de autoestima. El potencial adictivo se ve aumentado o fortalecido en el alejamiento hacia los demás impuesto por la timidez y la tendencia a las fobias sociales.

De la introversión como atributo del carácter que puede influir en la adicción no se sabe mucho. Simplemente resaltar, que este atributo como tendencia de conducta, está muy unido a la baja autoestima. La personalidad alexitimia[25] sería el tipo de identidad que encajaría con el carácter introvertido.

Pero no sólo los trastornos de personalidad descritos (neurosis, trastorno límite, narcisista, antisocial y la alexitimia) se asocian con el terreno de las adicciones. También ejercen su influencia otro tipo de alteraciones psíquicas como son el estado depresivo y las adicciones químicas. Es muy frecuente encontrarse en la clínica casos de c*omorbilidad* (trastornos patológicos asociados). No obstante, hay que tener presente, a la hora de hablar de asociación de trastornos mórbidos, donde se sitúa el origen de cada uno de ellos. Atendiendo a este criterio las adicciones sociales se dividen en *adiciones primarias* y *adiciones secundarias*. La adicción primaria se caracteriza por no mediar en su origen ninguna alteración psíquica, mientras que la adicción secundaria sí está condicionada por una alteración psíquica previa[26].

La depresión referenciada como síndrome depresivo suele ser un endémico en las adicciones sociales. Es muy habitual encontrarse en la clínica adictiva la conjunción de un estado depresivo complicado con una adicción social y una adicción social envuelta con una depresión, situación a la que Alonso-Fernández (2003) denomina como *depresión adictiva*.

Centrándonos en la primera combinación, este autor explicita que la depresión favorece el asentamiento de una adición social por medio de la influencia ejercida por

[25] La alexitimia se define como la incapacidad de expresar las emociones propias.

[26] En la comorbilidad no se debe de obviar, a parte de lo expuesto, la asociación por azar o la procedencia de ambos trastornos de una raíz común.

las cuatro dimensiones que integran la estructura de la depresión, acorde al modelo estructural tetradimensional descrito por el mismo (1988, 1996 y 2001) (Ver Cuadro 4).

CUADRO Nº 4

Los elementos adictógenos derivados de las cuatro dimensiones del estado depresivo		
Dimensión depresiva	Elemento adictógeno	Factor adictivo común
Humor depresivo	La desesperanza	Búsqueda de sensaciones y estímulos
Anergia[27]	El aburrimiento o vacío	
Discomunicación	Sensación de soledad	
Ritmopatía	La inestabilidad	

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida en: Alonso-Fernández, F. (2003: 63).

Añade también, que este tipo de comorbilidad ofrece dos particularidades interesantes de resaltar: primero el sujeto adicto busca, sobre manera en el acto impulsicional, la recompensa negativa en forma de remedio del sufrimiento ocasionado por el trastorno psíquico; Segundo hay que tener presente que la conducta de abuso es sintomático de la patología básica, es decir, éste desaparece una vez remite el trastorno psíquico primario.

Ya se pude hablar del *trastorno adictivo múltiple o multi-adictivo* como un hecho efectivo, dado que cada vez es más normal encontrarse asociaciones de índole patológica entre los diferentes tipos de adicciones. La combinación -*adicción social & adicción química*- es un hecho tangible que se traslada de muy diversas formas a la realidad adictiva. Es frecuente encontrarse con enfermos aquejados de alcoholismo y/o tabaquismo que son ludópatas, o de cocainómanos adictos al trabajo o al sexo. Aunque es menos habitual encontrase con el perfil de *poli-adicto social*, esta tendencia va en auge al igual que sucede con la asociación entre la adicción social normativa con su correspondiente homónimo ilegal (consumopatía/cleptomanía o sexoadicción legal/estupromanía).

De igual manera se ha detectado que algunas *circunstancias de vida* favorecen el cuelgue adictivo; situaciones que, por otro lado, coinciden con ser las causantes de la mayoría de los estados depresivos. Destacaríamos por su trascendencia: las pérdidas

[27] La anergia es la ausencia de reacción de un organismo frente a al aplicación interna o externa de una sustancia dada.

de personas significativas (duelo), las pérdida del empleo, pérdida de bienes patrimoniales (casa), problemas económicos, el distrés (estrés excesivo) etc.

Por último, quedaría por analizar el aspecto personal que tiene que ver con los *dispositivos neurobiológicos*. Éstos se sitúan en dos órdenes: el fisiológico y el químico. Alfonso-Fernández (2003) muestra que los principales *actores neurofisiológicos* que dotan de un alto riesgo son el *funcionamiento deficitario del área prefrontal* y la *estimulación insuficiente aportado por el sistema corticocerebral de alarma.* ¿Cómo se ejecuta el funcionamiento de estos agentes? El autocontrol se localiza en el área prefrontal y la afectación de cualquier cuadro cerebral orgánico se refleja en una conducta desinhibida, acompañada de impulsividad disfuncional. El sistema de alerta fijado en la corteza cerebral se encarga de proporcionar una tensión de alerta que sirve de fuente de estímulos a otros sectores del sistema nervioso. Cuando la actividad de este sistema corticocerebral desciende a un grado de infraestimulación, surge como tendencia compensadora la búsqueda de estímulos y recompensas y esto hace que se incremente o potencie el riesgo de caer en una adicción.

En cuanto a los *factores neuroquímicos*, capaces de introducir riesgo de adicción social, estarían la *actividad de los sistemas serotoninérgicos* y *GABA*[28] en un grado deficitario y *la liberación reactiva de dopamina* con un carácter masivo. De nuevo cabe preguntarnos ¿qué papel cumplen estos neurotrasmisores? Aunque aún no se tenga una respuesta clara sobre el tema, sí se ha podido confirmar la existencia de un déficit serotoninégico en las adicciones, ya que los fármacos aplicados para activar esta parte han tenido resultados positivos en la acción terapéutica. Del mismo modo, cuando el sistema GABA, encargado de ejercer una acción reguladora de carácter inhibidor sobre el comportamiento, no cumple bien su función, se incrementa la tendencia a la impulsividad, y ya hemos podido ver (cuando analizábamos la personalidad) que ésta es uno de los rasgos que más correspondencia tiene con las adicciones sociales.

Por su parte, la liberación de dopamina (neurotrasmisor que media las respuestas de euforia y estimulación en el cerebro), se halla condicionada por una descarga previa de endorfina (neurotrasmisor que media las repuestas a los estímulos dolorosos), por ello se le designa a la dopamina como la molécula de la recompensa. Consecuentemente el peligro potencial de agarre adictivo va a estar, según apunta Alonso-Fernández (2003), en aquellos individuos que reaccionan de inmediato con una poderosa sobredescarga de endorfinas y dopamina a una estimulación potencialmente adictiva.

Llegados a este punto sólo nos quedaría considerar una de las ideas, quizás de las más arduas o complicadas de abordar, que es la del *aporte genético* de las

[28] Las siglas GABA hace relación al Ácido Gamma Amino Butírico que se sitúa en la en la amígdala, en el bulbo olfatorio, el telencéfalo ventral y el globo pálido.

adicciones. Simplemente decir, que al día de hoy, esta tesis parece que carece de fundamento, ya que no se ha podido demostrar. Son más las voces que se asientan sobre la concepción de que el enfermo adicto "se hace y no nace". Se hace a través de su sujeción a la influencia de elementos de naturaleza psicosocial repartidos, como bien hemos visto a lo largo de este epígrafe- entre la sociedad, la cultura, la estructura familiar, el individuo, etc.

Podemos concluir diciendo, sin miedo a equivocarnos, que el mundo de las adiciones sociales no es una metáfora o una ficción (cosa deseable por otra parte), sino todo lo contrario, es una realidad clínica que está presente en nuestra sociedad de manera creciente e imparable y que poco a poco está dejándose ver gracias a los esfuerzos, que durante mucho tiempo, han dedicado profesionales, enfermos y familiares. Energías que están centradas en hacer llegar el mensaje de que este tema no es una trivialidad o una manía que le ha dado a algunos profesionales por patologizar cualquier conducta, sino que es una cuestión a la que hay que tomar muy en serio ya que, para hacer acto de presencia la adicción sólo necesita encontrar, como bien dice Echeburúa (2003: 26), a un:

Sujeto con una personalidad vulnerable, una cohesión familiar débil, estar sometido a circunstancias de estrés o de vacío existencial y contar con un hábito de recompensas inmediatas y tener el objeto de la adicción a mano.

CAPÍTULO II

Morfología de las Adicciones Sociales

1.- CLASIFICACIÓN DE LAS ADICCIONES: TIPOLOGÍAS DE LAS ADICCIONES SOCIALES PATOLÓGICAS

1.1.- CLASIFICACIÓN BÁSICA DE LAS ADICCIONES SOCIALES

Si ojeamos cualquier libro que aborde la temática de las adicciones desde una perspectiva global encontraremos que dentro del epígrafe *clasificación básica* introducen como elemento cardinal de diferenciación la figura del *elemento químico*. Por ello, en todas las agrupaciones o codificaciones se hace mención, tanto de las adiciones con droga como de las adicciones sin drogas o adicciones sociales. Esto no es un desatino dado que, en la realidad de la casuística diagnóstica las adicciones sociales están bastante relacionadas con las adicciones químicas, no sólo en lo que concierne a la identidad nosológica de la enfermedad adictiva, sino también por la frecuente asociación que se da entre ambas. Sirvan como ejemplos clásicos el trinomio: ludopatía-alcoholismo-tabaquismo o el tándem: trabajo-cocaína. (Véase Cuadro 5).

CUADRO Nº 5

CLASIFICACIÓN BÁSICA DE LAS ADICCIONES

ADICCIONES QUÍMICAS TOXICOMANÍAS	**ADICCIONES SOCIALES TOXICOMANÍAS**
Sustancias: café, alcohol, fármacos, opiáceos, cannábicos, drogas de síntesis, cocaína, etc.	**Conductas:** Alimentación, sexo, televisión, compra, juego, trabajo, robar**,** incendiar, estuprar o violar.

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida en: Alonso-Fernández, F. (1996: 13).

A parte de este factor diferenciador básico, actualmente también se introduce como fórmula de categorización el atribuir tanto a la sustancia química como a la acción el epíteto de *legal* o *ilegal*. Las normas sociales, la razón y los principios éticos ungidos de justicia y de ley van a ser los delimitadores que tracen la línea divisoria entre ambos tipos de adicciones. Por tanto, la tabla anterior quedaría modificada y completada de la siguiente manera (Véase Cuadro 6).

CUADRO Nº 6

Clasificación Básica de las Adicciones según su legalidad o ilegalidad

ADICCIONES SOCIALES LEGALES	ADICCIONES SOCIALES ANTISOCIALES ILEGALES
Objetos o drogas: café, alcohol, fármacos, dulce, chocolate. **Acciones:** jugar, comer, practicar sexo, ver televisión, comprar, trabajar	**Objetos o drogas:** opiáceos. cannábicos, drogas de síntesis, cocaína, etc. **Acciones:** robar, incendiar, estuprar o violar

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida en: Alonso-Fernández, F. (1996: 15).

Dentro del espectro de las adiciones sociales, las denominadas como legales forman la serie de adicciones consideradas como adicciones del *lujo*, la *opulencia* y el *sistem*a. La sociedad se manifiesta al ojo del individuo como un escaparate exuberante de posibilidades al alcance de su mano. El sueño del deseo se torna realidad cuando los mensajes que se trasmiten de forma constante son: "tú te lo mereces", "nada es imposible", "consigue lo que quieres". Metido de lleno en la vorágine de hacer realidad estos preceptos, es cuando el individuo se percata de la *gran quimera* y se siente necio, vacío, sin rumbo, a merced de sus propios miedos. La ansiedad, la angustia, el estrés o la depresión, sentimientos nada gratos, brotan como consecuencia del desasosiego que genera una realidad mediocre desprovista de principios o valores éticos, que más que ayudar inducen o predisponen a encontrar soluciones erradas.

Si las adiciones legales pueden ser consideradas como la expresión de los patrones culturales propios de la sociedad occidental, las adicciones sociales denominadas como antisociales o ilícitas representan lo contracultural, es decir, hallan en la *desviación social* su razón de ser. Aún sabiendo cuáles son los límites, no es difícil encontrase con situaciones o conductas que se deslizan por la pista de lo lícito e ilícito al mismo tiempo formando lo que se designa como una combinación mixta. Sirvan como muestra los casos de la adicción a las compras con la cleptomanía y la adicción al sexo con la práctica del estupro (violación).

Antes de entrar a desarrollar cada uno de los tipos de adicciones sociales, es necesario resaltar, que no todas las conductas sociales obsesivas o abusivas alcanzan a tener el apellido de mórbidas, nos referimos a lo que se conoce como *fenómenos limítrofes*. Aunque no es difícil saber poner el límite entre lo que es una conducta adictiva y una abusiva, bastaría sólo con aplicar los criterios básicos recogidos en el manual DSM-IV o los que ofrece Goodman, sorprende ver como existen divergencias, entre algunos autores, a la hora de tomar en consideración la naturaleza de algunos

comportamientos. Disensiones que vamos a ir viendo una vez entremos en el análisis minucioso de cada uno de ellos.

Aunque la tipología comportamental que se dibuja como adictiva puede ser muy amplia (Véase Cuadro 7) al día de hoy sólo han adquirido el status de conducta adictiva mórbida la adición al juego, a las compras, a la alimentación, al sexo, al trabajo, a la televisión y a Internet y otras tecnologías.

CUADRO Nº 7

CLASIFICACIÓN DE LAS ADICIONES SOCIALES	
1.- Conductas adictivas relacionadas con los instintos	
1.1.-Conductas adictivas relacionadas con la ingesta	• Anorexia mental o nerviosa con delgadez • Bulimia adictiva pura (con peso normal o sobrepeso) • Hiperfagia adictiva depresiva, neurótica o psicosomática (con obesidad) • Hiperfagia adictiva monoalimentaria, sobre todo de chocolate (con peso variable)
1.2.- Conductas adictivas relacionadas con el sexo	• Adicción al sexo • Parafilias • Violación adictiva (estupromanía)
2.- Conductas adictivas relacionadas con elementos socioculturales	
2.1.-Conductas adictivas de tipo sociocultural	• Adición al trabajo • Adicción al juego y videojuegos • Adición a las compras • Adición a la televisión • Adicción al teléfono • Adicción a Internet • Adicción a actividades artísticas • Adición al dinero • Adicción al éxito/bolsa • Adicción al ejercicio físico y la actividad deportiva (futbol)
3.- Conductas que generan tensión o emoción	
3.1.- Conductas de riesgo	• Deportes de riesgo • Recorrer calles en búsqueda de emoción
4.- Conductas adictivas relacionadas con el trastorno del control de los impulsos	
4.1.- Trastornos del control de los impulsos	• Cleptomanía • Piromanía
5.- Conductas no tipificadas	
5.1.- Otras conductas	• Seudología fantástica (mentira compulsiva) • Asumir el papel de enfermo

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida en: De la Gándara, J.J; Álvarez, Álvarez T (2000) y en Alfonso- Fernández, F. (2003).

1.2.- ADICCIÓN A LA COMIDA O FAGOADICCIÓN[1].

Varios autores[2] han precisado que la adicción a la comida deviene fundamentalmente por la representación social que adquiere el cuerpo humano a partir de mediados del siglo XX y que, al día de hoy, sigue reforzándose con mucha fuerza. Basta con mirar la televisión, la prensa, las fotografías de modas o el cine para darnos cuenta que lo que realmente prima es el ideal de belleza corporal basada en la delgadez. La figura corporal debe de exhibirse joven y esbelta, aunque esto implique vivir sometida al yugo de la inconstante satisfacción o sufrimiento, si no se congratula con este principio.

¿Cómo entender este acato? La respuesta se nos antoja fácil si sólo tenemos en cuenta los parámetros sociales vistos desde le punto de vista económico. El ideal de estética y el dominio al culto del cuerpo llevan parejo el nacimiento de todo un mercado de productos que reorientan las actitudes permitiendo hacer valer la idea de que, sino se tiene la imagen perfecta es fácil conseguirla, bien a través de regímenes dietéticos, curas de adelgazamiento, gimnasio, aeróbic, alimentos hipocalóricos, productos cosméticos, o con cirugía estética. Sin embargo, la cuestión va más allá de las políticas comerciales, éstas no tendrían sentido si detrás no estuvieran amparadas por un sustrato o esencia cultural. No en vano, González Duro (2005) -de la mano de Giddens (1997) - explicita que la beldad de la delgadez obedece a una fuerte tendencia inscrita a lo largo de la cultura posmoderna. Concretamente la nueva cultura juvenil, hedonista y contestataria, generada a partir de los años sesenta y setenta, crea y divulga cánones estéticos adolescentes en forma de ídolos que nada tienen que ver con los acaecidos hasta ese momento. Se postula una nueva identidad basada en un cambio total de mentalidad, sobre todo en la de la mujer[3]. Por encima del rol de madre y ama de casa, la mujer despierta hacia la valía de fémina activa, libre e independiente y este *despertarse al mundo* lleva aparejado una nueva relación con su ente físico (cuerpo):

La mujer que quiere estar delgada manifiesta a través de su cuerpo el deseo de apropiarse de las cualidades de autonomía, eficiencia y poder sobre sí, tradicionalmente atribuidas al varón (Duro, 2005:162).

[1] La fagoadicción es un neologismo que se acuña para designar la adicción al alimento, sobre la base de que fago, la raíz del vocablo griego "éphagon" -comer- se utiliza en este sentido para formar muchas palabras, como antropófago, fagocito, etc. Véase: Alonso-Fernádez, F. (2003): *La nuevas adicciones*. TEA. Madrid.

[2] Autores tales como: Alonso-Fernández, F. (1996, 2003); Echeburúa, E. (2003); González Duro, E. (2005); Adés, J. y Lejoyex, M. (2003).

[3]Si al principio a este fenómeno se le relacionaba, enteramente con el mundo femenino, esto ha ido cambiando de manera paulatina hasta el punto de que, hoy por hoy, el problema de la imagen y el culto al cuerpo, afecta casi por igual a ambos sexos.

En el intento de razonar o concebir este principio con otros que determinan el contexto de una sociedad posmoderna, nos encontramos con algunas contradicciones. ¿Cómo enlazaríamos el ideal de uniformidad estética con el de individualismo y de caracterización del sujeto? Según González Duro (2005) el ideal de perfección física choca tajantemente con la lógica posmodernista del consumo dado que, cuanto más se refuerza el imperativo del cuerpo firme, delgado y joven, más se afirma la autoexigencia de la conquista soberana de las propias formas. El hombre posmoderno ha de moverse entre dos silogismos discordantes: *por un lado debe cohabitar con las normas estrictas del culto al cuerpo, a la vez que tiene que hacer frente a los requerimientos hedonistas y consumista*. Una vez más, esta paradoja pone de manifiesto la expresión de una cultura antinómica que prescribe la contención (autocontrol y autovigilancia) como fármaco, al tiempo que estimula los impulsos consumistas e instituye la tentación como sistema (Giddens, 2000).

Es difícil conjugar el ideal estético de belleza con el constante avasallamiento de la publicidad en términos de comida. La sociedad crea obesos que después repudia poniendo de manifiesto, una vez más, la debilidad del sujeto frente al todopoderoso social. La dictadura de la esbeltez no sólo no ha frenado el crecimiento del sobrepeso, sino que ha originado una gran transformación en las formas tradicionales del comer. Lejos de producir una lógica disciplinaria, el triunfo de la delgadez ha tenido como consecuencia el triunfo de prácticas alimenticia y deportivas inocuas dando paso a conductas alimentarias impulsivas o desordenadas, que más que mantener delgada lo que consiguen es aumentar de peso originado sentimientos de culpa y ansiedad en las personas que las llevan a la práctica.

Comer más de lo que se necesita es un hábito muy extendido en nuestros días. La palabra *comida* se ha convertido en un vocablo de uso muy generalizado. Se come como forma de diversión, para intensificar las relaciones sociales, para celebrar acontecimientos significativos en la familia, pero también se hace para apagar o eliminar sentimientos o estados de hastío, de irritabilidad y de ansiedad provocada por el estrés laboral o emocional[4]. Por tanto, no es fácil dejar de comer o simplemente comer poco o seguir una dieta cuando lo que se quiere es comer. Aún así, son muchas las personas que intentan luchar con vehemencia contra el sobrepeso puesto que éste implica no sólo riesgos para la salud física[5] sino también para la salud psicológica (baja autoestima, depresión) y social a través del rechazo y del aislamiento que la sociedad proyecta hacia las personas que no cumplen con los cánones de belleza establecidos.

[4] Enrique Echeburúa (2003) explicita que detrás de la obesidad se ocultan, en la mayoría de los casos, estados de depresión, ansiedad, inseguridad irritabilidad y profunda insatisfacción.

[5] González Duro señala como posibles efectos patógenos derivados de la obesidad la prediabetes, diabetes, litiasis biliar, diversas hepatopatías, algunas afecciones respiratorias, enfermedades coronarias, insuficiencia cardiaca, accidentes cerebrovasculares, hipertensión arterial, arterioesclorosis, osteartritis, gota, etc.

A este respecto, Alonso-Fernández (2003) resume muy bien los motivos por los cuales se ha impuesto la consunción (enflaquecimiento) como modelo para las conductas alimentarias. Concretamente, establece tres razones: porque amplía la expectativa de vida, hace al acto sexual más placentero y la estética lo ha elegido como el modelo ideal digno de ser emulado. Sobre la base de estos tres pilares salud, sexo y belleza se han erigido las formas de alimentarse de una gran parte de la población, sobre todo de la fémina adolescente- juvenil. Esta triple orientación no sería problemática sino viniera acompañada por el sentimiento de descontento que se tiene sobre la imagen corporal de uno mismo, que hace alimentar la angustiosa llama del rechazo a comer por el miedo a engordar. El ansia por peder kilos, aún sin necesitarlo, o por mantenerse en le peso ideal lleva al paroxismo por estar a la última en el conocimiento de todo tipo de fórmulas que hagan realidad el sueño de estar delgada. Cualquier dieta, producto o instrumento que te mantenga famélica va a ser adorado, como si de un dios se tratase, aunque con ello te establezcas en el límite o al borde de la patología[6]. No en vano, se han especificado como síntomas de la anorexia mental subclínica la distorsión (agrandamiento) de la imagen corporal, pavor a engordar y el sometimiento a una dieta severa. Pero el problema no se queda ahí. Aumentan las cifras de adolescentes y jóvenes afectados de anorexia, a la par que también lo hacen las relativas a las patologías denominadas como fenómenos de contraste o rebote como son los adictos al alimento de tipo bulímico (en episodios agudos) e hiperfagio (carácter permanente).

Todo este escenario nos lleva sin pensar, a la encrucijada de la obsesión permanente por la comida, al tener que estar constantemente dilucidando entre si comer o no comer o comer poco y qué comer. Consecuentemente, el alimento puede convertirse en una droga de la que no quieren, no saben o no pueden prescindir, por lo que necesitan darse el atracón sino se sienten enormemente irritados o angustiados. Aunque, se han reconocido algunas similitudes entre la adición al alimento y algunas adiciones clásicas como el alcoholismo y el abuso de drogas, por el hecho de que el adicto a la comida, al igual que un alcohólico o un toxicómano, piensa constantemente en ella y puede comer para reducir la ansiedad y evadirse de situaciones que no le son gratas, aún sabiendo las consecuencias negativas que eso le reporta; La principal diferencia se perfila, según describe González Duro (2005), en que el adicto a la comida intenta continuamente limitar la dieta, cosa que no hacen por ejemplo, la mayoría de los alcohólicos que durante mucho tiempo no tratan de dejar de beber y no temen los efectos nocivos del alcohol.

Partiendo del esquema general de la conducta alimentaria, que se estructura en tres momentos básicos: el apetito o hambre, la ingestión de alimentos y la

[6] Datos como los que Alonso-Fernández nos ofrece revelan la magnitud del problema que tenemos entre manos, ya que éste explicita que el 85 % de la población joven femenina y el 40% de la masculina esta descontenta con su imagen corporal. Insatisfacción que se sustenta en el 90% de los casos en percibirse así mismas o a sí mismos con un volumen corporal exagerado. Más del 80% de las chicas de entre los 13 y los 23 años han hecho dieta restrictiva en alguna ocasión; y el 66% de las chicas y el 10% de los chicos están afectados por anorexia mental suave o subclínica.

sensación de saciedad. Podemos decir que el mejor reflejo de la adicción a la comida es la "ingesta compulsiva" que viene determinada por el engullimiento de una gran cantidad de alimentos y la sensación de pérdida de control. El comedor compulsivo come de manera muy rápida, asimilando la comida de manera mecánica sin apenas masticar a la vez que bebe de forma abundante. Podría describirse como un:

Paciente que sienten el ansia de comer como una poderosa fuerza que le empuja a seguir ingiriendo alimentos, llegando a comerse lo que no le pertenece u otros han tirado. Es como si estuviese en trance, paseando de un lado a otro, escuchando música a todo volumen o viendo la televisión para no pensar lo que está haciendo (González Duro, 2005: 176).

Al estar dominados por una sensación de hambre voraz de difícil contención, los atracones suelen caracterizarse por iniciarse de una forma brusca y en secreto, dada la vergüenza que le supone llevar a cabo ese comportamiento, a veces se mantiene oculto durante muchos años comiendo de manera relativamente normal en presencia de otros. La sobreingesta se realiza en un período corto de tiempo -entre 20 y 60 minutos- hasta que la persona sienta que queda insoportablemente llena. Estos episodios se suelen repetir de forma periódica -1 o 2 veces a la semana- pudiendo ser planificaos de antemano. La mayoría de los alimentos ingeridos suelen pertenecer al grupo de alimentos denominados, por los profesionales de la alimentación, como *prohibidos* o *peligroso"* por su alto valor calórico (pastas, dulces, chocolates, patatas fritas, etc.) otorgándole a la ingesta un carácter trasgresor. Atributo o particularidad que les genera culpa y propósito de no reincidir que generalmente no pueden cumplir dado que, la baja autoestima, el aburrimiento, la soledad, el enfado, la tristeza, e incluso el hecho de no deja de tener hambre, el aumentar de peso o el haber incumplido una dieta, son sentimientos que afloran con facilidad entre las personas que padecen este tipo de patología. Sirvan como ejemplo estas dos situaciones:

Después de una ingesta compulsiva, me siento asustada y enojada. El miedo es un componente importante de mis sentimientos. Estoy aterrorizada por el peso que puedo ganar. También me siento enfadada por haber permitido que una vez más me haya vuelto a ocurrir. Comer compulsivamente me hace odiarme a mí misma (González Duro, 2005: 177).

Los atracones se dan con mucha frecuencia -casi a diario- y son a base de galletas, chocolates o dulces a media tarde, en casa, a solas, especialmente cuando se encuentra deprimida o nerviosa. En alguna ocasión se ha despertado por la noche con una pesadilla y ha acudido a la cocina a darse un atracón: Los pensamientos de comida son muy frecuentes a cualquier hora del día. Estos alimentos los suele tener escondidos en casa para que no se enteren y no le regañen sus padres. Los atracones que son muy intensos y duran de 20 a 30 minuto, eliminan la sensación de desasosiego de Susana, pero al cabo de unos minutos experimenta una sensación desagradable de pesadez de estómago y tiene sentimientos de culpabilidad y de deprecio a sí misma (Echeburúa, 2003: 45)

Aunque podemos apreciar, que los efectos inmediatos de la ingesta desmedida suelen ser al principio gratificantes -reducen la inquietud y dan sensación de euforia- las consecuencias siempre suelen ser negativas. A nivel fisiológico la persona puede tener fuertes dolores abdominales, somnolencia y sensación de pesadez, mientras que a nivel psicológico, como hemos expuesto un poco más arriba, se ven invadidas por la depresión, baja autoestima, culpabilidad, en una palabra, les invade un profundo malestar al recordar lo que han hecho, inquietud que da pie al nacimiento de un nuevo episodio, que a modo de autoterapia consigue mitigar de forma momentánea esa sensación de desasosiego.

Es necesario precisar, que no todas las personas que comen mucho deben ser consideradas como adictas a la comida[7] (Véase Cuadro 8). Para catalogar a una persona de adicta al alimento deben mediar dos factores fundamentales: que coma mucha cantidad de comida y que lo haga con sensación de pérdida de control. Además suele darse la circunstancia de que el que come mucho no tiene alimentos prohibidos en su dieta y cuando come lo hace de forma lenta, saboreando y disfrutando de la comida (reforzadores positivos), cosa que no sucede en el adicto. La ingesta alimentaria, al contrario que el caso anterior, está controlada por reforzadores negativos que tiene que ver con el encontrar alivio a situaciones nada gratas o placenteras.

CUADRO Nº 8

Criterios propuestos para el Trastorno de Ingesta Compulsiva DSM-IV (APA, 1994)
1º.- Episodios recurrentes de voracidad. Un episodio de voracidad se caracteriza por: • Comer en un período concreto de tiempo (por ejemplo dos horas) una cantidad de comida que es mucho más de lo que la mayoría de la gente podría comer en el mismo tiempo y en circunstancias parecidas. • Sentimiento de pérdida de control durante este episodio (por ejemplo sentimiento de que no puede parar de comer o de no poder controlar qué es lo que come o qué cantidad de lo que uno come)
2º.- Los episodios de voracidad están asociados por lo menos a tres de las condiciones siguientes: • Comer mucho más rápido de lo normal • Comer hasta sentirse desagradablemente lleno • Comer mucho a pesar de no sentirse hambriento • Comer solo porque le avergüenza cuánto come • Sentirse a disgusto, deprimido o muy culpabilizado después de comer.
3º.- Marcado malestar respecto a sus "atracones"
4º.- Los episodios de ingesta aparecen, como media, por lo menos dos veces a la semana y durante seis meses.
5º.- El trastorno no aparece durante la anorexia o bulimia nerviosa.

Fuente: DSM-IV (APA, 1994).

[7]Según el DSM-IV (1994) para establece le diagnóstico TIC, es necesario que los atracones provoquen malestar clínico y que a pesar de que el sujeto presente satisfacción durante el episodio y después de éste, se preocupe sobre los efectos a largo plazo que dichos atracones tienen o pueden repercutir en su peso o imagen corporal.

Del mismo modo, hay que hacer hincapié en el hecho, de que no todos los que tienen una disfunción alimentaria les atañe el mismo problema con la comida, por ello se hace necesario concretar cuáles son los trastornos alimentarios que tiene que ver con la adicción. Si partimos de la clasificación general que establece Alonso-Fernández (2003) de los nuevos trastornos alimentarios (Véase Cuadro 9) advertimos que excepto la anorexia mental[8] en sus dos acepciones, la demás quedan incluidas dentro de la serie de adicciones alimentarias, siendo la bulimia adictiva o pura la considerada como *la adicción alimentaria por excelencia*.

CUADRO Nº 9

Trastornos Alimentarios de Origen Psíquico	
1.- Anorexia mental o nerviosa (con delgadez) → *Anorexia simple; * Bulimarexia	**2.- Bulimia adictiva o pura** (con peso normal o sobrepeso)
3.- Hiperfagia adictiva depresiva, neurótica o psicosomática (con obesidad) → *Hiperfagia pura; * Hiperfagia con bulimia	**4.- Hiperfagia adictiva monoalimentaria sobre todo de chocolate** (con peso variable) → *Hiperfagia pura; * Hiperfagia con bulimia

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida en: Alonso-Fernández, F. (2003: 86).

1.2.1.- La Bulimia

En su acepción etimológica la bulimia queda definida como *"hambre de buey o de perros"* siendo descrita, por primera vez, en 1979 por el británico Gerard Russe e introducida un año después en el DSM-III. La conducta bulímica está catalogada como el trastorno alimentario de origen psíquico más sorprendente, dado que ésta puede aparecer en cuadros clínicos antagónicos o incompatibles como son la anorexia y la hiperfagia, o como entidad separada (Véase Cuadro 8). Como veremos a lo largo de esta exposición, el bulímico representa el perfil característico de un adicto a la comida.

[8] La anorexia mental o nerviosa queda excluida de esta catalogación, dado que el fenómeno primario que interviene es el rechazo fóbico del alimento, cuestión que se contrapone al pilar fundamental de la adicción que es la atracción desmedida e incontrolable por el objeto causante del enganche adictivo.

Atendiendo a la definición que establece Alonso-Fernández (1996, 2003) la bulimia se caracteriza por presentarse en forma de ataques de hambre, que se repiten con cierta irregularidad, desde registrarse uno al día hasta no volver a surgir antes de haber trascurrido varias semanas. Al igual que sucede con la ingesta compulsiva, el acto bulímico se inicia de forma rápida y brusca, en forma de sensación de hambre voraz e incontrolable, e implica una ingestión grandiosa de alimentos, (preferentemente dulces u otros productos de alto valor calórico, aunque como último recurso se comen lo que tienen a mano), en un espacio corto de tiempo (entre una o dos horas), habitualmente realizado con deleite y en estricta soledad. Se da por terminado una vez se acaba la comida o por causa de fuertes dolores abdominales, de la sensación de saciedad o porque hace su irrupción una segunda persona[9].

Si analizamos la figura del bulímico nos daremos cuenta que éste vive atrapado bajo los lazos de la depresión. Estado que deviene, no sólo porque la bulimia (factor primario) se complique con frecuencia con un trastorno depresivo (ocurre con frecuencia), sino porque la persona bulímica (factor secundario) suele tener de por sí un matiz existencial depresivo. En el pensamiento de un sujeto bulímico suelen germinarse toda una serie de *sentimientos encontrados* que se ponen de manifiesto en el acto bulímico. Si al principio éste suele consumarse con inmenso placer, al estilo de una orgía, suele terminar con inmensos sentimientos de vergüenza y culpabilidad. Una vez se es consciente del problema el sujeto bulímico trata de solucionarlo, para no volver a reincidir, llevando a cabo medidas protectoras tales como: no llevar dinero cuando sale y así evita comprar, intentar estar siempre ocupado y no tener tiempo libre que te permita pensar en la comida, estar rodeado de gente o bien permaneciendo en locales públicos o acompañado por personas.

El origen del trastorno bulímico suele obedecer, según especifica Alonso-Fernández (1996, 2003), a una actividad insuficiente de los sistemas cerebrales de la noradrenalina y la serotonina, trastorno asociado con frecuencia a una liberación anormalmente baja de colecistoquinina, con lo que el individuo alarga demasiado su ingesta al no ser frenado por la aparición de la saciedad posprandial. En algunos casos se ha atribuido a la descarga masiva de opioides endógenos (Véase Cuadro 10).

[9] Según describe este autor hay personas bulímicas que han llegado en alguno de sus episodios a devorar comida por valor de 20 ó 25 mil caloría, volumen suficiente para cubrir las exigencias de siete u ocho hombres adultos durante 24 horas. Sin embargo, lo habitual es que ingieran entre 1.500 y 5.000 calorías. Después del atracón, algunos bulímicos han necesitado ser sometidos a una succión gástrica para liberarse de los dolores abdominales agudos o del estado de shock. También se han producido algunos fallecimientos como consecuencia de una dilatación aguda del estómago.

CUADRO Nº 10

Alteraciones de la neurotransmisión en los bulímicos
1. Funcionamiento noradrenérgico bajo(nivel plasmático bajo de la noradrenalina)
2. Funcionamiento serotoninérgico bajo (nivel bajo del metabolito ácido 5-hidroxiindolacético en el líquido cefalorraquídeo)
3. Liberación postprandial de colecistoquinina deficiente (nivel plasmático bajo después de las comidas)
4. Descarga de endorfinas masiva (sin comprobación plásmática)
5. Tasa de neuropéptido Y elevada en los bulímicos abstinentes (factor de recaída)

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida en: Alonso-Fernández, F. (2003: 89).

Aunque el término bulimia (como hemos podido apreciar en el cuadro 9) aparece en varios trastornos de la alimentación, eso no puede llevar aparejada la idea de considerar la bulimia como un trastorno unitario (anexo a la anorexia) o sin identidad de proceso adictivo auténtico. Por ello, se hace necesario precisar las diferentes modalidades que adquiere este término teniendo en cuenta de donde devienen. Cuando se habla comúnmente de bulimia suelen tenerse presentes las dos modalidades que adquiere la *bulimia nerviosa* que son la *bulimia adictiva* o *bulimia pura* y la *bulimia anoréxica* o *bulimarexia* (proceso no adictivo).

La *bulimia anoréxica* o *bulimarexia* es la combinación del cuadro típico de la anorexia mental con accesos de bulimia. Es decir, incorporan episodios de ayuno casi absolutos con episodios de ingesta copiosa de alimentos. Recordemos que el cuadro anoréxico se caracteriza por la pérdida de peso auspiciado por la entrega obsesiva del control del alimento mediante una dieta estricta que roza la inanición. Los episodios de bulimia se introducen cuando, a la persona anoréxica, le sobrevienen sentimientos de infelicidad o de ansiedad que le perturban su actitud de alarma, heroicamente mantenida a lo largo de los episodios anoréxicos, haciéndole abandonar el ayuno.

La bulimarexia no se reconoce como proceso adictivo, ya que el bulimaréxico no sólo no es adicto a la comida, sino que la rehúsa por miedo a coger peso y volverse obeso. Es una forma de proceder de carácter obsesiva que se contrapone a la forma de actuar impulsiva característica de una adicción. Concretamente la secuencia obsesiva vendría definida del siguiente modo*: sensación de gordura - preocupación excesiva por el peso y el alimento - dieta restrictiva rigurosa.*

En la mayoría de los casos la obsesión, por no engordar o perder peso, se ve reforzada con el uso de productos adelgazantes y la práctica de ejercicio físico y sauna, que a su vez actúan como válvula de seguridad o estrategia compensatoria

cuando entran en acción los accesos bulímicos. Los episodios bulímicos son vividos como momentos de indefensión sobrevenidos por un fallo de los mecanismos fóbicos y obsesivos.

Por su parte la *bulimia adictiva* o *bulimia pura* es reconocida como la adicción alimentaria por excelencia, caracterizándose por la presencia de una pulsión incontrolable de devorar grandes cantidades de alimentos de forma placentera. Los problemas devienen una vez terminada la ingesta y el peso puede ser normal o excesivo.

Como vemos, ambas modalidades de bulimia nos dibujan un mapa del trastorno que en su esencia dista mucho de ser unitario (véase cuadro 11). Bien se podría hablar de dos mundos contrapuestos el del sujeto bulimaréxico que organiza su vida en torno al rechazo (comida y del cuerpo), a la restricción y al sacrificio y el del bulímico adictivo que proyecta su existencia, como muy bien expresa Alonso-Fernández (1996, 2003) en torno *a la incorporación orgiástica del alimento en un marco de prosperidad corporal y psicosexua*l. Antagonismo que también queda reflejado en su instrumentalización psicopatológica dado que la bulimia adictiva es inducida por un acto irreflexivo impulsional y la bulimarexia, como ya hemos especificado un poco más arriba, es una conducta de vigilancia obsesiva permanente sobre la figura corporal y la alimentación.

CUADRO Nº 11

Manifestaciones distintivas entre la: Bulimia adictiva y la Bulimia Anoréxica		
Rasgos clínicos	**BAD (Bulimia Adictiva)**	**BAN (Bulimia anoréxica)**
Psicopatología básica	Pulsiones bulímicas episódicas	Conducta fobo-obsesional anoréxica
Asociación con anorexia mental	Ausente	Presente
Actitud ante el alimento	Ansia paroxística	Rechazo fóbico
Edad de comienzo	Juventud (2ª y 3ª década)	Adolescencia precoz y media (12-19 años)
Proporción masculina femenina	1 a 10	1 a 10
Distribución de la conducta bulímica	30%	70%
Fenómeno psicopatológico básico	Adicción al alimento	Fobia al alimento

Rasgos clínicos	**BAD (Bulimia Adictiva)**	**BAN (Bulimia anoréxica)**
Compulsiones de limpieza	Ausente	Frecuente
Fobias sociales	Ausentes	Frecuentes
Peso	Normal o excesivo	Delgadez
Dieta restrictiva	Mínima o ausente	Máxima (ayuno)
Alimentos preferidos en los atracones	Dulces	Salados
Volumen alimentario del atracón	Grande	Moderado
Vómitos autoinducidos después del atracón	Ausentes	Frecuentes
Nivel de amilasa sérica	Normal	Elevada cuando hay vómitos
Abusos de laxantes o diuréticos, enemas, píldoras adelgazantes	Casi nunca	Casi siempre
Tipo de personalidad más frecuente	Con problemas para el control de los impulsos (personalidad límite o inmadura)	Personalidad obsesiva y de baja autoestima
Preocupación excesiva por el peso y las formas corporales	Ausente	Presente en grado máximo
Conducta sexual	Normal	Inhibida
Antecedentes de abuso sexual	Frecuente	Raro
Cormobilidad con depresión	Muy frecuente (casi constante)	Frecuente
Abuso de alcohol	A veces	Rara vez
Abuso de cocaína	A veces	Rara Vez
Otras conductas adictivas sociales	Frecuente	Ausente[10]

[10] Adès y Lejoyeux consideran que la anorexia sí puede estar asociada a otro tipo de adicciones sociales, concretamente a la adicción por el ejercicio físico o al deporte. Según estos autores una persona anoréxica obsesionada por el mido a comer y a engordar suelen ser amantes de los ejercicios físicos que pueden practicar hasta el agotamiento. Algunas desarrollan una verdadera "adicción al ejercicio" paralelo a la "adicción al ayuno". Esta asociación es fácil verla en las gimnastas de alto nivel y, a veces, en las bailarinas.

Rasgos clínicos	**BAD** **(Bulimia Adictiva)**	**BAN** **(Bulimia anoréxica)**
Fármacos selectivos	- Desipramina (en su defecto imipranina) - Fluoxetina (80 mg.) - Naltrexona	- Clomipramina -Ciproheptadina en altas dosis (hasta 28 mg. por día) - Olanzapina (5 mg.)

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida en: Alonso-Fernández, F. (2003: 93-94).

Centrándonos en la causalidad del origen de estos trastornos vemos que su predisposición se manifiesta en la conjunción de varios factores individuales, familiares y socioculturales (diferentes en cada tipo de bulimia). Sin embargo, el nexo etiológico entre las distintas formas de bulimia se localiza en *querer adelgazar* siendo el factor de mayor riesgo el sometimiento a una dieta restrictiva para adelgazar. En el ámbito personal los factores de riesgo en la bulimia se disponen entre la personalidad, la situación y las circunstancias adversas de vida, los datos psicopatológicos y los antecedentes infantiles.

Wallen (1993) puso de manifiesto que el hecho de haber sido objeto de abuso sexual en la infancia o en la adolescencia es un antecedente muy común en la historia de los bulímicos adictos, pero no tanto en los bulimaréxicos y muy raro en los anoréxicos. Sin embargo, es necesario puntualizar que la influencia viene más del contexto familiar disfuncional vivido por la joven en forma de pérdida de seguridad que del hecho abusivo en sí. Por ello, Alonso-Fernández (1996, 2003) pone en cuarentena esta manifestación argumentando que este factor no es determinante dado que, las bulímicas adictas suelen ser mujeres que manifiestan una actividad sexual bastante madura, al contrario que las bulimaréxicas que suelen ser generalmente inhibidas sexuales.

Analizando los posibles lazos o asociaciones que podemos encontrar con otros trastornos vemos que la *cormobilidad* con las adicciones químicas (sobre todo alcohol y cocaína) es más frecuente en las bulímicas adictivas que en las bulimaréxicas[11]. Del mismo modo sucede con el trastorno depresivo. Los índices más bajos se sitúan en la anorexia mental restrictiva, los intermedios en la bulimarexía y los más altos en la bulimia adictiva. Normalmente la asociación entre ambos trastornos viene regida por la bulimia como factor primario e inicial. El trastorno depresivo deviene como resultado del estrés que le produce la sobrecarga emocional al verse acosada por los sentimientos de vergüenza y de culpabilidad que afloran en su pensamiento una vez ha realizado el acto bulímico. La sintomatología más usual suele ser: agotamiento emocional denominada *anergia*, que se traduce en una pérdida de la impulsividad vivida como falta de energías, oscilante entre el aburrimiento, la apatía, el vacío

[11] De la mano de Holderness, C.C; Brooks-Gunn, J. y Warren, M. (1994), Alfonso-Fernández (1996, 2003) expone que el porcentaje de consumidores abusivos de drogas que refieren una historia de bulimia (20%) duplica al de la anorexia (10%). Estos datos hay que considerarlos como una referencia orientativa dado que, las cifras no especifican las modalidades de bulimia.

interior, con una conducta dominada por la pérdida de actividad y el acompañamiento de astenia o fatiga crónica y disfunción sexual.

Aunque es menos frecuente encontrase con el hecho de que el trastorno bulímico aparece como secundario a un proceso primario de depresión, cuando esto sucede se debe principalmente, a que la persona bulímica tiene necesidad de compensar sus sentimientos de desesperanza, vacío, soledad y lo hace a través del hartazgo alimentario. Además, la bulimia adictiva posee la singularidad de compartir con la depresión los dos índices biológicos depresivos de mayor valor diagnóstico como son el acortamiento de la latencia del sueño rápido o sueño REM[12], y la tasa plasmática de la hormona corticoadrenal conocida como cortisol que en ambos grupos experimenta una elevación que no cede a la administración de dexametasona.

Centrándonos en las posible conjugaciones poliadictivas de índole social la información recogida demuestra que un amplio sector de bulímicas adictivas muestran otras formas de adicción social, sobre todo las que tienen que ver con la compra, el juego, el trabajo o el deporte[13] y en menor proporción la promiscuidad o la desinhibición sexual y la cleptomanía. Baillo (1993) destaca también la alta frecuencia con que los bulímicos adictivos, de ambos sexos, se entregan a las tentativas de suicidio y autoagresiones.

Para terminar, decir que el tratamiento farmacológico de ambos tipos de bulimia es totalmente diferente (Véase Cuadro 11). Mientras que para la bulimarexia se prescribe la mezcla de medicamentos tales como la *clomipramina* que es un antidrepresivo tricíclico que actúa estimulando el sistema serotonina y que también posee la peculiaridad de inhibir en el cerebro la actividad del sistema dopamina; la

[12] Alfonso-Fernández (2003) especifica que mientras que el patrón normal en la primera fase del sueño REM suele presentarse no antes de haber transcurrido dos horas, desde que se inicia el sueño, en le 50% de los depresivos y en el 60% de los bulímicos adictivos esta presentación se produce antes de haber pasado los primeros sesenta minutos.

[13] Adès y Lejoyeux (2003) se hacen eco de los estudios realizados por la psiquiatra Carolina Davis que ha podido confirmar la relación entre la anorexia mental, la bulimia y la hiperactividad física. Estudio a 45 mujeres de menos de 35 años, hospitalizadas por anorexia o bulimia. Los resultados de su trabajo sorprenden dado que, la mitad de las pacientes examinadas presentaban una dependencia del ejercicio: corrían o practicaban gimnasia varias horas al día, hasta el agotamiento, y se proclamaban incapaces de interrumpir o disminuir esa actividad. Pero lo más sorprendente es que estas pacientes en su mayoría habían practicado deporte intensamente antes del inicio de los trastornos alimentarios. Concretamente el 60% era dependiente al ejercicio desde la adolescencia, y la anorexia o la bulimia aparecieron como consecuencia del deporte, declarando que era le deporte el que había hecho crecer en ellas las inquietudes del peso y la imagen corporal. Por ejemplo en las mujeres jóvenes hiperactivas y anhelosas de ejercicio físico, la interrupción forzosa del entrenamiento, a causa de una lesión, ha suscitado el miedo a engordar y ello el desarrollo del trastorno alimentario. En palabras de una paciente objeto de estudio: *Cuando corro me pudo permitir todos los excesos. Desde que hago menos deporte, ya no me concedo el derecho a comer. ¿Por qué consumir calorías si ya no las gasto? (*Adès, J. y Lejojeux, M., 2003: 140).

ciproheptadina que es un antihistamínico y neuroléptico; y la *olanzapina* que es un moderno neuroléptico atípico. Los bulímicos adictivos se tratan con la *desipramina* que es un antidepresivo tricíclico estimulante del sistema noradrelanina; la *fluoxetina* que es un inhibidor de la recaptación de serotonina a dosis de 60-80 mg.; y la *naltrexona* que es una sustancia antagónica del sistema de las endorfinas.

A parte de la administración farmacológica, la bulimia adictiva requiere de un abordaje terapéutico más integral. Actualmente se combina el tratamiento en régimen ambulatorio con el que prestan las asociaciones de autoayuda[14] creadas para este fin. Como método terapéutico se recurre a la psicoterapia cognitivo-conductual, la interpersonal y la existencial. Según Alonso-Fernández (2003) la integración del enfoque comprensivo-existencial con las técnicas de la psicoterapia interpersonal y la terapia cognitivo-comportamental, se ha acreditado como la estrategia psicosocial más efectiva a corto o medio plazo, mediante dos o cuatro sesiones al mes, entre seis y doce meses, para la bulimia adictiva.

A finales de los años setenta Fairburn[15] desarrolló un tratamiento[16] para pacientes bulímicas, que más tarde adaptó a los enfermos por trastorno de ingesta compulsiva. Concretamente este tratamiento se divide en tres etapas (Alonso-Fernández, 2003; González Duro, 2005):

1ª.- Etapa: Se quiere introducir un patrón de alimentación regular (hacer tres comidas al día, hacerlo de forma lenta y moderada). Para ello, el enfermo tiene que registrar de forma detallada todas las comidas que realice y apuntar cualquier pensamiento o emoción. La pretensión es conseguir desplazar los episodios de ingesta voraz. También se utilizarán actividades alternativas que ayuden al paciente a resistir la tentación de comer compulsivamente, además de recibir información y consejo acerca de la comida, la ingesta, la figura y el peso.

2ª.- Etapa: Se intentan corregir las actitudes alimentarias erróneas y las cogniciones disfuncionales relativas a las comidas, la imagen corporal, el peso y la autoestima. Concretamente, se introducen en la dieta comidas que antes se evitaban y eliminar cualquier otra forma de dieta. Además se intentarán desarrollar habilidades para

[14] Destacan los que forman la Asociación de Comedores Compulsivos Anónimos, fundada en Estados Unidos en 1983 y que fue difundida a numerosos países, entre ellos España.

[15] Fairburn es considerado junto, a Marcus y Wilson, como los maestros de la terapia cognitivo-comportamental.

[16] Para ello tomó prestadas técnicas de la terapia cognitiva para la depresión y técnicas conductuales para el tratamiento de la obesidad, tomando su forma actual en 1981. Es un tratamiento de tipo individual y no hospitalario, que requiere de unas veinte sesiones de terapia durante cuatro o cinco meses. Consta de componentes cognitivos para acometer las falsas creencias del paciente (la preocupación exagerada del peso, el perfeccionamiento, el pensamiento rígido y la baja autoestima); y componentes conductuales que tratan de modificar los hábitos alimenticios contraproducentes.

manejar dificultades que de otra forma podrían desencadenar un atracón. Se identificarán, para cambiar, las formas problemáticas de pensamiento y se considerarán los orígenes de los problemas de la ingesta compulsiva y el rol de los factores familiares y sociales.

3ª.- Etapa: Consolidación de lo aprendido y de los cambios conseguidos sobre la conducta y las actitudes. Planificación del futuro introduciendo expectativas reales y estrategias para cuando surjan problemas saber afrontarlos y evitar así las recaídas.

Respecto a la psicoterapia interpersonal, apuntar que la que se lleva a cabo es la misma que la que se utiliza en la depresión, ya que se ha mostrado muy eficaz para la bulimia. Primero se examina los problemas interpersonales existentes para después ayudar al enfermo a realizar cambios idóneos en el ámbito de las relaciones inmediatas con otras personas.

Actualmente, el enfoque terapéutico pasa por la aplicación conjunta de lo que se conoce como *estrategia psicoterapéutica mixta integral*. De la mano de Smith, Marcus y Eldredge (1994), Alonso-Fernández (2003) nos presenta de forma sistematizada este modelo distribuido en siete fases:

1ª.- El establecimiento de una relación personal con la colaboración activa del sujeto.

2ª.- La comprensión de la conducta bulímica a través de la captación de las relaciones, por una parte, entre los datos externos conductuales y la experiencia interior, y por otra, entre las restricciones o privaciones de la dieta mantenida y los episodios de voracidad, con lo que se estimula la acritud de control en la esfera alimentaria y se mejora la autoestima.

3ª.- La psicoeducación o modificación de las cogniciones acerca de los hábitos alimentarios, la nutrición y la regulación del peso, acompañada por del desarrollo paulatino de hábitos de comer regulares, distribuidos en tres comidas por día y algún picoteo, en cuyo plan se irán introduciendo, poco a poco, *alimentos prohibidos*, con vistas a conseguir, sin aumento de peso, el consumo relajado de distintos alimentos.

4ª.- El descubrimiento y la estimulación de conductas de recompensa y relajación, con el propósito de neutralizar la emociones negativas.

5ª.- La estrategia cognitiva de modificar las ideas y las creencia disfuncionales o irracionales sobre las que se asienta la inadecuada ingestión de comida, en cuya labor se prestará una especial atención a las actitudes rígidas y perfeccionistas en torno a la dieta y a la autoevaluación.

6ª.- La superación de las dificultades interpersonales, acompañada de soluciones alternativas a la situación problema, a la vez que se presta una especial atención a al identificación de las emociones desencadenantes de la crisis.

7ª.- La prevención de las recaídas mediante el esfuerzo de los efectos del tratamiento, acompañado del adiestramiento para afrontar situaciones de alto riesgo.

En definitiva, los programas terapéuticos se basan en el autorregistro de la conducta con técnicas de control de estímulos, dieta, educación en nutrición, ejercicio físico y técnicas cognitivas para la modificación de los pensamientos e ideas falsas que pueden favorecer la ingesta compulsiva. Todo ello unido al *contrato conductual* con el paciente y el apoyo de familiares y amigos Básicamente, implica un cambio de vida en el adicto que debe comprometerse a seguir todas las recomendaciones descritas, con el apoyo o vigilancia de la familia (González Duro, 2005: 114).

1.2.2.- La Hiperfagia Adictiva

De forma general la hiperfagia o polifagia puede definirse como *el engullimiento habitual de comida excesiva, ya sea en las horas establecidas para ello o fuera de ellas*. Aunque, existen varias modalidades, en este trabajo, sólo se va a prestar atención a la denominada como *hiperfagia adictiva*. Al igual, que para la definición del concepto general de polifagia, la hiperfagia adictiva se caracteriza por *la entrega voraz asidua a la ingestión de alimentos* y es un trastorno que abunda más entre la población de tipología obesa que en los de constitución física normal.

Si apreciamos con cautela la definición de hiperfagia vemos que existen, en el tiempo, dos momentos posibles para dejarse llevar por la orgía alimentaria: durante el tiempo reglamentado para ello (comidas) y fuera de él. Si el acto se realiza en las comidas la hiperfagia se conoce como *prandial* y si se hace fuera de ellas se conoce como *hiperfagia del picoteo* o *comisqueo* (acción de comer de cuando en cuando). Ambos casos se distribuyen entre las tres modalidades de obesidad hiperfágica condicionadas por una adicción al alimento como son la obesidad depresiva, la neurótica y la psicosomática.

Tanto, el hiperfágico neurótico, como el depresivo y el psicosomático suelen ser los denominados como genuinos o legítimos obesos, ya que tienden a desbordar su sobrecarga ponderal por encima del 20% de su peso natural[17]. Comen de forma

[17] Para marcar el peso límite entre el normal y el sobrepeso actualmente se utiliza el índice de Quetelet. Este índice es el cociente de dividir el peso en kilos por el cuadrado de la talla en metros. Este sistema, adoptado por la Organización Mundial de la Salud, se considera como un indicador de preobesidad o

anómala ingiriendo mucho más rápido de lo normal, grandes cantidades de comida sin tener hambre y sin parar hasta sentirse colmados o a punto de estallar. A diferencia de los bulímicos, la preferencia por comer a solas, así como el advenimiento del sentimiento de culpabilidad, no se perfilan como elementos constantes en su conducta.

Aunque la hiperfagia adictiva difiere de la bulimia, en determinadas ocasiones ésta puede ser confundida con algún episodio de tipo bulímico. Existen una serie de conductas en la bulimia, tales como la recurrencia a los vómitos inducidos, el consumo de laxantes/ diuréticos o al ayuno y al ejercicio intenso, así como la distorsión de la imagen corporal y la preocupación morbosa por el peso, que no se dan en los hiperfágicos. Éstos, cuando llevan a cabo sus atracones, no recurren a la conductas compensatorias pos-atracón (laxantes, ejecito físico excesivo, etc.), y en cuanto a la imagen corporal, suele darse más un desagrado o insatisfacción por el tamaño del cuerpo que la presencia de graves distorsiones de la imagen corporal. Aunque no es muy común, la bulimia puede aparecer como fenómeno asociado a la hiperfagia adictiva. Esta asociación ha sido determinada, fundamentalmente, entre la población femenina de color de Estados Unidos[18].

Atendiendo a su epidemiología, cabe decir que la *hiperfagia neurótica* con obesidad afecta al 5% de la población infantil (6-13 años) siendo bastante más frecuente entre los varones. La aparición de esta enfermedad se imputa o se atribuye al medio familiar, concretamente al factor de la *sobreprotección* y en menor medida a la privación crónica del cariño. El niño suele estar sobreprotegido por una familia que presta una especial dedicación hacia las comidas, adquiriendo el alimento un carácter simbólico espiritual. El niño come sin reparos cautivado por el valor sentimental que adquiere la comida, ya que a través de ella sus progenitores[19], sobre todo su madre, le demuestran su amor. Consecuentemente él delega toda la responsabilidad de sus hábitos alimentarios en su madre, llegándose a despreocupar por su figura y su peso[20].

---

sobrepeso cuando su resultado se encuentra entre 25-30 y como un indicador de obesidad cuando se eleva por encima de 30.

[18] Muriel Gray y Melissa Littlefield, profesoras de Trabajo Social norteamericanas, describen el cuadro clínico prevalerte en las mujeres de color como una combinación de la hiperfagia voraz, bulimia, anorexia y dieta, sin dejar de reconocer la hiperfagia voraz como el síntoma que ocupa el primer plano clínico.

[19] Según Alonso-Fernández (1996, 2003) la combinación de progenitores que más interviene en la determinación de la obesidad neurótica infantil es la formada por la figura de una madre ansiosa y posesiva, junto a un padre débil, lejano o ausente.

[20] Alonso-Fernández (1996) refiere que el hábito de la sobrealimentación infantil suele comportar un alto riesgo de originar una desbordante proliferación de adipocitos (células utilizadas como receptores de grasas), por lo que la acumulación de un número exagerado de ellos, hace difícil que el obeso infantil, neurótico o no, pueda liberarse de la obesidad a lo largo de su vida.

Para la madre, su motivo de desvelo esencial es el cuidado de las comidas de su hijos, particularmente la de…. Desde su nacimiento fue motivo de preocupación ansiosa para ella. Una crisis de vómitos o diarrea del pequeño le obligaba a guardar cama más de siete días. Reconoce que muchas veces se ha excedido y le ha atiborrado de alimentos sanos y fuertes. En consecuencia,…, se ha criado como un lactante fofo, que a la edad del juego infantil se distinguía entre sus amigos por una gordura pálida linfática, que le imponía una gran torpeza de movimientos (Alonso-Fernández, 1996: 102-104).

Como contrapunto a la sobreprotección, la *falta o privación de cariño,* también puede erigirse como posible causa del desarrollo de la hiperfagia adictiva infantil. La falta de amor puede ser sustituida por el apego a la comida, convirtiéndose ésta en su único manantial de goce y placer. Consecuentemente, esta elección pude desencadenarles, a corto o medio plazo, una adicción a la comida.

Por su parte, la *hiperfagia psicosomática con obesidad* es un problema que afecta más a las mujeres que a los hombres. Ésta responde o suele aparecer, como resultado de vivir circunstancias estresantes o sucesos adversos, hechos que van a definir su carácter temporal o inestable (también se le asigna el nombre de obesidad de circunstancias).

Ambos tipos de hiperfagias difieren, no sólo en el arraigo o no de la adicción, sino también, en cómo cada sujeto siente la experiencia adictiva. Mientras que el hiperfagio neurótico la vive como una entrega simbólica de amor, los hiperfágicos psicosomáticos la persiguen o anhelan comer lácteos e hidrocarbonatos porque calma su abatimiento y su ansiedad[21]. Asimismo, difieren en su relación con el síndrome depresivo. La obesidad neurótica suele tener como resultado el nacimiento de un estado depresivo, ya sea neurótico o situativo[22], sin embargo, la obesidad psicosomática suele estar precedida por un estado depresivo.

[21] La selección alimentaria (productos lácteos e hidrocarbonatos) responde, según plantea Alfonso-Fernández (2003), a una clave de tipo neuroquímico. Esto es así ya que a expensas de la caseína de la leche y el gluten de l trigo el organismo fabrica sustancias péptidas opioides, cuya liberación en el sistema nerviosos sobrestimula el apetito además de de facilitar el estado de relajación emocional. Es como si el adicto psicosomático al alimento se propinase una dosis de morfina externa, o exorfinaconvertible en péptidos opioides (endorfinas y enefalinas). A esto se agrega un segundo elemento de automedicación cuando los comedores voraces tienen un nivel bajo de serotonina, ya que la producción de este neurotrasmisor en el cerebro resulta facilitada por el consumo se una ración crecida de azúcares y otros hidratos de carbono de metabolismo rápido.

[22] Ambos tipo se dan en el sujeto hiperfágico neurótico. Concretamente, la depresión neurótica obedece a factores endógenos, tales como la ansiedad y la inseguridad, rasgos característicos de la personalidad neurótica. Sin embargo, la depresión situativa responde a causas exógenas que tienen que ver con la situación del sujeto en el mundo, tales como el aislamiento social, el desengaño, el rechazo, etc.

Finalmente y como ya sucediera para la bulimia, el tratamiento para la hiperfagia adictiva debe de centralizarse en la personalidad del sujeto. Concretamente requiere de programas individualizados integrales que centran su atención en la dispensa de medicamentos (agonistas de la serotonina –fenfluramina y la dextrofenfluramina- y antagonistas de de los opiacios –naltrexona, fenermina y la anfepramona-), la aplicación de técnicas de psicoterapia (para la hiperfagia neurótica, la cognitivo-adleriano y para la psicosomática la de tipo conductual) y el estilo de vida (modificar los estilos alimenticios e introducir la actividad física). Dada la alta cormobilidad que tiene la hiperfagia adictiva con la depresión, se hace necesario atenderla antes de llevar a cabo el tratamiento específico de la hiperfagia.

1.3.- ADICCIÓN A LAS COMPRAS O CONSUMOPATÍA

Claire una joven ejecutiva bancaria gravemente endeudad, viene a la consulta a disgusto, acompañada por una amiga. Desde hace algunos meses, se niega a ver a sus familiares, no responde al teléfono. No se permite la menor salida. <He echado a perder mi vida con mi ropa. Mis armarios ya no cierran. Son roperos de envoltorios carnales> <Entro en una tienda escondiéndome. Bruscamente pierdo el control. Ya no soy yo…, me convierto en espectadora de mis compras (Adès y Lejoyeux, 2003: 21-22).

Cuando lo supe, todo se hundió. He perdido mis referencias y mi razón de vivir. ¿Qué es un contable que ya no cuenta?,…, ¿Por qué corbatas? lo ignoro. Durante muchos años me ponía siempre las mismas. Tengo centenares, que no me pongo. La idea de ser elegante, de seducir, de encontrar trabajo, quizás…Es un poco mágico pero estúpido. Después de la compra, me siento mejor. Pero no dura mucho (Adès y Lejoyeux, 2003: 23).

¿Nos son ajenas las historias de Claire y de Paul? ¿Cómo definir y analizar esta conducta? Ciertamente no, podría ser la contestación al primer interrogante, dado que cada vez son más las personas que quedan atrapadas por el deseo insaciable de comprar por comprar. Sin embargo, la segunda cuestión se torna más compleja de responder. En principio por la falta de interés científico sobre este tema y después por la ausencia o baja conciencia que tienen los propios sujetos afectados por este trastorno adictivo.

Extraña ver, como bien apunta el psiquiatra Alonso-Fernández (2003), la ausencia, no sólo de trabajos clínicos y psicopatológicos, sino también, la escasez de publicaciones bibliográficas sobre esta temática. Estado de la cuestión, que no concuerda con la realidad en la que están inmersas la mayoría de las sociedades occidentales, tan justamente nominadas como *sociedades de la opulencia y del consumo*. Epítetos que emanan de los pilares sobre los que se asientan como son el poder del mercado y el poder económico.

El consumismo se ha convertido en uno de los preceptos básicos de la "religión" capitalista. Ya Marx en 1894, a través de sus manuscritos de economía y filosofía, admitía que el sistema de las necesidades constituye una expresión de la alienación capitalista donde el fin de la producción no es la satisfacción de las necesidades sino la valorización del capital. El capitalismo produce necesidades múltiples y ricas mientras provoca el empobrecimiento de los hombres. El capitalismo es el rufián que instiga a los hombres a prostituirse. Crea necesidades de ostentación, necesidades refinadas, necesidades imaginarias, necesidades manipuladas, necesidades inducidas. En el capitalismo hay una fechitización de las necesidades; la clase dominante universaliza las necesidades efectivas de los privilegiados y las imponen al reto de la sociedad como modelos de vida. Las necesidades alienadas tienen un carácter cuantitativo. No tienen un nivel de saturación.

La práctica del consumismo se desarrolla a través de la expresión "ir de compras". Zygmunt Bauman (2002) explicita que lo que determina la política de la vida emana de la praxis de ir de compras. Todo lo que nos rodea o nos atañe puede ser comprado*:*

Salimos a comprar la capacitación necesaria para ganarnos la vida y los medios de convencer a los potenciales empleadores de que poseemos esa capacidad; a comprar la clase de imagen que nos convendría usar y el modo de hacer creer a los otros que somos lo que usamos; a comprar la mejor manera de ahorrar dinero para las malas épocas y de gastarlo antes de ganarlo; a comprar los recursos necesarios para hacer más rápidamente posible lo que tenemos que hacer y las cosas destinadas a llenar el tiempo que nos ha quedado libre; a comprar los alimentos más exquisitos y la dieta más efectiva para librarnos de las consecuencias de haberlos comido; los amplificadores más potentes,…, la lista de la compra no tiene fin (Bauman, 2002: 222).

Sin embargo, el problema del consumismo va más allá de los objetos comprados. En verdad, sólo un porcentaje muy bajo de lo que compramos lo hacemos porque nos hace falta para cubrir nuestras necesidades Lo demás queda al libre albedrío de un "tranvía llamado deseo". Sentimiento etéreo, mudable y fugaz, pero irrenunciable. Irrenunciabilidad que hace ser al deseo un objeto de consumo en sí mismo. Consecuentemente, podemos decir que por debajo del ansia consumista se esconde la tiranía del deseo movida por la incansable creatividad del mercado publicitario. Como bien apunta González Duro (2005) el consumismo de última hora tiende a basarse en la liberación de las fantasías y el anhelo. Lo que se quiere comprar ahora, realmente no es le objeto en sí, sino, el sueño y la felicidad instantánea que los objetos que se venden ofrecen.

No obstante, la obsesión por comprar, no sólo responde al hedonismo neo-individualista y posmoderno, del que ya hemos hablado, sino también, a la feroz batalla que el individuo emprende contra el sentimiento de inseguridad que le ahoga u oprime su existencia. La contradicción aparece ante nuestros ojos, una vez más,

envuelta en felicidad como ungüento o bálsamo que apacigüe los sentimientos sombríos o de desplacer. Zygmunt Bauman (2002: 223) resume muy bien esta idea cuando esboza *que la compra compulsiva o adictiva es siempre el ritual diurno destinado a exorcizar la horrenda aparición de la incertidumbre y la inseguridad que acosa por las noches.*

Por su parte Alonso-Fernández (2003) destaca el hecho de que se compra para sentirse más cómodos, para mejorar la imagen o para situarse con ostentación al nivel o por encima de los demás. La evasión es el sentimiento que mueve al consumópata, unas veces llevado por una actitud egocéntrica y otras por una alocéntrica. Entre los fines egocéntricos, este autor, destaca la satisfacción por hacer algo, la evasión de la infidelidad, el ansia de la comodidad, el capricho personal, la autoafirmación individual o incluso el hábito coleccionista. Sin embargo, desde la actitud alocéntrica intervienen fundamentalmente el ansia de amor o de estimación reflejada en un envío excesivo de regalos y obsequios y la presión de la avidez competitiva, traducida en seleccionar los artículos para no ser menos que los demás o fastidiarlos siendo más que ellos o para estar a la moda. Pero también puede darse una actitud mixta conjugando el afán de de reforzar su imagen ante sí y ante los demás.

Hoy nadie duda, que el consumo abusivo se ha convertido en un símbolo de estatus en la sociedad, impulsado por los valores sociales y los dictámenes de la moda que no hacen más que repetir que cuanto más se tiene más se es y que no ve ningún riesgo en el consumo desmedido o ingente. Concebir la vida como una "salida de compras" dilatada significa considerar al mundo como un depósito desbordante de productos de consumo, al que todo el mundo puede acceder, tengas más o menos dinero. Pocos son los que se escapan a la fascinación de los grandes almacenes, diseñados para sorprender, seducir y atraer a cualquier persona, que llevada por el deseo, puede correr el riesgo de convertirse en un adicto a la compras.

Aunque la compra puede ser adictiva en la medida en que es placentera en sí misma, debemos ser prudentes y reflexionar sobre la necesidad o no de llevar a cabo esa compra. Estar alerta implica tener pautas que nos defiendan del diabólico consumismo. La mesura y la cordura deben ser las normas que acompañen a una compra racional teniendo siempre presente que una persona debe de abstenerse de comprar cuando se encuentre en horas bajas, que debe limitarse a comprar los artículos que le hagan falta (hacer una lista antes de salir de casa), no hacer las compras solos, no llevar tarjeta de crédito, prescindir de las compras que se oferten a través de catálogo, Internet o tele-tiendas y dejar de utilizar los centros comerciales como sitios de ocio y divertimento.

¿Cómo definir la adicción a las compras? De la mano de Susan Mc Elroy (psiquiatra americana especializada en el estudio de las conductas compulsivas) y sus

colabordores (1994), Adés y Lejoyeux (2003), precian los criterios diagnósticos que ayudan a delimitar las fronteras o lindes de esta problemática y que son:

1º.- Pensamientos invasores y molestos que conciernen a las compras o a la conducta de compra inadaptada, o impulsos de compra que se corresponden por lo menos con una de las siguientes posiciones:

- Pensamientos invasores y molestos referentes a las compras o impulsos de compra vividos como irresistibles, intrusitos o desprovistos de sentido.

- Compras frecuentes superiores a las capacidades financieras, compras frecuentes de objetos inútiles o compras durante más tiempo del previsto.

2º.- Los pensamientos, los impulsos o la conducta provocan un malestar profundo, hacen perder el tiempo, o perturban sensiblemente el funcionamiento social o el ocio, o comportan dificultades financieras (deudas, prohibiciones bancarias, etc.).

3º.- La conducta excesiva de compra no aparece únicamente durante los períodos de manía o de hipomanía.

Otra forma de determinar el síndrome o realizar el diagnóstico es la que establecen los psiquiatras americanos Faber y O`Guinn (1988). A través de un breve cuestionario, estos autores, son capaces de localizar el problema si se contestan de forma positiva a tres o más de las siguientes preguntas:

1ª.- Me queda dinero en el momento en que cobro mi salario o lo ha gastado en su totalidad.

2ª.- Compro, incluso cuando no tengo dinero para ello.

3ª.- Llego a hacer cheques sin provisión de fondos deliberadamente.

4ª.- Hago algunas compras para sentirme mejor.

5ª.- Me siento ansioso o nervioso los días en que no puedo ir de compras.

Por su parte, Adès y Lejoyeux (1999) establecen un cuestionario, mucho más completo (Véase Cuadro 12), que permite realizar una estimación de la tendencia a comprar de forma compulsiva. Se estructura en diecinueve preguntas y si se obtiene

una valoración superior a 10 (un punto por pregunta afirmativa) indica la dificultad que la persona tiene con las compras. La lista se basa en las siguientes preguntas:

CUADRO Nº 12

Cuestionario de estimación de su tendencia a la compra compulsiva
1ª.- ¿Se ha sentido usted alguna vez preso de unas ganas irresistibles de gastar su dinero para hacer una compra de lo que sea?
2ª.- ¿Llega a comprar cosas que después le parecen inútiles?
3ª.- ¿Se ha sentido alguna vez nervioso/a agitado/a o irritable cuando no ha podido realizar una compra?
4ª.- ¿Ha llegado a evitar determinados almacenes por miedo a comprar demasiado?
5ª.- ¿Busca a alguien que le acompañe sólo para evitar comprar demasiado?
6ª.- Ha llegado a esconder sus compras a sus allegados?
7ª.- ¿Puede que unas ganas irresistibles de comprar le hagan olvidar una salida con los amigos?
8ª.- ¿Se ha ausentado ya aluna vez de su trabajo para ir de compras?
9ª.- ¿Una o más compras han provocado el reproche de sus allegados?
10ª.- ¿Una o más compras han provocado alguna desavenencia prolongada o una separación?
11ª.- ¿Le ha sucedido alguna vez que una compra sea la responsable de dificultades bancarias?
12ª.- ¿Al menos una de sus compras ha sido l responsable de persecución judicial?
13ª.- ¿Ha continuado comprando a pesar de las dificultades (familiares o financieras) que eso provoca?
14ª.- ¿Se arrepiente regularmente de sus compras?
15ª.- ¿Sus compras van precedidas por una impresión de tensión o nerviosismo?
16ª.- ¿La realización de sus compras apacigua la tensión o el nerviosismo?
17ª.- ¿Existen períodos de compras múltiples, excesivas, acompañadas por un sentimiento de generosidad?
18ª.- ¿Llega, al menos una vez al mes, a comprar algo por un “impulso”, sin haberlo previsto por adelantado?
19ª.- Las compras impulsivas o excesivas, si existen, representan por lo menos una cuarta parte de sus entradas?

Fuente: Adès, J. y Lejoyeux, M. (2003: 60-61).

Del mismo modo, Adès y Lejoyeux (2003), indican la necesidad de saber diferenciar entre lo que es una compra impulsiva y regalos para uno mismo de la compra patológica. Todos nosotros, en algún momento determinado, hemos comprado algún objeto que no teníamos pensado adquirir y que sin embargo la *situación de compra* nos ha hecho hacerlo. Algunas de estas compras según estos autores, las más frecuentes, representan los regalos que uno se hace así mismo. Estos autorregalos conforman una forma de premio muy sutil, algunas veces muy válidos como refuerzo positivo en ciertas terapias, pero que si no se controlan, sobre todo en los sujetos de carácter débil, pueden llegar a convertirse en una verdadera fórmula adictiva.

Aunque las propuestas anteriores nos sirven para determinar, de forma clara, la diferencia entre una compra normal y una compra adictiva, es necesario hacer una delimitación precisa de los atributos que comportan la adicción a las compras. El síndrome de las compras puede aparecer recreado en distintas formas tales como: la consumopatía simple (más generalizada), la consumopatía sintomática de un trastorno psiquiátrico (comorbilidad) y la adicción a la compra. Las fronteras entre estas tres formas viene señalada, según apunta Alfonso-Fernández (2003), por el dato de que la inclinación a la compra -en cuanto necesidad imperiosa e incontrolada de comprar- aparece sólo cuando hay adicción y se potencia con el registro asociado de ansiedad e irritabilidad. El abuso da paso a la adición, en el mismo momento en que el sujeto decide organizar su vida con el único propósito de satisfacer su necesidad de comprar. En este cajón caben posibilidades tan vario pintas como: las que llegan a esta situación como consecuencia de haber convertido las compras en el eje de su vida, las que tienen una necesidad constante de adquirir cosas nuevas, en su mayoría innecesarias y las enganchadas al crédito, incapaces de vivir con su presupuesto. Todas estas realidades de vida, sobre todo la segunda, pueden representar, fácilmente, parte de las nuevas situaciones a las que tiene que enfrenarse hoy día la Psicología clínica.

Consecuentemente, la consumopatía o adición a las compras puede definirse de manera general como -*el impulso incontrolable para adquirir objetos inútiles o superfluos. La gratificación deriva, más que de la utilidad de los productos, del propio proceso de comprar. Este consumo no planificado excede de las posibilidades económicas del sujeto y le lleva a una prodigalidad en el gasto*- (Echeburúa, 2000: 49).

Para Echeburúa (2000) el *quid* de la cuestión está en saber diferenciar estas dos expresiones “hacer la compra” e “ir de compras”. Lo característico de la adicción no radica en el sustantivo “objeto”, sino en el verbo “comprar”: Se compra por comprar, aunque se exceda en ello y las cosas adquiridas sean innecesarias, se sea consciente de ello, pero se es incapaz de refrenar el impulso. Además este autor añade, que el impulso viene estimulado por el puro placer de comprar, de sacar la visa y de sentir la excitación de las bolsas en la mano, así como de recibir la atención de los dependientes. Sin embargo, sorprende que un adicto a la compra rechace o deteste los

objetos que compra. Normalmente suelen dejarlos en las bolsas sin hacerles ningún aprecio, los esconden, los tiran, los regalan o los revenden si pueden.

Al igual que en otras patologías adictivas sociales, el momento cumbre no ocurre de forma banal o insustancial, según Alonso Fernández (2003), éste siempre va a estar acompañado por una recompensa personal de doble signo: El placer positivo, que en la vertiente psíquica viene dado por la gestión de adquirir el objeto y en la biológica, por la descarga de endorfinas y dopamina en el sector del sistema límbico conocido como sistema de recompensa dopaminérgico, y el placer negativo, de índole psíquica, mediante la liberación de la tensión emocional previa insoportable.

Desde una perspectiva epidemiológica, Echeburúa (2000) destaca que entre el 1% y el 5% de la población puede estar afectada por este problema, con una proporción de 4 mujeres por 1 hombre. Por su parte, González Duro (2005), especifica que según encuestas realizadas sobre todo en Estados Unidos y Gran Bretaña, entre el 1% y el 6% de la población femenina podría sufrir esta patología. El estudio llevado a cabo en París por Adès y Lejoyeux (2003)[23] demuestra que el 4% de los consumidores consultados responden a los criterios sobre compras compulsivas. Destacando que el 45% de los sujetos realizaba compras incontroladas varias veces al año y adquiría objetos inútiles. El 44% se ponía nervioso o tenso cuando no podía realizar una compra prevista. El 43% había tenido alguna dificultad con los bancos después de una o varias compras y el 45% habían recibido reproches de su entorno después de una compra incontrolada. Según Alonso-Fernández (2003), en España puede estimarse que existen alrededor de 400.000 compradores adictos, de los cuales más del 75% (más de 300.000) son mujeres y el resto, inferior al 25% son hombres.

¿Quiénes son los adictos a la compra? Según los datos expuestos en el párrafo anterior, no cabe duda de que suele ser una mujer. Aunque la fiebre de la compra se puede dar a cualquier edad, Adès y Lejoyeux (2003) subrayan que la edad de las afectadas suele ser los 30 años y que prácticamente empezaron cuando apenas tenían 18 años. Tampoco hay una distinción clara de la clase social (pertenecen a todas las clases sociales), aunque destacan las amas de casa, los ejecutivos, los estudiantes y las profesiones liberales. *¿Por qué las mujeres?* Una primera justificación viene de la mano, de que el sexo femenino está más expuesto a este problema porque suelen ser ellas las que compran (aunque esta tendencia está cambiando) y suelen ser más sensibles a los dictados de la moda, datos que aprovechan los publicistas para convertir a la mujer en su señuelo. Cómo segunda comprobación se recurre a que las mujeres son más vulnerables a la depresión, a la baja autoestima o a la soledad afectiva. A nadie sorprende que una mujer salga de forma habitual a comprar, y que a menudo gaste un poco más de la cuenta, porque es una conducta socialmente aceptada. La adición puede ser la secuela que emana de una realidad psíquica

[23] A través del cuestionario elaborado por estos dos autores (véanse páginas 34, 35) se estudió o se evaluó las modalidades de compra de 143 personas que salían de un almacén de París.

insatisfactoria -avenida de la pobreza afectiva y emocional- reflejo de la soledad, la insatisfacción con la pareja, la incomunicación sexual, las, frustraciones laborales, etc. Por ello, *salir de compras* significa para muchas mujeres sociabilidad, es decir, salir del enclaustramiento doméstico, del vacío existencial o del estado depresivo. Sirva de ejemplo el caso de María:

Desde que se ha casado, hace ya tres años, viven en una zona residencial de las afueras de la ciudad, lo que ha reducido considerablemente su vida social. Hace año y medio comienza a sentirse deprimida, y para distraerse sale sola de compras. Cuando se encuentra mal, lo que sucede con mayor frecuencia cuando su marido está navegando, se arregla, va a la peluquería y acude a un centro comercial próximo: la visión de la gente la distrae y la compra de diversos objetos la anima. Sale de compras dos veces por semana, adquiere diversos productos y la factura de cada salida asciende a más de cincuenta mil pesetas, que abona con una tarjeta de crédito. Al volver a casa y vaciar las bolsas, se percata de lo innecesario de muchas de las cosas compradas, se arrepiente de lo que ha hecho y a veces llora. Pero al cabo de unos días vuelve a agobiarle la soledad y no sabe cómo salir de ella, sino saliendo de compras (Echeburúa, 2000: 49-50).

En este sentido, Adès y Lejoyeux (2003), añaden que el recurso de la "compra-consuelo" es otra de la causas de la adicción a las compras. Es lo que los psicólogos conductistas llaman un "condicionamiento operativo". La *compra como remedio* a una tristeza pasajera o a una verdadera depresión puede tener una eficacia sólo momentánea, pero es muy destructiva. Aunque comprar da seguridad, satisfacción y euforia, este efecto es transitorio y acaba reforzando el círculo vicioso de: "tristeza-compra-culpabilidad-tristeza-compra,…". Algo muy normal si tenemos en cuenta que el proceso o ciclo habitual de una conducta adictiva se desarrolla motivado por un estado disfórico (tristeza, ira, nerviosismo, etc.) se mantiene dada la excitación que provoca la expectativa de compra, así como la adquisición placentera del objeto superfluo, se desvanece, un poco, cuando aparece el malestar en forma de arrepentimiento y reproche (se intenta resistir al impulso) pero que vuelve a instaurarse o a reiniciarse como modelo o técnica para superar el desasosiego.

Las preferencias en los objetos de compra también sufren variaciones si hacemos la comparativa de género. Concretamente Las fémina son más dadas a comprar toda clase de cosas susceptibles de embellecerlas o de aumentar su seducción (vestidos, zapatos, joyas, lencería, productos de belleza, complementos, etc. Algunas mujeres trasladan a su hogar los deseos de lujo y confort, comprando muebles y electrodomésticos, figuritas, etc. Los hombres destacan más por los vídeos, el material informático, la música los accesorios de automóviles, etc. Aún teniendo objetos preferidos, no es raro encontrarse con adictos que por comprar compran cualquier cosa, depende del momento por el que pasen o los trayectos que realicen al día. Otros son adictos, sobre todo, a las gangas, a los artículos rebajados o con descuento.

Sin embargo, no existen diferencias de sexo cuando valoramos el factor motivación. A ambos les mueve el deseo de aumentar la autoestima y crecerse ante los demás. En la mujer la autoestima suele derivar del aspecto físico, mientras que en el hombre ésta se encuentra sujeta al poder y la riqueza.

Reseñar que no todas las compras están motivadas o tiene que ver con el síndrome depresivo. Adès y Lejoyeux (2003) ponen de manifiesto, a través de casos analizados, algunos de los posibles motivos que pueden llevar a un individuo a gestar la conducta de compra adictiva. Sirvan como ejemplos, el comprador que ha tenido dificultades en la infancia, sobre todo enfocadas al sentimiento de abandono o desinterés por parte de los progenitores:

Armella, una joven estilista compradora desenfrenada de ropas y joyas, evoca su antiguo sufrimiento: Iba horriblemente mal vestida. Mi madre escogía vestidos amorfos y pasados de moda, a menudo de mis hermanas. Para sentirme mejor tengo que cambiarme varias veces al día. De hecho, sólo me encuentro elegante la primera vez que me pongo el vestido,…,. Comprar de este modo, quizás sea querer consolar al niño que fue ofreciéndole "regalos a través del tiempo" (Adé y Lejoyeux, 2003: 44-45).

Para otros comprar puede significar evocar la felicidad y la seguridad de la infancia:

Mi padre divorciado de mi madre, -nos dice Solange-, colmaba todos mis deseos. Cada vez que salíamos me llevaba a una tienda y me dejaba escoger, el precio no importaba. Sin duda empecé a confundir los regalos y el amor. Cuando compro perfumes encuentro aquella emoción de niña. Con los brazos cargados de paquetes, me siento más fuerte y querida …,(Adé y Lejoyeux, 2003: 45).

En otras ocasiones pueden denotar una cierta agresividad o una conducta pasivo- agresiva. Muchos adolescentes expresan su ira o su descontento familiar gastándose el dinero de sus progenitores:

Sébastien tiene 18 años y tiene a sus padres preocupados con sus gastos múltiples, ya que para procurarse dinero miente sobre sus gastos escolares, o sobre unos cursos de música a los que no asiste. Una vez descubierto nos expresa su protesta, sin sentirse culpable: ellos ahorran todo lo que ganan. Colocan su dinero en acciones y pretenden más tarde ayudarme a instalarme en la vida. No quiero saber nasa de su lógica de banqueros. Quiero disfrutar de la vida enseguida. El dinero le quema en las manos…-dice su padre-. De hecho lo que rechaza son nuestros valores…,(Adés y Lejoyeux, 2003: 45).

La insatisfacción conyugal puede llevar a la mujer a despilfarrar el dinero, como forma de reproche, ejerciendo lo que Echeburúa (2000) denomina como "compra venganza".

Jeanne es desgraciada, con los cincuenta cumplidos, con un marido que ella encuentra ausente y triste: En nuestro matrimonio nada podía cambiar. Quise cambiar el entorno. Empecé a comprar como una loca: muebles, objetos de arte, cortinas; a equipar la nueva cocina. Estoy fascinada por las telecompras y los catálogos de venta. Estas fotos de familias ideales, reunidas alrededor de su felicidad me hacen soñar(…) (Adés y Lejoyexz, 2003: 45-46).

La autodestrución a modo de "ponerse en peligro" pude ser otro de los posibles motivos a argüir. Sin pretensiones ofensivas, Adès y Lejoyeux (2003) especifican que algunos adictos a la compra se comportan como verdaderos masoquistas obteniendo placer de su situación ruinosa, buscando deliberadamente su fracaso[24]. La resistencia al cambio y el apego a conductas destructoras parecen poner de manifiesto, en algunos afectados por la adicción a la compra, que pueden obtener un posible placer del sufrimiento o del fracaso.

La incesante búsqueda de sensaciones puede convertirse en otro elemento de riesgo que defina la conducta adicta de compra. El psicólogo americano Marvin Zuckermann (1990), determina que una de las dimensiones de la personalidad está basada en la búsqueda de sensaciones y que existe un nivel óptimo de activación cerebral diferente según los individuos, al que se llega a través de estímulos más o menos fuertes. Dentro de la curva de posicionamiento o categorización que va -de los sujetos más pasivos y menos aventureros hasta los insaciables buscadores de emociones fuerte- los adictos a las compras se sitúan dentro de esta última categoría. A este respecto, Robert Cloninger (1999) especifica que de los tres aspectos que pueden caracterizar a la personalidad -evitar el peligro, búsqueda de novedades y la dependencia a la recompensa (véase cuadro 13), el consumópata responde al perfil de *buscador de novedades, dependiente en gran medida de las recompensas y poco preocupado por evitar el peligro*.

[24] Según el psicoanalista Sacha Nacht (1972), el masoquismo moral comporta un "sentimiento constante de pena, de sufrimiento más o menos indefinido, de tensión afectiva, sobre todo, de insatisfacción, una necesidad de quejarse, de mostrarse desgraciado, incapaz, aplastado por la vida. En el momento que hay un golpe por recibir, el masoquista pone la cara".

CUADRO Nº 13

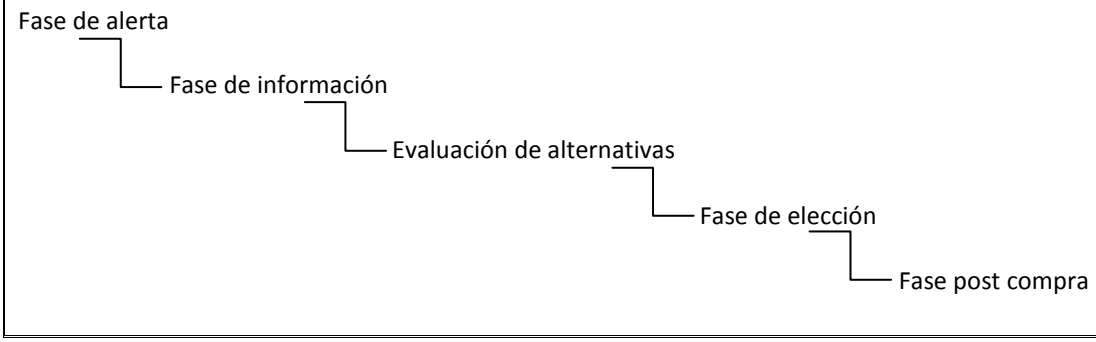
¿Busca usted la novedad en sus compras? (adaptado por R. Cloninger)	
1.- Búsqueda "intensa" de novedades o sensaciones	▪ Intolerancia al aburrimiento y a la monotonía. ▪ Alto riesgo de adición ▪ Riesgo de compras compulsivas ▪ Tendencia a los gastos masivos ▪ Poco interés por los objetos adquiridos
2.- Búsqueda "equilibrada" de sensaciones o novedades	▪ Aprecio por las novedades, pero también por las costumbres ▪ Riesgo moderado de adicciones ▪ Se escogen los objetasen función de las necesidades y su uso ▪ Capacidad de gastar controlada por la administración razonable del presupuesto ▪ Se pueden dar algunos períodos de compras impulsivas transitorios y moderados
3.-Búsqueda "baja" de novedades	▪ Aprecio por las costumbres ▪ Preferencia por los objetos antiguos y familiares ▪ Gusto por el oren y la organización ▪ Duda y reflexión ante una compra ▪ Preferencia por el ahorro ▪ Nunca lleva a cabo compras impulsivas

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida en: Adès, J. y Lejoyeux, M. (2003:48).

¿Cómo funciona la compra compulsiva? En un *estado normal* la compra suele desarrollarse, según especifican Adès y Lejoyeux (2003), teniendo en cuenta el siguiente proceso (Véase Cuadro 14): primero aparece el deseo o las ganas de comprar. Elegido el objeto de compra, se pasará a buscar toda la información posible que se precise y a su valoración (esta fase se alargará más o menos dependiendo del valor económico de lo deseado). Valorada la información se comenzará a evaluar las posibles alternativas que tienes (precios, lugares de compra, prestaciones, características, etc.). Concretada la decisión se procederá a la elección. Una vez adquirido el objeto, podremos valorar si la compra ha sido acertada y por tanto gratificante o, por el contrario, ésta produce sentimientos de decepción. De lo que sintamos dependerán las decisiones futuras de compra.

CUADRO Nº 14

Etapas psicológicas en la decisión de compra

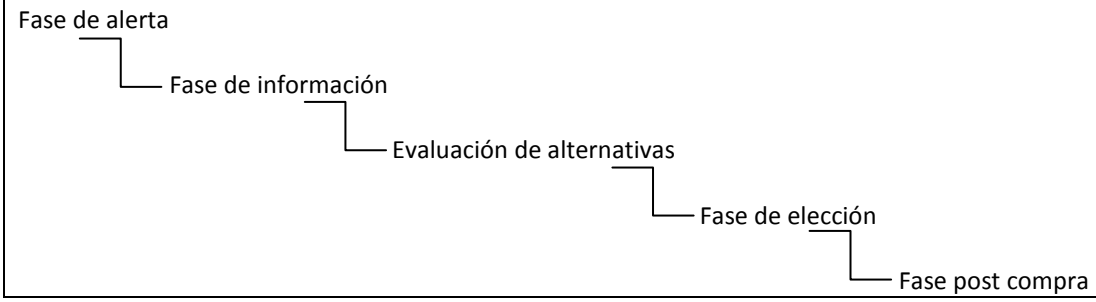


Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida en: Adès, J. y Lejoyeux, M. (2003:57-58).

Sin embargo este proceso de compra queda alienado en la figura del comprador adicto (Véase Cuadro 15). El procedimiento que sigue un comprador patológico se dibujaría de la siguiente forma: No siguen el modelo habitual de compra, ya que el deseo desmedido por el objeto sólo les provoca ganas de gastar dinero y suelen comprar a primera vista. No evalúan de forma racional las alternativas. Sus necesidades son valoradas en términos de placer o cese de una situación de malestar. Además sufren enormemente a la hora de tener que elegir, por ello siempre suelen comprar aunque no lo tengan muy claro (si tienen dificultades entre varios objetos los compran todos). Al final, compren lo que compren, siempre acabarán decepcionados y con grandes sentimientos de culpabilidad, reforzando de nuevo la conducta adictiva.

CUADRO Nº 15

Etapas psicológicas en la decisión de compra de un consumópata



Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida en: Adès, J. y Lejoyeux, M. (2003: 58).

Como ya apuntábamos en líneas anteriores, no es inaudito o extraño encontrarnos coexistiendo una situación de trastorno psíquico con la patología de la compra. La adicción puede estar determinada por una alteración psíquica previa (modalidad secundaria) o que el sufrimiento que acarra la adicción lleve a la persona a gestar un trastorno depresivo o conducir a un abuso de alguna sustancia química (modalidad primaria). Como ejemplos de trastornos psíquicos asociados a la compra adictiva, Alonso-Fernández (2003) destaca los cuadros de ansiedad, las fobias sociales,

el síndrome de estrés postraumático y el trastorno obsesivo compulsivo. Por su parte, la adicción a la compra primaria se da, según este mismo autor, en los sujetos con un trastorno de personalidad muy impulsiva como ocurre en la psicopatía y en la personalidad límite, o de marcados rasgos egocéntricos, como sucede en la personalidad narcisista y en la neurótica, definida, esta última, por la inseguridad y la baja autoestima.

Del mismo modo, facilitan esta comorbilidad primaria las situaciones de soledad y de vacío existencial por las que esté pasando la persona, así como los contextos de codependencia, es decir, la convivencia con otros compradores adictos acrecienta las posibilidades de contagiosidad a través de los mecanismos de identificación y de imitación o mimetismo. Resaltar que este fenómeno puede conllevar la existencia de trastornos poliadictivos. Concretamente se ha desvelado la frecuente relación que hay, sobre todo en las mujeres, con la cleptomanía[25] y la bulimia La adición a la compra y la cleptomanía conforman o integran las dos vertientes de la apropiación adictiva: la legal, en forma de compra, y la ilegal, en forma de robo o hurto. Para el género masculino los cuadros poliadictivos más comunes vienen de la mano de la adicción al juego, al alcohol y a las benzodiazepinas.

El trastorno de la bulimia suele aparecer con frecuencia en las mujeres adictas a las compras. Los datos sitúan los porcentajes de que una mujer compradora desarrolle una bulimia entre el 17 y el 25%, mientras que la probabilidad para las mujeres bulímicas es del 15%. Según Sophie Criquillion-Doublet (1991), psiquiatra americana especialista de la bulimia, el hambre de compras suele ir seguida de un placer comparable al que sigue a la crisis bulímica-, es lo que ella denomina como "bulimia compradora"

Jennifer desde la edad de los 16 años sufre una bulimia prácticamente permanente. Sobre todo es por la noche, de repente me ataca el hambre. Vacío la nevera, me trago todo lo que se presenta, los restos fríos, las frutas, los helados…Es como si llenara un saco… Después me siento muy mal y vomito. En otros tiempos me provocaba el vómito. Ahora es espontáneo, así que me duele demasiado la barriga. Después me siento horriblemente triste y sola. Juro que será la última vez. Jennifer ha consultado psiquiatras y psicólogos, ha iniciado tratamiento, pero en vano. Desde hace dos años, explica, he descubierto las compras…Es le mismo hambre…Entro en una tienda de ropa y lo compro todo, bueno todo lo que veo, todo lo que me tienta…Abandono las tres cuartas partes de mis compras. Las vendo, cuando puedo, o las doy… En los períodos en que compro, no tengo crisis de bulimia… Es extraño, como si lo uno reemplazara a lo otro…, pero por lo menos la bulimia no me arruinaba…(Adés y Lejoyeux, 2003: 43).

¿Qué nexo tienen en común la consumopatía y la bulimia? Aunque parecen dos comportamientos muy distintos, a ambos les une, según describen Adès y Lejoyeux

[25] Concretamente han sido: McElroy, S.L, Pope, H.G. y otros (1991).

(2003) la necesidad de "llenarse" y la condición de "tener que evacuar". El bulímico necesita vomitar o tomar laxantes después de un "atracón de comida" y el comprador después del "atracón de compra" se desprende de los objetos que le son molestos, víctima del rechazo y la culpabilidad.

Por su parte, la cleptomanía suele aparecer unida a la compra adictiva cuando el comprador queda sin recursos económicos con los que hacer frente a su adicción[26]. La cleptomanía se define como el impulso incontrolable de robar o hurtar objetos carentes de utilidad, no necesitado para la vida personal o familiar y sin gran valor material y artístico (Alonso-Fernández, 2003). Se caracteriza por estar asistida de una gran descarga emocional de ansiedad o temor, motivada por la conciencia del riesgo que se corre mientras se está llevando a cabo. Tensión que evoluciona a satisfacción, una vez que se es consciente de haber superado el riesgo y burlado la ley.

Aunque, pueden ser muchos los motivos que muevan a un cleptómano a apropiarse de los objetos: a unos les mueve la excitación sexual, a otros el odio o el deseo de vengarse de algún propietario o establecimiento. También están los que se sienten atrapados por el placer de lo prohibido y violan la norma, los ávidos de sensaciones nuevas, los que tienen tendencias masoquistas o los que intentan sustituir una tendencia suicida o criminal. A todos les une la necesidad imperiosa de adquirir objetos sin tener que pagarlos. Sin embargo, al cleptómano no hay que confundirlo con un delincuente. Al cleptómano le asiste un comportamiento no libre o voluntario y nunca va a buscar el interés económico. Por contra, el ladrón, lo hace de manera libre o voluntaria y siempre va buscando el valor material en lo robado.

Al igual que la consumopatía, la cleptomanía es asociada mayoritariamente al género femenino. Al ser un tema muy embarazoso, apenas si se tiene conocimiento de las cifras que comporta este trastorno[27], quedando relegado su estudio prácticamente al ámbito clínico y no al epidemiológico. Las motivaciones de la mujer cleptómana, son prácticamente las mismas que para la mujer consumópata: antecedentes infantiles traumáticos (privación afectiva, malos tratos, violencia familiar, etc.) o rasgos anómalos de personalidad (psicopatía, trastorno límite, narcisista, neurótica o histriónica[28]).

[26] Ha sido a partir de la década de los noventa cuando se ha empezado a obtener de información científica precisa sobre este tipo de comorbiliad, sobre todo a raíz de los estudios llevados a cabo en Estados Unidos por McElroy y colaboradores (1991).

[27] La tasa de prevalencia de la cleptomanía tiende a calcularse muy a la baja. Goldman (1991) se aventuró a decir que ésta estaba, -para la población general adulta de las sociedades occidentales- en el 0,6%.

[28] El histrionismo o teatralidad en los gestos y el lenguaje, es una característica de la personalidad definida por la necesidad de atraer la atención de los demás sobre uno mismo. Este rasgo acompañado de mecanismos autorrepresivos o disociativos suele ser una de las claves de la personalidad de la mujer cleptómana (Alonso-Fernández, 2003).

A parte de la adicción a la compra, la cleptomanía también puede aparecer conexa a otro tipo de adicciones sociales como son la bulimia y la ludopatía. Pero casi nunca aparece asociada al consumo de alcohol u otras drogas. Respecto del nexo con la bulimia destacar que está afecta más al género femenino, pudiendo establecerse en algunos casos clínicos el trinomio adictivo: "compra adictiva-bulimia adictiva-cleptomanía". Según apuntes de, Vandereycken y Houdenhore (1996), el 50% de los bulímicos adictivos presentan también una conducta cleptómana, dada a sustraer sobre todo alimentos, aunque también otro tipo de objetos. Para los cleptómanos los porcentajes bajan al 25%. Destacar que la principal característica que adquiere este tipo de asociación biadictiva es la sistematización del síndrome depresivo (en más de dos tercios de los casos). Esta fuerte tendencia se justifica, según el psiquiatra Alfonso-Fernández (2003), en el hecho de necesitar compensar los fuertes sentimientos mediante el reforzamiento de su yo con la nueva propiedad o a través del establecimiento de vínculos con el exterior.

Desde un punto de vista sociológico, la asociación entre la cleptomanía y la consumopatía nace al apostre del nuevo modelo de *gestión de ventas,* llevado a cabo por las grandes superficies comerciales, modelado en torno a los principios de: copiosidad de productos, incitación excesiva al consumo y proliferación de oportunidades para llevar a cabo la conducta ilegal (hurto/robo). La estimulante publicidad, las grandes ofertas y la fácil accesibilidad que hoy tienen los objetos (a la vista y al tacto de todos) guiados por la seudo-idea de *piensa en ti, tú te lo mereces todo* esbozan un tentador modelo de vida del que resulta muy difícil resistirse o renunciar.

Sin pensar, muchas veces asociamos la figura del típico coleccionista obsesionado por adquirir cierto tipo de objetos, casi siempre inútiles, con la del comprador patológico. Aunque, en algún momento, se pueden combinar elementos propios del coleccionismo, la adición a la compra difiere mucho de la conducta coleccionista. ¿Dónde encuadrar la figura del coleccionista? Como consumidor no es un consumidor normal, pero tampoco puede ser tildado de adicto, aunque para muchos así lo parezcan, dada la obsesión que muchas veces manifiestan. De igual modo, Es difícil circunscribir la figura del coleccionista a una única imagen, dado que el "club de los coleccionistas" está frecuentado por personas de muy diversa índole: bien se puede pensar en un hombre sencillo, amante de objetos irrisorios de escaso valor económico, como del señor rico, sofisticado, que colecciona arte por valor incalculable.

¿Qué les hace diferentes? Las disparidades (Véase Cuadro 16), según los psiquiatras franceses Adès y Lejoyeux (2003), vienen de la mano de aspectos tan claves como: motivación de la compra, racionalidad /irracionalidad de la compra y utilidad de la compra. Mientras que el coleccionista demuestra pasión o enamoramiento (fetichismo) por el objeto que compra y colecciona (conservar y disfruta), el consumópata, pasado el deseo del instante de compra, sólo demuestra repulsa por el objeto comprado (abandona casi de inmediato). Los primeros disfrutan de tenerlos a la

vista (por encima de otros objetos) y de poder contemplarlos a cualquier hora del día, a los segundos les horroriza el tenerlos al lado ya que delatan su conducta inadecuada. La culpabilidad y los remordimientos son los sentimientos que acompañan a la fase post-compra de un adicto, mientras que el coleccionista sólo siente gozo o satisfacción por el objeto comprado.

CUADRO Nº 16

Disensiones entre el coleccionista y el consumópata		
	Coleccionista	**Consumópata**
¿Por qué compran?	▪ Para completar la colección ▪ Para adquirir objetos raros, exclusivos o únicos	▪ Para consolarse ▪ Por el placer de comprar
¿Cómo compran?	Forma razonada (reflexión)	Forma impulsiva (sin pensar)
Utilidad de las compras	Objeto guardado clasificado y contemplado	Tenue o inexistente
Sentimientos hacia la compra	▪ Satisfacción, ▪ Placer, ▪ Hacer realidad su sueño	▪ Decepción ▪ Repulsa ▪ Abandono

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida en: Adès, J. y Lejoyeux, M. (2003: 36).

Esta obsesión enfermiza por comprar suele tener repercusiones muy graves en el adicto. Las consecuencias más terribles suelen ser de carácter financiero, familiar y legal. Independientemente del nivel económico, el adicto a la compra, acaba por dilapidar lo mucho o lo poco que él tiene y con mucha frecuencia el del entorno. Al igual que le jugador patológico, el consumópata dedica su tiempo a pensar mil y una forma de conseguir dinero (familiares, amigos, etc.), así como a inventar excusas, llegando al absurdo. Esconden sus deudas, sus extractos bancarios y si algo se les escapa de las manos y son preguntados tienden a negar lo evidente. Este "desmadre económico" suele acabar, para muchos, en una persecución judicial (acreedores solicitan su deuda) o en un problema legal cuando cometen algún acto delictivo (cheques sin fondos, estafa, robo, etc.):

Cuando encontramos a Émile, lanzada en una espiral de compra, lo había perdido todo. Vive sola, llena de deudas, amenazada de deshaucio,…, lo poco que le queda de su salario sirve aún para las compras, que mantienen la ilusión de un poder: Estoy sola naturalmente. ¿Conocen a algún hombre que quiera compartir un millón de deudas? (Adés y Lejoyeuz, 2003: 27).

La familia del adicto acaba por sucumbir a los "desmanes" financieros, sobre todo el cónyuge y los hijos. Por mucho que encubra su adicción, terminan siendo descubiertos, casi siempre por un familiar. El vivir abstraído por la compra acaba por dinamitar las relaciones familiares - sobre todo las conyugales- en parte ya debilitadas o resquebrajadas (no olvidemos que uno de los motivos, argüidos por las consumópatas, por los que se cae en esta vorágine es la infelicidad matrimonial). Muchas parejas acaban en separación o divorcio ante la imposibilidad de comprender y eximir responsabilidades o de encontrar una salida a esta compleja situación:

Marie-Jeanne obsesionada con la compra de muebles, pudo hacer creer durante largo tiempo a su marido, poco suspicaz, que pagaba las facturas de la electricidad, los impuestos, el comedor escolar de sus hijos. Disimulaba las advertencias, las amenazas de embargo, de devolución, hasta el día en que su marido abrió una de las cartas que ella no había podido recoger a tiempo. Tuvo que pagarlo todo. Los impuestos atrasados, las facturas; nuestros ahorros desaparecieron. Cuando descubrió que había vendido el anillo de mi madre, pidió el divorcio. Me equivoqué en escondérselo, pero yo quería esos muebles para él y para mis hijo (…) (Adés y Lejoyeux, 2003: 28).

Cuando el comprador patológico pide ayuda suele hacerlo -o bien porque ha sido descubierto o porque ha tocado fondo y se ve forzado por las circunstancias-. Como hemos podido apreciar (casos narrados), y según manifiestan los expertos, la petición de ayuda llega casi siempre demasiado tarde, cuando sus vidas ya están rotas por las consecuencias que acarrea la adicción. Muchos presentan alteraciones psíquicas asociadas, fundamentalmente: depresión, crisis ansiosa aguda o neurosis obsesiva, que habrá que tratar primero, y en algunos casos también pueden presentar cuadros poli-adictivos con la bulimia, la cleptomanía la ludopatía, etc.

Si la adicción a la compra resulta ser consecuencia de alguna de las perturbaciones psíquicas descritas (sobre todo la depresión), el problema suele desaparecer una vez sea tratado el enfermo. Para el resto, son factibles varios tipos de ayuda, sobre todo las que combinan fármacos con psicoterapia. Alonso-Fernández (2003) sintetiza muy bien el esquema de tratamiento que suele seguirse con los adictos a las compras y que se traduce en[29]:

- *Tratamiento farmacológico*, concretamente los inhibidores de la recaptación de la serotonina, sobre todo los antagonistas del receptor 5-HT2 como son el *trazodone* y el *nefazodone*. Dependiendo de los casos, la medicación puede reforzarse con un antidepresivo proserotoninérgico -*clomipramina*-, pronoradrenérgico -*imipramina*, *maprotilina*- o mixto -*venlafaxina*,

[29] Como ya apuntábamos en la parte general del estudio del fenómeno de las adiciones y en la parte específica al abordar el tema de la adicción a la comida, el esquema que se sigue de tratamiento coincide prácticamente con él.

mirtazapina-, un ansiolótico -*buspirona*-, o un producto antiadictivo bloqueante de los receptores opiáceos -*naltrexona*-[30].

- *La psicoterapia individual breve*, fraccionada en las modalidades la cognitivo-comportamental, la interpersonal y el comprensivo-existencial. El análisis de la conducta, suele llevarse a cabo, a través de la aplicación de una serie de preguntas que tienen que ver con: la descripción de la conducta (frecuencia del acto de compra y sus consecuencias), con los desencadenantes (factores que predisponen o provocan el acto de compra) y sobre los pensamientos y creencias, sobre todo los pensamientos fuertemente arraigados y las creencias erróneas que puedan favorecer las compras. También suelen ponerse en práctica técnicas muy sencillas, que suelen funcionar, ya que orientan de forma útil el funcionamiento de la terapia y ayudan al sujeto a controlar sus gastos, como son el tener un "carnet de compras" donde apuntar y registrar todo lo que tiene ver con la compra (horas, tiempo dedicado, cantidad gastada, sentimientos tenidos antes y después de comprar, etc.). También se aconseja como medida de control romper las tarjetas de crédito, que se le asigne una paga diaria para sus gastos personales, que se le acompañe a los centros comerciales y que elabore una lista de compra antes de salir. Más tarde se le suele proponer que haga "ejercicios sin compra" que implican una verdadera reeducación de la conducta, puesto que consistirían en pedir al comprador que vayan de forma regular a sus establecimientos favoritos sin comprar nada y al cibercomprador que durante un tiempo limitado se conecte a su *sites* preferidos sin ceder a ninguna oferta de compra. Obviamente, todo esto requiere de la ayuda incondicional de la pareja o de la familia que debe dejarse guiar por los expertos. La finalidad del tratamiento no es conseguir que el paciente deje de comprar, sino hacer que lo haga de una forma útil y racional, es decir, despojada de todo elemento simbólico e irracional.

- *La regulación del sistema de vida*, distribuyendo el tiempo de cada día de forma conveniente. Se recomienda que hagan deporte, que potencien sus relaciones sociales y solventen sus problemas familiares.

Como bien dice González Duro (2005) se trata de dispensar o dar los "buenos consejos" de siempre reforzados con técnicas cognitivas y conductuales. Los expertos también, suelen aconsejar o recomendar que se integren en grupos de autoayuda[31],

[30] Black, Monahan y Gabel (1997) demostraron los buenos resultados (90 por ciento) que se obtiene con la administración de fluoxetina en altas dosis -150 y 300 mg diarios- durante dos o tres meses. Del mismo modo, MCElroy y colaboradores (1996) sugirieron la posibilidad de aplicar psicoestabilizadores, aunque no se tenga un trastorno bipolar, sobre todo la molécula de carbonato de litio, la carbamazepina, el valproato y la gabapentina.

[31] Como ejemplos de grupos podemos citar: los compradores compulsivos anónimos, los gastadores compulsivos, los compradores adictos, los deudores anónimos. Todos ellos se presentan como el único camino seguro para la recuperación de estos enfermos. En España los más difundidos son los que forman la *Red de Deudores Anónimos*, fundados en Estados Unidos en 1967 y que consideran el endeudamiento compulsivo, consecuencia del gasto excesivo en compras o de otro tipo de consumo,

que les ayuden a salir del abismo, viéndose reflejados en las historias de sus compañeros, y sabiendo que de su problema se sale.

1.4.- ADICCIÓN AL SEXO O SEXOADICCIÓN

Richard von Kraft-Ebing bajo el nombre de *hiperestesia sexual* en su obra regia Aunque esta enfermedad es reconocida desde 1886 por el psiquiatra alemán *Psicopatía sexual*[32], no es hasta bien entrado el siglo XX -década de los setenta- cuando el término de adicción sexual empieza a sugerirse en la literatura científica y clínica. Concretamente esta noción es descrita por primera vez bajo el término de "adicción sexual" por el psicólogo americano Patrick Carnes en su obra *Out of the shadows: Understandig sexual addiction* en 1983. El concepto era mucho más preciso que el propuesto por Kraft-Ebin de hiperestesia sexual o el de hipersexualidad, que soterraba el interés normalizador aleatorio de cualquier conducta sexual. Para este autor, la adicción sexual implica la incapacidad de controlar de forma adecuada la conducta sexual, y responde a una realidad clínica, que no se caracteriza por la práctica de ciertas formas particulares de actividad sexual, ni por el exceso de actividades sexuales convencionales. Es una conducta patológica que persiste en el individuo pese a las potenciales consecuencias negativas, algunas muy severas.

Ya la psiquiatría clásica describió en Francia, la *satiriasis* o ardor erótico excesivo propio del sexo masculino y la *ninfomanía*, definida por Tardieu en 1866 como una neurosis propia del sexo femenino, caracterizada por una alteración mórbida de los órganos genitales y una tendencia insólita al amor físico. La hiperestesia sexual, concepto acuñado por Krafft-Ebing, vendría a ser una variante mucho más light que la ninfomanía y la satiriasis –ambas consideradas como formas de enfermedad psíquica o síntomas de una grave "depravación psíquica", dado que el impulso sexual era incontenible, violento y dominaba toda capacidad de representación o resistencia- ésta, sin embargo, vendría a decir que "el instinto sexual se apacigua en el acto, al menos por un tiempo".

---

como una enfermedad crónica, que empeora a medida que pasa el tiempo. No pueden curarse, pero sí logran frenar o corregir la conducta. Para formar parte del grupo deben de admitir que son enfermos. Para conseguir llevar una vida normal, deben de saber cuáles han sido los factores que han provocado la aparición de su enfermedad. Su filosofía se basa en reconocer y admitir que sólo el propio sujeto puede saber si es un deudor compulsivo, reconociendo que su endeudamiento le va haciendo un enfermo, tras pasar experiencias humillantes o degradantes, o tras sufrir un lento y sutil deterioro en su vida personal. Para su recuperación ha de seguir los doce pasos similares, a los de Alcohólicos Anónimos, con los que se va produciendo un cambio progresivo de la personalidad del miembro del grupo, hasta conseguir recuperarse, cuestión que requiere de un gran esfuerzo, mucha honestidad, buena voluntad y gran decisión.

[32] En el libro describe todo tipo de manifestaciones sexuales, desde las graves de la sexualidad patológica en el terreno de la degeneración psíquica, hasta las menos graves representada por el sujeto que en todo momento tenía necesidad sexual y veía en las satisfacción de instinto el fin y la felicidad de su vida, sin estar sometido a su impulso mórbido, pues podía dominar y guardar las apariencias.

Por su parte, Freud y los psicoanalistas, siguiendo a Krafft-Ebing, se interesarán por el tema de las perversiones (ligadas supuestamente a la angustia de castración) pero muy poco por la hiperestesia sexual, confundida durante mucho tiempo con la propia perversión. No será hasta 1945 y de la mano de Otto Fenichel, cuando empiece a hablarse del concepto de adicción sexual, de forma explícita, equiparándolo a las toxicomanías sin drogas, pero sobre todo a la bulimia y a la dependencia amorosa.

Aunque la adicción sexual es un concepto muy reconocido por la psiquiatría americana[33], hoy sigue sin formar parte de las clasificaciones internacionales de la psiquiatría. Es el caso de la OMS que al lado de las parafilias o perversiones reconoce la actividad sexual excesiva pero sin limitar bien sus perímetros.

Nunca antes un tema de este calado (adicciones conductuales) había dado tanto que hablar. No en vano la sexualidad siempre ha sido considerada como una conducta ininteligible o compleja estrechamente vinculada al devenir del tiempo, las culturas, las creencias y al terreno individual de las emociones. El psiquiatra español -Alfonso-Fernández (2003)- señala la gran baraúnda que existe en torno a los criterios definidores de la adicción al sexo. Confusión, en sí justificable, si tenemos en cuenta la gran cantidad de conocimientos modernos que se han ido adquiriendo y que han permitido ampliar y profundizar en este tipo de patología. Se ha deslindado la adicción al sexo de lo que eran las perversiones sexuales, hoy denominadas parafilias; se han multiplicado las dimensiones oscuras y enrevesadas de la psicopatología sexual, a la luz de los nuevos avances tecnológicos (sexo telefónico y cibernético) y de las modificaciones introducidas en el funcionamiento de la pareja y en la actividad sexual, a tenor de la moderna revolución sexual capitalizada por la liberación de la mujer.

El comportamiento sexual admitido por la sociedad ha dejado de tener en lo masculino su emblema o alegoría particular. La mujer como ser asexual ha ido desapareciendo y dando paso a una "venus" cada vez más interesada en revindicar y protagonizar sus derechos sexuales: el sexo ahora es "cosa de dos". La seducción típica del donjuanismo (figura de la sexoadicción clásica) queda caduca desprovista de todo interés. Apenas si interesa el juego de la seducción (esta queda para los love-addicts o adictos al amor), las nuevas consignas en las relaciones de pareja se basan en la tendencia directa, o lo que se conoce como "ir al grano". Se vive "el aquí y hora" en tiempo presente, sin apenas dar tiempo al tiempo.

[33] A diferencia de otros países, como es el caso de Francia, en Estados Unidos la adicción al sexo está reconocida como enfermedad. En Francia, la literatura médica o psiquiátrica no contiene aún descripciones de casos de dependencia sexual. Los especialistas consideran la noción de "adicción al sexo" como otra forma más de denominar las perversiones, pura manifestación de un puritanismo anglosajón. Sin embargo, según explicitan Valleur y Matysiak (2005), la práctica de las psicoterapias dan muestras de lo contrario. Cada vez son más los pacientes que aquejados de un trastorno depresivo o ansioso o por otro tipo de comorbilidad adictiva (sobre todo bulimia y alcoholismo) muestran este tipo de conductas.

Tampoco han faltado las reprobaciones al concepto de adicción sexual. Concretamente los autores Adès y Lejoyeux (2003), hablan de dos tipos de críticas. Las centradas en establecer que esta noción deriva directamente del pragmatismo reductor y del puritanismo americano: *comparar la sexualidad a una droga, sería despojarla de lo que constituye su complejidad y su riqueza, la dimensión emocional e imaginaria surgida en lo más hondo de la historia de cada uno y de su psiquismo inconsciente*. No sólo rehúsan el concepto o la idea de depender del placer sexual, sino que también declinan los métodos terapéuticos utilizados como son el método voluntarista de Alcohólicos Anónimos y el conductismo.

Desde una configuración más sociológica y ética, el segundo grupo de críticas se centra en sostener que la noción de adicción no es más que una etiqueta atribuida a las conductas sexuales que se apartan de la norma social. Según los psiquiatras americanos Levine y Troiden (1988: 352), la adicción social no es una entidad "clínica fiable", sino que sólo representa una codificación pseudocientífica de tendencias sexuales prevalentes definiéndola como: *la adicción sexual es una construcción social, una etiqueta estigmatizante atribuida a las conductas sexuales que se apartan de los estándares culturales dominantes concernientes a la sexualidad.*

Amparando esta idea, Coleman (1992)[34], da un paso más al argüir que el concepto de adicción esconde un trasfondo opresor ya que podría ser utilizado para subyugar a las minorías sexuales que no conforman los valores morales y culturales prevalentes, convirtiendo a los profesionales de la salud mental en simples inquisidores a las órdenes de las posiciones políticas conservadoras, arriesgándose a convertir en verdaderos enfermos y en culpables a todos aquellos cuyas prácticas sexuales no se ajusten a los preceptos estrechos y tradicionales de la moral o la religión.

Recusando esta tesis, Aviel Goodman (1998) reconoce que el término de adicción sexual no puede ser ignominioso o denigrado, porque en ningún caso supone qué conducta sexual puede ser considerada como adicción, puesto que la adicción no representa ni el exceso ni el tipo de sexualidad, sino el desarrollo de una dependencia, con sus criterios tradicionales -pérdida de control, continuación a pesar de las consecuencias negativas, etc.- respecto de cualquier forma de sexualidad (este autor desarrolla el término de dependencia sexual).

En su análisis, Valleur y Matysiak (2005) proponen que las adicciones sexuales sean concebidas como un fenómeno compuesto de dos caras anexas, fuertemente unidas entre sí: la fisiológica (dependencia) y la sociológica (trasgresión y/o desafío). Si contemplamos la adición sexual desde el ángulo de la relación del sujeto con el placer

[34]Psiquiatra y especialista en adicciones.

tendremos, según estos autores, por un lado la instauración de la necesidad (como necesidad imperiosa que prima sobre cualquier forma de compromiso psíquico y social), del placer mismo, marcado por un esquema de tolerancia, y por otro la búsqueda de los límites, en un proceso donde la voluntad de plenitud se escinde con la de sobrepasar el marco de lo lícito y lo normal, en un intento de encontrar o reencontrar el sentido a su existencia. En este sentido, Foucault (1999) también le atribuye a la sexualidad una función trasgresora, entendiendo ésta como la búsqueda de exploración de sensaciones, de límites y de sentido.

Precisando un poco más este término, nos encontramos con la delimitación que establece el autor Alonso-Fernández (2003). Éste centra su atención en aclarar que una de las grandes peculiaridades que tienen las adicciones sexuales, a excepción de las variantes fijadas en la auto-masturbación, es la de ser la única entidad adictiva polarizada en un objeto tiránico o totalitario adscrito a un ser viviente. Ser que es sustraído a la nimiedad, dado que de él sólo se precisa su entidad física o corpórea. Ni se pretende ni se quiere establecer relaciones interpersonales de ningún tipo, con lo que la sexualidad termina despojada de todo elemento que tenga que ver con el erotismo.

A criterio de este mismo autor, la adicción al sexo sólo puede ser considerada como enfermedad siempre y cuando la conducta sexual, a estudio, reúna los cinco criterios básicos o características psicopatológicas esenciales que modelan el denominado *síndrome adictivo social* y que en este caso quedarían probadas del siguiente modo:

1.- La presencia de una *organización existencial* centrada en el deseo o apetito sexual excesivo y absorbente, proyectado de manera selectiva sobre algún aspecto del sexo físico. La vida queda reducida a la esclavitud de las ideas, los pensamientos, las fantasías y las ensoñaciones sexuales, al amparo de ser llevadas a la práctica bajo el dominio de una pulsión que impone la búsqueda de estímulos genitales correspondientes. Forma de vida, que le acarrea infinidad de problemas, a la vez, que le preserva del escollo de padecer un vacío existencial.

2.- La consumación del apetito en forma de un *acto impulsional* o acto incontrolado por el sujeto y desarrollado sobre el escenario existencial centralizado en el sexo. El fracaso en la libertad de acción deviene como resultado de no saber o no poder impedir, controlar, e interrumpir dicho comportamiento.

3.- La experiencia de placer narcisista inmediata o a breve plazo (que oscila entre el orgasmo y la sensación de dominio sobre otro individuo), acompañada de una gratificación negativa en forma de un apaciguamiento o cese del malestar psíquico previo, conforman el repertorio de *recompensas inmediatas* que suele obtener el

adicto de su conducta. Ambas gratificaciones -positiva y negativa- obran como refuerzos de la conducta, aunque a veces sean veladas por la sombra del malestar, la desesperanza o la culpa, que acompaña a la sensación de fracaso dejada en el sujeto por la incapacidad para controlar el controlar o poner límites a la actividad sexual excesiva.

4.- La *repetición reiterativa del acto impulsional* -conducta sexual- con intervalos acortados en el tiempo y casi siempre irregulares, ya que ceden, casi instintivamente y de forma rápida, a cualquier situación, emoción desagradable, o estímulo exterior que les suscite o evoquen el acto sexual.

5.- La *acumulación progresiva de los efectos nocivos personales y psicosociales*. El sentimiento de culpa, la vergüenza, el descenso de la autoestima, la depresión el aislamiento social, el abandono progresivo de los amigos, el deterioro de la vida familiar, la ruptura de pareja, el descenso del rendimiento laboral o la pérdida de empleo, suelen ser las consecuencias nocivas más importantes a las que tiene que hacer frente un sexoadicto. Sin embargo, la consecuencia específica más extendida en este colectivo sea la incapacidad para mantener una relación satisfactoria de pareja. En muchos casos, esta incapacidad se debe (sobre todo en los adictos al sexo cibernaútico) al desfallecimiento de la libido sexual proyectada en la vida real, como si fuese una especie de anorexia sexual.

Considerada como enfermedad la adicción sexual sobrelleva toda una serie de síntomas (Véase Cuadro 17), relacionados todos ellos con la inhabilidad de poder controlar la conducta sexual. De la mano de autores varios como - Carnes (1983); Coleman (1992), Earle y Crown (1990); Pincu (1989); Schwatz y Brasted (1985)- Adés y Lejoyeux (2003) esquematizan la sintomatología atendiendo a dos ámbitos concretos el cognitivo/emocional y el conductual, siendo los siguientes:

CUADRO Nº 17

SÍNTOMAS ASOCIADOS A LA ADICCIÓN SEXUAL
1º.- Síntomas de Conducta: • Contactos sexuales frecuentes • Masturbación compulsiva • Búsqueda de nuevos contactos sexuales para huir del aburrimiento provocado rápidamente por las experiencias anteriores • Tentativas repetidas e infructuosas de poner fin o de reducir las conductas sexuales excesivas • Participación en actividades sexuales sin excitación psicológica • Problemas judiciales relacionados con la conducta sexual • Recurso frecuente a la pornografía

SÍNTOMAS ASOCIADOS A LA ADICCIÓN SEXUAL
2º.- Síntomas cognitivos y emocionales: • Pensamientos obsesivos concernientes a la sexualidad y a las relaciones sexuales • Racionalizaciones para seguir las conductas sexuales • Culpabilidad concerniente a las actividades sexuales excesivas o problemáticas • Soledad o aburrimiento, sentimiento de rabia • Depresión, mala opinión de sí mismo • Vergüenza y secreto sobre las conductas sexuales • Indiferencia respecto a los compañeros sexuales habituales • Falta de control, en general, en la vida • Deseo de huir o de suprimir emociones desagradables • Preferencia por el sexo anónimo • Costumbre de disociar la vida privada de la sexualidad.

Fuente: Elaboración a partir de la información obtenida en: Adès, J. y Lejoyeux, M. (2003: 211).

Al igual que en otras conductas adictivas, la sexoadicción evoluciona de forma gradual pudiéndose demarcar cuatro fases que engloban las dimensiones compulsivas e impulsivas de la conducta patológica. Concretamente, Reed y Blaine (1988), describen el proceso de la siguiente manera:

1ª.- Fase de obsesión: En respuesta a dificultades existenciales, el sujeto se encuentra completamente ensimismado por las preocupaciones sexuales.

2ª.- Fase de ritualización: El sujeto lleva a cabo la ejecución de los protocolares que anteceden al comportamiento sexual.

3ª.- Fase del acto sexual: La consecución del acto sexual sólo proporciona un alivio circunstancial o provisorio.

4ª.- Fase de desesperanza: Aparecen los sentimientos de impotencia al verse inhabilitado para controlar su conducta.

Proceso que también es abordado por Valleur y Matysiak (2005) desde una perspectiva más completa, demarcando las fases que tienen que ver con el uso no adictivo de las que sí tienen que ver con la adicción. El procedimiento se desplegaría de la siguiente manera:

1º.- La experimentación centrada en el uso festivo, ocasional o regular de la conducta, no constituyen en sí una razón de consulta terapéutica, aunque son la antesala o preceden, generalmente, a los usos patológicos.

2º.- Si el uso acontece como respuesta a las dificultades existenciales, es cuando empezaríamos a tener datos suficientes para señalar que la conducta adictiva

patológica está instalándose en la vida del sujeto. Se empezaría a hablar de dependencia.

3ª.- Instalada la dependencia, la imposibilidad de prescindir de la conducta sexual no es garantía suficiente para catalogarla como adicción en sentido estricto. Puede darse el caso de que el sujeto sea "dependiente" de una forma de "merodeo sexual" sin que ello le reporte sufrimiento alguno.

4º.- Durante un tiempo los problemas pueden aparecer sin que el sujeto cuestione su necesidad de "droga". A este nivel es cuando el sujeto intentará buscar la solución en el propio problema. El sexoadicto albergará la esperanza de dar en el próximo encuentro con la experiencia última que le conducirá a una relación duradera, o que satisfará definitivamente la necesidad apremiante de relaciones sexuales. Este nivel coincide con lo que estos autores denominan como *fase preclínica* en la cual el sujeto imagina que puede tener éxito al retomar el control de su existencia.

5º.- Cuando todos los intentos hayan fracasado, la persona "tocará fondo" y querrá frenar. Es entonces cuando el adicto tomará conciencia de lo difícil que es parar. Es aquí y sólo aquí, cuando nos encontramos en el marco de una adicción asumida. Coincide con la *fase clínica* que implica la toma de conciencia de no poder salir solo y que es el momento de pedir ayuda. A criterio de estos mismos autores, sería a partir de este estadio cuando se legitimaría el uso de la noción de adicción y por ende de su tratamiento.

Por su parte, Patrick Carnes (1992), describe el recorrido cíclico de la adicción sexual precisando que todo empezaría en una persona con una débil autoestima, deprimida e insatisfecha con su vida. Este apocamiento le conduciría al aislamiento empujándole hacia la ideación de fantasías sexuales compensatorias (imágenes y escenarios sexuales) que patrocinarían o dispensarían un cierto "escapismo sexual" con la intención de evadirse y olvidarse de su realidad presente. En el siguiente ciclo, trataría de poner en práctica estas fantasías, que independiente de la práctica sexual elegida, le reportarán una culpabilidad pasajera, ágilmente combatida por la decisión voluntaria de ponerle fin. Lucha que casi siempre acaba fracasando, puesto que aumentan los autoreproches y la autoculpabilidad alterando aún más la imagen que tiene el sujeto de sí mismo, haciendo crecer su desasosiego y su ansiedad, que a su vez le arrojan hacia el consuelo o el amparo nada seguro de la sexualidad patológica.

El inicio de la adicción adictiva se respalda en conductas intermitentes, que pueden mantenerse durante mucho tiempo y que son compatibles con la vida social, laboral y familiar. No obstante, éstas progresan, dado que las necesita cada vez más para calmar su ansiedad. Ansiedad que es retroalimentada por la propia conducta situando al individuo en un círculo adictivo de difícil retorno. La manifestación de la tolerancia arrastra al individuo a la búsqueda incierta de todo tipo de relaciones sexuales nuevas llegando a rozar o a traspasar los límites legales establecidos. Aunque ningún estudio, hasta ahora, ha probado o establecido relaciones entre crímenes

sexuales y adicciones[35], no exime o escusa de que si no son detectadas y tratadas a tiempo pueden degenerar en conductas nominadas de criminalidad sexual. Carnes describe la escalada de las adicciones sexuales de esta manera (Véase Cuadro 18).

CUADRO Nº 18

NIVELES O GRADOS QUE PUEDEN ADQUIRIR LAS CONDUCTAS SEXUALES ADICTIVAS		
1º.- Estadio →	Conductas sexuales sin víctimas →	• Masturbación excesiva • Relaciones sexuales con sujetos consentidores • Uso intenso de la pornografía
2º.- Estadio →	Conductas sexuales perversas →	• Exhibicionismo • Voyeurismo • Escatología
3º.- Estadio →	Conductas sexuales criminales o ilegales →	• Violación • Incesto

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida en: Adès, J. y Lejoyeux, M. (2003: 222).

Como versión *oficial* de la adicción al sexo tenemos la que establece el DSM-IV que propone un trastorno sexual no especificado y poco preciso, dado que no introduce ninguna indicación de frecuencia de la conducta. En esta categoría quedarían incluidas aquellas conductas sexuales que no reúnen los criterios de ningún trastorno sexual específico, ni sean disfunciones sexuales o pertenezcan al mundo de las parafilias. De entre los ejemplos propuestos, en este manual diagnóstico, nos quedaríamos con el segundo ya que es el que único que se ajusta al contenido de la definición[36]:

- Sentimientos pronunciados de inadecuación respecto a la relación sexual o de otros rasgos ligados a las representaciones personales de las normas de masculinidad o feminidad.

[35] Respecto a esta idea, Adés y Lejoyeux (2003) especifican que la violación y el incesto (conductas sexuales catalogadas de ilegales) lo que revelan son grandes trastornos de personalidad, agravados a menudo por el alcoholismo, siendo conductas más de sujetos perversos que de dependientes. Aún pareciéndonos inverosímil y un tanto alarmista, la clínica nos demuestra que pueden ser factibles y así lo especifica el psiquiatra español Alfonso-Fernández (2003) cuando al analizar el proceso adictivo sexual, acude a su ejemplificación partiendo de las manifestaciones de sus propios pacientes: *un sexoadicto confesaba en este trance haber estado apunto de recurrir a la violación. Otro, menos afortunado reconocía haberse convertido en un peligro social.*

[36] American Psychiatric Association (1995): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*.

- Desconcierto proveniente de un modo de relaciones sexuales repetitivas implicando una sucesión de parejas sexuales que le individuo percibe como objetos de las que se sirve.

- Sufrimiento marcado y persistente relativo a la orientación sexual.

Como vemos la adicción sexual no alude a ningún tipo de práctica sexual concreta por lo que habría que centralizar su contenido conforme a entenderla únicamente como una "práctica anormal" de la relación sexual que acaece como resultado de una existencialidad frustrada del sujeto que perturba su día a día y no le aporta ningún tipo de gratificación.

Goodman (1998) equipara la adicción social a una conducta sexual inadaptada que merece atención clínica cuando cumpla al menos con tres de los siete criterios definidores de las adicciones propuestos por él. Criterios que coinciden a su vez (cinco primeros) con los que el psiquiatra Alonso-Fernández (2003) propone como integrantes o definidores del síndrome adictivo social aplicables en este caso a la tipología de la adicción sexual y que son:

1.- Consumir una gran cantidad de tiempo en actividades necesarias para preparar la conducta sexual o recuperarse de sus efectos (es lo que denomina Alfonso-Fernández como existencia adictiva).

2.- Desarrollar una conducta sexual más frecuente o intensa de lo pretendido (es lo que denomina Alonso-Fernández como acto impulsional).

3.- Fracasar en el deseo persistente o en el esfuerzo inútil de cortar o controlar la conducta sexual (de nuevo Alonso-Fernández lo denomina como acto impulsional).

4.- Continuar con la conducta sexual a pesar de los problemas físico o psicológico persistente o recurrente, que ha sido causado o exacerbado por tal conducta (Alonso-Fernández lo denomina como reiteración).

5.- Abandonar o reducir las actividades sociales, ocupacionales o recreativas a causa de la conducta sexual (Alonso-Fernández lo denomina como efectos nocivos).

6.- Presentar la tolerancia, definida como: *a)* el incremento necesario de la cantidad o la intensidad de la conducta sexual con el objeto de alcanzar el efecto deseado; *b)* la disminución del efecto implicado por la conducta sexual al mismo nivel de intensidad.

7.-Experimentar la supresión en una de estas formas: *a)* síndrome de abstinencia psicofisiológico característico o los cambios psicológicos suscitados por la interrupción

de la conducta sexual; *b)* la entrega a la conducta sexual para mejorar o evitar los síntomas de supresión.

Como podemos apreciar, el mundo de la sexualidad se nos presenta como uno de los ámbitos de la conducta humana donde más campa la arbitrariedad a la hora de tener que establecer, no sólo, la propia identidad del término, sino también los límites entre los que se considera como normal, enfermedad, desviación o criminalidad. ¿Cómo demarcar estas cuestiones? En principio Valleur y Matysiak (2005) establecen la necesidad de tener que diferenciar los dos grandes tipos de trastornos asociados a la sexualidad como son:

- Los trastornos de las funciones sexuales, que pueden ser de origen psicológico o estar ligados a disfunciones fisiológicas de los que sobresalen: la impotencia, la frigidez o la eyaculación precoz.

- Las perversiones sexuales actualmente conocidas bajo el nombre de "parafilias" que involucran tanto a la medicina psiquiátrica como a la justicia y que serían por ejemplo: el voyeurismo, el exhibicionismo, el sadomasoquismo, la pedofilia[37], etc. Aunque todas formen parte del mismo enunciado -perversiones sexuales- los especialistas han tendido a diferenciarlas teniendo en cuenta el objeto (zoofilia[38] o la necrofilia[39]) y el fin (sadismo[40] o el masoquismo[41])

Deslindando el fenómeno de la perversión sexual del de la adicción sexual, nos detendremos, un momento, en aclarar el porqué no son comparables ambos conceptos. Estos mimos autores, exponen que la perversión sexual es entendida por el psicoanálisis como "el revés de la neurosis", representada por el actuar y no por la inhibición o la represión. Sobre todo, viene definida por la impulsividad. Atributo que se caracteriza por ser egosintónico, o lo que es lo mismo, el sujeto -al menos al principio de cometer el acto- está de acuerdo con él y se siente aliviado tras su realización. Consecuentemente, la perversión se asocia con la conformidad que el sujeto otorga a sus impulsos, aún cuando éstos no sean acordes a la moral. No hay pugna interior por querer deshacerse de ellos. Por su parte, la adicción sexual se distingue de las perversiones en cuanto que ésta se sustenta en el abuso, en el exceso

[37] La pedofilia, antes que una enfermedad mental, es considerada como una actividad criminal.

[38] Definida como la perversión sexual de quien trata de obtener el placer erótico con animales.

[39] Definida como la perversión sexual de quien trata de obtener el placer erótico con cadáveres.

[40] Definida como la perversión sexual consistente en la necesidad de provocar dolor y sufrimientos al compañero para poder alcanzar el orgasmo.

[41] Definida como la perversión sexual consistente en buscar placer sexual en el dolor físico y las humillaciones del propio sujeto.

o en la dependencia compulsiva del acto sexual, y nunca va a implicar una desviación en la elección del objeto ni en el modo de las prácticas sexuales. Empezaría de forma impulsiva, por una búsqueda de placer inmediato, y poco a poco se desarrollaría de forma autónoma más que egosintónica. Al imponerse al sujeto, la conducta obligada se vuelve objeto de luchas interiores, al mismo nivel que los trastornos compulsivos. La adicción implica esta evolución y, en cuanto mecanismo y proceso, probablemente no excluye las dimensiones impulsivas o compulsivas que pueden transformarse secundariamente en los objetos de la adicción.

Con mucho acierto, Alonso-Fernández (2003) intenta poner un poco de orden al caos o confusionismo que reina en torno al mundo de las adiciones sexual Para ello propone revisar una serie de comportamientos sexuales (que bien podrían denominarse como fenómenos fronterizos o limítrofes) que no reúnen los criterios de la enfermedad adictiva, aunque haya autores que sí les han otorgado esa identidad. Como es el caso de la hipersexualidad (Orford, 2001), el comportamiento sexual compulsivo (Soleman, 1992) y el desorden del control de los impulsos (Barth y Kinder, 1987).

Según este autor la hipersexualidad es uno de los fenómenos más propensos a confundirse con la adicción sexual. El abuso reflejado en un consumo sexual excesivo por su intensidad o frecuencia no puede tomarse como un elemento adictivo, sino como una alternativa entre un comportamiento adictógeno (que con sus excesos facilita la irrupción de la enfermedad adictiva) y una excelente pista, a modo de síntoma, para sospechar la presencia de la adicción sexual, puesto que ese trastorno se acompaña casi siempre de un apetito sexual excesivo o desorbitado, sin que ello sea un dato totalmente necesario para el diagnóstico.

Del mismo modo apunta que la adicción y el comportamiento sexual compulsivo son dos fenómenos esencialmente distintos. El comportamiento sexual compulsivo consiste en entregarse a llevar a cabo actos rituales simbólicos para protegerse de la angustia y de la culpa. Son vividos por el sujeto de forma *egodistónica* -ajenos al yo- mientras que la adicción tiene un carácter *egosintónico*, o lo que es lo mismo -los actos adictivos viene acompañados de la vivencia de autorrealización-. Por ello, la sexualidad adictiva sólo admite la clasificación circunstancial de actividad compulsiva en los momentos evolutivos caracterizados por la actitud de lucha del sujeto contra su apetito sexual excesivo o aberrante o por su esfuerzo para recuperar el autocontrol y evitar la consumación del acto sexual impulsional.

Tampoco puede equipararse a la realización de un acto impulsivo no controlado, denominado como trastorno del control de los impulsos. Este autor introduce el término *impulsional* para diferenciarlo de los actos impulsivos comunes, tratando de subrayar que la pulsión sexual consumada en el contexto de una adicción surge de unas raíces insertadas en la organización existencial. Lo que viene a decir es

que la enfermedad adictiva se sustenta bajo una organización existencial que le sirve de plataforma para la realización del acto descontrolado y el sentido de éste se refuerza con el logro de una gratificación inmediata sumamente placentera.

Delimitado el concepto de adicción sexual, cabe preguntarnos ahora sobre cómo ésta se delinea o se pragmatiza en la figura del sexoadicto. Cuando se habla de adicto sexual, tanto Adès y Lejoyeux (2003) como González Duro (2005), nos presentan un perfil mayoritariamente masculino, de edad madura y obsesionado por sus fantasías sexuales y por la idea de llevarlas a cabo, tarde o temprano. Soltero o casado, acaba por aburrirse pronto de la relación sexual con su pareja habitual y busca ansiosamente experiencias sexuales nuevas, de aventuras y emociones desconocidas. Huyendo de la monotonía o del aburrimiento intenta probarlo todo: la pornografía, el cibersexo, el teléfono erótico, la prostitución, los clubes de alterne, los espectáculos de sexo en vivo, etc. Sólo piensa en experiencias sexuales nuevas de las que siempre espera mucho y obtiene cada vez menos, de ahí su predisposición a la repetición, llegando a disociar cada vez más la sexualidad de la emotividad, la afectividad y el amor. Su actividad sexual se convierte en un acto cada vez más mecánico y deshumanizado, volviéndose compulsivo cuando el sujeto pretende luchar contra su propio impulso sexual, movido por la vergüenza o los sentimientos de culpa.

El sexoadicto provoca o aprovecha cualquier momento u ocasión para practicar sexo abandonando la "escena del crimen" una vez ejecutada la acción, por ello le vale el sobrenombre de *masturbador o copulador con prisas*. Utilitarista y pragmático como pocos, el adicto halla en el placer sexual el único introito o principio donde resarcir sus sentimientos de malestar y de incapacidad para resolver situaciones estresantes. Llevar al día esta *descarga sexual* le va a exigir un incremento no sólo de sus dosis, sino también del tiempo y del dinero invertido en ello. Sabiéndose cautivo de una conducta ignominiosa o innoble el adicto tiende al aislamiento y a la huida de cualquier tipo de interrelación que no tenga nada que ver con la creación de su *nuevo mundo.* Instalado en una doble vida simula cuanto puede prefiriendo una sexualidad anónima, furtiva o imaginaria, es decir, deshumanizada, desnuda de afecto y compromiso.

Aún prendida a los más recónditos secretos de la vida, ésta acaba viendo la luz, puesto que el sujeto tarde o temprano acaba cometiendo algún error de peso que lo delate como puede ser: una imprudencia, un encuentro desgraciado, un problema judicial o contraer una enfermedad grave o mortal:

Se siente culpable y se da asco. Pero su lucha contra la necesidad de satisfacerse se salda con fracasos repetidos. Las fantasías sexuales le asaltan durante todo el día, y si no se masturba, tiene la impresión de estallar. Algunas aventuras sentimentales jalonan su recorrido: cada vez decide no volver a masturbarse, no más de una vez al día, y tira sus obras pornográficas. Pero la misma situación se repite, se cansa sexualmente de su compañera, pierde todo control de sus deseos onamistas y, finalmente deja a la mujer para volver a sus costumbres sexuales (Adès y Lejoyeux, 2003: 215).

La conducta amorosa del adicto queda postergada a la mera necesidad biológica, exigencia que se torna irreprimible y con el indiviso objetivo de penetrar, eyacular, terminar e irse para empezar a idear de nuevo otro acto sexual. Lo relevante en esta patología no es la cantidad, sino el deseo indómito que suscita desahogo y bienestar. Como bien apunta Mellody (1997) el sexo, para el adicto, pasa a *serlo todo*; a representar el *antídoto* que le desliga de la ansiedad y la desesperanza, trasladándole a un mundo imaginado, cuyas consecuencias pueden ser devastadoras: enfermedades de transmisión sexual graves, ruptura matrimonial no deseada, menoscabo en los hijos, soledad, devaluación de la autoestima, pérdida de empleo, devaluación del estatus socioeconómico, depresión y pensamiento y actitud suicida.

Si de por si, ya es difícil aventurarse en el diagnóstico o detección de cualquier tipo de adicción social (recordemos que éstas son descritas como las adiciones invisibles), la complejidad se duplica en este caso, dado el carácter *velado o íntimo* que normalmente suele amparar a la vida sexual de cualquier persona. Aún así, ya hemos visto que tarde o temprano ésta acaba mostrándose. Hoy día la detección de la sexoadicción es posible gracias a la creación de una serie de cuestionarios de diagnóstico que los especialistas utilizan, no sólo en las consultas cuando creen hallarse delante de una persona aquejada de esta problemática, sino también porque algunos de estos cuestionarios se han puesto al alcance de todos, permitiendo que sea el propio sujeto quien se lo auto-administre y sea capaz de evaluar y dar nombre a su propia conducta. El más utilizado es el del psiquiatra Carnes (1983) que bajo veinticinco preguntas (Véase Cuadro 19) permite indagar sobre aspectos tan importantes como la percepción que tiene el sujeto de su conducta sexual, causas, consecuencias, gravedad del problema, etc. Este test resulta ser muy eficaz (96% de los casos), toda vez que la persona conteste de manera afirmativa a más de trece de las veinticinco preguntas. Aún así, debe ser complementado con la ayuda de un especialista.

CUADRO Nº 19

Test de Detección de los Trastornos Sexuales Adictivos (Patrick Carnes 1983)
1.- ¿Ha sido usted víctima de abusos sexuales en la infancia o la adolescencia?
2.- ¿Está abonado a revistas pornográficas o las compra regularmente?
3.- ¿Tenían sus padres trastornos sexuales?
4.- ¿Está preocupado por pensamientos de índole sexual?
5.- ¿Piensa que su sexualidad no es normal?
6.- ¿Su cónyuge o pareja está inquieto/a o se queja de su conducta sexual?
7.- ¿Le cuesta dominar su conducta sexual cuando sabe que no es apropiada?
8.- ¿Ha llegado a sentirse molesto por su conducta sexual?
9.- ¿Su conducta sexual la ha causado problemas, a usted o a su familia?
10.- ¿Ha llegado a buscar ayuda por una conducta sexual que no le gusta?
11.- ¿Le ha llegado a preocupar que descubran sus actividades sexuales?
12.- ¿Ha lastimado moralmente a alguien con sus prácticas sexuales?.
13.- ¿Son ilegales algunas de sus prácticas sexuales?
14.- ¿Ha llegado usted a prometerse a renunciar a lagunas de sus prácticas sexuales?
15.- ¿Ha intentado, sin éxito, renunciar a un cierto tipo de conducta sexual?

Test de Detección de los Trastornos Sexuales Adictivos (Patrick Carnes 1983)
16.- ¿Debe esconder ciertos aspectos de su vida sexual a los demás? 17.- ¿Ha tratado de poner fin a algunas de sus prácticas sexuales? 18.- ¿Ha llegado a sentirse degradado por su conducta sexual? 19.- ¿Para usted, la sexualidad es una forma de escapar a sus problemas? 20.- ¿Se siente deprimido después de un contacto sexual? 21.- ¿Ha sentido la necesidad de espaciar ciertas formas de actividades sexuales? 22.- ¿Su actividad sexual ha llegado a perturbar su vida familiar? 23.- ¿Ha tenido contactos sexuales con menores? 24.- ¿Se siente dirigido por su deseo sexual? 25.- ¿Ha llegado a pensar que su deseo sexuales más fuerte que usted?

Fuente: Elaboración a partir de la información obtenida en: Adès, J. y Lejoyeux, M. (2003: 223).

Echeburúa (1999) pone de manifiesto que la transición de una sexualidad alta -pero normal- a una adictiva viene precedida de dos hechos: por la interferencia grave en la vida cotidiana (autodestrucción, soledad, pérdida de familia, etc.) y por la aparición del síndrome de abstinencia (nerviosismo, irritabilidad, temblores, insomnio, etc.) cuando no se puede llevar a cabo el acto sexual. Pese a todo esto es lícito o admitido preguntamos ¿Por qué se convierte alguien en un adicto al sexo? En su explicación se han barajado múltiples hipótesis de diferente signo, pero ninguna de ella ha demostrado ser concluyente. Adès y Lejoyeux (2003) se hacen eco de los estudios llevados a cabo por biólogos centrados en estudiar como las inferencias biológicas hacen intervenir la secreción anormal de hormonas masculinas, los andrógenos, en la aparición de la adicción sexual, especialmente cuando se llevan a cabo actos agresivos o criminales. Sin embargo, ninguno de los numerosos trabajos realizados sobre este tema ha puesto en evidencia una anomalía de la testosterona (hormona masculina principal) en los adictos al sexo, que salvo en algunas excepciones es la misma en los autores de violaciones e incestos. Lo mismo ha sucedido con las hipótesis, que desde Francia lanzaron Kuhn y Cordier (1989), sobre la interacción entre las endorfinas, sustancias próximas a la morfina secretadas por el cerebro y la actividad sexual. Al día de hoy ningún estudio científico ha determinado el papel de las endorfinas en el origen de la adicción sexual.

Desde la perspectiva psicoanalítica, han sido diversos los trabajos que han establecido aportaciones de sumo interés para el análisis y comprensión de la adicción sexual. Según el psicoanalista V.W. Eisenstein (1956), la hipersexualidad en el hombre podría tener varias funciones defensivas, entre ellas: luchar contra la angustia de la castración, permitir el rechazo de tendencias homosexuales, restaurar la autoestima, luchar contra las tendencias depresivas, evitar los sentimientos de culpabilidad y de vergüenza probando que puedes ser escogido y ser el deseo de otra persona, etc. Más recientemente, la psicóloga Joyce Mac Dougall (1999) cavilaba sobre la sexualidad adictiva viendo en ella una tentativa de corregir una imagen narcisista que falla. Concretamente afirmaba que *cuando las finalidades habituales de la sexualidad –dar y recibir placer- son superadas por una necesidad urgente de repararse, de restaurar la*

propia imagen, ésta hace las veces de una droga, de la que el sujeto se vuelve dependiente.

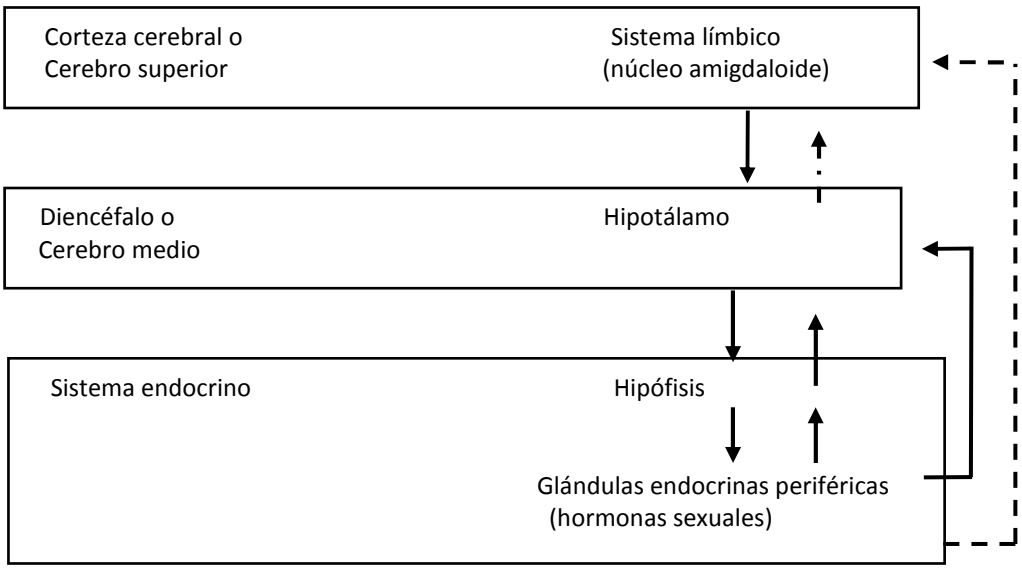
Alonso-Fernández (1996, 2003) dedica una parte importante de sus libros a analizar las estructuras neurofisiológicas de la conducta sexual. Explica que la organización neurofisiológica encargada de inhibir la conducta sexual está formada por el sector orbitario de los lóbulos frontales (su cara inferior) y el núcleo amigdaloide o amígdala enclavado en el hipocampo (lóbulos temporales) que forman parte del sistema límbico, denominado también como *cerebro emocional*, ya que constituye el sustrato material de la afectividad, de cuya esfera forma parte el amor erótico.

Añade que, el sector del sistema límbico que interviene con un papel más específico en la regulación de la sexualidad en un sentido inhibidor, es el núcleo amigdaloide, controlador de la actividad del hipotálamo. El hipotálamo constituye el sector encefálico subcortical encargado de elaborar la estimulación sexual, que junto con la hipófisis forma una unidad funcional denominada bloque hipotálamo-hipofisiario, que gobierna el conjunto funcional de las glándulas endocrinas periféricas, donde se incluye la producción de hormonas sexuales. La secreción de esas hormonas obedece a las órdenes centrales, pero su tasa presente en la sangre influye, a su vez, con un sentido retroactivo sobre el bloque hipotálamo-hipofisiario e incluso sobre la corteza cerebral del sistema límbico. Este complejo sistema de interacciones constituye en su conjunto un circuito neuroendocrino autorregulador cerrado (Véase Cuadro 20).

Del mismo modo dice que, entre ambos hemisferios cerebrales existe un reparto de funciones en relación con la psicosexualidad. En la mayor parte de las personas el hemisferio derecho es el encargado de desarrollar la organización erótica y el orgasmo, mientras que el izquierdo asume la regulación inhibidora. La conexión entre ambos sólo se interrumpe, de manera parcial, durante algunos momentos del sueño. Concretamente hablamos de la fase del sueño denominada como *sueño parodójico* o *sueño con movimientos oculares rápidos* (MOR), que ocupa aproximadamente la quinta parte del sueño total y se asocia en el ochenta por ciento de los individuos masculinos con la erección del pene y en las mujeres con cambios excitatorios de la vagina y el clítoris. Efectos fisiológicos, que en la mayoría de los casos están relacionados con sueños eróticos. Esta alteración sexual producida en el sueño paradójico se atribuye a una desconexión interhemisférica parcial que permite al hemisferio derecho alcanzar un alto nivel de estimulación al haber quedado libre de la inhibición ejercida por el hemisferio izquierdo.

CUADRO Nº 20

Circuito neuroendocrino autorregulador cerrado que constituye el soporte neurofisiológico de la actividad sexual



* Se representan en línea continua las conexiones más operativas y en línea de puntos las conexiones menos fundamentales.

Fuente: Elaboración a partir de la información obtenida en: Alonso-Fernández, F. (1996: 125).

Con respecto al control neuroquímcio de la conducta sexual, este mismo autor expresa que en él intervienen el sistema serotoninérgico y los péptidosopioides (sobre todo las endorfinas) haciendo la función de inhibidor y los sistemas dopaminérgico y noradrenérgico en un sentido activador. El efecto sexual más directo conocido ocasionado por una modificación neuroquímica consiste en la inhibición de las distintas secuencias de la actividad sexual presente en el estado depresivo, efecto que se atribuye fundamentalmente a la pérdida de actividad del sistema noradrenérgico. Por contra, la exaltación sexual sintomática de los episodios hipertímicos se adscribe a la hiperfución del sistema dopaminérgico.

En relación a estos aspectos, la novedad radica en el descubrimiento de que los péptidos opioides de la especie de las endorfinas desempeñan un papel inhibidor en el control de la conducta sexual en ambos sexos. La hiperactividad endofinérgica, se considera hoy día, una de las causas de impotencia sexual masculina. Por su parte, el antagonista opioide denominado como naltrexona es una sustancia que estimula la conducta sexual y puede utilizarse en el tratamiento de las disfunciones sexuales, no recomendándose su uso, como es de esperar, para aquellas anomalías sexuales macadas por una actividad libidinosa excesiva.

Aunque aún no se conoce muy bien dónde está el origen de esta adicción, se plantea que pueden ser múltiples los factores que pueden desempeñar un papel importante en la aparición de esta patología. Entre ellos se suelen incluir: ciertos antecedentes en la infancia como abusos o traumas sexuales, o en la adolescencia como rechazos en el ámbito afectivoerótico; algunas dimensiones de la personalidad (impulsividad, la baja autoestima, etc.); o elementos situacionales como pueden ser la soledad, el vacío existencial, relaciones de pareja insatisfactorias, etc.

Los psiquiatras Adés y Lejoyeux (2003)[42] ponen de manifiesto que los abusos sexuales en la infancia juegan un papel muy importante en esta problemática. Los niños víctimas de agresiones sexuales, de tocamientos, de violaciones, de incesto o de conductas exhibicionistas por parte de los adultos parecen particularmente inclinados a presentar trastornos sexuales en la etapa adulta. Sirvan como ejemplos el estudio llevado a cabo en 1991, por Carnes, que puso de manifiesto que el 82% del grupo (hombres y mujeres en tratamiento por adicción sexual) dieron cuenta de episodios de abuso sexual en su infancia y los datos que ofrece la National Council of Sexual Addiction de Estados Unidos. Según esta organización el 71% de los adictos sexuales reconocían haber sufrido en su infancia abusos físicos y el 83%, abusos sexuales Matey, 2000). Por su parte, Muryel Gray y Melisa Littlefield (2002),[43] consideran la adicción sexual de las mujeres afroamericanas como una respuesta a un estrés traumático o a un ataque sexual.

¿Cómo explicar esto? Este comportamiento -hipersexualidad adulta- es explicado por Adès y Lejoyeux (2003) como una forma de reproducir el traumatismo sexual de la infancia para liberare y defenderse de él controlando la sexualidad de los compañeros sexuales, imagen invertida de aquello que se vivió en relaciones angustiosas e impuestas. Los psiquiatras americanos R. J. Timms y P. Conners (1992) exponen que la hipersexualidad supone un propósito instintivo de someter o dominar las inquietudes relacionadas con el abuso sexual inicial u originario y así, alegóricamente, alcanzar un dominio del abusador. Otros hacen ver que la puesta en práctica del traumatismo sexual en la edad adulta y su reiteración se convierte en adicción en la medida en que la sensación sentida es intensa, podría conllevar la liberación de sustancias bioquímicas cerebrales (endorfinas) de efectos calmantes y anestesiantes. En Verdad ninguna de estas teorías ha sido validada, aunque se corresponden con la propensión actual de contemplar a los niños como víctimas potenciales de los abusos sexuales, incluidos los propios progenitores.

Por su parte Alonso-Fernández (2003) destaca como elementos individuales más sexoadictógenos los que tienen que ver con las patologías de la personalidad.

[42] Estos autores también se hacen eco de los argumentos que hay en contra de esta idea exponiendo que algunos ponen en cuarentena la realidad de estos aludiendo que muchas veces son los propios terapeutas los que evocan la sugestión de tales recuerdos en los pacientes.

[43] Profesoras de la New York University School of Social Work.

Concretamente la personalidad narcisista, personalidad asocial o psicótico/impulsiva, personalidad neurótica, personalidad esquizoide y personalidad de organización límite. La *situación de vida* del individuo representada por el aislamiento afectivo o social y el vacío existencial, que se acumulan en estos trastornos de personalidad, predisponen al nacimiento de una adicción sexual[44].

Esta adicción también viene asociada a otro tipo de trastornos psíquicos, o bien actuando como causa o consecuencia de la misma. Los registros más altos de cormobilidad se dan con relación a otras adicciones y a la enfermedad depresiva. El enganche al alcohol, la cocaína y las anfetaminas, son las tres especies de adicción química que más se da en estos pacientes, siendo la adicción sexual una consecuencia de la toxicomanía. Destacar que, las conductas sexuales adictivas impulsadas por la influencia del alcohol u otras drogas que operan dificultando el control de las pulsiones sexuales, son tendentes a adquirir una tonalidad agresiva en forma de hostigamiento o de violencia.

Entre las adicciones sociales Goodman (1998) destaca las formas binómicas: *sexo-bulimia* y *sexo-ludopatía*. Otras modalidades de sexoadicción secundaria pueden estar determinadas por el déficit mental, el estado maniaco, o por cuadros de trastornos neurológicos como el cuadro demencial incipiente y el síndrome frontal. Sin embargo, la cormobilidad con la depresión suele estar marcada por niveles más equitativos, dado que algunos tipos de síndromes depresivos, por ejemplo, el tipo Kleine-Levin (se da en los adolescentes y jóvenes) en una persona inmadura o en una personalidad desequilibrada puede conducir a un desenfreno sexual adictivo. No obstante, abunda más la sexoadicción complicada con la aparición de un estado depresivo, como consecuencia de los fuertes sufrimientos acaecidos por la patología.

Diversos estudios han puesto de manifiesto la coexistencia que se da entre las adicciones sexuales con otro tipo de adicción. Concretamente Carnes (1991) y Schneider (1996 y 1998) observaron esta coincidencia en adictos sexuales en proceso de recuperación (programa de los 12 pasos -terapias directas). En las tres investigaciones se obtuvieron resultados similares, que tenían que ver con el hecho, de que en una gran mayoría de adictos al sexo se da también alguna otra adicción más (Véase Cuadro 21).

[44] Según datos extraídos de Carnes (1983) y Coleman (1992), alrededor del 5% de la población norteamericana (sobre todo hombres) sufren de adicción sexual. Predominio que alcanza sus cuotas más altas en las parafilias, enfermedades categóricamente de índole masculina a excepción del masoquismo que aparece en los dos sexos.

CUADRO Nº 21

Adicciones concurrentes entre adictos sexuales en proceso de recuperación

	Carnes (1991)	Scheneider (1996)	Scheneider (1998)
Adiciones	(N= 289)	(N= 75)	(N=82)
Desorden en el uso de sustancias	42%	39%	45%
Desorden en la comida	38%	32%	10%
Compras compulsivas	26%	13%	9%
Juego compulsivo	5%	4%	5%
Otras adiciones	17%	17%	34%

Fuente: Romero, M.B. (2008).

Del mismo modo, estudios llevados a cabo por Kafka y Prentky (1992, 1994), Austin (1997), Meadows (2002) y Weis (2004) encontraron alta tasas de prevalencia de trastornos depresivos en la población sexo adicta estudiada. Concretamente los primeros avistaron que el 41% de los hombres parafílicos sufrían de depresión mayor, el 68% sufría de algún tipo de distimia y el 47% sufría de desórdenes de ansiedad (fobia social el 21%, ansiedad generalizada el 18%, OCD el 12% y desórdenes de pánico el 12%). El mismo estudio encontró que el 62% de hombres con adicciones sexuales no parafílicas sufrían de depresión mayor, el 62% de distimia y el 46% sufrían de desorden de ansiedad (fobia social en el 47%, ansiedad generalizada en el 12%, OCD en 12% y desorden de pánico en el 8% de los casos).

Por su parte, Weis (2004) señala que la tasa de prevalencia de la depresión en los adictos sexuales (28%) es bastante más alta que la que se obtiene para la población general (12%)[45]. Lo mismo sucede con los datos arrojados por Austin (1997) que bajo una muestra de 22 heterosexuales y 19 homosexuales sexuales compulsivos, halló una escala más alta en el BDI en comparación con la misma población no compulsiva sexual. Por último, Meadows (2002) también encontró una correlación positiva entre la escala SAST y la del BDI.

Como factor de riesgo social que ha facilitado la incidencia de la adición sexual estaría el *cambio sociocultural*, centrado fundamentalmente en la liberación de la mujer y en la instauración de las nuevas tecnologías. La liberación de la mujer ha traído consigo la emancipación del sexo físico, en tanto que las nuevas tecnologías han dado paso a nuevas formas de adicción sexual como el sexo telefónico y el sexo cibernético. Como elementos activadores de la incidencia y prevalencia y como agentes

[45] La muestra fue realizada entre 418 participantes, hombres residentes en Estados Unidos, de los cuales 220 cumplían con los criterios para calificarlos como adictos sexuales, según establece la escala de inventario sexual (SAST, Sexual Addiction Screening Test), a quienes se les aplicó la escala de depresión de Beck (BDI, Beck Depresion Inventory). En ambas la valoración fue positiva: unos mínimos de 14 sobre 25 en la escala SAST y de 21 para el BDI.

modeladores de nuevas conductas de sexoadicción, Alonso- Fernández (2003) destaca las siguientes:

- La relativa decadencia del fenómeno erótico definido como sexualidad amorosa y comunicante.
- La sustitución del vínculo del matrimonio por el de la pareja legalizada o fáctica, en el ámbito de una profunda crisis familiar.
- El ocaso de la práctica sexual reproductora.
- El incremento de la comercialización de la sexualidad, sobre todo el uso del cuerpo femenino como la mercancía pornográfica de mayor circulación.
- El ascenso de la frecuencia de la violencia sexual y de las disfunciones sexuales.

La instauración con fuerza de las nuevas tecnologías ha creado todo un mundo de posibilidades para el desarrollo de multitud de variantes dentro de las adicciones sexuales. Las líneas telefónicas *party-line* y las eróticas junto con el cibersexo[46] son los tipos más ejemplarizantes o representativos que tenemos hoy en día. Según Echeburúa (1999), este tipo de líneas telefónicas presentan determinadas características (aplicables también a la tipología del cibersexo) que facilitan la dependencia. Como primer factor estaría el de la *disponibilidad ambiental* entendiendo ésta en un doble marco: casi todos los hogares tienen teléfono y el número de estas líneas son muy conocidos dada la amplia campaña de difusión que se hace de ellos. Como segundo elemento alude a la *gratificación instantánea*: no tiene que esperar basta con levantar el teléfono y marcar para obtener lo que se quiere. Estímulo positivo que embulle al punitivo dado que éste -en forma de factura- no es tenido en cuenta ya que tarda un tiempo en llegar. Como tercera característica este autor apunta que el funcionamiento intrínseco de las líneas *party-line* potencia la *percepción del control*: el que llama no tiene más que colgar el teléfono para cambiar de interlocutor, pudiendo variar cuantas veces lo desee, no teniendo que ver la cara a la otra persona, además de no tener que rendir cuentas a nadie de su conducta. Por último se situaría la *gran tensión emocional* que suscita el hecho de buscar la persona deseada para un asiduo de las líneas party-line y de la *excitación sexual* para el de las líneas eróticas, tensión que puede aliviarse con conductas masturbatorias.

Aunque han sido muchos los autores[47] que han propuesto clasificaciones sobre la sexoadicción, he optado por presentar aquí la que establece el psiquiatra español

[46] Esta tipología será abordada cuando lleguemos a la parte relativa de la adicción a intenet.

[47] Sirvan como ejemplos las propuestas por: Kafka (1991), Coleman (1992), Poudat (1997) y Hodson y colaboradores (2000).

Alfonso- Fernández (2003). En principio este autor distribuye en dos bloques las conductas sexoadictivas teniendo en cuenta el factor normativo, quedando éstas del siguiente modo: Las conductas parafílicas o no normativas (véase cuadro 22) y las conductas no parafílicas o normativas (véase cuadro 23). La distinción entre ambas radica en que la parafilia (desviación sexual o aberración sexual) o bien se prefiere la utilización de un objeto sexual extraño o inhabitual o se basa en un tipo de estimulación inusual, hasta el punto de implicar muchas veces una conducta ilegal o delictiva. Por su parte la sexoadicción normativa se fragua sobre el objeto sexual ordinario, (no siempre dentro de lo permitido).

Por su parte, Kockott (2000) establece que las parafilias se caracterizan por el dadivoso predominio de fantasías o actividades sexuales que no son asiduas o de uso frecuente y ordinario. Otros autores (Kafka, 1991; Goodman, 1998) las describen como el sexo delictivo, ofensor o trasgresor. Particularidad o idea con el que no está de acuerdo Alonso-Fernández (2003) por dos razones: primero porque los comportamientos parafílicos que se producen dentro del curso legal no son anómalos o inauditos y segundo porque el comportamiento sexoadictivo heterosexual de término legal contiene en algunas ocasiones una transgresión grave de la ley como es el caso de las conductas de violación.

CUADRO Nº 22

Conductas Sexuales Adictivas Normativas Parafílicas o No Normativas	
▪ Fetichismo[48] ▪ Exhibicionismo[49] ▪ Transvestismo[50] ▪ Voyeurismo[51]	▪ Masoquismo ▪ Sadismo

[48]Es definido como una parafilia que consiste en la excitación erótica o la facilitación y el logro del orgasmo a través de un talismán u objeto fetiche, sustancia o parte del cuerpo. El DSMIV lo califica como enfermedad siempre y cuando sea una conducta recurrente, al menos durante seis meses, necesaria para la excitación sexual y que afecte a la vida social o laboral del sujeto. Si no es así, ésta será considerada como una simple manifestación de su sexualidad.

[49] Psiquiátricamente el exhibicionismo o apodysofilia es considerado como un tipo de parafilia o conducta sexual y suele referirse como perversión sexual. Puede ser definido como la conducta de mostrar los órganos considerados como partes íntimas u órganos sexuales (genitales, glúteos, torso, pechos, etc.) a otras personas. Este comportamiento no suele ser penado, a no ser que esté desaprobado y sea considerado socialmente como un acto indecente y un tema legal, considerado como faltas a la moral. Adquiere múltiples formas, pudiéndose destacar, por ejemplo, el *Candaulismo* o impulso erótico de mostrar a la pareja en completa desnudez a otras personas para obtener gratificación sexual; o el *Cancaneo* también denominado *dogging* que alude a la realización de actividades sexuales en lugares públicos (parques o arboledas).

[50] Desviación sexual caracterizada por un deseo de asumir el atuendo y costumbres vestimentarias del sexo opuesto.

[51] Consiste en observar o contemplar a personas desnudas o realizando algún tipo de actividad sexual con el objetivo de lograr una excitación sexual. Se caracteriza principalmente por la no interactuación con el/os sujeto/s observado/s que suelen permanecer ajenos a dicha observación. Éste tiende a posicionarse lejos de la situación que está viendo teniendo que recurrir, muchas veces al uso de la

Conductas Sexuales Adictivas Normativas Parafílicas o No Normativas	
▪ Froterismo[52]	▪ Necrofilia ▪ Zoofilia Paidofilia

Fuente: Elaboración a partir de la información obtenida en: Alonso-Fernández, F. (2003:104).

CUADRO Nº 23

Conductas Sexuales Adictivas Normativas o No Parafílicas

- Sexo mercenario o prostituido (mediante pago)
- Sexo de intercambio (cambio de drogas u otra clase de servicios)
- Sexo hiperorgásmico (ninfomanía y satiriasis en cuanto actividades basadas en la adicción al orgasmo heterosexual)
- Sexo donjuanista (adicción al seducción)
- Sexo promiscuo y anónimo (con compañeros desconocidos o episódicos)
- Sexo acosador u hostigador (con abuso de posición o explotación sexual)
- Sexo violento con violación
- Sexo instrumentalizados
  - Sexo vibratorio
  - Sexo pornográfico
  - Sexo telefónico
  - Sexo cibernáutico (Internet)
  - Sexo drogado (consumo de ciertas drogas)
- Sexo coadictivo (pareja que comparte la adicción al sexo en forma de masturbación mutua o con el uso de los mismos instrumentos)

Fuente: Elaboración a partir de la información obtenida en: Alonso-Fernández, F. (2003: 105).

Como vemos la línea divisoria entre ambos grupos es muy difusa o permeable, por tanto, no va a sorprendernos o a resultarnos extraño descubrir que existen sujetos con trastorno mixto o asociativo con la tendencia común, compartida por las dos vertientes, de reforzar el placer sexual mediante el uso de material pornográfico o

tecnología (cámaras). Suele estar acompañado de la masturbación y el riesgo de ser descubierto actúa como reforzador de la excitación sexual.

[52] El *frotismo* o *froteurismo* es una parafilia que consiste en la excitación erótica mediante el rozamiento del órgano genital, u otra parte del cuerpo, con la contextura de otra persona sin su consentimiento. Se realiza en lugares públicos con mucha gente como por ejemplo: discotecas, conciertos, metro sin que la víctima, por lo general, se dé cuenta.

culminarlo mediante una práctica auto-masturbatoria. No obstante, el arbitraje que marca las controversias, entre ambas prácticas sexuales, suele derivar de criterios impuestos o aceptados desde el ámbito sociocultural, por ello es imprescindible tener muy claro el cuadro que conceptualiza la adicción sexual, de manera global, atendiendo a los niveles o grados que ésta puede llegar a alcanzar (Véase Cuadro 24.)

CUADRO Nº 24

Concepción Global de la Adicción Sexual
Niveles (Larnes, 1983)

Nivel 1 Conducta heterosexual excesiva
Práctica exagerada de la masturbación
Práctica exagerada de la pornografía

Nivel 2 Formas ligeras de conductas ofensoras o delictivas. Como ejemplo:
- Exhibicionismo
- Voyeurismo
- Llamadas telefónicas obscenas
- Toma de libertades indecentes

Nivel 3 Delitos sexuales más graves:
- Paidofilia
- Incesto
- Violación

Fuente: Elaboración a partir de la información obtenida en: Alonso-Fernández, F. (2003: 105).

Destacar que la tipificación de los comportamientos no normativos como un trastorno adictivo representa un enfoque clínico ignoto, que trae como prelaciones la de ofrecer una visión más específica del enfermo sexual maquiavélico y la posibilidad de investigar y aplicar tratamientos más eficientes, con la finalidad de conseguir reducir sus índices de prevalencia. Novedad que también hay que aplicar a muchos de los trastornos sexuales no parafílicos, hasta hace poco tiempo desconocidos para la mayoría de nosotros. Sin embargo, no podemos aventurarnos a considerar, que todas las conductas sexuales enumeradas hasta ahora, formen parte de la adicción sexual. Aunque el impulso adictivo varía considerablemente de unas conductas a otras, se cree que los comportamientos con mayor nivel adictógeno desaparecen o poseen una incidencia mínima fuera del proceso de la adicción.

No obstante, la conducta sexual con mayores tasas de incidencia o la de mayor frecuencia encontrada, tanto si hablamos de adicciones sexuales parafílicas como no parafílicas, es la *autosatisfación masturbatoria*, no en vano -desde la concepción freudiana[53] -se ha considerado a la masturbación como la adicción original o primitiva

[53] En palabras de Freud: "He llegado a creer que la masturbación era la única gran costumbre, *la adicción primitiva*, y que los otros apetitos, como la necesidad de alcohol, de morfina o de tabaco no son sino sustitutos, productos de reemplazo". Véase: Freud, S. (22/12/1897), "Carta a Fleiss", en Chassaing,

según destacan Valleur y Matysiak (2005). El fenómeno adictivo en las parafilias suele ser una complicación o "efecto secundario" de la sexualidad patológica y no el principal elemento. Cuestión contraria sucede con las adicciones extraparafílicas donde el factor cardinal es el propio fenómeno adictivo, por ello cuando Alonso-Fernández (2003) habla de la representación clínica troncal del trastorno sexoadictivo, hace referencia expresa a los comportamientos enmarcados en el donjuanismo, la promiscuidad anónima, el hostigamiento, el cibersexismo y la violación.

1.4.1. El Donjuanismo.

Esta forma de actuar nos es conocida a través de la literatura bajo la figura del famoso "Don Juan" escrito por Don José de Zorrilla[54], que resaltaba por su exagerado afán de conquistar a muchas mujeres perdiendo el interés por ellas una vez conseguida su presa. Fuera del escenario literario, este patrón de comportamiento fue descrito en 1932 por Gebsattel como una forma de aberración sexual, ya que el "donjuán corre en pos de la hembra y huye de la mujer, tal vez por mantenerse fiel a la figura de la madre". Desde la experiencia clínica, Alfonso-Fernández (2003) nos lo describe como un hombre que sólo ve a la mujer como un objeto, que le interesa seducir y humillar, una vez se le ha entregado. Por ello, su vida queda reducida a la simple o compleja tarea, según se mire, de articular las formas o modos de poder cautivar a una hembra, pues sin ello su existencia no tendría ningún sentido (existencia adictiva).

El interés de esta conducta radica en llegar a valorar y entender algunas de las singularidades que introduce esta forma de concebir la seducción y el sexo. La seducción siempre se ha concebido como una forma de operar movida por sentimientos positivos como pueden ser el amor o el deseo. Sin embargo, la realidad nos muestra que "fuera de ellos" la seducción toma nuevos caminos, en este caso el del *rencor* movido por sentimientos perniciosos, que más que amor o sexo busca implantar el desamor en la víctima y la fruición personal en el verdugo. Lo absurdo de esta conducta se vuelve juicioso cuando Alonso- Fernández (2003) nos propone hacer el análisis, fuera del ámbito de lo erótico para trasladarnos al terreno de la personalidad del propio personaje: *Don Juan seduce y humilla a la mujer para autoafirmarse y sentirse poderoso*. No obstante, lo más ilógico viene cuando vislumbramos el escaso sentido que tiene el sexo para un comportamiento que forma parte de la tipología de la adicción al sexo y que queda reflejado, según este mismo autor, cuando desecha el cuerpo femenino sin apenas entregarse al placer sexual. ¿Cómo explicar este retraimiento sexual? La inhibición sexual de don Juan viene explicada por la mediación de diversos factores inhibitorios donde la desestima o la

J.L. (comp.) (1999). *Écrits psychanalytiques classiques sur les toxicomanies*, París, Association freudienne internationale.

[54] A parte de éste, en la literatura podemos encontrar otros "donjuanes" famosos como los creados por Molière, Tirso de Molina, Lord Byron o el de la ópera de Mozart.

repulsa hacia la mujer ocupan un lugar determinante. Con acierto, Alonso-Fernández (2003) alude a la *misoginia irredenta* como el elemento que impregna, de principio a fin, todo el proceso donjuanesco. Faltaría por definir si esta animosidad opera como factor único de repulsa o está asociado a otros. Conforme a esto, este autor nos ofrece varios subtipos del don Juan misógeno: el enmadrado, el narcisista, el inseguro, el homosexual/bisexual, el impotente, el masturbador y el anoréxico sexual.

Desde el punto de vista psicoanalítico el donjuanismo se debe fundamentalmente a un complejo edíptico mal resuelto. Freud describe este comportamiento como una búsqueda de la madre en todas las mujeres y que nunca encuentra. Alonso-Fernández (2003) nos presenta a un Don Juan enmadrado como causa o producto de la fijación infantil en la madre. Afianzamiento que según este autor puede tener tintes cariñosos u hostiles. Por ello se explica que el vínculo traumático con una *madre fálica* o ejemplo de *mala madre* puede ser quizás, el elemento más poderoso que refuerce no sólo la misoginia de este personaje, sino que ésta sea su causa. Por su parte, González Duro (2005) interpreta este complejo edíptico como algo especial, ya que éste se haya asociado a un objetivo pregenital de incorporación, pleno de necesidades narcisistas y de impulsos de tipo sádico. La satisfacción sexual está ligada a la necesidad de conseguir cesiones narcisistas que le ayuden a mantener la autoestima mediante el anhelado éxito erótico. La pérdida de interés por las mujeres se debe, según ese mismo autor, a dos factores: por un lado, al hecho de que éstas no le producen el placer que anhela, y por otro, porque su narcisismo le exige evidenciar una y otra vez su capacidad para seducir y excitar a las mujeres.

De igual modo, el Don Juan narcisista de Alonso-Fernández (2003) sólo es capaz de enamorarse de sí mismo, ejemplarizando a través de su conducta las dos características más específicas del narcisismo que son el entusiasmo hacia sí mismo y la animadversión por la mujer. Rasgos narcisistas que a menudo se combinan con elementos infantiles: no en vano, González Duro (2005) lo define como un hombre-niño que seduce a las mujeres por su falta de masculinidad amenazante que reniega constantemente del padre poderoso, al que teme y que sus escarceos sexuales derivan de las fantasías de que él es el favorito de su madre y que es capaz de darle todo lo que ella necesita, incapaz de encontrar a la mujer complementaria que idealice al *hombre infantil no amenazante*, dado que la búsqueda de su placer acaba con la seducción y esto le obstaculiza el establecimiento de cualquier tipo de nexo amoroso.

Por su parte, Otto Kernberg (1995) explicita que el paciente narcisista, a tenor de expresar un miedo inconsciente al objeto del amor, que suele estar relacionado con un cierto tipo de agresión proyectada, manifiesta también una vital falta de libertad al interesarse por la personalidad del otro. Según este autor, esto se manifiesta en que su excitación sexual está dominada por la envidia inconsciente al otro género. Aunque el narcisista suele vivir su vida en aislamiento tiende a depender del otro en la medida en que ello representa reconocer tanto la envidia como la gratitud por su dependencia,

pleitesía que reemplaza según Kemberg por "exigencias virtuosas del otro" y por la frustración cuando no se satisfacen sus demandas. Dentro del narcisismo nos podemos encontrar con varones que son sexualmente inhibidos ya que tienen miedo a ser rechazados o ridiculizados por la mujer, normalmente por la proyección que hacen sobre ella del propio odio o porque se produce una decisión radical de idealizar a algunas mujeres desexualizándolas y a otras las perciben como objetos puramente genitales con las que son posible el goce y la libertad sexual, a expensas de la ternura o del compromiso, lo que les lleva, según explicita este mismo autor, a una *analización* autodestructiva de la intimidad sexual y a una búsqueda interminable de parejas sexuales circunstanciales. Los sexualmente promiscuos suelen presentar a menudo desde la pubertad un deterioro gradual de su vida sexual, al derrumbarse constantemente la idealización defensiva de las mujeres y sus breves entusiasmos amorosos. Cada encuentro sexual suele ser un clon del anterior lo que provoca continuas decepciones y un desgaste de la idealización defensiva de las mujeres.

Por último, el subtipo de Don Juan inseguro viene alentado por la ansiedad o la fobia pudiéndose interpretar *el despliegue teatral de la seducción* (histrionismo) como la exhibición de una conducta contrafóbica.

1.4.2. La Sexoadicción Promiscua Anónina

Por su parte, el *sexoadicto promiscuo anónimo* respondería a lo que algunos autores americanos de la década de los ochenta y noventa describieron como hipersexualidad adictiva. Concepto poco apropiado a los ojos de Alonso-Fernández (2003) dada su generalidad y ambigüedad y que reemplaza por el citado líneas más arriba. La sexoadicción promiscua anónima viene determinada o representada por una colosal rendición a la actividad heterosexual sin freno, hundida en el anonimato y carente de contacto personal que busca complacer al máximo a la hembra elegida, procurándole múltiples orgasmos, mientras que él sólo busca el placer de sentir que domina el cuerpo femenino. El goce personal lo dejan en manos de la masturbación (6 u 8 veces al día), recurriendo en algunas ocasiones a prácticas ocultas de parafília.

Esta figura o conducta se ha visto potenciada a la luz de la libertad y la desinhibición sexual de la mujer llevada a cabo en el último cuarto del siglo XX. Encontrar una mujer no va a suponerle ningún problema, en principio porque la mujer está más abierta al disfrute sexual, pero sobre todo, porque no cuentan con ningún criterio de selección previo llegando a pensar que: "cualquiera les vale". Su vida queda relegada a pensar y actuar bajo los dictados del "sexo" entendido como: manipulación y posesión del cuerpo femenino. Esta forma de entender la relación sexual les aleja plenamente del interés por conocer y sentir el goce que el sexo otorga a los cinco sentidos.

Este imperativo hace que su vida se divida en dos: una familiar socialmente ejemplar de cara a los demás y otra oculta dada a los mayores improperios o afrentas que tendrá que llevar a cabo para conseguir satisfacer su adición, como por ejemplo: engañar, amenazar, chantajear, recurrir a prostitutas, atacar físicamente o violar. Cuestión posible si tenemos en cuenta que Alonso-Fernández (2003) expone que la *agresividad contra la mujer* es una de las notas más destacadas de su vida cotidiana.

Aunque parezca inaudito, la falta del objeto adictivo durante un cierto tiempo, provoca en estos sujetos la aparición de un auténtico síndrome de abstinencia. En el momento en que se planteen controlar su conducta y decidan por un tiempo no llevarla a cabo, experimentarán molestias psíquicas (ansiedad, irritabilidad y nerviosismo) y físicas (temblores, insomnio y cefaleas) que harán que se retraigan de su objetivo inicial.

En principio, se pensó que el fenómeno de la hipersexualidad promiscua -como conducta adictiva- se reservaba sólo para el sector masculino. Poco después se confirmó, que aunque en cifras más bajas, la mujer no estaba exenta de esta patología, no en vano cuando se habla o se nombra a una mujer ávida de sexo se recurre al concepto de ninfómana. Esto nos hace echar la vista atrás, consultar y averiguar si existe algún tipo de analogía entre estos términos o si el uso indistinto de ambos se debe a un equívoco semántico. No es hasta el siglo XIX cuando la psiquiatría acuña el término de *ninfomanía* o *furor uterino* para referirse a la variante femenina de hiperactividad sexual descontrolada. Esta tipificación supuso la introducción de una "doble vara de medir" o "doble moralidad" a la hora de analizar y entender esta problemática sexual, quedando relegada exclusivamente a la casuística femenina: el hombre hipersexual era envidiado, admirado por su virilidad, mientras que la mujer ninfómana era despreciada, deshonrada o calificada de enferma mental.

Centrándonos en las coincidencias entre ambos términos, se arguye que poco ha cambiado la forma de entender este problema con el paso del tiempo. El definidor de entrega discriminada, a múltiples sujetos, desprovista de cualquier manifestación emocional y/o comunicación personal sigue estando presente en ambos conceptos. La disensión se produce, en tanto en cuanto, se descubre que existen mujeres ninfómanas que son incapaces de llegar al éxtasis cuando la ninfomanía va unida o no se concibe fuera del placer orgásmico[55]. Si retomamos la clasificación de Alonso-Fernández expuesta en el cuadro número 21 vemos que ambas modalidades están

[55] Es de interés resaltar que según Alonso-Fernández (2003) el descubrimiento de que algunas mujeres ninfómanas no disfrutaban del placer sexual -frígidas- creó una crisis científica en el concepto de ninfomanía, considerada hasta entonces como un mundo organizado en torno al placer orgásmico, con una falta de control para la consumación sexual orgásmica y la necesidad de acumular orgasmos múltiples en cada práctica sexual. El problema radicaba en señalar cuál de los dos tipos de mujeres ninfómanas: si las superorgásmicas o las frígidas, debía tomar como modelo ninfomaníaco real o verdadero. Según este mismo autor el consenso nunca existió.

recogidas en formas de sexoadicción disímiles. La *ninfomanía orgásmica* queda tipificada como *sexo adictivo orgásmico* o sexo *hiperorgásmico* (adicción al orgasmo heterosexual), mientras que la *ninfomanía frígida* viene a coincidir con la modalidad de *sexo promiscuo y anónimo* donde el placer físico es suplido por el placer psíquico de la manipulación y el dominio del cuerpo masculino.

1.4.3. La Hostigación Sexual[56]

Esta conducta se corresponde o equivale a lo que Alonso-Fernández (2003) denomina como comportamiento de acoso o persecución sexual metódica o persistente registrada en los lugares de trabajo (empresas, centros escolares y militares), en las que según los casos, se maneja, desde una posición de seguridad la seducción, el chantaje, las amenazas o la fuerza física. En pocas palabras, el hostigador sexual acosa a otra persona haciéndose valer de su superioridad laboral o académica.

Esta práctica ha ido enalteciéndose, a la misma vez que la mujer ha ido incorporándose con más brío a la vida pública. Generalmente es ejercida por hombres aprovechando su superioridad de status dentro del marco laboral. Aunque se desconoce -por falta de investigación- las cifras de adictos al sexo existentes entre esta figura, la práctica profesional sitúa a estos sujetos entre los depresivos, los hipertímicos, los alcohólicos, los adictos a sustancias químicas ilegales y los ludópatas.

Si bien la forma asidua de este acoso está representada por la trama del hombre que trata de beneficiarse de su "posición de mando" para lograr alcanzar algún tipo de relación sexual o amorosa con una mujer subordinada. Esto no significa que no existan otras formas de acoso, de hecho, ya hemos sido testigos de algunos de ellos. Como vemos el acoso puede tener múltiples caras que se hacen visibles a través de las siguientes dimensiones (Véase Cuadro 25).

CUADRO Nº 25

Dimensiones del Acoso Sexual	
Dimensión vertical	Dimensión horizontal
▪ Jefe / Subordinada ▪ Jefa / Subordianado ▪ Subordinada / Jefe ▪ Subordinado / Jefa	▪ Entre compañeros/as de trabajo o estudios.

Fuente: Elaboración propia

[56] Este comportamiento empieza a ser de dominio público a partir de los años sesenta en Estados Unidos, siendo tipificado como ilegal, en este mismo país, en 1965. Según Alfonso-Fernández (2003) esto se debe fundamentalmente, no sólo a su tasa de incidencia, sino también a la acumulación de denuncias y protestas llevadas a cabo por mujeres víctimas de esta conducta ante los medios de comunicación y la justicia.

La víctima suele vivir esta situación con una gran sensación de humillación, indignidad, indefensión y de estrés ansioso agudo. Poco a poco esta situación hace que decaiga o se resienta su salud psíquica (cuadros depresivos y de ansiedad) y física (agotamiento, colón irritable, crisis de asma bronquial, etc.), apareciendo en muchos casos cuadros de abuso de alcohol u otras drogas o de alguna adicción social. Aunque no se puede establecer un perfil concreto de mujer acosada, si se sabe que las más propensas a sufrir este tipo de atropello suelen ser las que están separadas y/o divorciadas.

Además de poliédrico en sus formas el acoso sexual también lo es en sus grados de conducta. Alonso-Fernández (2003) señala que en el hostigamiento sexual pueden distinguirse los siguientes cuatro niveles:

1.- *El acoso simple*, llevado a cabo a través de: gestos, observaciones, comentarios machistas, propuestas, insinuaciones, caricias o tocamientos. El problema en este nivel viene dado por la ambigüedad que introducen algunas de sus conductas, lo que hace difícil establecer un diagnóstico firme del acoso.

2.- *El acoso con chantaje o soborno*, representado en forma de recompensa laboral o académica a cambio de ceder a sus designios sexuales.

3.- *El acoso con coacción*, traducido en amenazas (degradación o despido laboral y/o académico) para lograr su cooperación y sometimiento.

4.- *El acoso con imposición*, que implica tener que recurrir a la fuerza física o a la violación como forma de imponer su voluntad sexual.

Por último, destacar que como corresponde, aunque esté sancionada de forma correctiva o leve, esta conducta está tipificada dentro del código penal desde el año 1995[57]. Dada su reprobación social, se hace necesario que el hostigamiento sexual sea abordado de forma mucho más completa, de ahí que tomemos el enfoque de la Psicología jurídica como fórmula interesante. A parte del análisis detallado del concepto, ésta perspectiva también nos ofrece la posibilidad de identificar y examinar las variables que inciden sobre esta problemática, así como las características del fenómeno, las consecuencias individuales, sociales, económicas y culturales que ocasiona, los instrumentos jurídicos que combaten el problema y sus efectos sobre el mismo y la infraestructura existente para combatirlo. Todo ello con el afán de introducir toda una serie de propuestas socio-psico-jurídicas que ayuden a acometer este tema de forma holística. No obstante habría que resaltar, que la ley no recoge

[57] La legislación penal recoge, por primera vez, el acoso sexual en la reforma de 1995 del código penal. Concretamente en el Libro II, Título VIII (Delitos contra la libertad sexual), Capítulo III (Del acoso sexual) artículo 184; así como en el Libro II, Título XIX (Delitos contra la Administración Pública), Capítulo IX (De las negociaciones y actividades prohibidas a los funcionarios públicos y de los abusos en el ejercicio de su función), artículos: 443 y 445.

(hasta el día de hoy) como disposición atenuante o eximente, a la presencia de la adicción sexual en algunos comportamientos de hostigamiento sexual. Cuando el acosador es un adicto al sexo deja de corresponderle un trato penal para ser feudatario de un tratamiento médico.

1.4.4. La violación adictiva

Como ya avanzamos en páginas anteriores la violación adictiva atiende a uno de los tres vértices que conforman el triángulo de las adicciones sociales señaladas como ilegales. Converge con la estrupromanía, en el sentido en que en ella se inserta toda necesidad cíclica de obtener contactos con el cuerpo de una mujer mediante la fuerza o la violencia. Por consiguiente, el violador adictivo suele operar empujado por el deseo incontrolado de establecer contacto con el cuerpo femenino con el fin de obtener placer orgásmico, en algunos casos, y en otros la experiencia de saberse poseedor o dominador de una mujer.

Al igual que en otras adicciones sociales la violación adictiva puede estar asociada o presentar algún índice de cormobilidad con algún tipo de toxicomanía y con otras adicciones sociales, sobre todo con la cleptomanía.

Aunque a "juicio social" todos los violadores tienen la misma consideración insultante o despreciativa, a criterio clínico y legal las diferencias se muestran, en tanto que no todos actúan movidos por las mismos fines o motivos, ni la naturaleza del acto es la misma, aunque en todos ellos su conducta sea denominada como violación. Atendiendo a estas dos variables Alonso-Fernández (2003) establece cuatro tipos fundamentales de violadores:

1. *Violador criminal* que actúa movido por el odio o la hostilidad que profesa contra las mujeres, y cuyo acto va a tener como resultado la violación con asesinato.

2. *Violador sádico* que ejecuta su acción movido por las fantasías sexuales perversas, llegando a cometer una violación de tipo sadista.

3. *Violador con orgasmo* que funciona llevado por su exaltación libidinosa llevándole a cometer lo que se conoce como violación con orgasmo.

4. *Violador adictivo* que se mueve llevado por la adicción al sexo orgásmico o al sexo promiscuo anónimo y que a falta de mujer que quiera yacer con él, busca hacerlo cometiendo un acto de violación con el fin de saciar su placer físico o su impulso de dominación.

La agresión sexual está considerada como un trauma psicológico muy grave, por lo que se hace imprescindible que la víctima reciba una asistencia completa (en lo físico y en lo psicológico) lo más rápido posible. Es necesario evitar que aparezca el denominado *síndrome de la violación* cuyo cuadro clínico corresponde a lo que se conoce como *síndrome de estrés postraumático*. La mujer necesita recuperar su seguridad y su autoestima como preludio para recuperar su vida.

¿Es posible tratar la adicción sexual? Al igual que en otro tipo de adición, el adicto sexual suele pedir ayuda, una vez que su vida está casi desquebrajada. Petición que en muchos casos es obligada por las circunstancias dado que ha sido descubierto por los familiares (pareja). Raro es el sujeto que acude por propio interés a pedir ayuda a un especialista. Sea más fácil (voluntariamente) o más difícil (obligado) la verdad es que los expertos afirman que el tratamiento es posible. El método debe de centrarse o tener como objetivo terapéutico la supresión del comportamiento sexual adictivo y nunca la abstinencia sexual. En principio se recomienda una picoterapia de apoyo que le haga tomar conciencia de su condición de enfermo. Poudat (1997) propone un modelo aparentemente paradójico que consistiría en crear una especie de *alianza terapéutica* entre el enfermo y el terapeuta que establezca un grado de dependencia terapéutica como forma idónea de restablecer la autonomía del enfermo. Esto le ayudará a dejar de seguir negando el problema que tiene, reconociendo no sólo la enfermedad sino también, sabiendo que necesita de una intervención terapéutica si quiere recuperar su vida.

La estrategia terapéutica debe estar diseñada, según apunta Alonso-Fernández (2003), en torno a tres ejes fundamentales que serían: el programa de psicoterapia integral tripartita, el plan de rehabilitación con la colaboración de otras personas (familiares/pareja; personas afectadas por el mismo problema) y la administración de los fármacos adecuados. Con bien indica su nombre, el programa de psicoterapia integral tripartita engloba tres tipos de técnicas psicológicas como son las técnicas cognitivo-comportamentales, las interpersonales y las dinámico-existenciales. *Las cognitivo-comportamentales* serán administradas al principio del proceso y tendrán como base la supresión de toda conducta sexual, incluida la masturbatoria, durante un plazo aproximado de uno a tres meses con el objetivo de dar paso, más tarde, a la reconstrucción de la vida sexual, sobre unos nuevos cimientos. Pasada esta fase se recurrirá al trabajo *interpersonal* centrado en la resolución de conflictos habidos con la familia, lo amigos, los compañeros de trabajo, etc., a través de ejercitar y educar la comunicación entre ellos. Por último se trabajará con más ahínco (ésta siempre está presente desde el principio) la acción comprensiva a través de *la orientación dinámica y existencial* con la finalidad de facilitar al sujeto, no sólo, la autocomprensión de su problema, sino también, el lograr incrementar sus potencialidades de cambio y así poder construir una vida donde la sexualidad tenga un lugar adecuado en ella.

Por su parte, la terapia de grupo encuentra en esta problemática una gran insignia, no en vano representan el elemento principal del tratamiento de las adiciones

sociales, sobre todo como se practica en Estados Unidos[58]. Estos grupos se constituyeron en la década de los setenta bajo el mismo modelo que el de Alcohólicos Anónimos. Bajo denominaciones, a veces histriónicas: Sexual Addicts Anonymous, Sexaholics Anonymous, Sex and Love Addicts Anonymous, se esconde el mismo principio de ayuda que consiste en la aplicación del programa de los doce pasos que ayuden al adicto a tomar conciencia de su trastorno y así poder dominarlo. Impregnados por la creencias religiosas y moralistas, la mayoría de ellos se basan, según establecen Àdes y Lejoyeux (2003), en tres aspectos: hacer que el adicto admita su impotencia ante el poder de la adicción, pedir perdón a las personas que hayan podido sentirse heridas por las conductas sexuales y practicar la meditación y la oración como fuentes de un "despertar espiritual" que permita hacerles recobrar una vida sexual armoniosa y sana, trasladando este mensaje a aquellos que lo necesiten. Pero no todos comulgan con esta forma de tratamiento. Estos mismos autores desaprueban estos métodos, basándose en que mezclar cuidados y moral espiritualista entrañaría un gran peligro de integrismo. Abogan por una ayuda más especializada donde la psiquiatría, la sexología y la medicina tengan más que decir.

Entre sus defensores sobresale Carnes (1992) que explicita que este tipo de terapia (doce pasos) permitirá modificar las cuatro creencias erróneas que de forma mayoritaria alimentan la adicción sexual y que son: soy alguien profundamente indigno, nadie me puede querer como soy, si debo depender de los demás, mis necesidades nunca serán satisfechas, el sexo es mi necesidad más importante (adictos). El sexo es el signo más importante del amor (cónyuges o compañeros sexuales).

Estemos de acuerdo o no con esta forma de entender la rehabilitación, lo cierto es que cada vez están cobrando más importancia este tipo de grupos de autoayuda, dado que no paran de crecer dentro y fuera de las fronteras norteamericanas. Crecimiento que a nuestro entender viene marcado por la gratuidad del tratamiento y porque en la mayoría de estos grupos se compagina la ayuda profesional (psicólogo, trabajador social, etc.) con la participación voluntaria de los propios afectados, muchos de ellos rehabilitados que deciden prestar su ayuda.

No olvidemos que aparte de centrarse en el sujeto adicto, la mayoría de los grupos terapéuticos incluyen ayudas psicoterapéuticas paralelas que van dedicadas al tratamiento de la pareja, parte imprescindible en el proceso de rehabilitación no sólo para el propio enfermo, sino también para beneficio de ellas, ya que no debemos olvidar qué éstas no sólo sufren "vergüenza" personal, sino también "vergüenza"

[58] Recordemos lo que decían al principio de este epígrafe Adès y Lejoyeux (2003) con respecto a si el problema del sexo compulsivo se merecía ser considerado como una adicción o no. No olvidemos que, así como en Estados Unidos, el acuerdo de numerosos médicos sobre la realidad de la adicción sexual ha permitido la puesta en marcha de protocolos terapéuticos, en Europa y sobre todo en Francia, la reticencia existente respecto a esta noción ha dificultado mucho la puesta en práctica de este tipo de tratamientos.

social. Concretamente Norwood (1986) apunta que este retraimiento aparece como consecuencia de pensar que no ha sido capaz de llevar a cabo bien su rol de protector o protectora de la familia y por ello experimentan una declinación brutal en su autoestima. Además, los cónyuges suelen padecer trastornos físicos como dolores de cabeza, dolores dorsales, insomnio, trastornos digestivos, y en casos más graves pueden desarrollar conductas adictivas como la bulimia, la dependencia al trabajo, la limpieza compulsiva, o la dependencia a los tranquilizantes. Schneider (1991) explicita que uno de los factores principales de predicción de las recaídas durante el tratamiento de la adicción sexual es la falta de tratamiento del cónyuge.

Con respecto al tratamiento farmacológico decir que hoy en día se dispone de una gran gama de medicamentos de la familia de los *psicotropos* que facilitan la individualización del tratamiento y con ello el autocontrol sexual. Alfonso-Fernández (2003) nos detalla muy bien cuales serían los más idóneos:

- Los *estimulantes globales del sistema serotoninérgico*: Éstos actúan mediante la inhibición de la recaptación de la serotonina (fluoxetina, fluvoxamina, sertralina, paroxetina, citaloprán) o mediante la estimulación de los receptores (buspirona). Los mejores resultados se han obtenido con la fluoxetina y la sertralina.

- Los *neurolépticos*: Son sustancias caracterizadas por inhibir el sistema dopaminérgico. Los más indicados son los adscritos a la familia de las butirofenonas, especialmente el benperidol (1 a 1,5 mg al día). Este medicamento es capaz de ejercer una acción frenadora muy eficaz a un doble nivel: sobre los deseos y fantasías sexuales y sobre el paso al acto de los deseos sexuales mediante la descarga impulsional y sobre la conducta sexual desviada, con una proporción de resultados favorables superior a la obtenida con los medicamentos neurolépticos antidopaminérgicos comunes en relación con la libido y la sexualidad.

- Los *tranquilizantes de la familia de las benzodiazepinas*: Éstos ejercen una acción inhibidora global sobre la sexualidad. Se recomiendan para el principio del tratamiento.

- Los *fármacos psicoestabilizadores*: Están representados por el carbonato de litio y los productos anticonvulsiones (carbamazepina, valproato sódico, gabapentina, lanmotrigina). Están indicados para estabilizar al enfermo y protegerlo contar las recaídas y las recidivas.

- Los medicamentos hormonales antiandrógenos (antitosterona): El número uno de este grupo es el acetato de ciproterona, que reduce el nivel plasmático de testosterona y sobre todo bloquea la acción de la testosterona al nivel de los receptores. Concretamente consiste en reducir la libido y la capacidad de erección sin modificar la orientación sexual fundamental. Si se calibra bien la

dosis (recomienda 50 mg. cada doce horas) su acción frenadora puede ser compatible con la conservación de una capacidad sexual suficiente para mantener una relación sexual no adictiva con un intervalo entre 2 y 6 semanas. Este medicamento se ha mostrado muy eficaz ante la conducta sexual ilegal, como el exhibicionismo y la paidofilia, y ante la hiepersexualidad adictiva con o sin masturbación excesiva. Otra sustancia hormonal utilizada es el acetato de medroxiprogesterona, que reduce la secreción de gonadotropina y el nivel plamático de testosterona. También suelen ser muy útiles las hormonas agonistas de la LRH (hormona liberadora de luteotropina).[59]

- Queda excluida, casi totalmente, la administración de naltrexona, que aunque se utiliza cada vez más en terapia de distintas adiciones químicas y no químicas, puesto que ejerce una acción estimulante sobre la conducta sexual.

Por último, resaltar que la terapia de los agresores sexuales debe estar sujeta, según este mismo autor, a dos singularidades principales: la de compatibilizar el tratamiento clínico con las medidas punitivas penales correspondientes al delito cometido y la de centrarse en la prevención de la recidiva o reincidencia criminal. De hecho, este psiquiatra propone como algo novedoso y que quizás para alguno pueda ser escandaloso, que el sexoadicto que incurre en una conducta marcada por la ilegalidad o la peligrosidad social, inducirle una adicción al cibersexo con la finalidad de hacer conseguir que esa persona invierta de algún modo su adicción. Concretamente Alfonso-Fernández (2003) persigue que el agresor sexual una vez absorbido por el cibersexo abandone las actividades sexuales por fuera de la red, al ser afectado por la anorexia sexual[60].

1.5. ADICCIÓN AL TRABAJO O LABORODEPENDENCIA

El siglo XVI supone para la historia del trabajo un momento clave puesto que, es a partir de esta fecha cuando el trabajo empieza adquirir un sentido dignificante y comienza a hacerse extensivo al conjunto de los estamentos de las sociedades occidentales. Hasta entonces el trabajo era considerado una actividad poco o nada digna, reservada exclusivamente para los esclavos, los cautivos y los labriegos.

[59] El acetato de medroxiprogesterona es muy utilizado en Estados Unidos, dado que allí no está legalizada la ciproterona. Se suministra por vía parenteral, mediante una inyección intramuscular semanal de 300 a 400 mg. Alfonso-Fernández (2003) se hace eco de las advertencias que desde Francia establece Deltrei (1996) y anota que la utilización de todos los fármacos de este grupo debe ser prescrita por terapeutas muy cualificados.

[60] Se plantea esta cuestión dado que se cuenta con el antecedente de que un gran sector de los adictos al cibersexo espontáneos prescinden de la relación sexual con cualquier otra persona, incluso con su pareja habitual, al ser presa de una desgana o inapetencia para la sexualidad no virtual. Este fenómeno está conceptualizado como anorexia sexual.

Hecho que es reflejado en el propio concepto del vocablo, ya que éste tiene un origen indigno o vejatorio puesto que deriva o proviene del vocablo latino *tripalium*, término utilizado para designar una especie de cepo o instrumento de suplicio compuesto de tres estacas en el que se insertaba, en una posición incómoda o dolorosa, a los esclavos que no aportaban el rendimiento adecuado. Para liberarle de toda semántica negativa se ha tratado de sustituir el verbo trabajar por alguno de estos conceptos: laborar, obrar y operar.

Uno de los factores que indujo a su revalorización y globalización fue sin duda la influencia de la *Iglesia protestante* al primar por encima de todo los principios del aprovechamiento, la diligencia, el valor de lo útil y la moral del triunfo como elementos imprescindibles que harían al hombre ganarse el paraíso. Es lo que Marx Weber describió como *principios de la ética laboral del protestantismo*.

Este nuevo designio hace que la concepción del trabajo de un giro de noventa grados pasando a ser valorado como algo fundamental para el hombre, dada su necesidad y utilidad. Tanto es así que el hecho de *"no hacer nada"* pasó a ser considerado por la sociedad decimonómica como algo monstruoso, concebible sólo como síntoma de locura. A partir de aquí el hombre pasa a ser estimado y evaluado con criterios estrictamente laborales. Se alude al trabajo como fórmula, no sólo de independencia económica, sino también de integración social: el valor del hombre viene dado por su ocupación, sin ella no representa nada. Idea que en palabras de Alonso-Fernández (2003: 226) quedaría descrita como: *el trabajo funciona a la sombra de un pacto social que se traduce en que la sociedad te acoge si tú aportas algo positivo con tu trabajo*.

El hecho de convertirse en una necesidad social, ha originado que el trabajo haya ido experimentando, con el tiempo, un proceso de rehumanización. Se mejoraron las condiciones laborales a la par que se fue renovando la legislación laboral y se fue desarrollando la dimensión humanista del trabajo que tenía como idea estandarte: *el trabajador es ante todo un ser humano, que pone el trabajo al servicio de su vida y no a la inversa*.

A partir de aquí los papeles cambian, ya no sería un problema el *tener que trabajar* sino todo lo contrario, éste queda conmutado por el de *no tener trabajo*. Uno de los grandes inconvenientes a los que se enfrenta hoy cualquier sociedad es al indeseado estigma del desempleo. Hablar de paro implica inhabilidad para gestionar con independencia la propia vida. Incapacidad que trae consigo una situación estresante y muy nociva para la salud mental del individuo y de la familia que la padece. La imposibilidad de encontrar un primer empleo (paro primario), al igual que la pérdida del trabajo (paro secundario) representa la ineptitud de una sociedad que no es capaz de ofrecer lo que ella misma exige: *integración social* de sus ciudadanos.

Como realidad política, económica y social, el trabajo ha de entenderse como un "constructo social". Salanova et al (1993) explicitan que los sujetos construyen su *idea de trabajo*, tanto con sus experiencias laborales como con los conocimientos y modelos de pensamiento que reciben de la sociedad a través de la educación y la comunicación social. Por ello estos autores manifiestan que el fenómeno del trabajo hay que entenderlo como la resultante del conocimiento de una parcela de la realidad socialmente elaborado y compartido. El trabajo es concebido como uno de los pilares fundamentales en los que se ha asentado y se sigue asentando nuestra sociedad actual. Su importancia va a estar determinada por las funciones que cumpla para los sujetos, los grupos y las sociedades. Si nos detenemos un momento y valoramos el significado que tiene el trabajo vemos que éste ocupa una parte muy considerable del tiempo de cualquier persona adulta (se reparte entre actividad laboral y tareas relacionadas con ella). A esto habría que añadir el tiempo que los sujetos dedican a lo que se ha conceptuado como "socialización para el trabajo" que alude o tiene que ver con el período que el sujeto necesita para planificar, formarse y prepararse para el trabajo. Espacio que cada vez aparece más dilato, dado que empezamos antes (edades muy tempranas) y terminamos más tarde (edades maduras), hecho que nos permite decir que una buena parte de nuestro tiempo vital está y seguirá estando relacionado indirectamente con el trabajo. A parte de esta línea de razonamiento, Claes (1987) justifica la importancia que tiene el trabajo basándose en otros dos factores como son: la satisfacción de necesidades, no sólo económicas sino psico-sociales que el trabajo proporciona y por la evolución de las concepciones legales y sociales de los derechos del trabajo que han derivado en un cambio en las políticas y practicas de empleo.

La importancia del trabajo viene medida por la capacidad que éste tiene de aportar elementos de carácter positivo. Principalmente se reseñan:

- Función integradora o significativa. Como fenómeno complejo, el trabajo puede otorgar a la vida integración, coherencia y significado. Cumpliría esta función cuando es intrínsecamente satisfactorio para la persona. En palabras de Friedman y Havighurst (1954) el trabajo puede suponer *una experiencia vital significativa.*[61]

- El trabajo realiza la función de proporcionar estatus y prestigio social. En parte el estatus de una persona viene determinado por el trabajo que desempeña. A través de él se establecen categorías y subdivisiones que marcan el rango social que ocupa una persona en la sociedad. Esto determina que el trabajo pueda ser considerado como fuente de auto-respeto o de reconocimiento de los demás.[62]

[61] Además de estos dos autores, esta función ha sido referenciada por otros como: Steers y Poter (1975), Whitely (1985), Ruiz Quintanilla (1988), Drenth 1991) y England (1991).

[62] Autores como: Warr (1987), Ruiz Quintanilla (1988), Jahoda (1987) han hecho hincapié en la importancia que desempeña esta función.

- También es una fuente de identidad personal y laboral. La identidad personal, en parte, puede estar configurada mediante las experiencias de trabajo. Consiguientemente, éste tiene la facultad de poder categorizar a las personas en función de su estatus, clase o influencias llegando a establecer jerarquías o agrupaciones que otorgan sentimientos de seguridad y reconocimiento.[63]

- El trabajo también cumple una función económica. Aparte de asegurar un mínimo de subsistencia, el trabajo ofrece la posibilidad de conseguir recursos que permitan acceder a los bienes de consumo. El dinero te proporciona control sobre la vida, dado que va a permitir no sólo, independencia económica, sino también posibilidades de disfrute del ocio y/o tiempo libre.[64]

- El trabajo representa una fuente de oportunidades para la interacción y los contactos sociales. Función de vital importancia si tenemos en cuenta que gran parte de las relaciones sociales que se originan entre los individuos geminan en el contexto laboral. (jefes, compañeros, clientes, etc.).Interacciones que si son enriquecedoras pueden determinar y mejorar otros ámbitos de la vida personal (pareja, familia, etc.).[65]

- El trabajo cumple la función de estructurar el tiempo de las personas. La actividad laboral tiene la capacidad de estructurar el tiempo en ciclos diarios, semanales, mensuales y anuales. Por consiguiente, del horario laboral va a depender como estructuremos los demás ámbitos de la vida: la planificación familiar, las vacaciones, el ocio y/o tiempo libre.[66]

- El trabajo también tiene una función de actividad obligatoria. El trabajo está contemplado como una referencia útil de actividad regular, obligatoria y con finalidad. Si las personas quieren mantener un mínimo nivel de vida están obligadas a trabajar. Obligación que puede tornarse en *deber* si tenemos en cuenta la perspectiva utilitarista que remarca la función de socialización que tienen los individuos hacia la sociedad mediante el desempeño del trabajo (el hombre le es útil a la sociedad a través de su trabajo)[67].

[63] Autores como: Fagin y Littel (1984), y Jahoda (1987) resaltan esta función.

[64] Autores como: Friedman y Havighurst (1954), Fagin y Little (1984), Fineman (1987), Ruiz Quintanilla (1988), Mow (1987) y England (1991) reseñan esta función.

[65] Autores como: Friedman y Havighurst (1954), Steers y Porter (1075), Fagin y Little (1984), Ruiz Quintanilla (1988), Mow (1987) y England (1991), han reseñado la importancia de la función de interacción social del trabajo.

[66] Esta función ha sido reseñada por: Friedman y Havighurst (1954), Frese (1982), Fagin y Little (1984) y Jahoda (1987).

[67] Función que ha sido remarcada fundamentalmente por: Fagin y Little (1984), Jahoda (1987), MOW (1987) y Ruiz Quintanilla (1988).

- Al trabajo también se le asigna la función de trasmitir normas, creencias y expectativas sociales. Al permitir las interacciones sociales entres sus miembros, el ámbito laboral pasa a ser un importante vehículo de trasmisión de expectativas, creencias, valores e informaciones, no sólo las relacionadas con el trabajo, sino también con otros ámbitos de la vida, como la política, la economía, la familia, etc.[68]

- El trabajo desempeña también la función de ser una fuente de oportunidades para desarrollar habilidades y destrezas. Casi todo trabajo requiere de una coordinación de funciones intelectuales y motoras que pueden conducir, con el tiempo, a la potenciación y desarrollo de nuevas habilidades y destrezas.[69]

- De igual modo el trabajo cumple la función de proporcionar poder y control. El trabajo pude permitir desarrollar y adquirir el poder y el control, no sólo de la información (datos, procesos, etc.) sino también sobre las personas, y la obtención de ambos va a estar determinada, principalmente, por el modelo de organización del trabajo que aplique la empresa.[70]

- Por último, el trabajo puede cumplir la función de otorgar confort. A través de él las personas pueden tener la oportunidad de disfrutar de buenas condiciones físicas y psíquicas que otorgan elementos tales como: la seguridad en el empleo y buen horario de trabajo.[71]

Por su parte, las funciones negativas viene determinadas principalmente por la forma en cómo se organiza el trabajo y por las relaciones de dominación y de poder que lo sustentan. Cuando el trabajo se hace repetitivo, deshumanizador, humillante o monótono deja de ser gratificante para pasar a convertirse en un elemento de alienación como bien supo exponer Karl Marx a mitad del siglo XIX. Para Parker (1972) el trabajo conduce a la insatisfacción cuando éste es repetitivo e infrautiliza las capacidades de las personas, cuando se da una especialización excesiva, cuando las tareas que se desarrollan son aparentemente no útiles, cuando el trabajador siente inseguridad en la estabilidad del empleo y cuando se siente muy supervisado en detalles que carecen de importancia.

Cómo vemos conceptualizar la significación del trabajo no es nada sencillo. Su semántica va estar determinada por los valores que ésta adquiere a nivel individual, social y cultural. Dentro de las aproximaciones que nos ofrece Salonova et al (1993) destacar la que está más cerca de la sociología y que considera al trabajo como una

[68] Función señalada por Frese (1982).

[69] Función señalada por Fagin y Little (1984) y Warr (1987)

.

[70] Función enfatizada por Fineman (1987).

[71] Función señalada por MOW (1987).

realidad socialmente construida. Realidad que responde a unas normas sociales e infraestructura cultural propia de una época y país, que a su vez está determinada por los condicionamientos históricos que la han creado (representación social) y de la que le individuo se sirve con una cierta autonomía funcional.

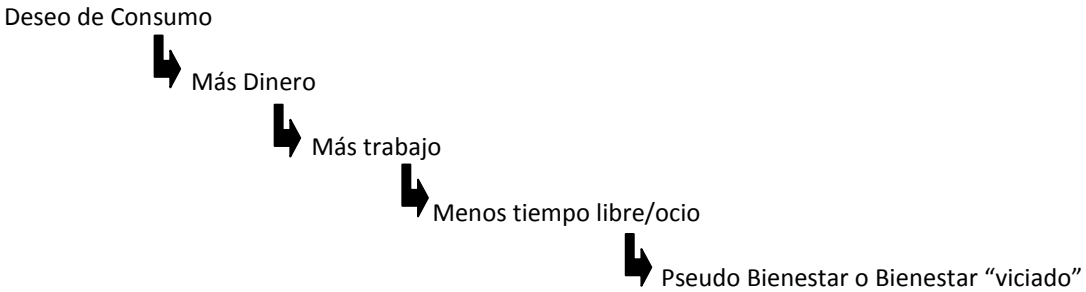
Con el tiempo el trabajo ha dejado de ser una simple fuente de ingresos para pasar a representar algo muy importante en la vida de una persona. En concreto nos referimos al dato de que gran parte de nuestra salud mental o equilibrio emocional pueden estar supeditados al grado de satisfacción que nos ofrezca nuestra actividad laboral. Es importante conocer en que medida las condiciones laborales y el comportamiento que desarrollamos hacia el trabajo, pueden determinar el grado de bienestar de una persona y por ende el tipo de relación -nociva o saludable- que puede llegar a establecer con él.

Nos encontramos inmersos en una sociedad, que por encima de todo valora el éxito. No hay lugar para el fracaso y éste es temido, como quien teme a una plaga bíblica. Alcanzar la cúspide cada vez es más difícil en un mundo marcado por la competitividad y las continuas reconversiones empresariales. El mercado exige cada vez más perfiles de trabajadores dúctiles, capaces de adaptarse a todas las trasformaciones o irregularidades sin apenas obtener contraprestación ninguna, sólo la posibilidad de imaginar que puede ser recompensado por ello (ascenso, subida de sueldo, mantener el trabajo, etc.). Para el trabajador lo único tangible es la incertidumbre, el desasosiego y la ansiedad que origina una situación estresante capaz de hacer que una persona, de forma inconsciente, se vuelva esclava de sus propios miedos. Miedos que adquieren vida propia cuando invaden todas las parcelas del bienestar personal.

Tiempo libre y consumo se nos ofrecen como dos fenómenos rivales que coexisten en nuestra realidad social más presente. Se revaloriza el tiempo libre o de ocio como indicador de calidad de vida, a la vez que se potencia el consumo como fórmula de identidad social. En esta pugna (Véase Cuadro 26), el tiempo libre o de ocio va a ser sacrificado o relegado a un segundo plano. Interesa más consumir y esto lleva implícito, para la mayoría de los sujetos, una mayor dedicación al trabajo como estrategia para aumentar el nivel de ingresos que posibilite el acceso real al consumo. Si tenemos en cuenta que la calidad de vida se basa en encontrar un equilibrio entre trabajo, descanso, ocio y relaciones sociales, el producto resultante de sumar cada una de las partes de esta ecuación, dista mucho de alcanzar el bienestar personal como principio fundamental.

CUADRO Nº 26

Proceso de Secuenciación entre Consumo, Tiempo Libre/Ocio y Bienestar



Fuente: Elaboración propia.

Lejos de remitir esta forma de pensamiento, adquiere cada vez más partidarios. Adeptos que han empezado a sucumbir a una forma deletérea o destructora de entender las relación que el hombre debe de tener con su trabajo. Es justo en este contexto donde Fernández-Montalvo y Echeburúa (1998) demarcan la aparición de la adicción al trabajo como un nuevo trastorno psicológico, caracterizado por la pérdida de control con respecto a la actividad laboral. Aunque éste no figure en las nosologías psiquiátricas vigentes hoy en día –DSM-IV (American Psychiatric Association) e ICD-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992), los expertos coinciden en establecer que ésta produce alteraciones muy importantes en el funcionamiento cotidiano de las personas que se ven afectadas por esta forma de vivir las relaciones laborales.

Durante mucho tiempo, la dedicación extremada al trabajo ha sido considerada como una conducta adecuada, muy valorada socialmente, mostrándose como indicador de compromiso y responsabilidad. En principio, esta situación originó que esta adicción adquiriera un valor positivo. Significación que con el paso del tiempo ha demostrado ser errónea permitiendo abrir una nueva línea de análisis dentro del ámbito de las adicciones. Actualmente, el concepto de "adicción al trabajo" forma parte de nuestro lenguaje habitual pero con unas evocaciones negativas.

Aunque este problema empezó a ser conocido gracias a la publicación de la novela autobiográfica *Confesiones de un Workaholic* publicada en 1961 por el reverendo americano Waynes Oates, no podemos obviar el dato de que fue el psiquiatra húngaro Sandor Ferenczi quien cincuenta años antes (1919) había referido el extraño caso de las *neurosis del domingo* y *las neurosis vacacionales*[72] que coincide

[72] Este autor bautizó y relató dos tipos especiales de neurosis. *la neurosis del domingo* y *la neurosis de las vacaciones.* Ambas hacen referencia a un tema muy poco estudiado por el psicoanálisis o por la psicología clínica en general. Concretamente refería las "neurosis del domingo" como las situaciones que eran padecidas por varios de sus pacientes, que casi todos los domingos se quejaban de dolores estomacales o de cabeza que estropeaban su día libre. Aún siendo similares "las neurosis vacacionales", se distinguen por ser más prolongadas en el tiempo y las personas aquejadas por ellas sufren durante

con lo que años más tarde se ha conceptualizado como adicción al trabajo. No obstante Waynes Oats, fue quien introdujo el neologismo inglés *workaholic* para demostrar que se podía ser dependiente al trabajo al igual que se era del alcohol. Para ello tomó como ejemplo su propia situación que irónicamente era descrita como un *apego mórbido al trabajo*, auténtica dependencia que afloraba en forma de angustia o sensación de falta cuando las vacaciones o el tiempo libre le obligaban a la inactividad.

Este término cristalizó en Estados Unidos, donde en un breve espacio de tiempo pasó a formar parte del lenguaje común. Ello hizo que pronto surgieran las ya conocidas redes de apoyo que bajo el nombre de Workaholics Anonymus trasmitían la misma ideología recuperativa copiada del modelo de rehabilitación de Alcohólicos Anónimos. Sin embargo, en Europa esta idea apenas si cuajo. Adès y Lejoyeux (2003) estiman que esta situación es conexa a la aparición del período de la efervescencia de las *start-up* (nuevas empresas de alta tecnología) en el ambiente de una competencia profesional desenfrenada.

No obstante, los estudios más completos y actuales sobre este tema se deben a Bryan Robinson que en 1998 publicó bajo el nombre de *Encadenados a la oficina* una monografía consagrada al estudio del workaholism. En ella, el autor nos ofrece una demarcación muy clara entre la adicción y el exceso de trabajo, proponiendo un cuestionario guía el WART (Work Adddiction Risk Test) que permite evaluar el riego de workaholismo.

Aunque la sinonimia de la adicción al trabajo es muy amplia (laboroadicción, laborodependencia, clean addiction, ergoadicción o ergofilia) ésta se dio a conocer bajo el término inglés *workaholism* que refleja la fusión de dos conceptos que, en principio poco o nada podrían tener en común como son el trabajo -work- (valor positivo) y alcoholismo –alcoholism- (valor negativo). En este caso la fusión funciona para denominar una situación que refleja un comportamiento adictivo equivalente al del alcoholismo. Comportamiento que es equiparable al del alcohol dada su peligrosidad, dado que en ambos se crean estados de euforia, alivian el sufrimiento psicológico y refuerzan la autoestima, de forma pasajera.

Actualmente la adicción al trabajo es definida por Montalvo y Echeburúa (1998) como una forma de implicación progresiva, excesiva y desadaptativa a la actividad laboral, con una pérdida de control respecto a los límites del trabajo y una interferencia negativa en la vida cotidiana (vida familiar y social, tiempo de ocio, estado de salud, etc.). Sobre-implicación, que al margen de las percepciones distorsionadas del sujeto, responde más a una necesidad personal (trabajo le genera fascinación y sobresalto) que a las propias necesidades o exigencias objetivas del

sus vacaciones escolares o sus ocios de un estado físico más o menos penoso, que además de las histerias mencionadas para el síndrome del domingo, habría que añadirles curiosos cambios de humor.

entorno laboral. Se podría decir que lo que define más a un adicto es su actitud hacia la tarea que el tiempo en horas que dedica a ella.

A parte de la implicación elevada en la actividad laboral, la adicción al trabajo nace de la propia presión que el individuo se proyecta sobre sí mismo. Presión que le lleva a ser capaz de no disfrutar del trabajo realizado, puesto que su *telos* está más enfocado a la búsqueda del poder y prestigio social que a conseguir el crecimiento o autorrealización personal. Para Echeburúa (2000) lo que realmente está en juego en el adicto es su propia autoestima y el reconocimiento social, por lo que apunta que no es infrecuente que bajo esta patología se escondan sentimientos de inferioridad y de miedo al fracaso.

Es necesario plantear que no toda dedicación intensa al trabajo lleva pareja una patología del trabajo. Existen muchas personas que son definidas como modelos de trabajadores pero que no incurren en lo que se ha determinado como adictos al trabajo. Según Alonso-Fernández (2003) es fácil detectar a los adictos al trabajo si se está atento o se presta mucha atención a dos pistas que tiene que ver con su modo de vivir y que tienen que ver, por un lado con la exclusión de cualquier tipo de actividad que no guarde relación con el trabajo y por otro, con la dedicación de casi todo su tiempo y sus energías a la obligación laboral, incluso sin estar motivado por sus resultados.

Como forma de diagnóstico o identificación precoz, este autor nos remite a los rasgos diagnósticos aportados por el psiquiatra francés Castro (1997) que responden a: sólo encuentran satisfacción en lo profesional; contemplan la diversión y el sueño como pérdidas de tiempo a las que hay que intentar renunciar; preocupación de los problemas del trabajo incluso durante los períodos de reposo; evitación de las relaciones sociales por lo que sienten disgusto cuando algún amigo les llama; olvidan todo lo que tiene que ver con fechas de aniversarios y celebraciones familiares; se les otorga la reputación de ser maníacos del trabajo; responden a estados emocionales caracterizados por la fatiga, la irritabilidad, el aislamiento social y a síntomas físicos como cefaleas, tensiones musculares, insomnio, taquicardia, etc. En resumen, estos sujetos se definen por no tener vida fuera del ámbito laboral.

Oportunamente podemos esgrimir que son varios los caracteres que remarcan las diferencias que existen entre lo que se conoce como persona trabajadora de la figura del adicto. El trabajador modelo disfruta mucho de su trabajo, suele ser muy productivo, y aún dedicando mucha energía y tiempo a la actividad laboral, es capaz de conseguir un equilibrio con el tiempo que otorga a su ámbito personal (aficiones), familiar (relaciones familiares) y social (relaciones sociales). En palabras de Alonso-Fernández (2003: 246): *el trabajador virtuoso o diligente trabaja para vivir, en cuanto que el adicto al trabajo consagra su vida al culto del trabajo* (Véase Cuadro 27).

CUADRO Nº 27

Rasgos que definen al "Buen trabajador"		
Persona muy trabajadora ⟷ **Gran afición al trabajo**		
Rasgo	**Conducta**	**Hábitos**
Disfruta con el trabajo	Dedicación prolongada al trabajo (posibilidad de horas extras)	• Compromiso • Implicación • Dedicación • Sentido de la responsabilidad • Reconocimiento de las necesidades puntuales del trabajo
Actúa movido por el logro de la productividad	Alto sentido del cumplimiento laboral	• Perfeccionista • Concienzudo
Respetuosos con la ética Trato afable hacia los subordinados	Control de las actividades laborales	• Fiabilidad • Responsabilidad
	Identificación personal con el trabajo	• Orgullo y satisfacción • Compromiso con el trabajo
Distribución equilibrada del tiempo		
Vivencia positiva del tiempo libre		

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida por Alonso-Fernández (2003) y Porter citado por Echeburúa (2000).

Sin embargo, el individuo adicto al trabajo, como ya apuntábamos en líneas anteriores (Véase Cuadro 28), muestra una gran incapacidad para divertirse o entretenerse con tareas u ocupaciones que sean ajenas a la propia actividad laboral. Su implicación laboral rebasa lo absurdo, no permiten que otros compañeros puedan realizar tareas fácilmente asumibles o delegables. El trabajo no sólo, ocupa su tiempo real sino que invade todos sus pensamientos, llegando a convertirse en el eje fundamental de toda su existencia. Se puede decir, que el único rasgo que comparte con el *trabajador modelo* es la gran afición que demuestra tener por el trabajo.

CUADRO Nº 28

Rasgos que definen al "Adicto al trabajo"		
Adicto al trabajo ⟷		**Gran afición al trabajo**
Rasgo	**Conducta**	**Hábitos**
Realiza el trabajo muy estresado	Dedicación prolongada al trabajo (posibilidad de horas extras)	• Fórmula que evite la soledad, el aburrimiento o el malestar personal • Esfuerzo debido a pensamientos poco realistas
Actúa movido por el ansia de dinero, prestigio o poder	Alto sentido del cumplimiento laboral	• Intento de justificar la excesiva implicación laboral
Carente de escrúpulos morales	Control de las actividades laborales	• Compensación de la falta de control en otros ámbitos de su vida
Trato autoritario hacia los subordinados	Identificación personal con el trabajo	• Uso del trabajo como elemento de autoestima que no obtiene por otros medios
Distribución no equilibrada de su tiempo	Prescinde de la familia, de los amigos y de su tiempo libre.	• Incapacidad para equilibrar la satisfacción obtenida a partir del trabajo y la obtenida a partir de otros aspectos de la vida
Vivencia negativa del tiempo libre	Alejarse del trabajo le supone angustia, irritabilidad, síndrome de abstinencia	

Fuente: elaboración propia a partir de la información obtenida por Alonso-Fernández (2003) y Porter citado por Echeburúa (2000).

Del mismo modo es importante no confundir, la conducta de exceso de trabajo devenida por las circunstancias laborales o por la política de empresa, de la adicción al trabajo. Aunque en las dos se visualiza una entrega casi permanente al trabajo, las implicaciones no son las mismas. Como ejemplo de esta situación tenemos el caso de los trabajadores *karoshi* del Japón que viven el sobrante de trabajo como una imposición y no como una adicción. Hosokawa y colaboradores (1982) explicitan que el problema de estos trabajadores está centrado fundamentalmente en una cuestión de agotamiento físico, dadas las nocivas condiciones de trabajo fisiológicas a las que están sometidos (trabajan "voluntariamente" más de cien horas semanales). Sobrecarga que para muchos tiene un final trágico, dado que pueden sufrir accidentes coronarios, fallos cardíacos, hemorragias o infartos cerebrales debido al agotamiento emocional inducido por el miedo estresante a perder el trabajo, la reducción de horas de sueño y el abuso del alcohol y del tabaco. Idénticos resultados encontramos cuando valoramos las consecuencias que se derivan de la adición al trabajo: síndrome del

estrés, depresión, abuso de sustancias como el alcohol, el tabaco o los medicamentos y trastornos cardíacos o circulatorios[73].

A parte de las consecuencias negativas descritas para el ámbito de la salud, esta adicción acarrea grandes conflictos a nivel familiar y social. En concreto Sender (1997) destaca, entre otras, el deterioro que sufren las relaciones familiares, el aislamiento social, la pérdida del sentido del humor, el desinterés por las relaciones interpersonales "improductivas" y el cambio que se produce en las relaciones sexuales (no surgen de manera espontánea sino programada). Pese a estas vicisitudes el laboradicto sólo siente pánico, irritación, vacío o angustia cuando intuye que va a tener que alejarse, aunque sea brevemente, de su trinchera laboral. Un día de fiesta, un fin de semana o unas vacaciones pueden convertirse en su peor pesadilla ya que son incapaces de gestionar su tiempo libre. Adés y Lejoyeux (2003) apuntan que el delirio de un "drogado" por el trabajo esconde un miedo innato a la inactividad, al curso libre de los sentimientos dejado por el reposo, a los pensamientos, a las emociones que la actividad contiene con eficacia. Sobrevaloran el trabajo porque les ayuda, no sólo a evadirse de sus problemas, sino de algo más complejo como es el querer huir de sí mismos.

Como testimonio de lo escrito que nos ayude a entender ¿qué sucede exactamente? hago acopio de las palabras reproducidas literalmente por Adès y Lejoyeux (2003) y que nos acercan al complicado mundo de la laboroadicción de la mano de Mylène, agregada de prensa de unos grandes almacenes:

*Tras ser contratada me volví una trabajadora feroz,…, ahora no sé hacer otra cosa. Desde que no trabajo me siento como vacía, vagamente culpable, y me aburo. De hecho es mucho peor: me siento vacía e inútil fuera del trabajo. Tengo la impresión de que sólo existo en la oficina, de que encuentro allí mi identidad. Mis compañeros y mis amigos me aconsejan trabajar menos, se ofrecen a ayudarme, para compartir tareas. No llego a delegar. Tengo necesidad de hacerlo todo yo misma, de planificar, de organizar mi trabajo. Lo que es terrible es que trabajo cada vez más. Es un placer intenso, pero estoy agotada. Ni el reposo, ni las vacaciones me liberan de esta fatiga. Tan sólo me apacigua el trabajo… (*Adès y Lejoyeux, (2003: 67).

Más que aquejados de una patología, ya que tienden a minimizarla o a negarla, estos enfermos suelen presentarse como víctimas del sistema empresarial o como

[73] Precisar que aunque se ha intentado extender el concepto de *karoshi* a los países industrializados, esto no ha sido posible, puesto que japonés está vertebrado por un rasgo laboral transcultural muy específico. Este perfil viene impuesto por una rígida cultura económica que origina una ideología basada en la fidelidad de la empresa y en la competición interna. Fidelidad, que según explicita Alonso-Fernández (2003) está alimentada desde la propia dirección de la empresa japonesa con préstamos a bajo interés y largo plazo, con lo que el trabajador queda enganchado, y desde fuera, ya que abandonar la empresa implicaría grandes dificultades para encontrar trabajo en otra empresa distinta.

prisioneros de una situación laboral que les hace estar comprometidos al cien por cien con su trabajo. Justifican su exceso de trabajo a las exigencias de la empresa, a la competencia de sus rivales, al temor a ser degradados o despedidos o a las exigencias económicas de su familia. Se esfuerzan en encontrar responsables porque nunca van a ser capaces de apuntar sobre ellos. Todo lo contrario, por temor a perder el tiempo son capaces de crear su propio agotamiento y desorganizar su agenda laboral. Fingen lamentar no tener "tiempo para ellos" pero es una situación buscada. Hacen "overbooking" ya que necesitan aprovechar los mínimos espacios de tiempo, aceptan varias citas a la misma hora, situaciones todas ellas que van a hacer que la persona acelere el ritmo de trabajo porque siempre va a ir retrasado.

Por temor a perder el tiempo, suelen volverse hiperactivos. Hiperactividad que les lleva a hacer varias cosas a la misma vez o a acelerar el ritmo de las tareas que estén realizando. Ritmo que también aplican a las situaciones de ocio obligadas. Generalmente, suelen apuntarse a actividades o competiciones deportivas que le permitan superarse o ganar y si optan por viajar suelen aplicar a sus recorridos o visitas el mismo ritmo desenfrenado del trabajo.

Además, los laborodependientes desarrollan una necesidad incontrolable de controlarlo todo debido a que temen ser criticados o juzgados. Suelen ser personas bastante inseguras que reducen su autoestima al ámbito del cumplimiento de las tareas profesionales. Su trabajo es esencial, por eso son incapaces de delegar, aunque practican sin apremio la censura a los demás:

Mi forma de razonar es todo o nada, -nos vuelve a confirmar Mylène-, o me ocupo totalmente de un asunto. O no me implico en él. Cuando trabajo sola me agoto, naturalmente, pero me quedo tranquila. Pedir ayuda en signo de debilidad (Adès y Lejoyeux, 2003: 70).

En parte, esta obsesión por el trabajo viene originada porque en su mayoría suelen ser personas muy perfeccionistas. Perfección que según Adès y Lejoyeux (2003) se traslada también a los intervalos de inactividad, aunque éstos sean prácticamente inexistentes. En esos momentos, la obsesión al trabajo viene expresada por la inquietud de olvidar un detalle, de no haber corregido o verificado un documento, de no haberlo hecho "todo". En palabras de estos autores: *una certeza siempre vacilante de una perfección escurridiza*. El adicto al trabajo muestra un miedo feroz a cualquier distracción, por eso no es raro verlos ataviados con ordenadores portátiles, dossiers, teléfonos móviles, etc., en cualquier espacio de ocio, trabajando a escondidas. En parte, este comportamiento puede estar sustentado o respaldo, porque les aterra la posibilidad de que puedan ser tachadas de personas incompetentes. Hecho que va a permitirles aceptar, o al menos ser capaces de atender a sus propias críticas ya que las consideran estimulantes para su superación. No obstante, las apreciaciones o reprobaciones de los demás son tomadas como informaciones negativas, que pueden destruirles, ya que imaginan que sobre ellos caerá el despido, el desempleo, en una palabra el fracaso. Angustia que únicamente puede calmar el trabajo.

La preocupación por el tiempo les va a convertir en personas muy impacientes. No soportan las esperas ya que estas son captadas como pérdidas de horas de trabajo. El tener que esperar les produce inquietud o intranquilidad, que en muchos casos puede derivar en impulsividad. Algunos adictos al trabajo suelen tomar decisiones importantes sin apenas reflexionar, cuestión peligrosa para ellos si tenemos en cuenta que esto puede llevarles a *graves errores de juicio*. Fallos que por otro lado no están dispuestos a aceptar dado el perfeccionismo del que hacen alarde. Como vemos el adicto al trabajo con quien realmente compite es consigo mismo, por eso les atraen los desafíos inútiles, las apuestas y las emociones fuertes. Castañeda y García de Alba (2011) explicitan que existe una aplicación directa entre lo que se denomina como *demandas retadoras* (challenge stressors) y la adicción al trabajo. Éstas pueden incrementar la motivación si se asocian de forma positiva con diversos aspectos laborales como el esfuerzo y la dedicación. Elementos que a su vez pueden tornarse en negativos, dado que pueden originar un ambiente de trabajo favorable para el desarrollo de la adicción. En principio la sobrecarga de trabajo y la presión temporal pueden jugar como elementos retadores, pero con el paso del tiempo, pueden convertirse en demandas potenciales que desarrollen ambientes muy adictivos.

Normalmente el exceso de trabajo puede llevar a este tipo de adictos a tener, no sólo faltas de concentración y de atención, sino también a sufrir momentos de ausencia u olvidos, que les originen situaciones con consecuencias graves (accidentes laborales, accidentes de tráfico, etc.). Son personas muy expuestas a lo que se conoce como síndrome de *burn-out* o síndrome de agotamiento profesional que se manifiesta en una pérdida de ganas de trabajar Suelen sentirse muy fatigados, sin energías y con numerosos trastornos físicos como vértigos, dolores, pérdida de aire y ahogos, trastorno de la atención y concentración intelectual. Síntomas que a nivel conductual se traducen en irritabilidad, episodios de cólera, agresividad social, insomnio y alteraciones del humor.

Son muchos los expertos[74] que coinciden en manifestar que la unidad de vida que más a prisa suele resentirse o alterarse es la familia. Las consecuencias de los hábitos que lleva un adicto al trabajo las sufre la mujer y los hijos desde el principio que se instala la adicción: la ausencia prolongada, el regreso nocturno a casa, los fines de semana y vacaciones sacrificadas. Alonso-Fernández (2003) pone de manifiesto que con bastante asiduidad la salud mental del cónyuge y de sus hijos se resiente o debilita al no poder soportar los frecuentes enfados y las crisis de cólera. Todo ello envuelto en un marco de falta de comunicación y trato rígidamente autoritario. Sufrimiento que al principio puede contenerse, según determinan Adés y Lejoyeux (2003), porque la familia comparte los ideales del adicto, pero las frustraciones aparecen pronto y con ella las reivindicaciones y los reproches. Por su parte, Charlot (1994) expone de forma muy clara como esta situación afecta al cónyuge indicando que éste suele convertirse en el blanco de los sentimientos negativos que esta persona esconde tan

[74] Sean los casos de: Alonso-Fernández (2003), Adés y Lejoyeux (2003), Echeburúa (2000) y González (2005)

prudentemente en el trabajo: cóleras incontrolables, crisis de rabia, negaciones en una segunda instancia. Estos pacientes sólo recurren al terapeuta después de la hospitalización de su esposa por una depresión.

De la mujer se suele decir, como bien apunta González Duro (2005), que es codependiente, habituada a pensar en los demás y casi nunca en ella. Aunque aparenta estar fuerte y autocontrolada, en realidad no es así, ella suele estar sometida por el bienestar, la arrogancia, la conducta o la enfermedad de su marido lo que potencia que sea una mujer sufrida, sacrificada y propensa a la depresión. Bajo el pretexto de ser el proveedor de la familia que todo lo hace por el bienestar de ésta, el laborodependiente suele mostrarse tiránico, frío, racional, distante y obsesivo, al tiempo que la esposa se vuelve afectuosa, acogedora y emotiva, aunque en el fondo se sienta decepcionada, triste, engañada, desalentada, hundida y a veces nerviosa o histérica por tener que llevar sola toda la carga emocional de la familia.

Sin embargo, el llamado adicto al trabajo suele ser definido como un hombre introvertido y callado, que tiende a sentirse incómodo con las personas del otro sexo. Suele ser lánguido y hosco, aunque puede aparentar muy bien estar adaptado y ser cortés. Valora mucho el orden y suele controlar muy bien sus emociones, carece de espontaneidad y de buen humor. Suele mostrarse siempre como falto de necesidades afectivas y es incapaz de dar afecto. Suele evitar la intimidad con la mujer siendo sus relaciones sexuales muy escasas, mecánicas, rutinarias y nada espontáneas. La mayoría se limitan a cumplir o a utilizar a la mujer como vehículo para aliviar sus tensiones, aunque nunca van a ser capaces de olvidarse de los problemas del trabajo. Ante esta situación la mujer suele perder la confianza en sí misma al creerse poco atractiva o deseable y como consecuencia dejará de disfrutar del sexo.

Inseguro de su familia y con dificultades para dar y recibir afecto, al adicto sólo le queda el trabajo como lugar idóneo para conseguir el éxito. Ante el mundo impersonal que le ofrece la empresa el laborodependiente puede reprimir y controlar muy bien todas sus emociones y sentimientos. A solas con su trabajo, a éste sólo le queda pensar en alcanzar los logros que demuestren su valía. Poder que le dará prestigio, dinero y posesiones que harán que crezca su autoestima, e incluso, le otorgará la posibilidad de entablar relaciones ocasionales poco comprometidas con otras mujeres.

Consecuentemente con todo esto, la relación con los hijos se perfila igual de funesta y sombría. Como ya hiciera con el cónyuge, el adicto al trabajo suele mostrarse muy irritable y exigente con sus hijos. El problema puede estar, según afirma González Duro (2005), en que éstos tienden a proyectar sobre sus hijos las exigencias que ellos se prestan a satisfacer.

Lejos de permanecer encubierta en su casa, la actitud despótica que desarrolla un laborodependiente, también se deja notar en su ámbito laboral. Alonso-Fernández (2003) pone de manifiesto que la relación del adicto al trabajo con sus subordinados en el marco de la empresa se vuelve tiránica casi desde el principio. Objetos de malos tratos, éstos suelen ser los primeros en advertir el descontrol mental de un jefe adicto. Sin embargo, no ocurre lo mismo cuando hablamos de las relaciones que se construyen con sus compañeros o con sus jefes. Al principio las relaciones personales suelen ser fluidas o comunicativas motivadas en parte, porque la entrega desmedida al trabajo suele ser durante un tiempo una motivación temporal de satisfacción o estima para los que trabajan con él y para sus superiores. Situación que tiende a cambiar una vez el adicto se vea sumido o abstraído por el síndrome del estrés y empiece a mermar su capacidad y rendimiento laboral.

Como indicadores que delaten la existencia de una adicción Montalvo y Echeburúa (1998) nos hablan de que al principio de la adicción es fácil ver como el adicto tiende a aislarse socialmente, empieza a mostrar un excesivo sentido del deber, se muestra arisco en el trato, tiende a estar agotado y a no disfrutar con las actividades cotidianas como antes sí hacia. Del mismo modo, establecen como señales de alarma: la prisa constante y ocupación continua, la necesidad de control, el perfeccionismo, las dificultades en las relaciones personales, la "embriaguez" de trabajo, la dificultad para relajarse y divertirse, las pérdidas parciales de memoria, la impaciencia e irritabilidad, el déficit de autoestima y la inatención o falta de atención a las necesidades de salud.

Socialmente el laborodependiene suele mostrarse como un sujeto con una vida anárquica e irregular. Bastante descontrolado o descomedido, no sólo en la entrega a su trabajo, sino también en el consumo abusivo de tabaco, alcohol, café y tal vez cocaína o algún producto tranquilizante o hipnótico. Tiende a recurrir a las drogas como medida para protegerse del cansancio o agotamiento emocional y así poder seguir con la tarea.

Aunque es un campo poco explorado, la mayoría de las investigaciones realizadas llegan prácticamente a las mismas conclusiones. Haymon (1992) pone de manifiesto que la adicción al trabajo aparece acompañada de depresión, ansiedad, ira e incapacidad asertiva para rechazar tareas. Spence y Robbins (1992) explicitan que las personas con mayor implicación laboral suelen ser más perfeccionistas, presentan más problemas de salud, más dificultades para delegar en otros y mayores niveles de estrés. Por su parte, Robinson y Post (1995a, 1997) refieren que el principal problema de la adicción al trabajo tiene que ver con una gran ineptitud para solucionar problemas de forma efectiva, poca claridad para establecer los roles familiares y gran impedimento para expresar afectos o establecer relaciones sociales e íntimas.

La adición al trabajo es considerada por Alonso-Fernández (2003) como una de las adicciones más duras y la única que puede conducir a la muerte a través de una

evolución forzosamente progresiva. Progresión que suele atenerse, según dicta este autor, a la ordenación jalonada de una serie de secuencias (véase cuadro 29):

- En la primera secuencia: el adicto se caracteriza por tratar a los familiares de manera déspota y consagrar todo su tiempo al trabajo, a la vez que ya va manifestando cierta imposibilidad para prestar atención a los suyos y dedicar tiempo al ocio y a dormir. Precozmente esta conducta se diferencia de otras por el descomedido entusiasmo, la prisa, la ingratitud de aguantar una demora y los brotes de irritabilidad o excitabilidad.

- En la segunda secuencia: afín con el decrecimiento de la capacidad de trabajo, destaca por el enfriamiento que empiezan a sufrir las relaciones que tienen con sus compañeros y con sus jefes, quienes hasta ese momento los consideraban trabajadores eficientes. Hacen su aparición los primeros síntomas de estrés, de consumo de drogas y de administración de fármacos. Es en esta fase cuando suele aparecer el síndrome de abstinencia[75]. Situación que va asociada a los períodos de alejamiento del trabajo como suelen ser los fines de semana y las vacaciones.

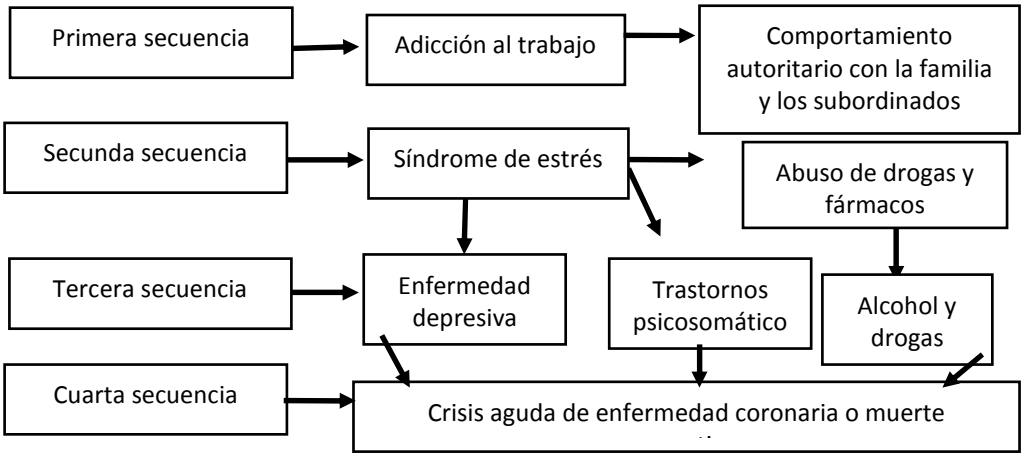
- En la tercera secuencia: es cuando aparecen las complicaciones más graves. Hacen su aparición la enfermedad depresiva, los trastornos psicosomáticos, sobre todo los digestivos y cardiovasculares, y la adicción a una o varias drogas.

- En la cuarta secuencia: la vida estresante de los adictos al trabajo, unida al abuso de drogas, la depresión, y un horario de vida irregular y sacrificada, puede concluir con una crisis aguda de enfermedad coronaria o muerte repentina.

[75] Alonso-Fernández (2003) explica que cuando a la adicción psicológica se agregan los fenómenos biológicos conocidos como la tolerancia (necesidad de incrementar progresivamente la dosis del objeto adictivo para obtener el mismo efecto) y sobre todo la abstinencia (presentación de síntomas físicos y psíquicos) es cuando realmente se comenzaría a hablar de dependencia. Habría dos clases de adicciones patológicas: las puras o simples y la que se acompañan de dependencia. La adicción al trabajo es la modalidad de adicción social que tal vez esté más expuesta a complicarse con dependencia.

CUADRO Nº 29

Secuencias evolutivas propias de la Adicción al Trabajo



Fuente: Tomado de Alonso-Fernández (1997).

Tomado el estrés como respuesta personal que mitigue la ansiedad devenida por una situación agobiante, éste puede convertirse en una herramienta poco útil de la que hay que intentar huir. No podemos obviar o dejar de considerar que el ámbito laboral, hoy por hoy, es uno de los entornos donde se generan muchas circunstancias o elementos de estrés ocupacional en todas sus variantes (agudo y crónico). Como situaciones que ejemplaricen este hecho podemos enumerar todas aquellas que tienen que ver con los continuos cambios sociales, tecnológicos y empresariales a los que está sujeto el mercado laboral y que pueden crear graves dificultades de adaptación para el trabajador que los sufre (adaptación tecnológica, cambios de trabajo, traslados de destino, situaciones de despedido, etc.) .

Pese a estas consideraciones, el estrés ocupacional por excelencia es el que se conoce como estrés crónico que tiene su génesis en situaciones que implican un alto grado de tensión emocional. Ya esté determinado por elementos exógenos al propio individuo (estrés extrabiográfico) o por circunstancias afines a él (estrés biográfico), lo que está claro es que éste se extiende cada vez más, alcanzando las cuotas más altas para el grupo de profesionales que realizan su trabajo en el sector público y que se ven acosados, tanto por la empresa, como por el personal al que atienden.

Relacionando la adicción al trabajo con las situaciones de estrés vemos que éstas tienen que ver o están en su mayoría relacionadas con elementos anexos a la competitividad. Alonso-Fernández (2003) vincula rivalidad competitiva (en la misma empresa o con relación a otras) con estrés, originando ambientes que con mucha frecuencia conducen a la laborodependencia. No obstante hay que tener en cuenta, que aparte del trabajo en sí o de factores que tengan que ver con él, lo esencial del estrés suele situarse en una serie de elementos estresores generalizables a todas las

modalidades de actividad empresarial y que tienen que ver, sobre todo, con la insatisfacción laboral. Este autor se hace eco de los siguientes:

- La defectuosa organización del trabajo que trae consigo la sobrecarga de tareas, las demandas contradictorias o la falta de cometido concreto.

- Las relaciones interpersonales insanas con los compañeros de trabajo, sobre todo cuando éstas reflejan ambientes de escasa comunicación interpersonal, de rivalidad o de crispación.

- Las relaciones profesionales conflictivas con miembros del mismo equipo frecuentemente agravadas por la confusión de roles o funciones.

- La falta de unas relaciones fluidas con la administración y con la dirección que pueden derivar en situaciones marcadas por la carencia de participación, la instalación de la arbitrariedad y el miedo a perder el empleo.

- La insuficiencia de salario que toma su mayor nocividad cuando se acompaña de la falta de equidad en la retribución asignada a los trabajadores.

- Ambiente laboral presidido por la carencia de comunicación tanto en su nivel horizontal (entre compañeros) como en el vertical (con los directivos).

- Ciertos factores se relacionan con el lugar de trabajo, sobre todo aquellos que tienen que ver con la falta de espacio y/o espacio inseguro o a la ubicación demasiado alejada de su residencia habitual.

- Determinados elementos cronológicos relativos al horario laboral, indispensablemente los que aluden al trabajo nocturno y al turno laboral rotatorio.

Aparte de estos factores estresantes es necesario resaltar el dato, que nos aporta este mismo autor, al considerar que en el proceso de generalización del estrés ha tenido mucho que ver el clima o ambiente de trabajo creado por la propia política empresarial. En cierto modo, esta situación obliga a introducir el concepto de *estrés colectivo* para definir aquellas situaciones estresantes que están vinculadas a factores generales de la empresa y que nada tienen que ver con la motivación propia del trabajador. Normalmente coinciden con modelos dirigidos bajo premisas autoritarias o por exigencias empresariales excesivas y que suelen apuntar o coincidir con las llamadas empresas multinacionales.

A todo esto habría que añadirle los factores hiperestresantes que genera el actual sistema cultural. Esta cultura del distrés[76] está conformada por cinco elementos o fuentes de estrés que tienen que ver inexorablemente con: la sustitución del marco natural del ser humano por un *metacosmos artificial* (tecnológico y/o electrónico), la sobreabundancia de ruidos, las relaciones interpersonales saturadas de rivalidad que producen desasosiego e insolidaridad, los cambios acelerados impuestos por los constantes cambios tecnológicos que obligan a cada quien a mantener un esfuerzo de adaptación continuo para no quedar fuera de juego y la constante prisa - también conocida como el *estrés del tiempo*-, inducida por el afán de ganar más dinero e incrementar los recursos propios, el aprovechamiento del tiempo finito y el ansia por complacer la exigencia o el derecho de los otros.

En cierta medida, esta forma de entender y llevar la vida es la responsable de que el trabajo se haya vuelto cada día más estresante y de que los índices de estrés se hayan multiplicado de forma considerable. Recordemos, como bien anota Alonso-Fernández (2003), que en los antecedentes del síndrome del estrés se encuentra con alguna frecuencia la adicción al trabajo. Aunque tampoco podemos perder de vista que una gran parte de los estresados nunca van a desarrollar una adicción al trabajo, cuestión que sí ocurre para el grupo de adictos: todos los adictos al trabajo acaban desarrollando el síndrome de estrés o agotamiento profesional hasta el punto de que su estrés ocupacional es como un objeto adictivo, por lo que también se les denomina *adictos al estrés*.

A tenor de lo que pudiese parecer, la recompensa para un adicto al trabajo, no es el trabajo en sí, como puede suceder en otras adicciones sociales. En este caso, la recompensa hay que buscarla o situarla en las repercusiones favorables que éste puede tener en la economía, la imagen y el estatus. Lo específico de esta adicción es que, mientras que para otros adictos su objeto de adicción (la comida, el sexo, el juego, etc.) les produce una gratificación directa e inmediata, ayudándoles a superar el estrés, el adicto al trabajo ha de obtener su objeto adictivo mediante la desenfrenada entrega al desempeño estresante de su tarea laboral. Se produce lo que, este mismo autor, denomina como condicionamiento recíproco entre el distrés y la adicción al trabajo. Bien se podría decir que el adicto al trabajo no puede vivir sino está o se siente estresado.

En parte esta forma de vida puede estar impulsada por lo que se conoce como *falsas creencias* y que los psicólogos cognitivistas han bautizado como *cogniciones erróneas* (Véase Cuadro 30). El laborodependiente se deja llevar fundamentalmente por tres tipos de ilusiones: la primera recae en pensar o sentirse perpetuamente "en deuda" con el trabajo. Aún viéndose desbordados por una actividad trepidante, tienen a percibirse y a calificarse como personas perezosas, culpabilidad que se ve apaciguada

[76] Este concepto hace referencia al estrés excesivo o agobiante. Es importante no confundirlo con el término del *eustrés* que es el que se utiliza para definir al estrés que interviene como una estimulación necesaria para el mantenimiento de una vida sana y activa.

con el exceso de trabajo. La segunda tiene que ver con el hecho de que hay que trabajar en el sufrimiento. El sufrimiento y el agotamiento autentifican el trabajo, de ahí su función de restauración de la autoestima. La última falsa creencia tiene que ver con la identidad, que bien podría resumirse en *trabajo luego soy.* El adicto al trabajo suele confundir su identidad personal con la profesional. La dualidad vida personal - vida profesional carece de sentido para una mente centrada exclusivamente en lo laboral. El trabajar por trabajar no va estar asociado al éxito o al fracaso, ambos fenómenos les impulsan por igual a seguir trabajando. Bryan Robinson (1998) les cree víctimas del *mito del impostor* que se sustenta en considerar como inmerecidos los honores y las gratificaciones. Pensamiento que les incita a trabajar más y más si quieren ser dignos merecedores de reconocimiento y de éxito.

CUADRO Nº 30

Formas de pensamiento en los Adictos al Trabajo	
1.- Pensamientos perfeccionistas	Las cosas tienen que ser perfectas para que yo sea feliz y nunca nada está bien
2.- Pensamientos de todo o nada	Si no puedo serlo todo para todo el mundo, no soy nada. Soy el mejor o el peor; pero no hay un punto medio
3.- Valoración de los fracasos	Tengo siempre la impresión de fracasar; porque doy una gran importancia al menor fracaso. Siento más frecuentemente los fracaso que los éxitos
4.- Pérdida de límites	E resulta difícil saber cuando debo parar, fijar los límites entre la norma y el exceso. No sé decir que no a los demás
5.- Dependencia	Me siento mejor conmigo mismo si puedo dar gusto a los demás
6.- Pensamientos pesimista	Mi vida es caótica y estresante. No la controlo. Tengo que estar alerta. Si me tomo el tiempo de descansar, todo puede hundirse
7.- Pensamientos desesperados	Soy incapaz de cambiar mi estilo de vida. No puedo hacer nada para modificar la organización de mi trabajo, ni para la ralentizar su ritmo. Estoy dentro de un engranaje
8.- Tendencia a considerarse como una víctima	Soy la víctima de mi trabajo, de mi jefe, de la empresa; pero también de mi familia y de la sociedad que me empuja a trabajar cada vez más
9.- Pensamientos de resistencia	Como sobre un campo de batalla, tengo que vigilar sin cesar y luchar para abrirme un camino, resistir a los demás
10.- Pensamientos de esperanza	Si pudiera obtener lo que no tengo, si mi situación cambiase, podría reducir mi ritmo y ocuparme de mí mismo
11.- Pensamientos serios	Distraerse es una pérdida de tiempo. Queda mucho trabajo por hacer

Fuente. Tomado de: Adès, J. y Lejoyeux, M. (2003: 80).

Aunque resulta complicado establecer una clasificación o modelo base del adicto al trabajo, dado el escaso conocimiento del que se dispone con respecto a esta problemática, contamos con algunos intentos de clasificar al laborodependiente teniendo en cuenta algunos factores. En concreto, Naughton (1987) establece dos tipos básicos atendiendo a las siguientes variables: grado de compromiso con el trabajo y presencia de rasgos obsesivos:

1. *Trabajador adicto e implicado en el trabajo:* En él media un elevado grado de compromiso con el trabajo y un bajo nivel de rasgos obsesivos. Características que le permiten ser eficaces en su desempeño laboral.

2. *Trabajador adicto y obsesivo:* Éste viene definido por un elevado grado de compromiso con el trabajo y por la presencia de rasgos obsesivos, hecho que va a marcar que el esfuerzo y el tiempo dedicado al trabajo no pueda recompensarse con buenos resultados, sino todo lo contrario.

Por su parte, John Rohrlich (1992), nos propone una tipología mucho más completa que la anterior y que está sustentada en la preeminencia de los mecanismos psicológicos que desarrollan la adicción. En concreto establece:

1. *Trabajador colérico y hostil (ambicioso):* Aunque conciliador y acomodaticio en apariencia, manifiesta una gran agresividad que se expresa en una lucha feroz por el éxito y la promoción.

2. *Trabajador vergonzoso (inseguro)*: Intenta compensar su baja autoestima permanente con la aprobación de sus superiores.

3. *Trabajador competitivo:* Necesita mostrarse superior a los demás mediante el esfuerzo y el rendimiento, por lo que considera al trabajo como símbolo de poder cuya fuerza debe alimentar.

4. *Trabajador defensivo:* Si bien de forma puntual, utilizará el trabajo como refugio desviador de experiencias o situaciones hostiles e ingratas que está viviendo y que tienen que ver con su vida personal. (fracasos sentimentales, dificultades conyugales). Utilizan el trabajo como un remedio que les permita esta evasión.

5. *Trabajador aislado y solitario:* Tiene que ver con el tipo de persona que carece de vínculos sólidos de amistades y familia, por lo que la adicción se vería favorecida, no tanto por la realización del trabajo, sino por el sentimiento de pertenecer a la comunidad de trabajadores. Sustituyen relaciones interpersonales gratificantes por trabajo: “el trabajo es su familia”.

6. *Trabajador culpable:* Cuánto más horas pasa en el trabajo mayor es la carga y más aumentará su necesidad de ser castigado. Esta culpabilidad, consciente o no, puede atender a muchas razones, pero sobre todo esta sobrecarga es percibida como un deber ético.

A parte de estas seis categorías, Adés y Lejoyeux (2003) nos proponen que añadamos a la clasificación de Rohrlich (1992), otros tipos como: los trabajadores frustrados sexualmente, los homosexuales latentes (que se benefician inconscientemente de su sumisión a la autoridad exigente de su jefe), los trabajadores obsesivos y, para terminar, los trabajadores pasivos y dependientes, tranquilizados por el marco y la rutina del trabajo.

Pese a la posibilidad de poder clasificar al laborodependiente, la adición al trabajo tiende a presentar una serie de características generales que nos van a permitir establecer un perfil tipo del adicto al trabajo. Básicamente es perceptible por ser "una persona poco dada al mundo de las emociones y de los pensamientos personales. Se sirven del trabajo como refugio que les da, no sólo seguridad, sino la posibilidad de expresar sus deseos de poder y de autoafirmación, a la vez que refuerza una autoestima muy débil. En referencia a su personalidad, decir que dentro de las variaciones psíquicas, los trastornos de personalidad son el dato psicopatológico que más tiene que ver con este tipo de adicción. La psicopatía o personalidad antisocial, la límite, la narcisista y la alexitímica[77] constituyen el púlpito casi idóneo de la adicción al trabajo, siempre que su presencia se combine con un nivel intelectual suficiente.

Para Fernández-Montalvo y Echeburúa (1998) el perfil del laborodependiente coincide plenamente con el patrón de conducta de tipo A. Ambos autores determinan que es difícil distinguir entre este patrón de conducta (Tipo A) y la adicción al trabajo. De hecho, lo valoran como un factor de riesgo que puede determinar el desarrollo de este tipo de adicción. Según Alonso-Fernández (2003), la mayor parte de los adictos al trabajo tienen una personalidad en cuyo primer plano se encuentra la hiperambicón o la súper-competitividad. Perfil que presenta una alta coincidencia con la descripción clásica del tipo emocional y comportamental propio del enfermo coronario. Desde hace mucho tiempo se ha comprobado que estrés y patología cardiovascular van de la mano, En 1892 Osler describió al paciente coronario como *un hombre presionado y ambicioso* y en 1959 Friedman y Rosenman, individualizan el patrón de conducta *tipo A* como el modo *de ser emocional y comportamental propio de los sujetos más vulnerables ante la enfermedad coronaria, describiéndolos como personas hiperactivas e irritables, comprometidos en una lucha súper tensa para alcanzar una serie de objetivos de trabajo mal definidos*.

[77] Trastorno que se manifiesta en una incapacidad para expresar por la palabra emociones propias, asociada con una grave limitación de la vida imaginaria.

Las personas afectadas por este tipo de personalidad coinciden con los adictos al trabajo en que ambos organizan su vida en torno a dos conceptos preeminentes: la competitividad y la ambición en estado superlativo. Coincidencias que fueron puestas de manifiesto por Campailla en 1977 cuando describió lo que él llama "síndrome psico-coronario". Síndrome que es sistematizado por este autor a través de la descripción de estos cinco factores:

- *Personalidad:* Seguro de sí mismo y ambicioso.
- *Ritmo Psíquico:* Actividad mental acelerada y actitud de alerta e impaciencia.
- *Conducta interpersonal:* Supercompetitivo, autoritario, hostil e irritable.
- *Motivación laboral:* Extremado en el cumplimiento y necesitado de controlar múltiples tareas al mismo tiempo.
- *Actividad laboral:* Dedicación excesiva, incapacidad de relajarse lejos del trabajo, al ser presionado por el sentimiento de culpa, sobre todo durante los momentos de ocio.

Parte de estos elementos son ratificados por Consoli en 1990, previa realización del análisis multifactorial de la personalidad *tipo A*. En concreto propone tres componentes esenciales de este tipo de carácter:

- *El componente H* (Hard driving competitiveness): Tiene que ver con la asociación de competitividad y combatividad con una agresividad socializada. Coincide con los rasgos que figuran en la conducta interpersonal expuestos más arriba por Campailla.
- *El componente S* (Speed and impatience): Destacan por la rapidez y la impaciencia. Elementos que coinciden con los datos presentes en el ritmo psíquico descrito en la hoja anterior por Campailla (1977).
- *El componente J* (Job involvement): Se ve reflejado en la plena implicación que tiene con el trabajo. Hecho que coincide con la descripción que establece Campailla (1977) en el apartado de actividad laboral.

A parte del perfil psicodinámico descrito, la incidencia de esta adicción puede estar condicionada por otros factores de riesgo como pueden ser: los antecedentes familiares, la sociodemografía, la situación de vida y la psicopatología. Como posibles antecedentes familiares, los estudiosos del tema, destacan la falta de amor o cariño en la infancia, las relaciones conflictivas entre los progenitores, la falta de recursos o problemas económicos y la presencia de casos de adición química o social (transmisión

de las adicciones). Atendiendo a los datos sociodemográficos sobresale la variable género. La laborodependencia ha sido, hasta hace poco tiempo, una adicción de corte masculino. El cambio en este patrón viene determinado principalmente por la incorporación de la mujer a la actividad laboral. Situación que ha introducido el riesgo de padecer esta adicción, potenciada en parte por la necesidad de tener que demostrar, más y mejor, su valía profesional. Otras variables a tener en cuenta son la edad y la clase social. La adición al trabajo es una patología que empieza a germinar entre las edades jóvenes y el inicio de la edad adulta y suele concentrarse en la clase social adinerada (niveles socio-económicos medio y alto), aunque en realidad ésta suele iniciarse en personas con una situación modesta, si bien no se hace perceptible hasta que no se alcanza un estatus más alto.

Con respecto a la actividad laboral apuntar que los más afectados son aquellos sujetos que viven su trabajo como una profesión o los que ocupan puestos de nivel medio o directivos. Los trabajos más movidos por el estrés de la competitividad son los que poseen mayor matiz adictógeno. Añadir a esta lista el tele-trabajo, que según apunta Alonso-Fernández (2003), es una forma laboral que incrementa el riesgo de adicción. En concreto este autor arguye que esta modalidad de trabajo puede motivar dos percepciones adversas: de un lado, la sensación de enclaustramiento, y de otro, la sensación de aislamiento. Sensaciones que pueden ser remarcadas por el hecho de no saber delinear, en el nuevo ámbito laboral (hogar), el trazo que divide el tiempo de trabajo del que tiene que ver con lo personal, el ocio, la familia, etc. Problema ingente si tomamos en consideración que esta falta de acierto puede conllevar, con el tiempo, la absorción del espacio personal por el laboral y con ello un mayor nivel de estrés y de exposición a la adicción.

Como ejemplo de trabajo adictivo, se suele recurrir a la política. La adicción al trabajo, entre los políticos, es un hecho frecuente y coloquialmente suele denominarse como *adicción a la política*[78]. Según este mismo autor esto es así, porque la actividad política acopia un gran número de atributos adictógenos. En concreto se destaca por un alto estrés de lucha competitiva y unas recompensas muy altas en forma de poder y/o de popularidad.

Como situaciones vitales que influyan en la aparición de esta adicción se contemplan la soledad y el vacío existencial. Realidades que tienen que ver con la insatisfacción personal y familiar. Bien como causa o consecuencia, la adicción al trabajo refleja problemas familiares. El laborodependiente huye de sus situaciones vitales frustrantes refugiándose en el trabajo como fórmula que le saque de su desatino, no siendo consciente de las implicaciones que esta decisión puede tener, sobre todo en lo que tiene que ver con su mujer y sus hijos*:*

[78] Como ejemplo Alonso-Fernández (2003) propone a Richard Nixon. Político movido desde el principio por la ambición de poder, preocupado sólo por el acaparamiento de autoridad y falto de escrúpulos morales. Sus biógrafos lo presentan como un hombre sin amigos.

Juan, un hombre de treinta y cuatro años de edad, casado y con dos hijos trabaja en un importante banco internacional, Comenzó trabajando normalmente nueve horas diarias, pero con el transcurso del tiempo fue aumentando su tiempo de trabajo, hasta llegar a las dieciséis, dieciocho o veinte horas diarias. Su esposa hacía tiempo que venía llamándole la atención al respecto, cosa que él rechaza atribuyéndolo al celo incomprensible y destructivo de una mujer desesperada. Nacieron sus dos hijos, y pese a haberse comprometido a ayudarla en el parto, su esposa dio a luz esperando en vano la llegada de su marido (...) Debió pagar una alto coste social y familiar al cabo del tiempo, pues su esposa solicitó el divorcio (González Duro, 2005: 212).

Rodrigo de 43 años trabaja desde hace doce años en una empresa importante, en la que ha ido ascendiendo gracias a su vocación, al trabajo y a su altísimo nivel de compromiso, en palabras de sus jefes (...) Piensa que hace mucho tiempo que no se sienta con sus hijos a ver un partido o, simplemente, a conversar con ellos. Los hijos son ahora adolescentes y él no sabe en qué momento crecieron (González Duro, 2005: 214).

¿Es posible tratar la adicción al trabajo? Aunque alguno pudiese titubear, la respuesta válida sería que sí. Aunque la adición al trabajo es una de las patologías adictivas más difíciles de acometer y atajar, dado que suele estar determinada, como ya hemos analizado, por la presión del ambiente laboral y la estimulación social; algunos países (sobre todo Estados Unidos) al tener reconocida esta enfermedad su tratamiento está organizado casi al mismo nivel que el de las adicciones químicas. Como cualquier otro adicto, el laborodependiente se muestra reacio a admitir su patología, no en vano las adicciones sociales son conocidas como enfermedades de la negación. Esta falta de capacidad para reconocer la patología propia (anosognosia) se traduce en que casi siempre el adicto es el último en evidenciar su adicción y aceptar la necesidad de corrección. Hecho que se ve incrementado en el caso de estos adictos, dado que el trabajo, como ya hemos justificado, nunca va a percibirse como un elemento nocivo para su salud, sino todo lo contrario: “el trabajo da vida”. A esta barrera habría que añadirle el dato de que es la adicción social que más encubierta está y por ello puede pasar desapercibida durante un período de tiempo muy largo: no suele evidenciarse hasta que el adicto tiene necesidad de un estudio clínico debido a la incursión de otras patologías como el abuso de drogas (cocaína, fármacos, alcohol, etc.), la depresión, accidente coronario, etc.

Como paso previo a la rehabilitación tendríamos que cerciorarnos de que realmente se tiene tal patología. Para ello existen, hasta el momento, varios instrumentos de evaluación que nos sirven para detectar si se está en zona de riesgo o se ha caído en la adicción. En concreto Castañeda y García de Alba (2011) mencionan como test capaces de aportarnos información sobre la laborodependencia los siguientes:

- *El "Work Addiction Risk Test" (WART)*[79] Creado por Bryan Robinson en 1989 es un cuestionario que, aparte de permitir evaluar el riesgo de la adicción al trabajo, intenta diferenciar a los trabajadores en tres grupos: no adictos, pseudoadictos y adictos. Según Àdes y Lejoyeux (2003) se está en peligro, pero con posibilidades de tomar conciencia y poder conseguir el equilibrio entre vida personal y profesional, cuando la puntuación oscila entre 57 y 66. Hablaríamos de adicción al trabajo cuando la puntuación se sitúa a partir de 67.

- *El Worhaholism Battery (WORKBAT).* Fue elaborado por Spencer y Robbins, (1992) y permite distinguir entre seis categorías o tipos de adicción al trabajo: adictos al trabajo, entusiastas del trabajo, adictos al trabajo entusiasta, trabajadores no comprometidos, trabajadores relajados y trabajadores desencantados.

- *El "Workaholic Adjective Checklist" (WAC)*. Desarrollado por Haymon (1992) y que permite indagar en las actitudes y conductas relacionadas con el trabajo mediante un sistema que incluye las relativas a las obsesivo-compulsivas, las maníacas, las intolerantes e inciertas.

- *El Schedule for Nonadaptive and Adaptative Personality Workaholism Scale (SNAP-WORK).* Creado por Clark (1993) que asume un grado de solapamiento con el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

- *El Workaholism 5 (WO-5). Creado por el equipo de investigación WONT* (Work & Organization Network) en 2004 y que nos permite medir la adicción al trabajo pudiendo distinguir entre adictos al trabajo y no adictos, así como también conocer los antecedentes laborales (demandas y recursos), personales (recursos personales) y las consecuencias que acarrea esta adicción.

- *El The Dutch Work Addiction Scales (DUWAS).* Elaborado por Taris, Schaufeli y Verhoeven en 2005 y basado en la escala WART de Robinson (1989) y que incluye dos componentes: trabajo excesivo y compulsión por trabajar.

Aunque con algunas limitaciones metodológicas, el Work Addiction Risk Test (WART) es el único que muestra buenas propiedades psicométricas. En concreto la fiabilidad test-retest, con un período de dos semanas, es de 0,83 ($p<0,001$) y el coeficiente alfa de 0,85. En lo que respecta a la validez convergente es te instrumento muestra una correlación de 0,40 ($p<0,05$) con el STAI (Spielberger, orsuch y Lushene, 1968) de 0,37 ($p<0,01$) con el Type A Self-report Inventory (Blumenthal et al., 1985) y de 0,50 ($p<0,01$) con la subescala del patrón de conducta de Tipo A del Cuestionario de Actividad de Jenkins (Jenkins, Roseman y Friedman, 1967) que consta de veinticinco preguntas o ítems que evalúan los principales rasgos de la laborodependencia (veáse cuadro 31). En una escala de tipo Lickert, los sujetos deben señalar una de las cuatro

[79] Existe una adaptación al castellano de este cuestionario llevada a cabo por Fernández-Montalvo y Echeburúa, en 1998.

posibilidades de respuesta mostrando el grado de acuerdo o desacuerdo que tienen con respecto a cada uno de los veinticinco enunciados. El modelo sería el siguiente:

CUADRO Nº 31

Test de riesgo de adicción al trabajo (Robinsons, 1989)
1.- Prefiero hacer las cosas yo mismo antes que pedir ayuda
2.- Soy impaciente cuando tengo que esperar la ayuda de otro, o cuando una tarea me lleva demasiado tiempo
3.- Tengo la impresión de tener prisa, de ir a contrarreloj
4.- Me molesta que me interrumpan en medio de una actividad
5.- Tengo varios trabajos en curso. Estoy siempre ocupado.
6.- Hago varias cosas a la vez (por ejemplo, comer, leer, contestar al teléfono)
7.- Me implico demasiado en mi trabajo. Acepto compromisos que sobrepasan mis capacidades de trabajo
8.- Me siento culpable cuando no trabajo
9.-Para mí es importante ver los resultados concretos de lo que hago
10.- Estoy más interesado por el resultado final de lo que hago que por la manera de alcanzarlo
11.- Para mí, la cosa no van nunca lo bastante deprisa
12.- Pierdo la paciencia cuando las cosas no van al ritmo que me conviene
13.- Planteo varias veces las mismas preguntas sin darme cuenta de que ya he recibido una respuesta
14.- Paso mucho tiempo organizando mi trabajo y reflexionando sobre cómo voy a trabajar
15.- Continúo trabajando cuando mis compañeros han dejado la oficina
16.- Me molesta que las personas se mi entorno no respondan a lo que espero de ellas
17.- Me enfado en las situaciones que no puedo controlar
18.- Tengo la tendencia a “ponerme a cien” cuando me impongo plazos en mi trabajo
19.- Me cuesta relajarme cuando no trabajo
20.- Paso más tiempo en el trabajo que con la familia, con los amigos, o en actividades de ocio.
21.- Me gusta preparar mi trabajo con anticipación
22.- Soporto mal mis errores, incluso los más anodinos
23.- Consagro más energías y tiempo a mi trabajo que a mis amigos o a mi familia.
24.- Olvido, ignoro o descuido las vacaciones, las fiestas familiares (aniversarios, reuniones de familia)
25.- Tomo decisiones importantes antes de reunir todos los elementos necesarios para forjarme una opinión.
Alternativas de respuesta: 1 (muy de acuerdo), 2 (de acuerdo), 3 (en desacuerdo), 4 (muy en descuerdo).

Fuente: Reproducido por Fernández-Montalvo, J. Y Echeburúa, E. (1998) y por Adés, J. y Lejoyeux, M (2003).

Dadas las dificultades que arrastra este tipo de adicción para ser reconocida, la mayoría de los expertos consideran como momento más adecuado o idóneo, para empezar con el tratamiento, el que se corresponde con una situación de crisis

personal, familiar o profesional. Si el diagnóstico es afirmativo, el objetivo principal del tratamiento debe de centrarse en volver a enseñar al sujeto a apreciar y a saber utilizar su tiempo. En concreteo, Àdes y Lejoyeux (2003) establecen que el adicto al trabajo necesita modificar su manera de trabajar, es decir dejar de contabilizar sus horas de trabajo, saber separar vida privada de vida profesional, manejar dos agendas, empatizar con el trabajo "en calma" sin estrés y descubrir el placer por estar en otros lugares realizando otro tipo de actividades (deporte, ocio, arte, cultura, etc.).

Pero sobre todo, estos autores, hacen hincapié en lo que tiene que ver con el "autocuidado". Según Gail Vaughan (1992) el gran problema que tiene un laborodependiente es el rechazo que éste tiene a cuidar de sí mismo:

Ocuparse de uno mismo no es fácil. Los que han tomado la costumbre de dar al trabajo lo mejor de ellos mismos pierden la de procurarse tiempo para cuidar de sí mismo. El self-care (cuidado de uno mismo) es una noción extraña para ellos. Los workaholics tienen principios de vida que proceden de su educación y de su historia y suelen estar condicionados por un modo relativamente masoquista y perfeccionista, que privilegia el trabajo, el sufrimiento y que reprocha cualquier instante de descanso o de diversión (Adès y Lejoyeux, 2003: 86-87).

De forma muy pragmática, la fórmula que propone Gail Vaughan (1992) es enseñar al adicto a aprender cómo tiene que ocuparse de sí mismo (terapia muy conductista). Las etapas de este aprendizaje serían:

1. Aprender a conocerse. Es necesario que uno aprenda a reconocer sus deseos, prioridades, sus límites sus rechazos, etc. ¿Cómo? Una introspección guiada, a partir de hechos que suceden, de situaciones precisas, de sentimientos sentidos, debe brindar la posibilidad de inmiscuirse en el conocimiento de uno mismo.

2. Encontrar tiempo para uno mismo. Se centra en saber aprender cómo reservar parte de su tiempo para actividades que tengan que ver con el deporte, la alimentación, el sueño, el ocio, etc. Estos principios higienistas deben de estar alentados por técnicas que apunten a "acercarse a uno mismo" como por ejemplo: cómo redactar un diario íntimo, cómo mejorar el ambiente familiar o cómo practicar una actividad artística y/o creativa.

3. Aprender a preservar su intimidad. Necesidad de aprender a fijar los límites de los pensamientos y las emociones íntimas para protegerse a sí mismos, pero también para saber proteger su entorno laboral de confidencias inhábiles o baldías.

4. Modificar los esquemas de pensamiento. Recurrir a métodos cognitivos para detectar las creencias erróneas (anteriormente enumeradas) y saber sustituirlas por otras nuevas que resulten más aptas para mejorar la vida

personal, como por ejemplo: puedo cometer errores y aprender de ellos. *Soy competente si lo hago lo mejor que puedo. Nadie es perfecto, ni lo demás ni yo mismo. Me acepto con mis fuerzas y flaquezas*.

De nuevo, Alonso-Fernández (2003) ofrece como opción de tratamiento la conjugación de *fármacos*, tales como los estimulantes del sistema serotoninérgico, los antiadictivos y los facilitadores del autocontrol; con la *psicoterapia* centrada no sólo en la modalidad cognitivo-comportamental, sino también en la adleriana y existencialista, y por último la *socioterapia* como modalidad que ayude a reorganizar el plan de vida, en cuya tarea pueden colaborar los grupos o asociaciones de autoayuda. (laborohólicos anónimos). Bajo esta misma base, el tipo de tratamiento diferirá de unos a otros en función de la personalidad, el ambiente, el grado de adicción, de la fase en la que se encuentre y del tipo de complicaciones o consecuencias que tenga el sujeto adicto. La efectividad del tratamiento va a estar asegurada si la rehabilitación viene envuelta por un profundo cambio en el estilo de vida laboral. Es necesario hacer ver el paciente que necesita cubrir otras facetas diferentes a la laboral (familia, amigos, ocio, deporte, cultura, etc.) si realmente quiere recuperar su vida.

Por su parte, Castañeda y García de Alba (2011), como Del Líbano et al (2006), apuntan a la prevención como la fórmula más idónea para obtener resultados positivos en este tipo de adicción. En concreto señalan, que las medidas preventivas deben tener en cuenta, no sólo los ámbitos de aplicación, sino también los objetivos estratégicos que se persiguen. Conforme a esto las acciones preventivas quedarían enmarcadas en tres ámbitos: el individual, el organizacional y el extra-organizacional; y bajo cuatro tipos de estrategias: la de identificación de los riesgos psicosociales de la adicción, la prevención primaria, la prevención secundaria y la prevención terciaria (Véase Cuadro 32).

CUADRO Nº 32

Estrategias de prevención para la adicción al trabajo			
Objetivo	Individual	Organizacional	Extraorganizacional
Identificación de los Riesgos Psicosociales	Autoevaluación	Auditoría de la Adicción	▪ Ámbito familiar
Prevención Primaria	▪ Flexivilidad ▪ Formación en habilidades sociales ▪ Gestión del tiempo ▪ Equilibrio trabajo-vida ▪ Privada	▪ Mejoría del contenido del puesto ▪ Horarios de trabajo y pausas ▪ Programas corporativos	

Estrategias de prevención para la adicción al trabajo			
Prevención Secundaria	▪ Grupo de apoyo de compañeros ▪ Coaching y consulta ▪ Planificación de carrera	▪ Socialización anticipatoria ▪ trabajo cooperativo ▪ Comunicación y toma de decisiones ▪ Desarrollo organizacional	▪ Ámbito de las redes sociales ▪ Ámbito social
Prevención Terciaria	▪ Asesoramiento y psicoterapia ▪ cambios en la personalidad	▪ Institucionalización de los servicios de seguridad y salud ocupacional ▪ Programas de asistencia a los empleados (EAP)	

Fuente: Castañeda Aguilera, E. y García de Alba, García, J.E. (2011) y Del Líbano, M. et al (2006).

Como novedad, estas medidas nos ofrecen la importancia que tiene la incursión de la sociología en el proceso de tratamiento. A parte del individuo, interesa conocer con exactitud cómo el sistema *organizacional* determina o al menos ejerce una cierta influencia en la aparición o desarrollo de la laborodependencia. La legitimidad de la adicción se realiza cuando la empresa es capaz de investigar y determinar si entre sus muros existe o se da este tipo de disfuncionalidad. Difícil tarea si tenemos en cuenta que muchas organizaciones se muestran ambivalentes, puesto que el adicto al trabajo, al principio, suele tener un alto nivel de compromiso y termina trabajando muy duro. Reconocido el problema (auditoría de la adicción) la empresa tiene la posibilidad de acometer una serie de medidas que le ayuden a mejorar el contenido del puesto laboral, cuidar la distribución del tiempo de trabajo eliminando jornadas excesivamente largas, garantizar la flexibilidad en los horarios, aumentar la posibilidad de hacer pausas, disponer de lugares adecuados para ello, controlar las horas de trabajo de los subordinados y no reforzar las conductas heroicas (trabajar más de 50 horas semanales).

De nuevo Castañeda y García de Alba (2011), y Del Líbano et al (2006), destacan la importancia que tiene el poder diseñar y gestionar programas corporativos en los que los trabajadores puedan realizar algún tipo de ejercicio físico o programas de salud. Iniciativas muy beneficiosas para la empresa si tenemos en cuenta que además de abaratar los costes de salud, pueden mejorar la salud de sus trabajadores y con ello las relaciones en el trabajo e incrementar la productividad.

Como prevención secundaria, la empresa debe centrarse en establecer estrategias que incidan en el clima y la cultura organizacional y así tener garantizados de forma adecuada los procesos denominados como *socialización anticipatoria*.

Básicamente consistiría en implementar políticas anti-adicción desde el principio de la vida laboral de los nuevos empleados. Como ejemplos destacar la necesidad de promover una imagen realista del puesto de trabajo y una exposición gradual del trabajador a las demandas del mismo. Dentro de este tipo de prevención, es importante incidir en la potenciación de empleos más cooperativos que garanticen, no sólo la creación de equipos autodirigidos, sino también, aumentar las posibilidades de una mayor comunicación y participación en la toma de decisiones. Otra herramienta útil sería el abogar por un buen desarrollo organizacional. Esto implica diseñar y planificar un óptimo programa de intervención cuyo objetivo sea mejorar las operaciones internas de una organización como por ejemplo: mejorar la calidad, incrementar la eficiencia, mejorar los costes beneficios y reducir la adicción al trabajo; todo ello con la finalidad de conseguir gestar "organizaciones sanas".

Con referencia a la prevención terciaria, estos autores subrayan como estrategias fundamentales la institucionalización de los servicios de Seguridad y Salud Ocupacional y el diseño de programas de asistencia al empleado (PAE). En España, la institucionalización ha estado avalada por la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (31/1998). La adicción al trabajo, mediante los Servicios de Seguridad y Salud, puede ser reducida a través de estrategias tales como: la monitorización, la coordinación de expertos multidisciplinares (medicina, psicología, sociología y/o el trabajo social), la creación de servicios de asesoramiento dirigido a trabajadores con este problema, la derivación de estos enfermos al servicio de salud especializado más competente y el desempeño de la función de rehabilitadores de los empleados en proceso de recuperación de la adicción al trabajo. Aunque el diseño de Programas de Asistencia al Empleado (PAE) fue originariamente creado para trabajadores alcohólicos, actualmente se suelen aplicar a problemas relacionados con otro tipo de adicciones (como es este caso) y con el estrés laboral.

Dentro del contexto extra-organizacional, se toma como punto de partida la teoría de la familia estructural (Hayes, 1991) que analiza la adicción al trabajo como un problema de familia que *surge de* y *es mantenido por* dinámicas insanas. Los padres adictos al trabajo tienden a crear ambientes familiares tendentes a incrementar las probabilidades de generar problemas psicosociales a sus parejas y descendientes. Por ello es importante reconocer la gran valía que tiene la información que aporta, no sólo el adicto, sino la propia familia a la hora de analizar y comprender el fenómeno de la laborodependencia y así poder participar en su proceso de extinción.

Por último, se hace necesario destacar la necesidad de desmitificar la adicción al trabajo como algo positivo y para ello es muy importante incidir en el ámbito social realizando campañas de información y sensibilización dónde se de a conocer la existencia, incidencia y expansión de este fenómeno, así como de las consecuencias nocivas que conlleva a nivel individual, familiar y social. Aunque en los últimos años, la laborodependencia se ha hecho visible, aún queda mucho por hacer, y en esta labor la empresa, cómo bien hemos visto, tiene el papel determinante. A parte de ser capaz de

detectar la patología dentro de su contexto institucional, debe también saber articular nuevos mecanismos organizacionales que faculten la inhibición de este tipo de conductas dentro de su ambiente laboral. De nuevo la prevención aparece como la estrategia más útil que ponga fin a la peregrina idea de pensar que *uno sólo vale lo que su trabajo le hace ser*.

1.6.- LA TECNOLOGÍA Y LAS ADICCIONES SOCIALES

Imaginemos, por un momento, que ante nuestros ojos se nos presentan varias escenas dónde presenciamos que un *ordenador, una pantalla de televisión o un smartpone conspiran para dominar al hombre*. Si nos preguntan por lo visto, sin dilaciones, nos atreveríamos a decir que se trata de una película de ciencia ficción. Es impensable idear que esto pueda estar sucediendo a tiempo real y sin embargo es así. Dejando a un lado la metáfora, la realidad nos muestra que cada día son más las personas que se rinden a los encantos de la tecnologización. La dependencia a la tecnología debe de entenderse, según explicitan Didia Attas et al (2009), como una manifestación más de la temida situación gestada por la Revolución Industrial y esperada durante todo el siglo XX. Más allá de la utilidad concreta que nos ofrece la tecnología, interesa conocer la *otra realidad*, es decir, la que tiene que ver con la dependencia que muchas veces se da entre el sujeto y la máquina.

¿Qué implicaciones o riesgos tiene la tecnología digital que ha sido capaz de atrapar a millones de personas en su tela de araña? Somos conscientes, de que la incursión de las nuevas tecnologías ha traído consigo nuevas formas de pensar y entender el campo de lo social. El nuevo espacio-tiempo social aparece, ante nosotros, adjetivado bajo los seudónimos de *Sociedad de la Información*, *Sociedad Red o Cultura Digital.* Ante nuestros ojos se ha destapado, no sólo una forma inédita de mirar y ver el mundo, sino también nuevas posibilidades de situarnos ante realidades totalmente desconocidas hasta este momento. Las nuevas relaciones sociales vienen marcadas por nuevas prácticas sociales condicionadas y contextualizadas por la influencia de la tecnología. Tal y como apunta Merino (2010) las nuevas tecnologías no sólo proponen formas diferentes de hacer cosas, sino que además producen nuevas actividades, de ahí que se afirme que las nuevas tecnologías nunca deben ser consideradas como de sustitución, sino como de integración.

Aunque, inconscientemente el sistema TIC se asocie, de forma mayoritaria con Internet, Eheverría (2000) nos ayuda a salir del error al determinar que el sistema TIC, en su conjunto, está conformado por siete sistemas de acciones humanas y sociales: la telefonía, la radio y televisión, dinero electrónico, redes telemáticas, tecnologías multimedia, videojuegos y realidad virtual.

La cultura digital ha invadido nuestra vida cotidiana. Las nuevas tecnologías han dejado de tener un uso meramente instrumental o funcional, para convertirse en el centro de nuestra vida personal y social. La política, la cultura, la economía, las estructuras sociales, todo está copado por ellas. Sin darnos cuenta hemos hecho que nuestra cotidianeidad esté regida por la dictadura de la técnica. En un corto espacio de tiempo los hogares se han ido llenando de todo tipo de aparatos. Los ordenadores, las videoconsolas, las cámaras de fotos digitales, los móviles o el GPS, han ido experimentando un proceso de domesticación. Sin embargo, hay que entender que esto haya podido ser así, dado que de la técnica sólo se nos ha vendido su anverso o cara positiva. Pero como toda moneda tiene su reverso y de éste se ha sabido bien poco hasta ahora.

Aunque, actualmente se suele estudiar de forma conjunta las adicciones que tienen que ver con la tecnología, cada una viene a representar una forma muy particular de relación. En concreto las adicciones tecnológicas suelen copar tres ámbitos: la televisión, los ordenadores y los servicios de internet.

1.6.1.- Adicción a la televisión

La adicción a la televisión es incluida dentro de la tipología de adicciones tecnológicas de la mano de Griffiths en 1996. ¿Qué es la tele adicción? Alonso-Fernández (2003) establece que para poder definir esta adicción es necesario tener en cuenta los conceptos de *teleabuso* o *telemanía* y *telefijación*. El primero implica una contemplación habitual de una cantidad excesiva de televisión, mientras que el segundo lleva implícito el consumo de televisión en solitario, con una actitud silenciosa e inmóvil. Por ello, la teleadicción debe de entenderse siempre como resultado de un consumo abusivo o de una fijación anómala sobre ella o de una combinación entre ambos factores.

¿Qué rol cumplen estos dos factores en la determinación de la adicción? Alonso-Fernández (2003) especifica que el teleabuso suele ocasionar una especie de *envenenamiento crónico de pantalla* y esto acaba afectando, de manea gradual, a la mentalidad del televidente. En concreto, les hace ser más pasivos (falta de iniciativa, y actividad crítica) y más apáticos (falto de motivación e indiferente). Por su parte, la telefijación lleva implícita una absorción absoluta de la mente del teleespectador. Ésta tendencia, al igual que el factor anterior, provoca una especie de intoxicación aguda que tiene como consecuencia un estrechamiento del campo mental, identificado como *estado crepuscular*, en el que el pensamiento queda reducido, casi por completo, a los contenidos que le llegan vía pantalla.

Como podemos entrever, la teleadicción queda instaurada a partir del momento en que la contemplación de la televisión deja de tener un sentido lúdico o de

entretenimiento, para convertirse en una necesidad tiránica e ineludible. La pérdida de la capacidad de autocontrolar el ansia por ver la televisión es el factor que condena, irremediablemente, al averno de la adicción.

Aunque no se debata abiertamente sobre este tema, la teleadicción es una práctica social muy extendida. Su fácil manejo y bajo coste han hecho que la televisión sea percibida, e incluso vivida, como un objeto de primera necesidad, imprescindible en cualquier hogar. Divierte, entretiene, distrae y de vez en cuando informa pero lo cierto, es que la pantalla televisiva casi nunca educa. Al día de hoy, la televisión se nos muestra como un elemento dotado de un gran poder de seducción: lo mismo atrapa a un niño de tres años, que a un anciano de setenta que a un adolescente de quince años. Por ello, es difícil poner en entredicho y mucho menos contradecir, afirmaciones tales como la que nos plantea Alonso-Fernández (2003) cuando explicita que *hay teleabuso casi desde la cuna hasta la muerte*[80].

Bien utilizada la televisión puede contemplarse como un recurso didáctico eficiente (estimular la conversación, utilizar la imagen como narración). El problema es que esto no sucede así. Aunque se recomienda que cuando el niño esté sentado frente a la pantalla lo haga partiendo de una limitación de tiempo, ante un programa adecuado y acompañado siempre por un adulto; la realidad nos demuestra que son pocos los progenitores que tienen en cuenta estas directrices[81]. Inconscientemente muchos padre fomentan el uso indebido de este bien al utilizarlo de forma errónea. La televisión no puede hacer la labor o el desempeño de una canguro y mucho menos convertirse en un redil doméstico. La dejadez o el abandono de las funciones de tutela restrictiva (cuánto) y orientadora (qué ver) suelen ser las principales causas que se silencian o están detrás del problema de teleadicción en un niño.

Los expertos sitúan la edad escolar y la adolescencia precoz como las etapas más favorecedoras para la irrupción de esta adicción. Entre los adultos los más vulnerables suelen ser los jubilados, los desempleados y las amas de casa ¿Qué les hace ser inermes? La soledad, el vacío existencial, la falta de proyectos, el hastío, la

[80] En apoyo a esta idea, Alonso-Fernández (2003) argumenta que la mayor parte de los niños occidentales en edad escolar dedican más de tres horas diarias a ver la televisión. Según sondeos realizados por la UNESCO, la población escolar de muchos países desarrollados permanece ante la pantalla de televisión una cantidad de horas casi igual a la duración de la estancia en el centro escolar. En concreto, los escolares españoles tienen un consumo abusivo (la recomendación preventiva para esta edad es de no pasar de un consumo diario de noventa minutos) dado que los datos muestran un consumo diario medio de tres horas y media, lo que supone el 80 por ciento de su tiempo libre. Tiempo que se iguala prácticamente al del colectivo de adultos, cuyo tiempo medio oscila entre las tres horas y media y cuatro.

[81] Con demasiada frecuencia, nuestros escolares se sientan delante de la pantalla en estado de quietud, silencio y en solitario. Concretamente, Alonso-Fernández (2003) nos ofrece el dato de que el 70 por ciento de los niños y el 90 por ciento de las niñas permanecen habitualmente absortos e inmóviles ante la pantalla. La mayor telefijación de las niñas se equilibra en los niños con el contrapeso de un mayor teleabuso.

desilusión, el disponer de mucho tiempo libre y el permanecer muchas horas en casa, hace que los sujetos estén más predispuestos a sentarse delante de la televisión y abusar de ella. La pantalla televisiva se convierte en herramienta de *evasión* y así poder olvidarse de una vida poco grata, o de *conmutación* al soñar que pueden cambiar su vida real por una inventada y eso les sirve de revulsivo para superar sus desconsuelos o pesadumbres.

El proceso de consolidación de este tipo de adicción no difiere de los ya analizados hasta ahora. El proceso de tránsito empezaría por el teleabuso hasta llegar a la teleadición; realidad que lleva implícita la organización de la vida en función del objeto adictivo: horarios subordinados o supeditados a la programación televisiva, exacerbación o entrega impulsional (imposible de controlar) por observar la imagen televisiva, aparición de un cuadro de estrés límite cuando se intenta poner cordura a esta pulsión y advenimiento de los resultados perniciosos sobre aspectos relevantes de la vida del sujeto (trabajo, estudios, relaciones sociales, ocio, la familia, ec.) La teleadición abre la puerta a la apatía, la pasividad, y al pensamiento carente de crítica. La frustración o la contrariedad pueden terminar, según apunta Alonso-Fernández (2003) en episodios de violencia[82]. Aplicada a un niño, los indicios aparecerían en forma de aislamiento, introversión, irritabilidad, fracaso o abandono escolar.

¿Existe una tipología del teledependiente? En concreto, se apuntan tres modalidades: los *teleadictos regulares* que son los que consumen de manera frecuente y sistemática una magnitud excesiva de televisión (a veces la tienen encendida todo el día); los *teleadictos ebrios* que se caracterizan por estar delante de la pantalla durante horas seguidas hasta no poder más (embriaguez televisiva); y los teleadictos desequilibrados que buscan o ven en la tele una forma de evadirse de su insufrible vida.

A parte de esta clasificación, conviene resaltar que podemos encontrarnos teledependientes adictos a una programación concreta (concursos, series, etc.) o a toda la programación, sin excepción ninguna. Independientemente de su complacencia, el adicto televisivo no reconoce su esclavitud televisiva, por lo que siempre va a intentar excusar su comportamiento en base a criterios externos a la adicción.

En muchas ocasiones, este tipo de adición, suele estar coligada a otras de naturaleza social o química. La adición a la comida, al sexo, a las compras, al juego y al alcohol, suelen ser las más comunes. Para estos casos la tele actúa como instigadora de estímulos que animan o inducen a incurrir en la adicción.

[82] Este autor nos revela que la adicción a la pantalla televisiva relega al sujeto a un desierto mental de pasividad e inercia con erupciones de violencia, con lo que la conducta reproduce con plena fidelidad el comportamiento habitual de los adictos a la heroína y otros opiáceos.

Aunque el peligro a la teleadicción se ha disipado bastante (sobre todo para la población más joven), gracias a la incursión de los videojuegos e Internet, no podemos bajar la guardia. Sigue siendo necesario implementar una serie de normas o medidas preventivas que eduquen la capacidad del sujeto a saber poner límites a la forma en cómo vemos televisión, y al tiempo que invertimos en ella. En concreto, se recomienda que tele no sea vista a solas, con escasa luz y de forma inmóvil. También se sugiere que la dosis máxima por día sea de noventa minutos para los niños y de ciento veinte para los adultos. Como vemos el objetivo terapéutico no está basado en el rechazo absoluto sino en el uso adecuado. No se trata de quitar la tele de nuestras vidas, pero tampoco dejar que ésta la condicione en demasía, hasta el punto de *vivir colgados por la tele*.

1.6.2.- Adicción al teléfono móvil

Durante mucho tiempo, el abuso del teléfono móvil no ha sido contemplado como una verdadera adicción. Si bien se reconocía su abuso, la adicción al teléfono móvil no ha sido contemplada como tal hasta hace poco tiempo. Aunque contemplada como fenómeno limítrofe, Alonso-Fernández en 2003 preveía, como novedad reservada al futuro más próximo, el nacimiento de este tipo de adicción. Para este autor el perjuicio de la móvil-adicción está vinculado a un doble abuso: el que tiene que ver con la sobreabundancia de llamadas y el relativo a la prolongación indefinida de la conversación.

Aunque son escasos los datos que se tienen sobre este tipo de adicción, dada su complejidad y novedad, en el último lustro han ido apareciendo noticias, sondeos y testimonios clínicos que han alertado de su presencia. Investigaciones llevadas a cabo en diferentes países nos alertan de que cada vez son más las personas (especialmente los jóvenes) que afirman ser inseparables de su teléfono móvil. En 2004 un estudio elaborado por la Oficina del Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid concluyó que el 38 por ciento de los jóvenes encuestados (entre 11 y 17 años) en *ausencia de su teléfono* se sentían intranquilos, agobiados o lo pasaban muy mal. Idénticos resultados se obtuvieron en un estudio llevado a cabo por la Universidad de Navarra en 2004. Sus autores[83] concluyeron que los jóvenes entre 15 y 19 años eran muy conscientes de que padecían una móvil-adicción.

Fuera de nuestras fronteras, De la Fuente y Balmori (2006), destacan los estudios llevados a cabo en la Universidad de Straffordshire por el doctor Davie Shaffield. Éste apreció problemas de conducta relacionados con el uso del móvil en el 16 por ciento de los sujetos encuestados. Del mismo modo, García y Monferrer (2009), resaltan las investigaciones realizadas en Gran Bretaña por la Unidad de Investigación del Ciberespacio (Cyberspace Reseach Unit) de la Universidad de Central Lancashire,

[83] Concretamente: Naval, C., Sádaba, Ch. y Brigué, J. (2004*).*

con menores de edades comprendidas entre los siete y los once años mostraron que uno de cada tres niños poseía un teléfono móvil.

Como vemos el uso del móvil es especialmente significativo en la adolescencia[84]. El adolescente asocia el uso del móvil a una serie de atributos o características que le hacen ser un instrumento muy deseado. Entre ellas Choliz y Villanueva (2011) destacan como las más importantes las siguientes: favorece la autonomía personal, sobre todo con respecto a sus padres; proporciona identidad y prestigio en comparación con sus iguales; es fuente de entretenimiento y ocio; le permite estar a la última en innovación tecnológica; favorece el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales sirviéndose de recursos tecnológicos tales como las *llamadas perdidas* con un aclara funcionalidad social y afectiva.

Pese a todas sus ventajas (personales y sociales), el uso ineficiente de esta herramienta puede llevar parejo una serie de inconvenientes, que sino se controlan a tiempo, pueden derivar en una adicción. El abuso, identificado tanto por el excesivo gasto económico, como en la cantidad de llamadas o mensajes enviados, suele ser perceptible cuando interfiere en la dinámica ordinaria de otros ámbitos de la vida del sujeto.

Zaragozano y López (2009) conceptualizan la adición al móvil como una conducta repetitiva, inevitable e imperiosa, cuyo fin inmediato es la búsqueda del placer a través de su uso y que implica pérdida de la libertad entre actuar o no actuar. Fundamentan su diagnóstico por analogía con los criterios establecidos en el DSM-IV para las adicciones. Existe adicción si se da respuesta positiva a 5 o más de los items que se detallan en el cuadro 33.

CUADRO Nº 33

Adicción al Móvil: Protocolo diagnóstico por analogía con DSM-IV
1.- Dificultad para controlar los impulsos de manejar el móvil: conversación, mensajes, etc. 2.- Sensación de tensión creciente inmediatamente antes de comenzar a manejar el aparato. 3.- Bienestar, gratificación o liberación desde el momento en que se inicia su manejo. 4.- Fracaso repetido de lose esfuerzos por controlar, interrumpir o detener su uso. 5.- Inquietud e irritabilidad cunado intenta interrumpir el uso o faltan recursos para hacerlo. 6.- Engaños a la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación en el manejo del móvil.

[84] Fleta Zaragozano y Olivares López (2009), médicos del Departamento de Pediatría del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, estiman que en España tienen móvil el 82% de los niños de 12 14 años y más del 43% de los niños de 6 a 11 años de edad. Además señalan, que la prevalencia estimada de la adicción al móvil es de 2 por mil usuarios.

Adicción al Móvil: Protocolo diagnóstico por analogía con DSM-IV
7.- Se cometen actos ilícitos o ilegales tales como robo, falsificación, fraude, abuso de confianza para financiar su uso. 8.- Se arriesgan, pierden o menoscaban obligaciones, responsabilidades y relaciones interpersonales significativas en el ámbito familiar, social, escolar o laboral. 9.- Persiste en su conducta a pesar de los problemas que se van generando en el consumo del móvil. 10.- Esta conducta no implica la existencia de un trastorno mental específico: episodio maniaco, TOC u otros trastornos de personalidad.

Fuente: Fleta Zaragozana, J. y Olivares López, J.L (2009: 84:90).

¿Qué factores predisponen la aparición de esta adicción? En similitud con otros procesos adictivos, la móvil-adicción viene determinada por toda una serie de elementos anexos al sujeto y al entorno. Respecto del primero factor, Zaragozano y López (2009), destacan sobre todo: la variable edad (adolescencia), el sexo femenino, condicionantes genéticos, personalidad de baja autoestima y sentimientos de inferioridad, necesidad de afecto, dificultad para la comunicación, inestabilidad personal, así como la tendencia al pensamiento mágico y fantástico. Los relacionados con el entorno serían en este caso: la presión social hacia el consumo de placer o bienestar, la facilidad de conseguir o manejar el móvil y la *diátesis proadictiva* (antecedentes familiares de adicción).

Como novedad destacar la idea, a la que están sujetos algunos estudiosos, y que tiene que ver con la creencia de que puede existir bases neurofisiológicas implicadas en esta adicción. En concreto, las ondas electromagnéticas actuarían sobre los neurotrasmisores y receptores postsinápticos que podrían provocar un efecto adictivo parecido al que provocan las drogas convencionales. Aunque, esta adicción se contempla dentro de la tipología de *adicciones sin sustancia*, los estudios de naturaleza neurofisiológica pueden llevar a un cambio en la clasificación. En el análisis de los efectos que pueden tener las radiaciones del móvil en el cerebro, De la Puente y Balmori (2006), destacan el hecho de que el teléfono móvil emite microondas, radiaciones electromagnéticas moduladas de alta frecuencia (radiofrecuencias) que interfieren, no sólo, en importantes sistemas como el nerviosos, reproductor, endocrino o el inmunológico, sino también en los procesos y estructuras característicos de los seres vivos como son sus ondas cerebrales, barrera henatoencefálica, glándula pineal o ADN.

Aunque aún están por conocer y determinar con precisión las bases neurológicas que sustentan la conducta adictiva en el caso específico del uso del móvil, la investigación de esta tesis está ahí. Sírvanos de ejemplo los estudios llevados a cabo por Henry Lai (1992, 1997)[85], que descubrió que las microondas aumentan la actividad

[85] Científico americano del laboratorio de investigación en bio-electromagnetismo de la Universidad de Washington.

de las endorfinas cerebrales u opioides endógenos de acción semejante a la morfina. De esta forma se podría sugerir la existencia de una acción *opiáceo-like* semejante al de los propios opiáceos y el alcohol, como responsable en parte de sus efectos placenteros, *craving* y del refuerzo positivo observado en los adictos al móvil.

Todo ello nos lleva a pensar, que el uso repetitivo del móvil podría implicar problemas de índole físico aún por determinar. Cefaleas, estrés, insomnio, malestar general, efectos varios en el corazón, testículos, ovarios, hígado, riñón, vejiga y los ojos, son los resultados nocivos que más se barajan. Hiendo más allá, algunos se han atrevido en señalar la posible correlación que puede darse entre el uso del móvil con la aparición de tumores cerebrales. Hipótesis que, al día de hoy, no ha sido probada científicamente[86].

¿Cómo reconocemos que una persona padece una móvil-adicción? Elementos muy delatadores de esta conducta suelen ser la continua vigilancia que la persona tiene del aparato y la astronómica factura a la que muchas veces tienen que hacer frente. La mayoría no pueden desprenderse de él, lo llevan a todos los sitios (incluido el baño), se acuestan con él, revisan a cada instante si tienen mensajes y llamadas o no paran de utilizarlo ellos. Dedican todo su tiempo al teléfono: teclear, hablar, jugar, hacer fotos, o vídeos para colgarlos en una red social, son sus pasiones. Su vida no se concibe sin su teléfono móvil.

Como era de esperar, la móvil-adicción también lleva pareja una serie de consecuencias o corolarios: el aislamiento social, el comportamiento alterado, las alteraciones en el estado de ánimo, el comportamiento compulsivo, los problemas de comunicación, problemas con el lenguaje, el peligro de quedar con desconocidos, acentuación de de los sentimientos de inseguridad, agresividad, absentismo escolar, fracaso escolar, mentir constantemente y en los casos más graves se hace uso de la prostitución y el robo; suelen manifestarse como los efectos que mejor envuelven a esta adicción.

Como ya apuntamos en la parte relativa al concepto de *adicción social*, esta lleva implícita un proceso de invisibilidad y de negación. Negar el problema es la excusa perfecta que tiene toda persona cuando alguien se da cuenta del problema y le hace partícipe de él. Pretexto que no hace más que ralentizar la ayuda y agudizar la situación. Aunque se intente ocultar, al final, alguien cercano (padres, hermanos, amigos, etc.) acaba por darse cuenta y este momento debe de ser entendido como el *punto de no retorno*. En general, el tratamiento suele contemplar la parte psicológica, la social y la farmacológica, sin obviar, claro está, la vertiente preventiva. Tanto la

[86] En la revisión que hacen Fleta Zaragozano y Olivares López (2009) de numerosos estudios que relacionen el empleo del móvil con la aparición de tumores y otras complicaciones, todos acaban con la conclusión de que no existe relación causa efecto.

dimensión psicológica como la social deben abarcar los tres niveles de intervención: el individual, el familiar y el grupal. La farmacológica se basa en la prescripción de medicamentos que funcionen como inhibidores de la recaptación de la serotonina, como el Prozac, o anti-convulsivos o anti-compulsivos como el topiramato (Topamax) o gabapentina (Neurotin).

Como medidas preventivas, Fleta Zaragozano y Olivares López (2009) nos remiten al uso del siguiente decálogo (Véase Cuadro 34). Del mismo modo recomiendan que la adicción a las nuevas tecnologías debe ser incluida como pregunta en la historia clínica, si le niño abusa del móvil o del ordenador, cuando consulta por trastorno de la conducta, bajo rendimiento escolar, irritabilidad o cefaleas.

CUADRO Nº 34

Decálogo: Prevención de la adicción al móvil
1.- Fomentar la conciencia social sobre el riesgo de adicción a tecnologías de consumo. 2.- Control de la publicidad. 3.- Habilitar vías legales para la autoprohibición (como se hace con el juego de azar). Facultar a los padres, asociaciones de consumidores y autoridad judicial para invalidar el número de móvil implicado. 4.- Utilizar el móvil sólo por necesidad profesional, escolar, familiar o social. 5.-Limitar el uso en el tiempo (1h/día), dinero (máximo 10% de los ingresos o propinas) y con personas conocidas. 6.- Restringir las iniciativas de llamadas o mensajes, supeditándolas a las iniciativas externas. 7.- Fomentar la comunicación interpersonal directa. 8.- Fomentar actividades recreativas. 9.- Promover coloquios y debates en familia y otros ámbitos sociales orientados a evitar el consumo frívolo o excesivo de nuevas tecnologías. 10.- Si es preciso consultar con un especialista.

Fuente: Fleta Zaragozana, J. y Olivares López, J.L (2009: 84-90).

1.6.3.- Adicción a Internet

La adicción a Internet fue descrita por primera vez por Iván K, Goldberg en 1995. Lo que en principio surgió como una broma: parodiar la última versión del DSM-IV, publicado en 1994, ya que consideraba a este manual como demasiado rígido, complicado y artificioso; en poco tiempo dejó de ser una entelequia imaginada para convertirse en una realidad demostrada a través de la experiencia clínica. Sin pretensiones de ir más allá, Goldberg definió la adición a Internet del siguiente modo: "Uso incorrecto de Internet que provoca daños o sufrimientos clínicamente significativos, manifestados por tres o más de los siguientes síntomas en un mismo periodo de doce meses":

- *Tolerancia*, definida por el aumento significativo del tiempo trascurrido en Internet para obtener satisfacción y por la reducción significativa de los efectos derivados del uso continuo de la misma cantidad de tiempo trascurrido en Internet.

- *Abstinencia*, manifestada por el síndrome de abstinencia caracterizado por:

  - El cese o importante disminución de uso de Internet. A partir de este hecho harán su aparición síntomas tales como: agitación psicomotriz, ansiedad, pensamientos obsesivos referidos a Internet, movimientos voluntarios e involuntarios de teclear los dedos y uso de Internet o se servicio online realizado para aliviar la abstinencia.

  - Acceso a Internet siempre más frecuente o por espacios de tiempo más prolongados respecto a la intención inicial.

  - Deseo persistente o esfuerzo infructuoso de interrumpir o tener control sobre el uso de Internet.

  - Dispendio de la mayor parte del tiempo en actividades relacionadas con Internet (compras, búsqueda de nuevos sitios, etc.).

  - Mantener el uso de Internet a pesar de ser conscientes de los problemas físicos, sociales, laborales o psicológicos persistentes o recurrentes causados o agravados por el uso de Internet (privación del sueño, dificultades conyugales, negligencia laboral, sensación de abandono de los seres queridos, etc.).

Pronto se difundió la noticia de la existencia de este trastorno y su autor no pudo dar marcha atrás. Enseguida nacieron grupos de ayuda online y centenares de personas pudieron autodefinirse como adictos a Internet, especialmente en Estados Unidos[87], la locura de Internet no había hecho más que comenzar. Prueba de ello es que la psicología americana no ha perdido el tiempo en dejarlo todo *muy bien atado*": los criterios del trastorno, los cuestionarios de evaluación, los estudios estadísticos y los tratamientos, en los que algunos terapeutas utilizan, por paradójico que pueda resultar, la red como agente de curación.

El fenómeno social de la adicción a Interner se ha instalado en nuestra sociedad de una manera vertiginosa, ya en 1999 David Greenfield, en una reunión de la Asociación Americana de Psiquiatría, anotó que cerca de once millones de personas

[87] La Universidad de Maryland puso a disposición de los estudiantes un grupo de consulta denominado "Atrapados en la Red" y el Servicio de Salud Mental del McLeod Hospital de Belmont creó una clínica para "drogados de Internet". Del mismo modo, la doctora Kimberly S. Young, profesora de psicología de la Universidad de Pittsburg, anunció la formación del Center For Online Addiction, para ayudar a las grandes empresas a identificar a los empleados que hacían un uso compulsivo del ordenador.

podrían ser definidas como adictas a la red y propuso una escala con siete criterios diagnósticos, que si se cumplieran se correría el riesgo de abuso grave o dependencia a la Red:

1. Pasa varias horas conectado al ordenador, descuidando aspectos importantes de su vida.

2. Sus amigos y allegados piensan que tiene un problema con la utilización de Internet.

3. Usted es joven (cuanto más joven más riesgo hay de ser dependiente de Internet).

4. La utilización de Internet provoca grandes consecuencias negativas.

5. Usted ve su dependencia a Internet como una actividad intensa y temida.

6. Mantiene en secreto el tiempo que pasa conectado.

7. No puede pasar sin el ordenador y sin conectarse a Internet durante un día.

Kimberly S. Young (máxima autoridad en este tipo de adicción) diseñó su propio cuestionario de autodiagnóstico, teniendo en cuenta que las personas pueden desarrollar conductas dependientes a la Red similares a las de alcoholismo, drogodependencia y ludopatía. Como sintomatología estableció la siguiente: considera como signo de alerta la comprobación compulsiva del correo electrónico, la reiterada tendencia a anticipar la próxima conexión a Internet, las quejas de terceras personas respecto a que está o permanece mucho tiempo conectado y que invierte mucho dinero y tienen problemas con la familia, en las relaciones sociales en el trabajo y en los estudios. Del mismo modo, establece que la adicción a la Red presenta las fases definidoras de la dependencia: la de tolerancia en la que el paciente aumenta de forma considerable y nunca satisfactoria la dosis diaria de conducta adictiva, y la fase de abstinencia, con síntomas físicos (irritación, malestar) y psíquicos (ansiedad) cuando intentan frenar la conducta. Al igual que el alcoholismo, la adicción a Internet se sustenta en un deseo inicial de huir de la realidad para olvidar los problemas, que sólo funciona hasta que se apaga el botón del ordenador, instante crítico dado que hace su aparición la ansiedad, y sólo desaparece si el adicto vuelve a conectarse.

Resulta difícil no dejarse seducir por el fascinante mundo virtual. La incitación a usar Internet se hace cada vez más patente. Bajo el principio de la utilidad abrimos la puerta al riesgo de quedar *drogados por la red*. Nadie cuestiona la utilidad que ofrece Internet, no sólo como mecanismo para llegar al conocimiento o a la información, sino también como vehículo de comunicación. ¿Dónde está el problema? El riesgo se sitúa en el punto en que el navegante virtual se desvía de este principio y usa el espacio

virtual por el placer que produce, quedando atrapado o enganchado por el fascinante mundo que se despliega ante él. La sensación de libertad aparece más desvirtuada que nunca, arropada bajo la sábana de t*odo parece permitido cuando estoy frente a un ordenador*: el internauta puede dar rienda suelta a expresar sus ficciones, a satisfacer su voyeurismo o a establecer contactos sin ningún tipo de compromiso. La nueva realidad se construye bajo el seudónimo del anonimato o la falsa identidad permitiendo, como bien dice Echeburúa (2000) construir un yo a la medida de los deseos de uno mismo.

Localizada la génesis de la adicción a la Red (sustitución del mundo real por uno virtual sin identidad física, forjado a tenor de las fantasías de uno mismo), Alonso-Fernández (2003) nos advierte de que esta fuerte capacidad adictiva puede venir potenciada (y de hecho así sucede) por la amplia disponibilidad que tiene el internauta de acercarse y experimentar con él (casa, trabajo, centro de estudios, lugares de ocio, etc.), su asequible coste y su fácil manejo. Nos movemos en una realidad denotada por la exigencia de tener que utilizar la Red, prácticamente para todo. La prisa y la impaciencia se han instalado en nuestra vida sin darnos tregua para pensar si realmente nos interesaban. El vivir aceleradamente ha favorecido la incorporación sin límites de cualquier instrumento que nos haga más fácil la vida. Todo se ha limitado en el tiempo. Qué necesito contactar con alguien, qué me urge tener una información o no quiero estar solo, en minutos puedo tener cubiertas esas exigencias.

Según Echeburúa (2000) la red se ha convertido en un instrumento que nos permite satisfacer dos tipos de necesidades consideradas como básicas y que serían: la estimulación solitaria a través del rastreo de información, imágenes, sonidos, juegos, etc., y la búsqueda de interacción social. En consecuencia, la necesidad básica de sociabilidad queda a merced de un *extraño* conocido como *azar* en el que depositamos toda nuestra expectación y seguridad, sin preocuparnos ni un ápice por lo que pueda acontecernos. Por ello no nos cuesta esfuerzo aceptar que sean los elementos conexos a las relaciones personales los que cuenten con un mayor componente adictivo y en los que estén implicados la mayor parte de los adictos a Internet (los canales de conversación en tiempo real, los foros de discusión, el correo electrónico, etc.).

Lejos de parecer sencillo, la adicción a la Red presenta una serie de modalidades que rebasan su originario cometido o ministerio (herramienta de trabajo y entretenimiento). En concreto, Alonso-Fernández (2003) nos habla de cinco variantes adictivas: la información, el juego, la compra-venta, la comunicación o interacción social y el sexo. Aunque las más básicas son las denominadas como cibercomunicación y cibersexo, en todas ellas media un factor común que es navegar, sin tiempo limitado, a través del espacio virtual, sobre todo cuando la conducta se hace de forma solitaria.

Al igual que sucede con otras adicciones, la dependencia a Internet suele iniciarse de forma gradual situándose las señales de alerta en la reiterada comprobación del correo electrónico, tendencia reiterada a anticipar la próxima conexión a Internet, recibir quejas de terceras personas con respecto a que invierte mucho tiempo conectado o porque gasta demasiado dinero en conexiones a Internet. Es el inicio o comienzo del proceso de desvirtuación: Internet deja de ser un instrumento útil (trabajo, de información y de diversión) para pasar a convertirse en una pieza más del engranaje existencial del sujeto. A partir de aquí comienza a gestarse el fenómeno considerado como adictivo. Proceso que viene marcado por una serie de elementos objetivos, tales como: estar enganchado más de cinco horas diarias (excepto obligación laboral), o dormir menos de lo habitual; y subjetivos que tienen que ver con la utilización de Internet como fórmula que mejore el estado de ánimo o le ayude a escapar de una realidad, poco o nada, gratificante. En definitiva: *sujetos para quienes la adicción constituye un refugio tranquilizador en un mundo globalmente hostil, repleto de objetos ansiógenos* (Valleur y Matysiak, 2005: 193).

¿Existe un perfil del adicto a Internet? Aunque hasta el momento no se ha podido delimitar un perfil más o menos homogéneo[88], estudiosos del tema[89] coinciden al establecer que el adicto a Internet se presenta como un persona, más o menos joven, estudiante o de profesión liberal, de alto nivel cultural, preferentemente varón[90], urbanita, de clase social media o alta, con dominio del inglés y conocimientos de informática, de personalidad insegura o introvertida y en ocasiones apresado por una situación de aislamiento o de conflicto con la pareja o la familia, quizás con carencias afectivas (Alonso-Fernández, 2003).

Aunque se reconoce la vulnerabilidad psicológica como factor de riesgo y así lo concreta Echeburúa (2000) cuando afirma que los factores de riesgo más implicados en la adicción son: el aburrimiento y la carencia de relaciones u objetivos, así como la falta de habilidades para desenvolverse en el mundo real; la timidez, con el agravante de que Internet puede hacer más tímidos a los tímidos, la búsqueda de sensaciones en personas solitarias; y la ausencia de una autoestima adecuada. No todos coinciden en darle la misma importancia. Concretamente Kimberly S. Young explicita que la timidez y la tendencia a aislarse socialmente no tienen porque ser considerados como factores de riesgo. Independientemente de esta concreción, lo que si queda claro y así lo especifica González Duro (2005) es que el perfil del adicto a Internet puede resultar

[88] Aunque existe bibliografía específica sobre la existencia o no de la adicción a Internet (sobre todo a nivel psicológico, médico y paramédico), es muy poca la casuística real aportada. Inconveniente que reduce mucho la posibilidad de poder obtener conclusiones. Es el caso, por ejemplo, de los trabajos llevados a cabo por la Dra. Kimberly S. Youg (Universidad de Pittsburgh, Bradford).

[89] Entre otros podrían destacarse: Echeburúa, 2000; Alonso-Fernández, 2003; Adès y Lejoyeux (2003); Valleur y Matysiak (2005) y González Duro (2005).

[90] Alonso-Fernández (2003) establece que -al menos en España- hay tres ciberadictos masculinos por uno femenino.

muy dispar. Disparidad que viene fundamentada, no sólo por la propia peculiaridad del trastorno, sino también por las muchas posibilidades que ofrece la Red.

Con el objetivo de clasificar a los internautas, Marc Pratarelli (1999), construyó un cuestionario que pasó a trescientos cuarenta y un estudiantes de la universidad de Oklahoma (163 varones y 178 mujeres de 21 años de media). Con los resultados obtenidos pudo establecer los siguientes "perfiles tipo":

- Los razonables o reacios: Son los que utilizan Internet con moderación. Consideran que el ordenador es necesario, pero no se dejan fascinar por las nuevas tecnologías. Se muestran preocupados por el rápido desarrollo del uso de Internet, ya que lo catalogan como inútil y peligroso. Se decantan más por las relaciones directas. No son dependientes y no les molesta el hecho de no poder conectarse a Internet.

- Los adictos a Internet: Una vez descubierto Internet no pueden escapar de él. Absorbidos por él tienden a aislarse, olvidándose de sus amigos y familia. Presentan alteraciones en sus patrones de alimentación y sueño. Su vida no se concibe fuera de la pantalla: "se acuestan y se levantan con el ordenador". Estarían dispuestos a cambiar de domicilio si durante varios días en el suyo no hubiera conexión a Internet.

- Los adeptos al "ciberxeso": Para muchos, Internet es un vehículo de acceso al sexo (webs eróticas y pornografía). Este perfil combina el uso compulsivo de Internet con la adicción al sexo. Según este autor, esta utilización está asociada a factores de personalidad específica (introversión y timidez).

Más que adictos puros *a* Internet, lo que vamos a encontrarnos en la Red son los denominados como adictos *en* Internet. No es raro encontrarse con el hecho de que una gran parte de los "internetadictos" lo son porque su uso de Internet está ligado a otro fenómeno adictivo. En este caso se situarían los ciberdependientes que además son ya: sexoadictos, ludópatas o adictos a las compras. Para Alonso-Fernández (2003) el mayor motivo de enganche a Internet lo presenta la búsqueda de sexo y compañía, situándose en un nivel intermedio los que buscan saciar su apetito de juego y de compra, y el lugar más bajo lo ocuparían aquellos sujetos que se dejan llevar por el afán de estar informados. No en vano, este mismo autor señala que la cibercomunicación y el cibersexo adictivo conforman las dos modalidades sustantivas de la ciberadicción.

¿En qué consiste la adicción a la cibercomunicación? Principalmente viene determinada por el enganche al ciber-romance y a la conversación erotizada y que se ofrecen a través de los dispositivos de la red de interacción social como son los Chats o canales de conversación (además de ser los más usados, son los que muestran mayor fuerza adictiva), los grupos de discusión, el correo electrónico y las páginas webs. Entre

sus usuarios prevalecen los que tratan de vehiculizar o neutralizar alguna carencia o deficiencia en su vida real, entre otras: un físico insatisfactorio, una timidez o una falta de redes sociales. La no personalización, en el momento en que se fragua el contacto, es el mejor cebo o reclamo de estos dispositivos. Aunque la relación que se establece entre los cibernautas no pasa de ser una mera conversación, para algunos de ellos este momento es el único que tienen para sentirse acompañados o creer que han descubierto la amistad y/o el amor.

Por consiguiente, el verdadero enganche hay que buscarlo en el propio cebo que tiene Internet que no es más que la ilusión engañosa y placentera de creer algo que es irreal y que se alimenta así misma a través del tiempo, de modo que el navegante acabe creyéndose que realmente *sí* ha encontrado la amistad o el amor que andaba buscando por la Red. ¿Por qué se insiste en tildar a este tipo de representación como fraudulenta? En palabras de Alonso-Fernández (2003) la singularidad de este tipo de adicción va unida a que no existe otro tipo de adicción social cuya dependencia adictiva se base en el engaño del sujeto. Todo es falseable: el físico, la edad, el género, las cualidades, las habilidades, etc. Reinventarse en el mundo virtual resulta ser una tarea muy sencilla.

Salir de la soledad y/o buscar el amor se convierten en los principales motivos que mueven a la mayoría de los ciberadictos a permanecer atados al espacio virtual. El enamoramiento virtual es para las mujeres una de las puertas de entrada más franqueadas y que puede tomar una de las tres vías evolutivas expuestas por Alonso-Fernández (2003):

- Dar paso a una sexoadicción sexual.
- Permanecer como amor platónico (muy propicio para convertirse en una cibercomunicación adictiva).
- Conducir a un encuentro personal que bien puede concluir con felicidad o con desengaño.

Acorde a lo explicitado no nos extraña comprobar que una de las temáticas más buscadas en Internet sea la relativa al sexo. Hoy por hoy, la mayoría de las estadísticas publicadas coinciden en resaltar que Internet ha llegado a convertirse en el paraíso para los aficionados y los adictos al sexo. Adés y Lejoyeux (2003) explicitan que de los enganchados a Internet el veinte por ciento (como mínimo) son adictos a las web pornográficas. Estos sujetos suelen encontrar muchas facilidades, no sólo a la hora de establecer el contacto, sino también en lo que respecta a la variedad de imágenes, películas, diálogos y representación de perversiones sexuales. Internet juega un papel muy importante, tanto para los reconocidos como pervertidos sexuales (especialmente los pedófilos) ya que lo utilizan como refugio para dar rienda suelta a su desviación

secreta; como para los que intentan poner en práctica sus fantasías sexuales, antes reprimidas o ignoradas.

La atracción de Internet deriva, según establece Cooper (2000), de que en él se conjugan tres pilares básicos que funcionan como el triple motor A y que son: Access (acceso), Affordability (apertura) y Anonimity (anonimato). Se garantiza el acceso dado que Internet está a disposición de quien lo quiera durante las veinticuatro horas durante los siete días a la semana. La apertura está avalada por su carácter legal, su bajo coste y la oferta gratuita de su comercio sexual y el anonimato es clave para mantener este tipo de prácticas sin coste alguno (personal, legal y sanitario)

Alonso Fernández (2003) define la práctica del cibersexo como un sexo acompañado o semicompartido. A través de ella se pueden compartir toda una serie de fotos eróticas, pornografía, intimidades y juegos sexuales, que suelen terminan con la práctica de la automasturbación o una especie de masturbación ilustrada (interactuada a través de cámaras webcam y micrófonos). La mayoría de los ciberadictos al sexo, han sido grandes consumidores de material pornográfico, prueba de ello lo da el dato de que dedican más de 15 horas a la semana buscando material sexual en el ordenador. Además de este apunte, en el ciberadicto sexual deben de confluir las cinco características básicas definidoras de cualquier proceso adictivo y que han sido precisadas por este mismo autor:

1. La persistente preocupación por la temática sexual ofrecida en Internet en forma de deseos, propósitos, fantasías e imágenes. Impaciencia que va unida a una desmedida dedicación de tiempo para preparar y realizar los correspondientes programas a través de Internet.

2. La inmoderada entrega mediante un acto impulsional (deseo irrefrenable con pérdida de control) a navegar por el cibersexo. La privación del ordenador es motivo de malestar e irritabilidad.

3. El acto impulsional es acompañado con recompensas. Una compensación de signo negativo cuando se produce el cese previo de malestar, y otra positiva en forma de placer sexual (casi siempre culminado con la masturbación) con aparición posterior de episodios de autoculpabilidad y descenso de la autoestima.

4. Posterior a una pausa no muy larga, la repetición de la conducta regulariza en las tres conductas anteriores.

5. Acopio de las consecuencias negativas para la vida del sujeto y de sus familiares (obligaciones laborales, sociales, familiares y de pareja).

Al igual que sucediera con los otros tipos de adicciones, el cibersexo puede tener un doble origen. Podría hacer su incursión de forma *primaria*, o lo que es lo mismo aparecer en sujetos que no tengan antecedentes de adicción sexual de ningún tipo, o por contra tener un origen *secundario*, cuando ésta va unida a un trastorno adictivo sexual ya existente. Independientemente de su génesis, lo que está claro es que el cibersexo acaba atrapando de forma ciclópea o titánica, dado que una gran parte de este tipo de adictos dejan de tener encuentros sexuales fuera del espacio virtual.

¿Quiénes son los prosélitos al sexo? Àdes y Lejoyeux (2003) nos ofrecen el retrato de un varón bien situado a nivel social y con estudios. A menudo depresivos, pero siempre insatisfechos en el plano afectivo y sexual. Alonso-Fernández (2003) va más allá y nos dibuja tanto el perfil masculino como femenino de la ciberadicción sexual. Este autor establece que la adicción masculina suele iniciarse, por lo general, entre los 25 y los 35 años, mientras que la femenina lo hace a edades más tempranas. En cuanto a la tendencia sexual, las cifras más altas se establecen dentro del grupo de homosexuales varones. En ambos coinciden el hecho de ser estudiantes o profesionales con formación universitaria y grandes consumidores de Internet. Aunque el riesgo de adicción puede venir de la mano de un trastorno de la personalidad, de otra adicción, de un estado depresivo, de ansiedad o estrés, en los varones la manifestación de esta adicción viene marcada fundamentalmente por una mayor presencia de una adicción química y en las mujeres por un cuadro bulímico o de ansiedad postraumática. No obstante, lo que siempre va a estar presente es la existencia de un conflicto sexual, ya sea de disfunción, inhibición o falta de satisfacción.

González Duro (2005) contempla como señales de riesgo todas aquellas que tienen que ver con: utilizar el ordenador para encontrar pareja, pasar de forma frecuente un número muy significativo de horas en chats eróticos o en páginas de cibersexo, utilizar las conversaciones anónimas para desarrollar técnicas sexuales que normalmente no se realizan en la vida real, alternar el uso del cibersexo con el teléfono erótico, masturbarse mientras se está en un chats erótico y preferir el placer sexual de Internet a una relación de pareja.

Esta adicción suele quedar oculta, a los ojos de la familia, aproximadamente entre cuatro y ocho años. Su revelación suele traer pareja una gran crisis emocional, sobre todo, en la pareja del sexoadicto produciéndose, lo que se ha llamado en considerar, una *fase de disfunción familiar*, siendo su peor consecuencia la ruptura familiar. Como cualquier otra adicción sus efectos nocivos se dejan ver tanto en el sujeto como en su pareja e hijos. Sobre el adicto suele cernirse una gran apatía sexual para con su pareja, a modo de anorexia sexual[91], a parte de una gran pérdida de la

[91] La anorexia hay que entenderla como la actitud negativa específica para el sexo de pareja análoga a la que mantiene el anoréxico mental hacia el alimento. Aunque rechazan la relación sexual con su pareja,

autoestima, sentimientos de culpa, estado depresivo y abuso de alcohol. Sobre la pareja es frecuente encontrarse con un fuerte rechazo a mantener cualquier tipo de contacto sexual con el adicto, pérdida de la confianza y síndrome de estrés postraumático. En los hijos, los elementos nocivos suelen derivar de estas tres coyunturas: la de *abandono* fustigado por la incapacidad de los padres para dedicarles atención y tiempo; la de *estrés emocional* alentado por el conflicto imperante en la familia; y la de *contemplación de pornografía* en algunos de ellos. Para todos estos casos, las consecuencias pueden derivar en un trastorno de personalidad o en una adicción al sexo.

¿Puede un ciberdependiente recibir ayuda? Aunque las soluciones no son muy numerosas la respuesta es positiva. Pese a las ironías del destino, algunas de ellas pueden encontrarse a través de la Red. Reconocida la existencia de esta adicción se crea en Estados Unidos una web de ayuda: el Internet Addiction Support Group. Es un foro que además del autodiagnóstico (criterios previamente expuestos) ofrece consejos de cómo utilizar bien lnternet. Más tarde es Kimberly S. Young quien abre una web denominada *Netaddiction.com* ofreciendo consulta y tratamiento online. Su metodología está basada en la utilización de técnicas cognitivo-conductuales que pretenden hacer ver al paciente que tiene un problema y cuáles son las consecuencias que de él se derivan (toma de conciencia). Para ello propone una reorganización o un cambio global en la forma de gestionar los espacios, los tiempos y las diversas formas o modalidades de navegación. En una palabra se trataría de reconocer las señales de dependencia y aplicar los consejos aprendidos.

Por su parte, Richard David estableció en 2001 un tratamiento basado en cuatro puntos cardinales: la psicopatología preexistente al trastorno adictivo, los refuerzos selectivos en la base del comportamiento patológico, los pensamientos disfuncionales y la red social. Su terapia estaba dividida en once semanas donde se trabajaba de acuerdo a estos parámetros: Las dos primeras se orientaban a la valoración diagnóstica y a la presentación del modelo conductual de tratamiento. En la tercera se presentan las reglas claves, basadas en el mecanismo estímulo-respuesta, a las que el paciente debe ajustarse de forma milimétrica (traslado del ordenador a otra habitación, no estar sólo frente a un ordenador, et.). La cuarta y quinta semana se trabaja la definición de jerarquías que lleva conexo la identificación de los estímulos reforzadores y que consiste en que el paciente sea capaz de describir, en orden creciente, las sensaciones experimentadas durante su conexión a Internet y se le enseña a utilizar la relajación progresiva. Con carácter terapéutico el ordenador es introducido a partir de la sexta y séptima semana, donde se trabaja la el proceso de reestructuración cognitiva que tiene como objetivo la suspensión de los pensamientos disfuncionales y negativos y su sustitución por otros de carácter positivo. La octava y novena semana están orientadas hacia la reinserción del paciente en el mundo offline o mundo real, instruyéndole para que sea capaz de volver a la red social antes evitada.

---

suelen mantenerse muy activos en la actitud sexual patológica vinculada con el ordenador. En una palabra sustituyen la vida sexual real por la virtual.

La décima y undécima sirven para revisar todo el proceso terapéutico y consolidar los resultados obtenidos.

Fiel a su esquema, Alonso-Fernández (2003) propone para este tipo de adicción medidas de prevención primaria basadas en controlar el *cuánto* (no llegar a un ahora por día e intercalar pausas para evitar estar sentado más de media hora seguida, el *cuándo* (no restar tiempo a otras actividades como el trabajo, el estudio, el ocio y la familia) y el *qué* (atenerse a una programación adecuada). Dimensión que tiene que ir complementada con medidas farmacológicas y de rehabilitación social.

Aunque resulten ser un buen comienzo, este tipo de programas terapéuticos suelen verse con algunos recelos, dado su carácter voluntarista y su escasa validación clínica. A criterio de González Duro (2005: 296): *Estaríamos en lo de siempre. S*in más dilaciones, podemos concluir diciendo que quizás el tratamiento más eficaz esté en saber trasmitir, sobre todo a la población más joven, que al ponernos delante de un ordenador debemos de saber asociar utilidad y placer sin caer en el riesgo de llegar a cometer excesos y/o desviaciones.

BLOQUE II

Construcción del Juego como Problema Social: De la práctica social a la patología individual

CAPÍTULO III

El Juego como Fenómeno Social: Consideraciones legales y socioeconómicas

1.- EL JUEGO COMO PARTE INTEGRANTE DE LA VIDA SOCIAL. UNA APROXIMACIÓN DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES

1.1.- JUEGO Y VIDA SOCIAL

Desde siempre el juego ha acompañado al hombre formando parte de su vida social, configurándose como un elemento imprescindible para cualquier tipo de cultura o sociedad. El jugar ha sido considerado desde tiempos inmemorables como un cierto símbolo del vivir. El juego cumple una serie de funciones sociales básicas para el desarrollo y aprendizaje de los niños ya que éste, no sólo les proporciona entretenimiento, sino también intercambio y socialización.

Como veremos, el juego ha estado muy presente en la tradición del pensamiento social. Desde la época clásica hasta nuestros días, han sido muchos los pensadores que han tenido a bien reflexionar y escribir sobre el fenómeno del juego. Como ejemplos tenemos a Aristóteles que supo conectar el juego con la felicidad y la virtud de entender que éste era una actividad desarrollada en un plano superior del ser humano. Asimismo, Kant, reflexionó sobre el juego vinculándolo a la creatividad estética del hombre. Sin embargo fue Schiller (1990: 241) uno de los primeros que resaltó la trascendencia que el juego tenía expresándolo de la siguiente manera: *Sólo juega el hombre cuando es hombre en pleno sentido de la palabra, y sólo es plenamente hombre cuando juega*. Del mismo modo marcó su importancia, con respecto a la historia de la cultura, al señalar que éste era una manifestación del arte.

Más cercano a nuestro tiempo, destaca la obra escrita por el antropólogo holandés Huizinga (1972) el *Homo Luden* en la que sostiene que el juego es más antiguo que la cultura misma. En realidad este autor aplica el carácter del juego a todo fenómeno social (al conocimiento, la ciencia, el derecho, la poesía, la religión, la política etc.) determinando así el origen de toda manifestación cultural. En palabras de Huizinga (1972: 205): *La cultura no surge del juego, como un fruto vivo se desprende del seno materno, sino que se desarrolla en el juego y como juego*.

No obstante, los modelos de juego han cambiando de forma sistemática a lo largo del tiempo, tanto en sus manifestaciones como en su organización social, ya que cada sociedad, con sus peculiaridades, ha determinado su propia tipología de juegos. Como ejemplo de interrelación entre juego y sociedad destaca el estudio llevado a cabo por Caillois en 1958. En su obra "Teoría de los juegos" este autor alude a la posibilidad de llevar a cabo el diagnóstico de una civilización partiendo de los juegos que de manera particular prosperan en ella. Partiendo del hecho de que los juegos son factores e imágenes de la cultura, Caillois (1958: 90) apunta que:

En cierta manera se podría determinar que, una civilización, y, dentro de una civilización, una época puede caracterizarse por sus juegos; *de ellos se deduce necesariamente la fisonomía general de aquella, así como útiles indicaciones sobre las preferencias, debilidades y fuerzas de una sociedad dada en tal momento de su evolución*.

Pese a todo el juego ha sido siempre una de las múltiples formas de diversión humana, ya que éste rompe con la cotidianidad de la ocupación y del trabajo diario. Jugar implica aventurarse en algo, desafiar al destino, enrolarse en un mundo inesperado, incierto y atrapante. Como muy bien escribió Simmel (1982: 13): *El jugador se entrega ciertamente, a la falta de sentido del azar; sólo en la medida en que cuenta con su favor, en la medida en que se considera posible y se representa una vida condicionada por el azar, el azar se le aparece inserto en un contexto dotado sin embargo de sentido (…)*.

1.2.- CONCEPTUALIZACIÓN: CONSIDERACIONES GENERALES

Antes de adentrarnos en la ardua tarea que supone el desgranamiento de un fenómeno social tan complejo como es el *juego patológico* es necesario detenernos y pensar, por un momento, en el significado que adquiere en sí mismo el término *juego.*

Reseñar en primer lugar, que aunque han sido varias las disciplinas (filosofía, sociología, antropología, la psicología, la pedagogía, etc.) que desde múltiples perspectivas se han preocupado por estudiar el fenómeno del juego, es difícil encontrar, no sólo una única definición, sino también un único concepto que aglutine o acapare toda la capacidad semántica que éste encierra.

Aunque de manera general, éste puede ser definido *como cualquier actividad placentera que facilita la adquisición de las habilidades necesarias para el desarrollo de una persona* (Villa y Canal, 1998), en realidad el concepto de juego se encuentra circunscrito, o sujeto, a una serie de variables lingüísticas, culturales, históricas y sociales. No en vano, y a pesar de la pluralidad terminológica y enfoques teóricos que existen en torno a este tema, hoy por hoy, se podría afirmar que es difícil sustentar un marco teórico consistente que sea relevante debido, en parte, a que el término juego no es referenciado como un concepto científico en sentido estricto, y por otro lado, porque en él concurren infinidad de elementos y componentes que como bien plantea Lavega (1998) justifican la extraordinaria presencia de estudios, al mismo tiempo que constatan la inviabilidad de una fórmula magistral y de una teoría unitaria que intente explicar, definir o aclarar la significación del juego.

1.2.1.- Análisis Etimológico del Concepto

¿Qué es en sí el juego? En el intento de aproximarnos a la búsqueda de los rasgos que dotan de significado, a las diferentes locuciones que se emplean para describir todas las actividades relativas a lo que es el juego, se hace necesario adentrarnos someramente, en buscar el origen de esta palabra.

Si empezamos el recorrido ahondando en las diferentes lenguas nos encontramos que dentro del grupo de familias pertenecientes a los idiomas camito-semíticos[1], el juego está dominado por la raíz *l`b* que explicita la acción de jugar. Para el hebreo y el arameo la raíz *la`ba* adquiere el significado de reír y burlarse; aunque también en hebreo se utiliza la palabra *sahaq* cuando se unifica el juego y la risa. En árabe, sin embargo la raíz la `iba abarcaría el jugar en general además de las acciones de burlarse y escarnecer.

En las lenguas Indoeuropeas antiguas como el sánscrito y el griego la raíz del término juego es *aig* que significa dudar, oscilar, moverse. A parte de ésta, el sánscrito utiliza otras raíces para denominar al juego, pero es *kridati* la que se conforma como el término conceptual más general ya que en él vienen englobados las acciones de jugar (juegos de niños, adultos y animales), de movimiento (el relativo al viento y las olas) y de danzar y brincar.

Sin embargo, el griego clásico para nominar las distintas significaciones del juego utilizaba tres locuciones: "παιδία / παιδεία" para referenciar las acciones de juegos propias de los niños (hacer chiquilladas); "άθύρω / άδυρμα" para señalar el matiz de friovolidad y retozo (risa); "άγών" para aludir a los juegos de competición y de lucha.

En las lenguas sajonas clásicas también encontramos varios términos. Se utiliza *laikan* para significar las acciones de jugar y saltar; *leikr-leika* para lo relativo a danzar y ejercicios corporales y *leich-lacar-lâc* se usa para denotar aspectos tan variados como la danza, los ejercicios corporales, prueba de favor, ofrenda, sacrificio y generosidad.

El inglés también hace uso de varios vocablos, pero en este caso las diferencias vienen marcadas atendiendo a las distintas facetas que pueden darse con el juego. Por ejemplo, para significar una actividad recreativa se utiliza el término *play*. Para denotar una partida de juego se utiliza el vocablo *game*. En cambio, si hablamos de juego deportivo la palabra correcta sería *sport*. Si hablamos de juego de azar se recurre al

[1] Dentro de este grupo se encuentran las lenguas del Sudoeste de Asia, del Norte de África, entre las que destacan el árabe, el hebreo, el asirio y los extintos arameo, acadio y fenicio.

término *gambling*, y por último si aludimos a una apuesta de juego el vocablo idóneo sería *bet*.

Dentro de las lenguas románicas, Corominas (1984) plantea que en la lengua castellana la palabra juego procede del latín *iocus-i* que venía a significar cuestiones tales como: broma, danza, gracia, frivolidad, ligereza, pasatiempo y diversión. Sin embargo, para Huizinga (1968) el verdadero sentido del juego hay que buscarlo en otro término y no en éste. Concretamente, este autor, hace referencia al vocablo latino *ludus-i*[2] que abarcaría el campo del juego y la diversión. Otro vocablo aceptado en castellano es el relativo a *ludicrum-i* (de ahí proviene lúdico) que significaba juego público, espectáculo. Sin embargo, ahondando un poco más en el análisis etimológico del concepto y siguiendo con Huzinga (1968), descubrimos que éste establece la diferenciación de dos significados, que casi siempre van unidos al concepto de juego, pero que en realidad hacen alusión a dos dimensiones diferentes. Es el caso de *ludus – ludere* y de *lares – ludentes*. El primero se utilizaba para referirse al juego infantil, el recreo, la competición, la representación teatral y litúrgica y los juegos de azar. El segundo, sin embargo para referenciar las acciones relativas al verbo danzar.

De manera general podemos decir que prácticamente son varios los idiomas que utilizan un sólo vocablo común e indiferenciado para designar aspectos que en cierto modo pueden ser antagónicos, como por ejemplo juego deportivo y juego de apuestas.

1.2.2.- Conceptualización

Hablar de juego implica hacer referencia a una gran variedad de acciones o comportamientos. El hombre, a lo largo de toda su vida, practica una serie de actividades denominadas lúdicas[3] que le sirven de relajación, entretenimiento,

[2] Palabras que, por otro lado, han quedado dentro de las lenguas románicas en desuso, debido a cuestiones fonéticas y semánticas. Fueron sustituidas o reemplazadas por *jocus* (latín vulgar).

[3] Es necesario evitar no confundir lúdica con el juego, pese a que semánticamente los diccionarios tratan estas expresiones casi como sinónimos. Todo juego puede ser lúdico pero no todo lo lúdico es juego. La lúdica no se reduce o se agota en los juegos, va más allá, Según Bolívar Bonilla, profesor de la Universidad de Caldas de Colombia: *"la lúdica debe de asumirse como una dimensión del desarrollo humano, es decir, como una parte constitutiva del hombre tan importante como otras dimensiones históricamente más aceptadas como son la cognitiva, la sexual o la comunicativa.. La lúdica se refiere a la necesidad del ser humano de sentir, de expresar, de comunicar, de producir emociones primarias (reír, gritar, llorar, gozar). Emociones orientadas hacia el entretenimiento, el esparcimiento y la diversión"*. Aceptar esta definición implica comprender que la lúdica posee una ilimitada cantidad de formas, medios o satisfactores, de los cuales el juego sería uno de ellos. Para más información véase: Bolívar, Bonilla, Carlos: *Aproximación a los conceptos de lúdica y ludopatía*. Fundación colombiana de tiempo libre y recreación. V Congreso Nacional de Recreación. Noviembre de 1998. Manizales. Colombia en: http:www.redcreacion.org/documentos/congreso5/Cbolivar.htm. 13/10/2005.

distracción y que en cierta medida le suponen un desahogo de otras consideradas más formales o serias, aunque no podemos olvidar que éste se mueve de forma constante entre la responsabilidad y el divertimento, o lo que es lo mismo, entre la seriedad y la alegría.

Si hacemos un pequeño esfuerzo en valorar la conceptualización que se ha hecho sobre el juego observamos que éste se resiste a una noción o idea definitiva. En parte esto puede ser debido a su naturaleza ambivalente, a su significación polisémica y a su carácter multidimensional. Así lo reconoce Buytendijk (1935: 39) cuando dice que *los fenómenos que solemos designar como juego constituyen una masa muy heterogénea*.

Pese a esta anotación, si podemos decir que lo que realmente queda claro es que el juego hay que entenderlo como una necesidad vital, ya que éste puede y debe ser utilizado como herramienta natural y vehículo universal de aprendizaje y de desarrollo de hábitos intelectuales, morales, físicos y sociales. No en vano, el juego va ligado a la propia naturaleza humana. Éste aparece como algo inherente al niño/a, o como bien expresa Paredes Ortiz (2002: 38)*: El juego nace espontáneo y crece junto al niño durante los distintos estadios evolutivos hasta llegar como él y con él al estado adulto y la vejez, superando con él las edades biológicas aunque con distinto contenido y cumpliendo distintos objetivos en la vida*. En cierto modo podemos decir que, el juego aparece como elemento que modela el carácter, ya que cumple con el ministerio de formar y sustentar el crecimiento integral del niño/a, a la vez que le proporciona experiencias que le enseñen a vivir en sociedad.

Dado su valor educativo y socializador no podemos quedarnos en el reduccionismo de considerar al juego como un mero pasatiempo o diversión. Aunque éste se nos muestre, muchas veces, como una actividad poco importante e improductiva la realidad es otra. Con el juego, el niño o la niña, puede aprender algo tan complejo como es el convertirse en persona, es decir, a través de él puede adquirir una identidad social que le ayude a interpretarse a sí mismo y al mundo que le rodea. Podría decirse que su realidad objetiva y subjetivada empieza desde el juego y culmina con él.

No en vano, el antropólogo holandés Huizinga (2005), erigió una teoría donde exponía que la cultura surge en forma de juego y aunque éste pertenezca a la esfera de la irracionalidad, puntualiza que no por ello deja de tener sentido, al contrario, se trataría de una actividad que trasciende lo puramente físico o biológico, es una función que da un sentido a la ocupación vital.

Para Sutton Smith (1980) el juego además de ser una actividad consustancial al desarrollo de procesos psicológicos básicos, es una actividad educativa de

enculturación social, porque a partir de ella se puede aprender lo más importante y ambiguo de la naturaleza humana como es *el ser y la posibilidad del no-ser*.

Por su parte Vygotski (1934) plantea que a través del juego se instruyen muchos aspectos relevantes de la vida. Con ellos los niños/as aprenden a conocer a los otros y a saber que esperar de ellos, así como a conocerse a sí mismos/as y a saber hasta dónde se puede llegar. No en vano este autor expresa que el contenido básico del juego es la experiencia interpsicológica sobre la cual tienen lugar los acontecimientos cognitivos, afectivos, emocionales y sociales que dan significado a los acontecimientos individuales. Cómo vemos el juego es una actividad muy importante para el niño/a pequeño que posee una inteligencia, un espíritu y un cuerpo en pleno desarrollo y construcción.

Otra consideración que habría que hacer es que a medida que el niño crece el juego se convierte en un vehículo de aprendizaje para la vida adulta. Por eso es necesario establecer el nexo entre juego y seriedad. Seriedad que viene definida desde la propia necesidad que le supone al propio niño/a el hecho de tener que deshilvanar su propia realidad y la del mundo de las relaciones sociales.

Bien se podría decir que el juego lo invade todo. No sólo guarda relación con la fiesta, el ocio, sino que también lo podemos ver asociado a esferas tan dispares como el trabajo, el derecho, lo sagrado, la guerra, el saber, la poesía, el arte, la estética, la política, la erótica, etc. De ahí que sea un concepto tan versátil o elástico y que se escape, como hemos puesto de manifiesto al inicio de este epígrafe, a una noción única, puesto que su naturaleza es compleja y por ende su conceptualización y definición.

1.2.3.- Naturaleza y Definición

Si ya resaltábamos las dificultades que existían a la hora de desarrollar un concepto que aglutinase toda la capacidad semántica del vocablo juego, de nuevo nos volvemos a encontrar óbices en su definición.

El primer obstáculo viene dado por la propia naturaleza del juego. Hemos dicho que el juego forma parte de la realidad del hombre por lo que es inevitable que éste adquiera sus características. Es decir, el juego comparte, no sólo la complejidad sino también la pluralidad de la dimensión humana. A este respecto, Paredes Ortiz (2002) resalta que uno de los hechos, que añade complejidad al juego como realidad humana, reside en la gran variedad de situaciones de la vida en las que se puede llevar a realizar esta actividad: aprendizaje, tradición, fantasía, evasión, entrega, amor, etc.

Por otro lado y al igual que la naturaleza humana, el juego no es sólo material sino también está formado o contiene componentes espirituales. Idea que ha sido expresada por Huizinga (2005: 90) cuando dice que por el juego se conoce el espíritu. A través del él el hombre expresa su creatividad que deviene de sus emociones, de sus sentimientos, de sus valores, de su pensamiento, en una palabra, de su ser: *Pensar, querer y hacer, todo puede ser, el juego hace cultura, la cultura hace vida, el juego es vida y la vida cultura.*

Otra dificultad radica en que este vocablo ha estado, y aún hoy sigue estando, asociado a significados muy diversos (diversión, movimiento, arte, poesía, sexualidad, economía, etc.). Por eso es necesario circunscribir cualquier intento de definición a un contexto cultural y social determinado.

Toda esta pluralidad, inexactitud u heterogeneidad da pie a un nuevo elemento más de complejidad y es que, el análisis del juego puede hacerse desde diferentes perspectivas de estudio. Se ha investigado desde la psicología, la pedagogía, la filosofía, la sociología, la antropología, etc. y desde ellas se ha intentado definir el juego. Por eso se podría decir que cualquier conato de definición quedaría supeditado al propio autor y a su área de conocimiento, siendo por tanto una definición parcial del fenómeno.

A este respecto, Batteson (1958: 31) expresa que el juego posee una naturaleza paradójica que hace difícil su definición. Éste puede moverse, por ejemplo entre los mundos de la necesidad y el esparcimiento; entre la seriedad y la diversión o la rivalidad y la concordia, la elección dependerá del valor o significado que represente o de la finalidad que cada jugador le quiera otorgar.

Por su parte, Barroso (2003: 42) añade que el fallo común que se observa en casi todas las formulaciones realizadas radica en que no se establece correctamente una diferencia entre juegos reglados y no reglados, pero sobre todo en el hecho de que la mayoría de los autores que tratan este tema, se olvidan de separar las diferencias existentes entre el juego en los niños y los juegos en los adultos

Sin embargo, Schwartzman (1979) valora de manera positiva las dificultades que limitan la posibilidad de ofrecer una única definición de este término. Para él, la indefinición conceptual de la palabra juego, lleva aparejada la riqueza polisémica que implica aprehender significados socioculturales muy complejos y de difícil enseñanza directa. Bien se podría decir que el juego llega donde no llega el logos, o lo que es lo mismo que el juego supera la pura racionalidad. Por tanto, para este autor la verdadera dificultad radica fundamentalmente en el alcance enculturizador que tienen

los juegos y de ahí que sea difícil establecer definiciones y clasificaciones de este fenómeno.

Lavega (1998) sin embargo, plantea que cualquier intento de definición debe de partir del conocimiento y activación de los componentes que constituyen al juego. Además arguye que es necesario estudiar y conocer las perspectivas que van implícitas en él. Justifica la necesidad de abordar la comprensión del juego a través del binomio reflexión-vivenciación, puesto que intentar comprender el juego teniendo sólo presente su perspectiva empírica sería erróneo, ya que no facilitaría su comprensión definitiva. También es necesario el análisis de su perspectiva teórica. Esto implica adentrarse en el mundo de los componentes que configuran el juego, porque a partir de su conocimiento podremos establecer u ordenar algunos intentos de definición que se han hecho sobre él.

En primer lugar aludimos a los componentes cualitativos que son los que permiten diferenciar al juego de otra actividad que no tiene una dimensión lúdica. Algunos autores (Bally, Schmitz, Roux) destacan la libertad, acción libre, apetencia como carácter esencial del juego. Otros (Chateau, Huizinga, Renzi, Ortega y Gasset), además hablan de gratificación, placer, moral, alegría, diversión, satisfacción y forma de felicidad.

El juego también implica espontaneidad, impulsividad, irracionalidad, intuitividad, improvisación y así lo ponen de manifiesto: Buytendijk, Huizinga y Duvgnaud. Por su parte, Scheuerl, Huizinga, Marani, Garvey, Duvignaud, Baldwin y Grosse, destacan como condición el desinterés, la intrascendencia, el fin en sí mismo, lo superfluo, la futilidad y lo autotélico.

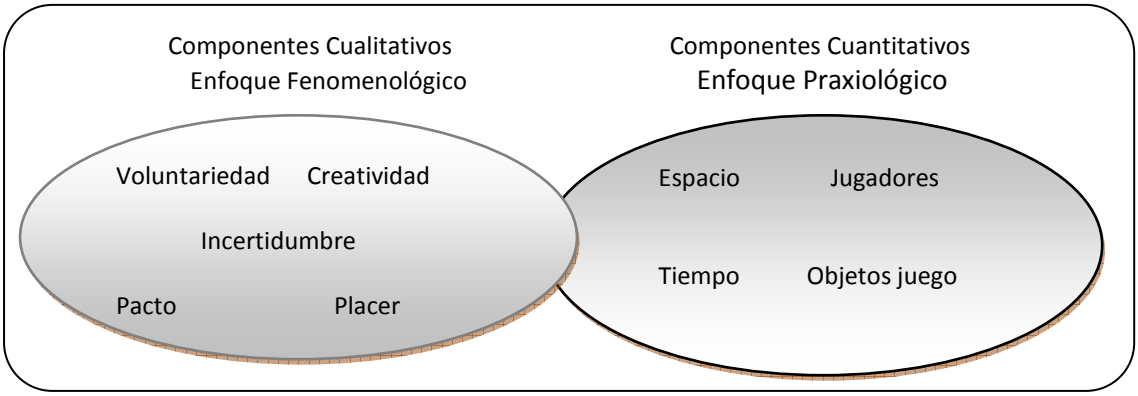
Otros evidencian que el juego en sí mismo implica tensión, inseguridad, probabilidad, incertidumbre, mutabilidad, plasticidad y metamorfosis (Cagigal, Haigis, Garvey, Duvignaud, Miranda). El juego manifiesta ambivalencia, contraste, oscilación vaivén (Duvignaud, Huizinga, Miranda); así como decisión compromiso, subjetividad impregnada de decisiones y sentido, mundo dirigido y autoergia (Duvignaud, Schimitz, equilibrio y creatividad (Kant, Schiller, Parlebas, Cagigal), pero en él también va implícito la ficción, la fantasía, la imaginación, la representación simbólica y la simulación (Huizinga, Frobenius, Claparade, Spencer). Y por último, el juego implica seriedad, solemnidad, necesidad (Wallon, Huizonga, Groos, Schiller).

En cuanto a los componentes cuantitativos decir, que éstos hacen referencia a los límites dentro de los cuales todos los participantes pueden jugar en igualdad de condiciones, es decir, le otorgan el carácter convencional y estatutario al juego. Lavega (1998) resalta que la especificidad y lógica interna de cada juego viene determinado por la relación racional que se haga de sus normas y reglas, esto es de sus

componentes cuantitativos. El espacio determinado o la acotación espacial, el tiempo o límite temporal, los actores o jugadores y el juguete o soporte del juego conformarían el listado de componentes cuantitativos que representan el cuerpo estructural de cualquier juego.

La importancia de hacer explícita estas dimensiones radica en que nos permite entender o valorar el juego de una forma holística o bajo un modelo sistémico estructural (Véase Cuadro 35). No debemos de perder de vista que el juego se caracteriza por tener una naturaleza ambivalente y por ello es necesario que ambos componentes adquieran dentro del juego una dimensión parecida. Por ello es necesario adaptar la estructura del juego, sin complejizarla demasiado, al *mundo* de los sujetos que juegan (c. cualitativos). Ellos son los que deciden jugar, los que pactan las reglas, los que pueden introducir modificaciones, los que acaban el juego. En una palabra y como bien expresa Lavega (1998), ellos representan el *alma lúdica del juego.*

Cuadro Nº 35.
Naturaleza del Juego



Fuente: Lavega (1998: 5).

A pesar de todas las dificultades, algunos autores si se han atrevido a dar unas definiciones del juego, aunque éstas no sean del todo concluyentes, ya que cada uno intenta centrar su interés en algún elemento distintivo (fundamentalmente disciplinar), pero de manera general, todos vienen a referenciar lo mismo.

Dada la disparidad de definiciones que nos podemos encontrar, algunos autores han intentado hacer un esfuerzo de sistematización con el objetivo de introducir un poco de claridad en este tema. Entre ellos destacamos, por ejemplo a Lavega (1998) y a Barroso Benítez (2003).

Lavega (1998) utiliza como marco sistematizador de referencia el contenido del juego. Es decir, se basa en analizar los distintos componentes que constituyen el juego, y a partir de ahí, establece cuatro grupos fundamentales de definiciones que son:

- Definiciones que recogen el enfoque fenomenológico. Éstas describen básicamente la naturaleza cualitativa de este fenómeno.

- Definiciones que aluden al enfoque praxiológico y que describen básicamente los constituyentes cuantitativos del juego.

- Definiciones funcionales o teleológicas. Éstas describen el juego expresando su función o finalidad.

- Definiciones mixtas que combinan cualquiera de las categorías anteriores.

Tomando como marco de referencia a las Ciencias Sociales, Barroso Benítez (2003: 36-42) expresa que pueden establecerse dos aproximaciones de tipologías diferentes:

- Las que definen el juego en los términos de motivo del jugador.

- Las que definen el juego basándose en los atributos del comportamiento de juego en sí mismo.

En cuanto a las definiciones que se basan en los *atributos*, casi todas resaltan que el juego no constituye un tipo particular de actividad, sino que éste es una actividad que se realiza de forma espontánea, generalmente para obtener placer, que no compota conflicto, que tiene una carencia relativa de organización y que no conlleva ningún resultado de tipo económico (ganancias/pérdidas) para la persona que lo realiza.

Sin embargo, si nos centramos en el juego definido por el *motivo* nos encontramos, como bien señala Barroso (2003: 37), que la mayoría de las definiciones se fundamentan en una teoría particular, por lo que su aceptación va a depender de la aprobación que se haga de esa teoría. Además toma como referencia a Ellis para plantear que esta clase de definiciones se estructuran bajo una forma general que es: *El juego es un comportamiento motivado por x, donde x se presupone el motivo. Siempre hay un método de descubrir la presencia de x o hacer una descripción objetiva de las condiciones cuando se produce x, entonces el juego puede ser definido* (Ellis, 1973: 25).

Por otra parte, esta misma autora, hace patente que utilizando este argumento (el motivo) lo que realmente se puede llegar a realizar no es una definición en sí del juego, o definirlo realmente, sino afirmar por qué éste ocurre.

Centrándonos un poco más en los intentos de definición que se han realizado sobre este tema, se podría decir que la del antropólogo Huizinga (2005) es la definición más conocida a la vez que más utilizada. Expresa que el juego es una acción o actividad voluntaria que se desarrolla sin interés material realizada dentro de ciertos límites fijos de tiempo y espacio, según una regla libremente consentida pero completamente imperiosa, provista de un fin en sí misma y acompañada de un sentimiento de tensión y alegría:

El juego es un aspecto formal, es una acción libre ejecutada como sí y sentida como situada fuera de la vida corriente, pero que, a pesar de todo, puede absorber por completo al jugador, sin que haya en ella ningún interés material ni se obtenga en ella provecho alguno, que se ejecuta dentro de un determinado espacio, que se desarrolla en un orden sometido a reglas y que dan origen a asociaciones que propenden a rodearse de misterio o disfrazarse para destacarse del mundo habitual (Huizinga, 2005: 26)

Como vemos en esta definición se combinan los diferentes componentes que estructuran el juego. Por un lado, basa su significación contemplando algunos de los elementos que forman parte del comportamiento del juego (c. cualitativos): espontaneidad, libertad, placer, desinterés, y por otro lado recoge los elementos que conforman la estructura del juego o su aspecto formal (c. cuantitativos) como: espacio, reglas y actores.

Si valoramos esta definición vemos que realmente no es extensible a todas las actividades o formas juego que diversas personas realizan en su tiempo libre o de ocio. Basta con mirar, a algunas de ellas, para darnos cuenta que el juego no siempre se lleva a cabo de forma libre y desinteresada, como es el caso de casi todos los juegos denominados de azar. Puede ser que en un principio el jugador quiera jugar y lo haga "en libertad" pero según vaya inmiscuyéndose en el juego este componente irá desapareciendo por el de la necesidad y más tarde por el de la adicción. Además las personas que juegan a las loterías, los casinos, las máquinas tragaperras, las quinielas deportivas, bingo, etc., siempre lo hacen llevadas por un interés económico. A parte de que estas actividades, por sí mismas, se han convertido en un gran filón económico para cualquier sociedad de nuestros días.

En esta misma línea nos encontramos con el planteamiento de R. Caillois (1986) que aunque reconoce las implicaciones económicas del juego, sin embargo considera que no es una actividad productiva. Basa su explicación aduciendo que en el juego puede haber traslado de propiedad, pero no producción de bienes. El juego no crea riqueza como lo hace el trabajo o el arte. Además considera el acto de jugar como:

Esencialmente estéril. A cada nueva partida y aunque jugarán toda su vida, los jugadores vuelven a encontrarse en cero y en las mismas condiciones que en el propio principio.

Los juegos de dinero, de apuestas o de loterías no son la excepción: no crean riquezas, sino que sólo las desplazan (Caillois, 1986: 7).

Centrándonos en la definición que este autor hace del juego decir que, lo presenta como un fenómeno que se opone a los actos y decisiones de la vida ordinaria y que está formado por una serie de elementos específicos que le otorgan identidad como son:

- El juego es libre, o lo que es lo mismo, no es obligatorio no está impuesto desde fuera, puesto que si así fuera perdería su naturaleza de diversión.
- El juego está separado. Se circunscribe dentro de unos límites propios de tiempo y espacio que están fijados de antemano y separados de la vida ordinaria.
- El juego es incierto. Su desarrollo no puede ser predeterminado ni su resultado conocerse de antemano. Va a depender, en gran parte, de la iniciativa e intereses de los jugadores.
- El juego es improductivo. No crea bienes ni riquezas, sólo interacción entre los propios jugadores.
- El juego está reglamentado. Se basa en una legislación única creada para tal fin y es la única que cuenta y es aceptada.
- El juego es ficción. Articula e incorpora un mundo de irrealidad en contraposición con la vida real.

Por su parte, Sully (1902) y Millar (1972) consideran que el elemento específico del juego es la libertad de elección, o lo que es lo mismo la ausencia de coacción. Por eso consideran que la palabra juego debe de ser usada como un adverbio y no como sustantivo, ya que nos permite describir cómo y en qué condiciones se realiza la acción de jugar.

Sin embargo autores como Dehoux (1965), Bekoff (1972), Norbeck (1974), Blanchard-Cheska (1986) hacen hincapié en los elementos biológicos y culturales que el juego implica. Concretamente Norbeck (1974: 28) expresa que:

El juego se fundamenta en un estímulo o una proclividad biológicamente heredados, que se distinguen por una combinación de rasgos: el juego es voluntario, hasta cierto punto delectable, diferenciado temporalmente de otros comportamientos y por su calidad trascendental o ficticia.

Graciela Sheines[4] indica que jugar es fundar un orden y que la libertad cumple su papel cuando la persona decide jugar, pero cuando lo está haciendo está sujeto a reglas. Especifica que es necesario no confundir el juego con la actividad desordenada. La libertad es limitada por las propias reglas porque no hay un juego sin reglas. Tal orden se funda en el caos; un caos producido por el rompimiento de la disposición de la vida cotidiana, que permite una manipulación del mundo que no le teme al absurdo o al ridículo. Para esta autora el juego es una forma muy peculiar de relacionarse con el mundo. Además añade que frente a los altibajos de la vida el hombre sueña con ser jugador y escapar de su condición de juguete de los dioses: *modificar algo, divertirse, inventar, crear, imaginar, eso es jugar*.

Aunque aquí hemos recogido una parte, no cabe duda de que han sido muchos los intentos que se han llevado a cabo para conceptualizar y definir el fenómeno del juego dentro del marco de las Ciencias Sociales. Sin embargo podemos concluir diciendo que a través del juego el ser humano se introduce en la cultura y participa de ella; actúa como vehículo de comunicación y de creatividad. En una palabra podemos decir, que éste puede configurarse como modelo de trasmisión simbólica de la realidad. Nace de la espontaneidad a la par que se nutre de la propia necesidad que el hombre tiene de realización y superación; evoluciona, madura y perece con él. Cómo bien expresa Paredes Ortiz el juego:

Nace, se desarrolla y muere con el pensamiento, con las acciones, con los sentimientos y con las emociones del ser humano,(……), el juego no muere junto a la muerte cronológica e la niñez o la adolescencia, sino que debe de crecer y evolucionar n cualquiera de sus formas junto al hombre (2002: 40).

1.3.- POR UNA DIMENSIÓN SOCIAL DEL JUEGO: EJES DE ANÁLISIS Y PERSPECTIVAS TEÓRICAS DEL JUEGO

1.3.1.- Ejes de Análisis

Como hemos podido constatar, muchos son los autores que a lo largo de la historia, y de forma científica, han tratado de encontrar un sentido al fenómeno del juego. Para ello han centrado su interés en analizar aspectos fundamentales tales como: su existencia, naturaleza, características, funciones, dimensiones, implicaciones e importancia. Como era de esperar, la respuesta a estas cuestiones ha devenido en una amalgama de enfoques teóricos que aunque por sí solos tienen validez, sólo aportarían una visión parcializada del hecho y sin embargo, en conjunto exhibirían la esencia misma de este hecho.

[4] Citada por Palladino (2005).

Intentando establecer una clasificación general de las orientaciones teóricas vemos que éstas se pueden compilar teniendo en cuenta el factor disciplinar, por eso aquí haremos un recorrido por las distintas disciplinas que han estudiado este fenómeno. Sin embargo, antes de adentrarnos en esta aventura es necesario aclarar, o más bien especificar que, aunque el juego ha sido abordado desde numerosas perspectivas no siempre éstas coinciden estrictamente con las distintas disciplinas que se han ocupado o se pueden ocupar de este tema. Quizás, esto puede deberse, como bien explicita Galán (2006), a que la primacía del análisis va a estar basado en los tipos de valores que cada perspectiva quiera resaltar, atendiendo a la finalidad propia de cada reflexión. No pretendiendo ser demasiado exhaustivos podemos acotar, sin que eso suponga crear compartimentos herméticos, las diferentes configuraciones bajo el encuadre de seis grandes niveles o ejes de estudio: Pedagógico, Psicológico, Socioeconómico, Antropológico-Cultural, Filosófico y el Místico-Teológico.

Desglosando los diferentes ejes de análisis vemos que este mismo autor establece como primer nivel de reflexión el relativo a la perspectiva *pedagógica*[5]. A través de ella se puede poner de manifiesto la relación intrínseca que se establece entre las acciones del jugar y del aprender. Por tanto, podemos decir que las reflexiones que se pueden hacer desde esta dimensión quedan circunscritas en la óptica del campo de la Educación y referenciadas, fundamentalmente, a la etapa infantil. Concretamente se analizan aspectos tales como: ¿Cuáles serían las formas de aprendizaje que pueden adquirirse a través del juego?, ¿Qué motivaciones sustentan la acción de jugar?, ¿Cumple éste alguna función en la preparación para la vida adulta?, ¿Dónde radica la idoneidad del juego?. Dentro de lo inacabada que puede revelarse esta enumeración de elementos referenciados, no podemos terminar este nivel sin añadir otro interrogante, a los ya mencionados, que a nuestro entender va a significar poner de manifiesto la idea explicitada por Galán de conexión entre los distintos niveles, anteriormente enumerados, y que se concretaría en estimar *qué tipo de valores queremos que se alcancen a través del juego* que directamente nos introducirían en el campo de la filosofía.

Como segundo marco de estudio podría situarse el nivel *psicológico*. Aquí el interés se ciñe específicamente en reflexionar sobre el *que juega* y no sobre el juego en sí. Dando por válida la idea, expresada por algunos filósofos (Gadamer), de que *el juego posee identidad propia independiente de la conciencia del que juega*, no podemos obviar la importancia que adquiere la segunda parte de esta expresión dado que, como él mismo reconoce, el juego accede a su manifestación a través de la figura del jugador. Por tanto, en esta dimensión los aspectos a estudiar estarían centrados en

[5] Este autor aclara en su artículo "Apuntes para una Filosofía del juego" que los niveles de análisis que se pueden establecer para el estudio del juego, no son o no se mantienen aislados unos de otros, sino todo lo contrario, se mantienen en estrecha comunicación e incluso dependencia. Por consiguiente este valor también va a determinar cualquier tipo de división o jerarquización que se pueda establecer, dado que el nivel superior supondría al anterior introduciendo nuevos elementos, pero el nivel inferior también supondría, en cierto modo, al superior. Por ello, este autor cuando analiza el nivel pedagógico lo referencia como el primer nivel de reflexión pero sin perder de vista que en él surgen interrogantes importantes que tienen que ver con los demás niveles.

la personalidad, las características, la emotividad y las posibles tipologías que se dan o se pueden dar de jugadores.

Siguiendo el orden marcado nos encontramos que el tercer nivel alude a la perspectiva *socio-económica*. Este enfoque nos va a permitir establecer varias líneas de análisis dada la complejidad que comporta. Concretamente podemos vincularlo a tres campos conceptuales fundamentales y que estarían relacionados entre sí como son el trabajo, la industria, y la política.

Para el primer campo conceptual podríamos decir que el nexo viene definido a través de las adjetivaciones descritas como "seriedad" y "obligatoriedad". El juego puede ser definido como un fenómeno ligado al trabajo humano desde su contraposición. Aunque sabemos que es difícil conceptualizar el término trabajo dado su naturaleza compleja y multidimensional, esto no va a suponer un obstáculo a la hora de comprender que éste representa uno de los pilares fundamentales en los que se asienta, no sólo la sociedad actual, sino también la vida de los individuos, ya que una gran parte del tiempo de las personas adultas está dedicado a esta actividad o relacionado con ella. De esta idea es fácil deducir el antagonismo que representan ambos términos, puesto que el trabajo se concibe como algo obligatorio y serio y el juego, sin embargo, se piensa en claves de entretenimiento y de tiempo libre.

Varios son los autores que evidencian esta idea, entre ellos Caillois (1986), cuando manifiesta que para poder dar una definición del juego es necesario concebirlo como una actividad libre y voluntaria y como manantial de diversión y alegría construido bajo el pilar de la ficción, ya que éste nos permite articular e incorporar un mundo irreal o ilusorio.

En esta misma línea Galán (2006) pone de manifiesto la profunda vinculación que se instaura entre estas dos expresiones puesto que enuncian el significado político del juego al hacer visibles las estructuras socioeconómicas que hacen que el juego sea dispuesto como *tiempo libre* y que el trabajo como *tiempo no libre*. Por ello *juego-trabajo* socialmente se vuelven términos correlativos hasta el extremo de definirse uno por la negación del otro. Específicamente este autor expone que:

El trabajo es productivo; el juego, improductivo. El trabajo tiene prioridad sobre el juego; el juego se tolera si hay sobrante de tiempo, o lo que es peor, el juego se pone al servicio exclusivamente de la productividad (Galán, 2006: 5).

Es preciso aclarar que aunque hayamos ligado el juego al tiempo libre esto no significa que todo tiempo libre esté pensado exclusivamente para ser llenado con actividades de juego. Por tanto este fenómeno nos pude servir como mecanismo de desconexión de la vida cotidiana.

Como segunda línea de análisis, dentro de esta dimensión, se puede situar la idea que interpreta este fenómeno en claves fundamentalmente de *base económica*. Concretamente establece que el juego forma parte del sistema productivo. Aunque desde un punto formal el juego puede ser considerado improductivo, ya que en sí mismo no genera riqueza, no podemos obviar el hecho que nos muestra que detrás de él existe un gran sistema de comercialización e industrialización, que configura un subsector dentro del ámbito económico, que sí genera riqueza. No en vano, al día de hoy, el juego se ha convertido en uno de los pilares fundamentales al erigirse en cuarto lugar dentro de la clasificación de sectores que conforman nuestra economía

La última reflexión, cómo ya apuntábamos en líneas anteriores, habría que situarla dentro del ámbito de la política; pero, ¿Cómo encajar el juego dentro de esta perspectiva? Dejando a un lado, la dilucidación analógica que podemos establecer del juego con la política, articulada a través de la expresión *el juego de la política*, ya que transcendería al enfoque que estamos siguiendo, la respuesta habría que buscarla dentro de una nueva interpelación. Concretamente Galán (2006) nos introduce la idea de que la correlación puede hacerse si tomamos como referencia la totalidad de un determinado sistema social y de los mecanismos que aseguran su control. Por tanto el interés estaría en valorar cuáles serían los fines que delimitan la estructura sociopolítica de dicho sistema y que importancia se le da o adquiere el juego dentro de ellos. Aunque sería difícil determinar, con precisión, el significado que adquiere esta palabra en cada organización social (negocio, control político, manipulación psicológica, distraimiento social, e incluso todas ellas a la vez) lo que sí queda claro es que nadie queda impasible hacia ella.

Continuando con los distintos ejes de análisis esbozados, el cuarto correspondería al nivel *antropológico cultural*. La labor fundamental, dentro de este enfoque, se centra en despejar la interesante y difícil incógnita que alude a la relación que hay entre el juego y la cultura. Para ello, esta perspectiva intentará buscar las respuestas introduciéndose en el mundo de los significados que adquieren aspectos tales como: porqué se juega, a qué se juega, a qué responde el juego, conque actitud se juega, cómo se juega; en una palabra buscar en el propio juego la construcción de una identidad cultural y por ende una forma de captar y de interpretar el mundo y en esta dirección se han encaminado los trabajos de dos importantes autores como son Huizinga y Caillois. Al primero hay que reconocerle la excelencia de haber demostrado el valor o la importancia que el juego ha tenido en el desarrollo de la civilización, y al segundo su clasificación de los juegos, ya que intenta mostrarnos que una cultura puede ser definida analizando el tipo de juegos que hay en ella.

En quinto lugar situaríamos al nivel *filosófico***.** Dentro de este marco de reflexión Galán (2006) establece tres subniveles o itinerarios de análisis: lógico-fenomenológico, ético-estético y ontológico. La primera dirección nos introduce dentro del campo de la aproximación formal y por tanto su interés se centra

fundamentalmente en delimitar el concepto de juego. Para ello tratará de buscar cuáles son las características esenciales que determinen una definición, lo más amplia posible sin caer en la indeterminación, de qué es el juego. En este nivel también se hace necesario, basándonos en las características formales, establecer alguna clasificación o división de los juegos.

Ahora bien, si analizamos las aportaciones que se han hecho a nivel *lógico formal* nos damos cuenta que la mayoría no provienen de esta disciplina, sino que esta perspectiva ha tomado camino propio utilizando las matemáticas y la teoría de sistemas. Sin embargo, la filosofía a través de la consideración fenomenológica y ayudada por la Antropología Cultural, ha encontrado el camino para establecer el estudio dentro de este campo. Esta ciencia busca penetrar y rescatar la gran riqueza con la que el juego se da prerre-flexivamente en el mundo de la vida.

Dando un paso más allá de lo formal esta perspectiva nos invita a pensar el juego desde un planteamiento *ético-estético*. Desde la estética el planteamiento consiste en poner en evidencia las posibles analogías que pueden darse entre la obra de arte y el juego. Por ello, su análisis nos da la posibilidad de adentrarnos en la abstracción de tener que desgranar la duplicidad de mundos que ambos conceptos introducen: el mundo de la *realidad* y el mundo de la *apariencia*. Sin embargo, desde el nivel ético lo que se pretende es captar los valores profundos que el juego conlleva. Concretamente Galán explicita la importancia de este enfoque aludiendo a que es necesario:

P*ensar el juego de forma utópica, como ideal purificado de su ambivalencia y así poder repensar y reexaminar desde él nuestra vida seria, nuestros asuntos importantes, el tiempo no libre, nuestra libertad privada sin sentido comunitario (…) he ahí el deber ser del juego, que no surge del no ser, sino del propio ser del juego en el que todos alguna vez encontramos esa presencia intemporal, ese tan escaso oasis de la felicidad* (Galán, 2006: 9).

Por su parte la dimensión *ontológica* trata de adentrarse en la profundidad del ser del juego y descubrir si es posible el pensar el ser desde él. Fundamentalmente consistiría en ver hasta que punto el juego nos puede ayudar a ir más allá del ente condicionado y acceder a su esencia.

Terminado este apartado situamos en sexto lugar el nivel *místico-teleológico*. Éste se ha ocupado de explicar el juego desde una perspectiva religiosa, concretamente mirando la relación que se establece con el hombre-mundo-Dios. Aunque a este nivel es difícil hablar de juego, esta asociación ha sido comúnmente empleada para negar la libertad humana o para aludir a la insignificancia de la acción humana. Por ello, expresiones como *jugársela* encajan o pueden estar asociadas a las probabilidades o posibilidades de retarse con los dioses en la no aceptación de nuestra condición o naturaleza finita.

1.3.2.- Perspectivas Teóricas del Juego

Aunque las primeras teorías elaboradas sobre el juego, propiamente dicho, no surgen hasta el siglo XIX eso no significa, que este concepto permaneciera en el olvido hasta ese momento. De hecho los hombres han jugado desde siempre y existen numerosas manifestaciones de esta actividad en sociedades de todos los tiempos, incluso se cuentan con muchas obras de arte y literatura donde se aprecian estas manifestaciones lúdicas, por eso el juego es considerado por varios autores como previo a la cultura misma, además desde siempre el juego ha sido considerado como un factor socializador por excelencia en todas las manifestaciones culturales.

1.3.2.1.- Configuración del juego desde el campo de la Filosofía

Los antecedentes podrían llevarnos, aunque sea de manera tangencial, a la filosofía. Desde esta perspectiva se buscó comprender la realidad del juego para relacionarlo con el ser y el conocimiento. En esta disciplina encontramos elementos lúdicos en las pugnas verbales y las competencias persuasivas, no en vano los *sofistas* son los instigadores del juego social a partir de la exhibición deportiva de un tipo de habilidad muy redituable en el campo de la política y la retórica donde se expresa el espíritu agonal[6] (de lucha). Distinguieron entre *physis* y *nómos*, es decir entre los productos de la naturaleza y los de la sociedad y admitían la idea de que la cultura resulta de una mezcla entre el elemento natural y las convenciones que no responden a un modelo universal ni son inmutables.

Sin embargo, se podría citar a *Platón* como uno de los primeros que mencionó y reconoció el valor práctico del juego[7]. En la pugna establecida, en su época, para delimitar el lugar que habría de ocupar el juego y el ocio en la sociedad Platón optó por la posición conservadora. Descubrió una tarea que sólo el dialéctico podría realizar: dominar el discurso que permitiría acceder a la verdad. Asoció *paideia* (cultura) y *politeia* (política) al admitir que la *areté* es transmisible y que como postulaba Protágoras[8], es necesario que el ciudadano se forme en una correcta *techné politiké*. Además sentó los límites del arte del discurso, iniciado por los sofistas pero, a

[6] El elemento agonal presente de modo emblemático en el espíritu griego, no sólo expresa la voluntad de ganar prestigio, honor o poder, sino que también evidencia el instinto gregario al identificarse al jugador con el grupo de pertenecía. Desde la competencia agonal se expresa según palabras de Ambrosini (2006:1): *todo lo místico, todo lo heroico, todo lo plástico, todo lo músico y todo lo lógico*.

[7] En la búsqueda de otorgar una utilidad al juego dentro del campo educativo Platón estudia las relaciones que pueden darse entre los conceptos de *paideia* (cultura) y la *paidía* (pasatiempo, juego). Ambos encuentran su conexión al identificarse con el niño.

[8] Fue el más famoso y el primero en llamarse sofista. Se presentaba como un educador de la cultura para insistir en la formación general del ciudadano. Además expresaba que lo suyo era un *viejo arte.*

diferencia de ellos y a la sombra de Sócrates, se basó en una ontología y una metafísica que provocaron un cambio radical en la historia de la filosofía ya que, a diferencia de los sofistas, admitió que la *areté* se basaba en el conocimiento.

En su obra la *República y las Leyes*, podemos encontrar como refleja Ambrosini (2006: 1-8), su teoría sobre la utilidad del juego en el campo de la educación. Aunque en principio antepone la educación al juego, más tarde reformula e intenta incorporar el juego a la educación y formación del ciudadano, pero lo contrapone al esfuerzo serio (spoudé) al admitir que la improvisación y creación de actividades libres hace peligrar la estabilidad del Estado y el mantenimiento de la tradición. Su concepción utilitaria condena la creatividad como acto sacrílego, como fuente de peligros. Para él, el juego cumple un papel instrumental al servicio del orden establecido, puesto que el juego es *mímesis*, copia del trabajo serio y así lo afirma en el *Libro VII* de *Leyes*:

Es necesario tomar en seriamente lo serio, pero no lo que no lo es; dios es naturalmente digno de todo el esfuerzo (spoudé) del bienaventurado (makarion) pero el hombre, como dijimos antes, ha sido construido como un juguete de dios y, en realidad, precisamente eso es lo mejor de él. Es necesario que, adaptándose a esa música y jugando los juegos más bellos, todo hombre y toda mujer vivan así pensando lo contrario de lo que hacen ahora (…) ¿Qué es entonces correcto? Hay que vivir jugando algunos juegos, llevando sacrificios, cantando y bailando, de manera de ser capaz de hacer que los dioses sean propicios y poder rechazar y vencer en la lucha a los enemigos[9].

Por ello y dado que la estabilidad del Estado dependerá de la estabilidad de las leyes, recomienda que el niño sea adiestrado en el ejercicio de juegos rígidamente reglados para educarlo en el seguimiento y obediencia a las leyes. Para darle seriedad a estos juegos propone sean transformados en juegos consagrados a los dioses donde, una vez instituidos, deberán ser rígidamente reglamentados para penalizar a quien introduzca innovaciones. Además agrega que para introducir a los jóvenes en la recta razón es posible disfrazar el esfuerzo en aprendizaje con la apariencia de juego.

Lejos de la opinión general de considerar a los juegos como meros pasatiempos desprovistos de importancia, Platón expresa que éstos encierran la clave del sostenimiento y la estabilidad de la polis. Por tanto para este autor el campo de los juegos infantiles será potestad única del Estado y los padres no dispondrán de la facultad de opinar o intervenir en esas cuestiones dado que el niño pertenece a la

[9] Este libro se divide en dos partes. La primera expone el proceso educativo del ciudadano desde la concepción hasta la edad adulta y en la segunda parte define las materias que deberían abordar los niños a partir de los seis años. Platón destaca que entre los tres y los seis años transcurre la edad del juego y este proceso hay que conducirlo. Los niños inventan sus propios juegos bajo la supervisión de las nodrizas, controladas por las autoridades educativas. El Estado deberá evitar todo tipo de innovaciones tanto en el juego como en las costumbres. Por ello es necesario que los niños aprendan a sentir placer con la mejor música y la danza. La asistencia al colegio debe de ser obligatoria y la educación debe de ser igual para hombres y mujeres.

polis antes que a sus progenitores. Todo esto es entendible si partimos del dato de que para Platón, el hombre es, sobre todo, un juguete salido de las manos de los dioses, por consiguiente, conforme a ese destino debe de consagrar su vida a los más preciosos juegos de la *polis*.

Aunque este autor expone en el *Libro II* y en el *Libro IV* la idea de *educar jugando* cuando menciona los conceptos de armonía y orden (ambos presentes en el placer que se puede encontrar en los juegos) que los considera atributos divinos. Se puede considerar como, bien expresa Ambrosini (2006: 7), que detrás de esta idea se puede encontrar un concepto meramente instrumental del espíritu lúdico que resulta sometido a las necesidades del Estado, con lo que condena al juego a ser una mera repetición ritualista.

Más allá del ámbito educativo, concretamente desde el marco amplio de la metafísica, Platón concibe al juego como *mímesis*, imitación o copia. Expone que el arte, la poesía, el juego, sólo son reflejos o imitaciones de ideas. En esta línea Fink Eugen (1996) expresa que Platón refuta, no la poesía, sino la pretensión de una poesía que se adjudicara una verdad propia, original, más allá de la filosofía. La poesía es esencialmente mimética, por lo que lo bello queda supeditado a lo verdadero. De igual modo plantea que, el mundo hay que comprenderlo como una arquitectura estructurada en distintos niveles donde, en lo alto dominan las ideas accesibles solamente al pensamiento y relega al arte y al juego a un papel de intermediario entre los hombres y la realidad: *La irrealidad del juego y de lo bello prefiguran lo verdadero (Fink, 1996: 64)*.

Aristóteles también se ocupó de los problemas educativos para la formación de los hombres libres, mencionando en alguna de las partes de su obra ideas que remiten a la conducta de juego en los niños. Sin embargo la importancia de este autor radica en su teoría de la *eutrapelia* o "virtud del juego" que se definiría como la capacidad que tienen ciertos hombres de abandonar la seriedad para divertirse sin excesos y volver con fuerzas renovadas al trabajo. Para ello apela a la necesidad de hacer un buen uso del descanso y del tiempo libre; de ahí la importancia de desarrollar actividades de entretenimiento donde se abandonen las preocupaciones de la vida seria para hacer broma y dedicarse a la conversación ingeniosa y divertida.

Sitúa al *eutrapelos* a medio camino entre aquellos que intentan hacer reír como sea e incomodan con sus mofas y los que nunca hacen bromas ni se divierten con nada. El *eutrapelos* sería por tanto aquel que es gracioso a la vez que distinguido, gracias al uso correcto del ingenio y la viveza. Encarnaría la personificación del hombre virtuoso por lo que deberá comportarse como es debido en vista a lo noble y lo conveniente para sí mismo y para la *polis*.

Por su parte *Santo Tomás,* apoyándose en la teoría de la *eutrapelia* de Aristóteles, proclamó la trascendencia del juego para la vida humana, cuestión impensable hasta ese momento, dado que el cristianismo trató con mucho recelo todo lo que tuviese que ver con este tema. La define como una virtud social ya que orienta a la comunicación cuando convoca el juego, la diversión, el chiste y la fiesta; coincidiría con lo que él llama *sana alegría*. Sin embargo condena la hipérbole que altera la seriedad del carácter: *La trasgresión es vicio mientras que la diversión lícita, sana, correcta y limpia es virtud* (Ambrosini, 2006: 10).

Justifica la licitud del juego planteando que es una actividad prácticamente inútil y que sólo persigue la diversión y lo asemeja al sueño y al reposo, todos ellos buenos una vez cumplidas las obligaciones serias de la vida. Aún así, explicita la necesidad de realizarlo, pero sin exceso, porque puede ser considerado pecado mortal si se antepone al amor de Dios y a los preceptos de la iglesia. Es necesario controlarlo mediante la razón.

Del mismo modo, John Locke en su libro *Pensamientos sobre la Educación* destaca la importancia del juego arguyendo que éste es un factor educativo de enorme importancia, y no sólo como ejerció físico. A través de él se enseña a medir las propias fuerzas, dominarse, a actuar con provecho sobre el mundo externo, por lo que debe de ser tenido en cuenta en la educación intelectual. Sin embargo para este autor el mayor atractivo del juego radica en la libertad. Llega incluso a la paradoja de establecer que el juego debería ser obligatorio y el estudio libre, puesto que éste puede ser fuente de enseñanzas intelectuales.

Ahora bien esta idea hay que entenderla teniendo en cuenta el contexto socioeducativo de su tiempo. Hay que partir del hecho de que los reformistas de la época (siglos XVII, XVIII) no tenían un claro panorama de cuáles eran los cambios educativos que debían de realizarse y así lo hace patente el autor J. Bowen (1992) cuando afirma que el movimiento utópico reformista carecía de un cuerpo adecuado de doctrina sobre educación para guiar el proceso de la instrucción, además no había una comprensión de la naturaleza de la infancia y de la niñez, ni una percepción clara de la psicología del aprendizaje, del papel que debía de ocupar el juego, de la fantasía o de la imaginación; ni la necesidad de organizar los grados según la edad y las etapas de crecimiento. A lo que habría que añadir que en esta época las actitudes ante la existencia humana todavía seguían dominadas por el miedo al pecado y a la necesidad de salvación.

Pese a estas dificultades, *John Locke* participó con sus planteamientos en el cambio que se estaba gestando en la educación, no en vano su idea de que el hombre puede alcanzar el progreso social a través del cambio político y de los programas educativos fue robusteciéndose en detrimento de la creencia en la autoridad divina como fuente de toda ilustración personal y de toda organización en el mundo. Incluso

hay quien plantea que este autor presenta el juego como reto de una reforma educativa en el siglo XVII (Ortiz, 2002).

En esta misma línea, *Jean Jacques Rousseau* enfatiza la importancia que para el niño tiene el juego, puesto que éste le permite desarrollar sus instintos naturales. Además él veía el aprendizaje de los niños llevándose a cabo a través de la libertad y la espontaneidad que da el juego (Toro López, 2000). Ideas que son recogidas en su obra *Emilio o la Educación* y que explicitan el valor que el juego tiene como actividad que capacita para entender el mundo.

Ahondando en esta disciplina podemos ver que la verdadera reflexión sobre el juego viene de la mano del Pensamiento Moderno. Concretamente el interés por el juego y su naturaleza coinciden con la consolidación de la Estética en el siglo XVIII, como disciplina autónoma en el campo de la filosofía. Hecho que se hace posible gracias a los principios ilustrados del carácter autónomo del hombre y del arte. Por una parte la sensibilidad humana recupera su valor propio y por otra el arte pierde su función, antes regulada por su relación con lo sacralizado o lo institucionalizado, en la sociedad. A partir de este momento es cuando se puede encontrar una estrecha relación entre juego y estética y los antecedentes fundamentales de esta relación los encontramos en las obras: *La Crítica del Juicio del Gusto* de Inmanuel Kant y en las *Cartas sobre la Educación Estética del hombre* de Friedrich Schiller.

En la *Crítica del Juicio del Gusto, Inmanuel Kant,* crea el principio de autonomía de lo estético. Establece que el juicio de gusto está fundado en la pura satisfacción desinteresada, diferenciando el placer "puro" que sentimos ante la contemplación de lo bello, del placer "interesado" propio de lo útil o de lo moral. En su teoría del arte como valoración autónoma de un modo de conocimiento estético, Kant define la belleza como la forma de la finalidad de un objeto, cuando es percibida en él sin representación de un fin. Considera que la finalidad de la belleza es una "finalidad subjetiva" o "finalidad sin fin", es decir, que es libre de conceptos y significados, que no se adecua a un fin (utilidad-funcionalidad), ni siquiera a la perfección del objeto estético.

El concepto de juego, dentro de la estética kantiana, aparece unido al principio de autonomía, en cuanto que, hace referencia a juego libre de las facultades de conocimiento, imaginación y entendimiento. Por tanto el juego como el arte no representa ningún concepto y el placer que provoca no es resultado de ningún sentimiento, de ninguna finalidad. Es finalidad sin fin. Juego y arte manifiestan una autonomía que les permite ser, y no sólo en sentido figurado, un mundo dentro del mundo.

Por su parte**,** *Friedrich Schiller*[10], heredero del pensamiento kantiano, reconoce en el juego una actividad superflua, es decir inútil para la conservación del individuo, los albores del yo y de la cultura.. En su obra *"Cartas sobre la educación estética del hombre"* nos encontramos con una reflexión histórico-filosófica sobre el origen fenomenológico de la belleza y su función en el contexto de la cultura y de la sociedad. Analiza y establece que el proceso de ennoblecimiento del carácter humano, planteado en el seno de una educación del hombre y de la humanidad, para un Estado o una sociedad verdaderamente racionales, se consigue a través de la belleza, pues ésta, como principio de libertad o autonomía en la apariencia sensible, se relaciona íntimamente con la esencia moral del ser humano que es precisamente *ser para la libertad*.

En esta reflexión Schiller se rige por el principio antropológico de la doble naturaleza inseparable -sensible/racional- del carácter humano. (Cartas I-IX: 111-181) otorgándole, a cada uno de estos elementos básicos, un impulso: el *impulso sensible* y el *impulso formal* (Carta XII: 201-209). Ambos impulsos se encuentran, según este autor, contenidos en la belleza y ésta sería la instancia que haría posible educar, de manera simultanea ambas facultades. Sin embargo el principio por el cual la belleza puede actuar es el impulso de juego (Spieltrieb) que engloba a los otros dos impulsos en un movimiento dialéctico suprimiéndolos y conservándolos a la vez. Concretamente en la Carta XIV expresa que:

El impulso de juego (...) en la misma medida en que arrebate a las sensaciones y a las emociones su influencia dinámica, las hará armonizar con las ideas de la razón, y en la misma medida en que prive a las leyes de la razón de su coacción moral, las reconciliará con los intereses de los sentidos (p. 229). Además añade, que la acción recíproca de los dos impulsos realiza la idea del cumplimiento pleno de la determinación del carácter humano, es decir*: La razón exige por motivos transcendentales que haya una comunión del impulso formal con el material, esto es, que exista un impulso de juego, porque sólo la unidad de la realidad con la forma, de la contingencia con la necesidad, de la pasividad con la libertad, completa el concepto de humanidad* (p. 233)

Concluyendo podríamos decir que resulta evidente que Schiller le otorga al impulso lúdico la capacidad de darle sentido o de fundamentar al impulso artístico, síntesis del instinto de la forma y de lo sensible, y lo expresa de esta manera*: El hombre nada más juega cuando es libre en el pleno sentido de la palabra y nada más es plenamente hombre cuando juega* (Camino Roca, 2005: 100).

Si partimos de los presupuestos teóricos de la cultura contemporánea encontramos que autores como Herbert Marcuse y Georg Gadamer actualizan o reinterpretan el pensamiento de Schiller. Concretamente la obra *Eros y Civilización* de Marcuse puede ser deducida como una actualización de la teoría de Schiller.

[10] Schiller es considerado como el primer pensador que postula la relación directa entre juego y arte. Su influencia no desaparece con su época, sino que sigue presente y se deja sentir en la estética contemporánea, concretamente en autores como Herbert Marcuse y Hans-Georg Gadamer.

Basándose en la teoría freudiana, este autor, intenta corregir denunciando la teoría cultural de Freud por pesimista y entiende la cultura no como sublimación represiva, sino como la libre expresión del *eros*, el principio del placer y de la dimensión lúdica, por medio de la capacidad humana, que para Freud, escapa al principio de la realidad, es decir, de la fantasía.

Es en este análisis donde *Herbert Marcuse* introduce el tema de la teoría de la educación estética de Schiller. Establece la insistencia de la imaginación, de la belleza o del principio lúdico del juego, como reivindicación de la totalidad del carácter humano, apresado éste en lo heterogéneo y en la cosificación que le impide o merma la posibilidad de realizar una cultura libre. Arguye que el ideal de libertad plena (expuesto por Schiller) sólo puede ser posible gracias a la significación ética y existencial del juego. Por ello es necesaria una reivindicación de la sensibilidad, que de hecho es el elemento reprimido por el principio de realidad o actuación según la teoría freudiana. Liberar los sentidos no lleva aparejado la destrucción de la cultura, sino todo lo contrario, la liberación haría aumentar sus potencialidades gracias a la intervención del juego. No en vano Marcuse expone que en una civilización humana genuina, la existencia humana sería juego antes que esfuerzo y el hombre viviría en el despliegue, antes que en la necesidad, porque el juego es improductivo e inútil y cancela las formas represivas de la explotación del trabajo y del tiempo libre[11].

Dentro de la misma línea de la experiencia estética del juego, pero esta vez desde la perspectiva de la hermenéutica, encontramos que la teoría estética de Schiller se revaloriza, en cuanto que puede ser tratada como síntesis antropológica, que insiste en la opción de potenciar el valor de la sensibilidad. Sería desde este planteamiento, desde donde podríamos ubicar a *Hans-Georg Gadamer*, puesto que se encuentra en la misma tradición conceptual que Schiller. Este autor trabaja su concepción del juego en dos obras: *Verdad y Método* (1960) y *La actualidad de lo bello* (1977).

En cuanto a la conceptualización que hace del arte decir que, básicamente lo define teniendo en cuenta su carácter. Explicita que el arte es intuición -*intuición de mundo*-, concretamente alude a la *intuición interna* que entra en juego en la obra de arte. Por ello, para Gadamer (1997), el sujeto de la experiencia artística (en cuanto juego) no es la subjetividad del que realiza la experiencia estética, sino el ser mismo de la obra de arte que se origina y que es independiente de la conciencia que lleva a cabo la experiencia del juego. En palabras del autor:

[11] Véase: La educación estética en la cultura contemporánea: Los conceptos de Juego. Reflexión estética y modernidad, en: http://www.javiera.edu.co/Facultades/C_Sociales7Facultad/sociales_virtual/publicaciones/arena/estetica. 14/11/2005.

El sujeto de la experiencia del arte, lo que permanece y queda constante, no es la subjetividad del que experimenta sino la obra de arte misma. Y éste es precisamente el punto en el que se vuelve significativo el modo de ser del juego. Pues éste posee una esencia propia independiente de la conciencia de los que juegan (...) El sujeto del juego no son los jugadores, sino que a través de ellos el juego simplemente accede a su manifestación (Gadamer, 1997: 145).

Gadamer (1997), continuador del giro hermenéutico de la fenomenología iniciada por Heidegger, trabaja el concepto de juego para aplicarlo, como hemos puesto de manifiesto en el párrafo anterior, a la interpretación de la obra de arte, con el fin de postular una estética que respete de manera cabal el papel del sujeto y del objeto, pero fundamentalmente que evite el estrecho subjetivismo en que cayó gran parte de la estética moderna (Galán, 2006).

El hablar de juego no implica para este autor, que tengamos que pensar en claves de actitud subjetiva de los jugadores, ya que éste es independiente de la conciencia del jugador. El planteamiento radica en concebir al juego como verdadero sujeto y no al jugador, porque quien juega realmente es el juego y el jugador lo que debe hacer es dejarse abandonar por el juego mismo. Sin embargo, en éste siempre va a ir implícito la figura de *un otro* sea éste real o imaginario; pero jugar también implica riesgo y la fascinación misma del juego está o se encuentra en el poder apoderarse del jugador. Nos encontramos con lo que este autor denomina *el primado del juego frente a la conciencia del jugador.*

Ahondando un poco más en este tema nos encontramos con otra cuestión de interés que alude al tema de la finalidad que comporta el juego. Concretamente, Gadamer (1997) hace patente que ésta no hay que buscarla fuera de la propia esencia, es decir el *ser* de todo juego tiene su fin en sí mismo y esto es así porque el juego en sí es un espacio cerrado, autónomo que se opone al mundo de las actividades que se orientan a lograr objetivos. Por ello establece que la actividad del juego lo que hace realmente es mostrarnos el mundo tal como es. De ahí que frente a la falta de finalidad de esa actividad, el filósofo alemán hable de *autorrepresentación*, es decir, el ser manifestándose ante él mismo y ante otros, buscando un lugar en la pugna por alcanzar su representación en el mundo de los vivos. Con esta característica el autor intenta explicar que el juego tiene el poder de exponerse en su sentido interno y remitirse como acontecimiento, dado que éste sobreviene a los jugadores y es intemporal. Por ello, las vivencias que el jugador va a tener del juego van más allá de la subjetividad dado que, al igual que en una obra de arte, en el juego se produce o hay una transformación del sentido de la realidad y una autoexposición de la verdad más íntima de la propia realidad.

Centrándonos en el concepto podemos decir que, para este autor, el juego puede ser definido de forma genérica como aquel instante (augenblick) de aparición (erscheimung) fugaz o como aquel brevísimo momento en el cual varias instancias se

hacen copartícipes del juego (Grumann Sölter, 2006)[12]. Además el propio Gadamer (1997: 66) precisa la importancia que el juego tiene para la cultura, pero sobre todo para la vida humana en estos términos: *Lo primero que hemos de tener claro es que el juego es una función elemental de la vida humana hasta el punto de que no se puede pensar en absoluto la cultura humana sin un componente lúdico.*

Sin embargo este autor intenta imprimirle un nuevo giro conceptual y lo cristaliza a través del vocablo alemán *Gebilde*. Esta palabra se compone del verbo *bilden*, que en español significa formar o formación y del prefijo *Ge* que indica movimiento. En el ánimo de aclarar el significado exacto de este término Sölter explicita que éste nos remite a la idea de *"en-construcción"* más que a la de *construcción* planteada por otros autores[13]. El Gebilde denota un doble juego de autoafirmaciones simultáneas que Gadamer (1998) las denominará como *conformación*. Palabra que debe ser leída como una formación con el juego, pero también como una formación con los jugadores (actores y espectadores ambos como ejecutantes de la acción) que tematiza con todo aquello que Gadamer (1998) denomina como juego del arte.

Finalmente podríamos señalar que en el afán de dotar de un fundamento teórico a su teoría del juego, Gadamer (1998) establece una serie de características, que ponen de manifiesto las influencias que sobre este autor ha tenido la obra Homo Ludens del antropólogo Johan Huizinga y que podrían compendiarse del siguiente modo:

- El juego posee una *seriedad propia*. Seriedad que coteja con la de tipo sagrado.
- El juego es *vaivén sin objetivo claro*. Vaivén que hay que entenderlo desde la coparticipación o remisión mutua.
- El juego es un *proceso natural* que surge del movimiento.
- El juego *carece de esfuerzo en su acción*.
- El juego *surge* de *manera libre* y con *plena naturalidad*, por tanto no necesita de un tercero para realizarse.
- El juego *comporta un riesgo*. Riesgo que alude tanto al hecho mismo de jugar como a la interpretación que se haga de él y eso conlleve un cambio en las reglas y en la seriedad propia de todo juego.

[12] Resulta de interés leer los documentos: "Los instantes simultáneos (gleichzeitiche Augenblicke): la temporalidad de lo estético a través de la fiesta" y "Dimensión lúdica de la existencia humana: el juego en Huizinga, Caillois y Gadamer" publicados en: http://weblogs.udp.cl/andres.grumann/archivos (1/09/2007).

[13] Concretamente este autor hace referencia a los traductores Ana Agudo Aparicio y Rafael de Agapito (1997).

- El juego requiere de una *libre determinación por jugar*, es decir, que es el jugador quien decide si quiere o no jugar.

- El juego también *implica un jugar a algo*. Esto conllevaría un abandono de los objetivos particulares para fundirse con el universo propio del juego.

- El juego comprende un *representar-algo*. Representación que requiere de una puesta en escena, de unos actores y del establecimiento de un nexo con los espectadores para transformarlos en jugadores del juego.

- El juego implica también una *representación para alguien*. El espectador necesariamente se reconoce en lo representado, ya que ha llegado a formar parte de ello.

Siguiendo con las reflexiones que interrogan sobre el fundamento de la realidad utilizando el concepto de juego llegamos al pensamiento de *Eugen Fink*. En su intento de dar respuestas a si puede el juego tener una función fundamentativa respecto al ser o a la realidad, o lo que es lo mismo, si el juego tiene una función ontológica, este autor explicita que el juego puede ser considerado como un eje fundamental, ya que de lo que se trata es de comprender la apertura lúdica de la existencia humana. Pero para poder conseguir esto es necesario cambiar o restituir el lugar que el juego tiene en la conformación de la realidad humana. Mayoritariamente el juego ha sido considerado como un fenómeno marginal, muy alejado de las cuestiones serias de la vida, cuya importancia viene vinculada a su naturaleza lúdica y conexa al mundo de los niños. Por ello una de las principales pretensiones de Fink (1996) es reivindicar el papel del juego en la vida de los adultos y así poder hacer del juego, no sólo la experiencia fundamental, sino también fundamentativa de la existencia y la realidad humana.

Vista esta tesis o formulación la cuestión que nos surge a continuación sería ¿Cómo idear el juego para que pueda pensarse como una experiencia humana? Fink (1996), a diferencia de otros autores, considera que el juego es un ámbito experencial propio y único en los seres humanos. Experiencia originaria y fundamentativa que se encuentra en la base de toda creación o producción humana, por ello cree que es necesario pensar la esencia del mundo como juego, en tanto que el juego humano es un engendramiento creador, una producción, una acción simbólica que tiene como finalidad hacer presente sensiblemente el mundo y la vida y es por ello por lo que se puede determinar el ser a partir del juego, es decir concebir en él la posibilidad no sólo de realización y conformación de la realidad, sino también de poder transformarla.

Otro interrogante importante que plantea este autor, y que está relacionado con la idea de que el juego nos da la posibilidad de instaurar una duplicidad de mundos, es: ¿Dónde está el mundo lúdico?; y aquí debemos remitirnos al concepto de lo mágico como característica fundamental que Fink (1996) le atribuye al juego.

Explicita que el mundo del juego no está afuera ni adentro, está tanto afuera como una zona imaginaria delimitada, cuyos límites conocen y respetan los jugadores reunidos, y está a la vez adentro, en las representaciones, pensamientos y fantasías de los propios jugadores, y por eso la determinación local de un "mundo del juego" es muy difícil. ¿Qué puede ocurrir cuando se juega? Basta con mirar a un niño o niña jugar y veremos que éstos se muestran seguros jugando con una muñeca o un coche. Ambos son sabedores de los dos mundos (real-imaginario) y son capaces de gravitar entre ambos e incluso conocer los pasadizos e ir de uno a otro o estar, al mismo tiempo, en ambos sin que eso suponga ser víctima de la confusión o del autoengaño. Porque saben que la muñeca o el coche son el vehículo con el que jugar, con el que sacar su potencial lúdico, es decir, su imaginación su creatividad

El juego es poder transfigurador de la realidad, en el juego no desaparece el mundo cotidiano, ni se esfuma de la realidad, por eso Fink (1996) explicita que el mundo del juego no está en ninguna parte, tiene en el espacio real un espacio lúdico y en el tiempo real un tiempo lúdico, pero el espacio y el tiempo de juego no son el tiempo real que gastamos al jugar, ni el espacio que cotidianamente habitamos; por ello, las medidas de estos espacios o tiempos dobles no necesitan cubrirse, una hora de juego puede abarcar una vida, el mundo del juego tiene su propio presente inmanente. En su afán por atrapar la esencia del juego este autor nos habla de realidad de la "apariencia", de recreación del sentido, de libertad en la obligatoriedad en las reglas y de comunidad lúdica (espectadores), pero sobre todo nos departe del carácter envolvente del juego. Concretamente explicita que el juego nos otorga el carácter de un presente tranquilizador y un sentido autosuficiente y lo asemeja a un oasis de felicidad que nos sale al encuentro en el desierto de nuestra lucha por la felicidad. En una palabra, el juego en su capacidad de regalarnos presente y de ser autosuficiente en sí mismo, nos rapta y en cierto modo es una imagen de la eternidad.

Por tanto, para Fink (1996) el juego como juego de un mundo o en relación con él, no debe de aparece al lado de otras dimensiones de la existencia humana aunque forme parte de ella, ya que eso supondría falsear la esencia del juego. El juego no es un fenómeno marginal, sino una modalidad más de la existencia tan fundamental como el trabajo, el amor, el lenguaje, la muerte el dominio, etc., aunque se opone a ellas. Se puede jugar con la seriedad, la realidad, el trabajo, la muerte, etc., pero a través de él transformamos los actos con que el hombre, como ser preocupado gira sobre sí mismo en una despreocupada fluctuación sin meta, pero llena de sentido.

Para terminar este apartado haremos alusión brevemente a la teoría esbozada por *Laín Entralgo*. Este autor establece que para poder entender el significado vital y lo que representa en sí el juego es necesario distinguir tres etapas y líneas de análisis:

1. *Etapa Idealista***:** Representada por Schelling que alude al juego cómo expresión de un impulso primario de la naturaleza humana, previo al impulso artístico y

fundamento de él. Del mismo modo afirma que el juego es más espíritu (geist) que naturaleza (natur).

2. *Etapa Naturalista*: Representada por Spencer que afirma que el juego sería la actualización de un sobrante de la energía biológica del organismo.

3. *Etapa Existencial*: Representada por Heidegger quien analiza el juego como vía por la cuál el pensamiento salta de la experiencia cotidiana hacia su fundamento. Este autor toma muy en serio el juego y hace de éste un término esencial de su pensamiento llegando a decir que en el juego se apoya el ser y no en ningún fundamento.

Es a lo largo del siglo XX cuando se empieza a estudiar el significado que adquiere el juego en la vida del hombre dando como resultado nuevas perspectivas de análisis o puntos de vista. Destacar por ejemplo, la línea psicológica dónde el juego se configura como exponente importante de preparación para la vida (Buytendijk y Groos). Cómo segunda línea estaría la perspectiva filosófica de la fenomenología que estudia el juego como parte integral de la constitución del ser humano en el mundo (Fink). En tercer lugar aparece el enfoque antropológico cultural que considera el juego como un ingrediente fundamental de la realización histórica de la vida humana (Huizinga).

A partir de las consideraciones establecidas por el enfoque ontológico existencialista, Laín elabora su teoría que se ciñe, no en esclarecer la significación del juego en la existencia del hombre, sino en valorar cuál es la relación que se da entre el juego y la realidad. Concretamente explicita que en principio, cualquier actividad del hombre puede ser juego y que más allá del puro gozo que psíquicamente produce en quien lo lleva a cabo, el juego nos pone lúdicamente ante la realidad, pero llegar lúdicamente a la realidad por la vía que sea (pensar, imaginar, etc.) no es poseer la realidad y por ello el juego puede producir una sensación o sentimiento de no terminación, de que hay algo más, un último aspecto necesario que nos ayude a poseer esa realidad.

1.3.2.2.- Consideraciones generales del juego desde la Antropología

Cómo hemos podido apreciar a lo largo de nuestro estudio, el juego tiene un valor esencial dentro de esta perspectiva teórica. El juego como elemento de análisis antropológico recoge la tesis de que la actividad lúdica es un fenómeno a tener en cuenta para el estudio del ser humano. No en vano, se afirma que el juego al igual que el lenguaje, es una constante antropológica que encontramos en todas las civilizaciones y en todas las etapas de cada civilización (Borja, 1980). Del mismo modo no podemos olvidar que el juego, como actividad en sí misma, puede convertirse en

una evidencia empírica que nos aporta información muy valiosa, sobre las generaciones pasadas, y que nos sirve para reconstruir la historia de la humanidad.

Aunque resultan escasas las referencias que pueden acopiarse a nivel antropológico sobre las manifestaciones lúdicas, tal y como apunta Bantulà (2006), con los años sí se puede apreciar un cambio en el interés que esta perspectiva ha mostrado por el tema del juego y que hoy por hoy nos remite a la posibilidad de referirnos o de hablar de una antropología del juego. Intentando llevar a cabo un breve estudio de las diversas aportaciones, nos encontramos con la posibilidad de que éstas pueden ser circunscritas en función de varios aspectos o nociones.

En principio, si tomamos como ejemplo el análisis comparativo, bajo la óptica teórica del evolucionismo cultural, nos encontramos con el modelo propuesto en 1962 por Elman Service y revisado en 1975 por Morton Fried. Por una parte, la validez de esta propuesta radica en que si realizamos el análisis siguiendo los cinco niveles establecidos en el modelo -*bandas, tribus, prefecturas, estados primitivos y civilizaciones arcaicas*- éste nos permitirá llegar a comprender cómo ha ido marcándose el desarrollo evolutivo de la cultura. Por otra, nos da la posibilidad de poder clasificar o categorizar las formas culturales más elementales o sencillas que aún subsisten. Siguiendo esta propuesta Bantulá (2006) lleva a cabo una revisión y compilación de los estudios realizados por diferentes antropólogos[14] y destaca que en todos ellos se puede constatar, de manera general, la relación que existe entre las actividades lúdicas con la planificación y preparación bélica y con las creencias mágico religiosas. También es perceptible abstraer de ellas la idea de conformación de la personalidad, de cohesión grupal y de organización social, dado que algunas de ellas tienen como fin el establecer contactos sociales, adquirir prestigio y honores, ya sean éstos individuales o colectivos, demostrar el valor y la valía. Otras veces, sin embargo, servían para aquietar posibles disensiones intergrupales.

Este mismo autor, Bantulà (2006), nos ofrece otras formas posibles de agrupar las investigaciones En primer lugar, alude a la posibilidad de tener en cuenta la función

[14] Concretamente, este autor, alude a los estudios realizados sobre:

- Los *aborígenes australianos*: Roth en 1902, Harney en 1952, Moncrieff en 1966 y Salter en 1974.
- Los *inuits canadienses*: Boas en 1888, Bilby en 1923, Hoebel en 1954 y Glassford en 1976.
- Los *navajo* en Estados Unidos: Reagan en 1932, Kluckhohn y Leighton en 1974.
- Los *chukcy* en Siberia: Wright en 1942 y Heider en 1977
- Los *dani* y los *kumngo*, tribus asentadas en Nueva Guinea: Aufewnanger en 1961
- Los *choctaw* en Estados Unidos: Sahhlins en 1972 y Blanchard en 1981.
- Los *maoríes* de Nueva Zelanda: Firth en 1929, Davidson en 1936, Best en 1952 y Armstrong en 1964.
- Los *samoanos* en la Polinesia: Mead en 1937, Freeman en 1983y Dunlap en 1951.
- Los *zulúes* de Sudáfrica: Raum en 1953 y Bryant en 1970
- Los *ashanti* de Ghana: Cardinall en 1927.

que el juego desarrolla en una determinada sociedad. Aquí nos encontramos con la coyuntura o el resquicio de que el juego puede ser contemplado como un doble vehículo: o bien de *enculturación*[15], es decir, como una práctica que puede ser trasmitida de una generación a otra, o de *aculturación*[16] como fruto de un proceso de imposición de una cultura hacia otra. En segundo lugar, explicita la importancia que éste puede adquirir como símbolo social[17] descifrando para ello, el significado que representa para las personas que llevan a cabo esta acción. En tercer lugar, nos remite a la posibilidad de estudiar el nexo o la vinculación que se da entre el juego y las creencias mágico-religiosas[18]. Concretamente nos trasladaría a estudiar y comprender cuál es el papel que se le otorga al juego a la hora de articular los mecanismos que definen la posible conexión o relación entre el mundo natural (profano) y el sobrenatural (sagrado).

Centrándonos en la perspectiva teórica podemos decir que aunque son varios los autores (Roberts, Morris, Bateson, Norberck, Cheska, etc.) que han pretendido dar una explicación sobre la razón del juego bajo el prisma de la antropología son, sin embargo, las propuestas de Huizinga y Caillois las que han adquirido un mayor reconocimiento y por ello nos detendremos a explicar, sin mucho detalle, sus aspectos más básicos.

Johan Huizinga, antropólogo holandés, destaca por estudiar de forma amplia el papel que el juego tiene dentro de la sociedad y de ello da fe su obra escrita en 1938 y titulada *Homo Ludens*. Ese autor parte de la convicción de que la génesis de la cultura humana brota del juego y se desarrolla a través de él, por lo que es ideado como un fenómeno de tipo cultural y no como una función biológica. Además Huizinga (2005) expresa que esta actividad es una realidad que sobrepasa al estrato cultural, ya que considera que el juego es más viejo que la cultura y por ello puede estudiarse desde un punto de vista creador de cultura y cuyas manifestaciones las podemos encontrar en el arte, el saber la filosofía, el derecho, el lenguaje la guerra, la poesía, etc.

Por tanto, lo que intenta demostrar es el hecho de que el juego constituye tanto un fundamento como un factor de la cultura, explicitando la imposibilidad de vincular su presencia, no sólo a etapas concretas de la cultura, sino también a determinadas concepciones del mundo. Sin embargo, lo que sí queda claro para este

[15] Como ejemplo se pueden citar los estudios llevados a cabo en 1915, 1922 y 1948 por Malinowski; los de Salter en 1974 y los de Schwartzman en 1978 (Bantulà 2006).

[16] Como ejemplo se pueden citar los trabajos llevados a cabo por: Sutton-Smith en 1976, Heider y Farrer en 1977 y los de Salamone en 1979 (Bantulà 2006).

[17] Concepción que es sostenida por antropólogos adscritos a la antropología simbólica como por ejemplo: Bateson, Geertz o Turner (Bantulà 2006).

[18] Dentro de esta línea pueden destacarse las investigaciones llevadas a cabo por: Firth, Frazer, Salter o Sutton-Smith (Bantulà 2006).

autor es que la realidad *juego* abarca tanto al mundo animal como al humano y ello le invalida a ser una acción conexa a la racionalidad, dado que este hecho lo limitaría inexorablemente al mundo de lo humano: *Los animales pueden jugar y son, por lo tanto, algo más que cosas mecánicas. Nosotros jugamos y sabemos que jugamos; somos, por tanto, algo más que meros seres de razón, puesto que el juego es irracional* (Huizinga, 2005: 15). Además, considera que para el hombre el juego se estructura como una función esencial al igual que el trabajo o la reflexión, puesto que es una acción cargada de sentido y con una función social: "todo juego significa algo". De alguna manera el juego, para Huizinga (2005), empieza donde la Biología y la Psicología acaban.

Con la expresión "elemento lúdico de la cultura" Huizinga (2005) aborda la idea del juego como función creadora de cultura. Con ello no quiere decir que entre las diferentes ocupaciones de la vida cultural, se haya reservado al juego un lugar destacado, ni que la cultura haya surgido del juego por un proceso evolutivo, de manera que algo que originariamente fue juego se convierta más tarde en otra cosa que ya no sea juego y que suele denominarse cultura. Lo que trata de demostrar es que la cultura surge en forma de juego, que en la cultura, al principio se juega. Que en sus fases primarias tiene algo de lúdica, es decir que la cultura se desarrolla en las formas y con el ánimo de un juego. Del mismo modo alude al hecho de que a medida que una cultura se desarrolla, la relación que se da entre *juego* y *no juego* no permanece invariable puesto que, el elemento lúdico va deslizándose, poco a poco, quedándose en el trasfondo de los fenómenos culturales. Huizinga (2005: 27) define el juego como:

En su aspecto formal, es una acción libre ejecutada como si y sentida como situada fuera de la vida corriente, pero que, a pesar de todo, puede absorber por completo al jugador, sin que haya en ella ningún interés material ni se obtenga en ella provecho alguno, que se ejecuta dentro de un determinado tiempo y espacio, que se desarrolla en un orden sometido a reglas y que da origen a asociaciones que propenden a rodearse de misterio o disfrazarse para destacarse del mundo habitual.

Como podemos apreciar, este autor elabora su definición de juego teniendo en cuenta una serie de rasgos determinantes. En concreto hace hincapié en la libertad como principal característica definidora del juego (todo juego es en primer lugar y ante todo una acción libre). Del mismo modo alude al rasgo de lo *superfluo* para caracterizarlo (no se realiza en virtud de una necesidad física y mucho menos de un deber moral; no es una tarea). Es una actividad que *escapa de la vida ordinaria o real* (es algo que está fuera del proceso de la satisfacción inmediata de necesidades y deseos). Debe ser jugado dentro de *determinadas fronteras de tiempo y espacio* (agota su curso y su sentido dentro de sí mismo; el juego comienza y en un determinado momento acaba, termina el juego). El juego cobra una sólida estructura como *forma cultural* (un vez jugado permanece en el recuerdo como creación, es trasmitido por tradición y puede ser repetido en cualquier momento).

Interesa resaltar el matiz que le otorga de actividad no productiva o no instrumental que establece este autor. Teniendo en cuenta esto, estaría excluyendo a una buena parte de los juegos como son los de azar que en muchos lugares han pasado a formar parte de la vida cotidiana (loterías, quinielas, casinos, etc.). Igualmente de su planteamiento se deduce que el juego no lleva aparejado ningún interés económico, por lo que también excluiría a los juegos de competición ya que estos suelen generar un gran negocio económico (Barroso Benítez, 2003).

Bajo la misma línea, pero con algún matiz diferente, se sitúa el análisis que sobre este fenómeno establece R. Caillois y que recoge en su famoso ensayo la "Teoría de los Juegos". Para este autor el juego hay que verlo como una actividad paralela e independiente, que se opone a los actos y decisiones de la vida ordinaria. El juego como actividad debe de contemplarse como (Caillois, 1958: 21-22):

- Una actividad libre. El juego es una actividad libre, en tanto en cuanto, se juega porque se quiere, cuando se quiere y el tiempo que se quiere. Si no fuera así el juego perdería su dimensión alegre, atractiva y divertida.

- Es una actividad que está separada, cuidadosamente aislada del resto e la existencia y en general realizada en límites determinados de tiempo y lugar. Al igual que hay un espacio dentro de cuyos límites se juega (el estadio, el tablero, la pista, etc.), hay un tiempo establecido para ello (el juego comienza y acaba con la señal dada, su duración suele estar fijada de antemano).

- Es una actividad incierta. La duda sobre el desenlace debe permanecer hasta su fin. Su curso no pude ser determinado, ni conocido su resultado. El juego se basa en la necesidad de encontrar, de inventar una respuesta libre dentro de los límites de las reglas, de ahí que éste deba depender de la iniciativa del jugador (en parte, explicaría el placer que suscita).

- Es una actividad improductiva. El juego no crea riqueza, ni obra, ni elemento nuevo de ninguna clase, de ahí que haya que diferenciarlo del trabajo y del arte. Sólo se origina un desplazamiento de la propiedad en el seno del círculo de los jugadores, acaba en una situación idéntica a la del comienzo de la partida (no hay ni cosechas, ni objetos manufacturados, ni obra maestra, ni capital acrecentado).

- Es una actividad reglamentada. El juego está sometido a convenciones que suspenden las leyes ordinarias y que instauran momentáneamente una legislación nueva, que es la única que cuenta. Pero Caillois (1958) también explicita que hay juegos que no permiten tener reglas (al menos fijas y rígidas) como son los de ficción. Se puede jugar a un juego que suponga una libre improvisación cuyo principal atractivo sea conducirse como si se fuera alguien o algo distinto (juego de los niños: muñecas, soldados, etc.). Por ello establece

que los juegos no son reglamentados y ficticios, sino más bien o reglamentados o ficticios.

- Es una actividad ficticia. Suele estar acompañada de una conciencia específica de segunda realidad o de franca irrealidad en contraposición a la vida ordinaria.

A diferencia de Huizinga, Caillois (1958: 14) sí reconoce que el juego tenga implicaciones económicas, aunque éste no sea reconocido como una actividad productiva. En concreto apunta que *el juego, aún bajo su forma de juego de dinero, resulta rigurosamente improductivo, ya que la suma de ganancias, en el mejor de los casos, no podrá ser más que igual a la suma de las pérdidas de los otros jugadores*. Esta idea es justificada bajo el razonamiento de que en el juego lo que realmente se produce es un desplazamiento o traslado de la propiedad de un jugador a otro, sin que ello produzca nada. El juego simplemente es puro gasto; un gasto de tiempo, de energía, de ingeniosidad, de habilidad, y en algunos casos de dinero.

Pese a todo, esta interpretación puede ser considerada como de reduccionista, ya que obviaría que cualquier juego requiere de un organización (sobre todo los juegos de azar y competición). Al rededor del juego hay construida toda una industria de la diversión o del ocio que no debe de ser pasada por alto dadas la implicaciones económicas que esto tiene. Para algunos autores (Barroso, Benítez, 2003) esta posición vienen determinada por la llamada ética del trabajo que ha dominado a generaciones enteras de economistas, sociólogos, políticos, etc., empeñados en contraponer los conceptos de juego y trabajo.

1.3.2.3.- Consideraciones generales del juego desde la Psicología

Como sabemos el juego implica toda un aserie de aspectos psicológicos y pedagógicos de mucha valía para la formación de la personalidad y la integración social. De hecho el juego siempre se ha considerado como una parte integrante del proceso de socialización del niño, de ahí que parte del interés por el estudio del juego se haya centrado en la importancia que tiene esta actividad en la etapa infantil. Sin duda, el juego constituye un espacio de experiencia personal y social que potencia el desarrollo global del diño y su adaptación social (MacDonald, 1993).

Desde el planteamiento psicoanalítico el juego es considerado como un elemento fundamental en el desarrollo infantil. El juego como manifestación necesaria de *SER* del sujeto expresa a través de su actividad todo un mundo rico y variado de significaciones y simbolismos. El juego se confiere como un universo simbólico que trata de proyectar el mundo imaginario del niño en las dimensiones de la vida cotidiana. El juego se conforma como el lugar del encuentro del YO y el reencuentro

continuo con los otros, el privilegio del inconsciente como puede serlo el sueño, a través de la fantasía y la imaginación (López, 1990).

Las observaciones de Freud (1984) muestran que el juego ante todo es búsqueda y manifestación de placer. Toda situación que no vaya seguida de la obtención de placer será interpretada por el infante en retraimiento y frustración inmediata a no ser que la sublime o la reproduzca en juego para encauzar a sí su dominio sobre la misma. Ligado al principio del placer se encuentra el principio de destrucción, pulsión o muerte, donde el niño -en el juego- busca dar una salida a las pulsiones de líbido acumuladas.

Según la interpretación freudiana, el juego tiene como fin la representación simbólica del conjunto de las realidades vividas por el niño aún no asimiladas. Para él el juego es ante todo un lenguaje expresivo de la imaginación y del deseo llegando a establecerse una relación de tipo dialéctico. El juego simbólico es explicado por la asimilación de lo real al Yo. Como actividad compensadora del deseo, el juego manifiesta de forma externa el egocentrismo del niño volcado en los objetos. Objetos que son contemplados como signos de actuación, que desde la madre parten como información y símbolos para convertirse más tarde en palabras. (López, 1990).

El juego es un instrumento fundamental para la construcción de la identidad del sujeto, porque a través de él el niño, no solo revela su entorno o el mundo, sino que también es capaz de descubrirse a sí mismo. En su descubrimiento el niño se reconoce en el juego (anagnórisis), camina hacia dentro, encubre su deseo y lo legitima en su reproducción. Superada la etapa infantil el niño aprende a distinguir el valor que tiene esta actividad. El juego va a formar parte de las fantasías internas y externas relacionadas con el entorno. A través de él será consciente del mundo diferenciando a través del proceso de socialización.

Otro de los enfoques que han tenido una gran influencia en este campo ha sido el modelo de *desarrollo cognitivo del juego en la niñez* de Jean Piaget. Su estudio se centró principalmente en analizar los procesos cognitivos o mentales que guían el pensamiento y la comprensión de la realidad. Establece que el niño, en su aprendizaje, va pasando por varias etapas que tienen que ver con su desarrollo biológico y el tipo de experiencias sociales que van acumulando. Por ello piensa que las diferentes formas que el jugo adopta a lo largo del desarrollo infantil son consecuencia directa de las transformaciones que sufren las estructuras intelectuales. También anota que, en la medida en que el juego es acción infantil contribuye al establecimiento de nuevas estructuras mentales. El juego es el paradigma de la asimilación. A través de ella el niño somete objetos diferentes a un mismo tratamiento: los esquemas motores de los que dispone. A través del juego los niños incorporan elementos del mundo exterior en estructuras cognitivas, ganado experiencia modificando planes de acción en respuesta a las características de los objetos.

Para Piaget (1966) el juego facilita el descentramiento cognitivo. Por ello, el símbolo pasará de tener un carácter inicialmente egocéntrico a transformarse en imitación representativa de la realidad a través del juego, ya que el deseo del niño de jugar con otros, hace necesario compartir los símbolos que evolucionarán hacia representaciones cada vez más cercanas a la realidad. El juego se transforma en juego de reglas, cuya formulación requerirá de una representación simultánea y más abstracta de las acciones de los distintos jugadores

Ente las críticas realizadas a Piaget, destacar la que lleva a cabo Linaza (1992) matizando que en la concepción piagetiana existe una cierta contradicción del juego simbólico al caracterizarlo como individual en sus primeras fases y sólo progresivamente socializado, ya que desde sus inicios como actividad compartida, con el adulto o con otros niños, el juego simbólico guarda en sí mismo el germen de superación de ese egocentrismo que caracteriza el pensamiento infantil. Por otro lado también está la que lleva a cabo Caillois (1985). Éste le reprende que dentro de su modelo teórico no haya un sitio para los juegos de azar. El juego desde esta perspectiva es visto como una aberración en los procesos del pensamiento. De igual se le reprende que su modelo de desarrollo cognitivo propuesto asume que la inteligencia y el pensamiento son relativamente insensible a las influencias del contexto social y de la interacción social, ya que establece que el niño hasta que no cumple siete años no visualiza el pensamiento y parece la acción socializadora. Mead (1990) cree que Piaget niega la opinión del interaccionismo simbólico de la conciencia y de uno mismo, porque no tiene en cuenta que son los contextos sociales de las experiencias de la socialización los que forman los procesos de pensamiento del niño joven.

Al igual que Piaget, Wallon (1941) considera que hay una profunda implicación entre juego y desarrollo. Para este autor, el juego se confunde con la actividad total del niño, en tanto que éste es una actividad espontánea y no toma sus objetos de las disciplinas educativas. En cada etapa de desarrollo el juego señala la aparición de funciones muy diversas. En un primer estadío se manifestarán los juegos estrictamente funcionales, más tarde aparecerán los juegos de ficción, de adquisición y de fabricación. El juego se constituye como una actividad que requiere de un cierto esfuerzo y de un gasto de energía. Los juegos buscan la dificultad y los temas no deben de tener razón de ser fuera de ellos mismos. De igual modo establece que, el juego no puede convertirse en un medio para lograr un fin ya que perdería su atractivo y sus características y en la medida en que se aproxime a la realidad dejaría de ser juego.

También antepone el juego a lo serio. Para Wallon (1941) el juego es una transgresión a la disciplina o a las tareas que nos imponen las necesidades prácticas de la existencia. Puede haber juego en la medida en que se presenta la satisfacción de sustraer del ejercicio de una función a las presiones o a las limitaciones que ésta sufre normalmente por parte de actividades más responsables. Por tanto el juego es visto

como un respiro, como un disfrute, como un nuevo impulso que ayude a retomar de nuevo las funciones.

Tomando algunas de las aportaciones realizadas por la teoría psicoanalítica, Wallon (1941) determina la importancia que tiene la ficción (característica central del juego) en la vida mental del niño. La ficción introduce el uso de simulacros que constituyen la evolución necesaria entre el indicio (ligado a la cosa) y el símbolo (soporte de las combinaciones intelectuales puras). El juego ayuda a traspasar este limen desempeñando un papel importante en su evolución psíquica. Por naturaleza, la ficción se opone a la realidad. Aunque el niño cuando juega tiende a alternar ficción con observación, nunca va a desprenderse de la ficción. Asimismo, la imitación juega un papel muy importante en la actividad lúdica. El niño tiende a reproducir en su juego las experiencias que vive, convirtiéndose en su única regla. La imitación, en un alto grado, es selectiva; normalmente tiende a emular a las personas que le resultan más queridas para él. Por ello Wallon (1941) cree que el juego simbólico resalta el papel de la imitación como actividad fundada en una necesidad social de concordancia o equilibrio, con consecuencias en el campo de la socialización y del desarrollo cognitivo.

Otro aporte muy importante a este tema lo realiza *Mead* (1990). Este autor utilizó el juego para explicar la importancia que tienen los procesos interactivos en la socialización, sobre todo la interiorización del "otro" como requisito básico para el nacimiento de la conciencia de "sí mismo" (el self). En este transcurso, el juego ocupa un papel muy significativo, no olvidemos que este autor consideraba al juego, junto con el deporte, como los elementos básicos e imprescindibles para la configuración del ser humano.

Mead (1990) establece tres etapas lógicas en el desarrollo del juego: la fase de juego informal, la del juego formal y la del otro generalizado. En la primera el niño, a través de la imitación, sólo va a estar capacitado para asumir y desempeñar el rol de una persona a la vez (personas adultas, preferentemente a sus padres); el niño juega a ser adulto. En la etapa del juego formal (play), el niño ve incrementada su capacidad al ampliar su perspectiva y poder con ello asumir y desempeñar varios roles a la vez. El juego, poco a poco, se convierte en realidad y el niño comenzará a verse a sí mismo como aquello a lo que juega. En la tercera etapa (game) el niño adquiere la capacidad de adoptar la actitud de los que están participando en el juego (aprende que el juego es algo formal, que tiene objetivos definidos, que puede haber varios roles y que se rige por unas reglas que debe de conocer y respetar). Como ejemplo, este autor, recurre al deporte ya que cree que éste ejemplifica muy bien la situación de la que puede surgir una personalidad organizada.

Será a partir de aquí, cuando el niño empiece a asimilar lo que, este mismo autor, ha denominado como el "otro generalizado". En él se despierta el significado de

la participación social conforme a cómo ésta se organiza en la vida social. Aprende a concebirse a sí mismo como miembro de un grupo y a identificarse como tal.

1.3.2.4.- Aportaciones generales al juego desde la Teoría Socio-Histórica de Vygotsky y Elkonin

Inicialmente, esta teoría, presentada por Vygotsky (1934) que, más tarde, fue desarrollada por sus discípulos, especialmente por Elkonin (1980) que bajo una selección de datos empíricos, sistematizó sus presupuestos fundamentales.

Parte de la relevancia de la teoría de Vygotsky (1934) es que aporta el *sentido social* carente en la Teoría Estructural de Piaget. El juego es una actividad social a través del cual y con la colaboración con otros niños, se logran adquirir roles que son complementarios al propio. El juego es una acción cognitiva espontánea. A través de él, el entorno social influye en la organización y construcción del conocimiento. De ahí que, este autor, considere el juego como fuente de aprendizaje porque a partir de él se crean de forma continua zonas de desarrollo potencial. El niño cuando juega utiliza recursos bastante más evolucionados que para cualquier otro tipo de actividad, por lo que le hace ir siempre un poco por encima de su capacidad, exigiéndole un nivel más alto del que cualquier acción espontánea le exigiría habitualmente. Las situaciones de juego tendrían para este autor, una estructura semejante a las que él definió como *áreas de desarrollo próximo*. El juego contendría todas las tendencias evolutivas de forma condensada, siendo en sí mismo una considerable fuente de desarrollo.

De modo general, este autor articula el juego en torno a tres elementos básicos: la acción, el símbolo y la regla. El primero, -la acción- constituye el origen, el fundamento y la concreción del comportamiento, el segundo, -el símbolo- (con un carácter cultural y antropológico) dota de significado a la acción; y el tercero, -la regla o norma interna- proveerá de cohesión, en un todo lógico, al resultado del juego, permitiendo a los participantes disponer de marcos estables en los que desplegar su acción de juego. Para Vygotsky (1982) el origen del juego está en la acción, pero teniendo en cuenta que la relación que establecerá el niño con el objeto vendrá marcada por las orientaciones que los adultos le facilitarán.

El juego tiene un origen filogenético, ya que está relacionado con la evolución de los medios de producción y del desarrollo tecnológico de las sociedades y un origen ontogenético que partiendo de la acción espontánea, desestructurada e inespecífica, incorpora el sentido social que el contexto da a la actividad específicamente humana a través del lenguaje y la adquisición de códigos comunicativos. Considera que el juego emerge en los comienzos de la edad preescolar, cuando el impúber comienza a experimentar tendencias irrealizables, deseos que no pueden ser inmediatamente gratificados u olvidados. A través del juego estos deseos irrealizables encuentran

cabida. La imaginación supone un nuevo proceso psicológico para el niño ya que va a representar una forma específicamente humana de actividad consciente, que la igual que todas las funciones del conocimiento, surge originariamente de la acción.

Juego implica recreación de una situación imaginaria que está regulado por reglas que se desprenden de la misma situación imaginaria. El juego evolucionará desde situaciones imaginarias evidentes y ciertas reglas ocultas hacia juegos con reglas manifiestas y situaciones imaginarias y poco evidentes. Vygotsky (1982) establece que lo que caracteriza fundamentalmente al juego es que en él se da el inicio del comportamiento conceptual o guiado por las ideas. La actividad del niño durante el juego transcurre fuera de la percepción directa, en una situación imaginaria. La esencia del juego estriba fundamentalmente en esa situación imaginaria, que altera todo el comportamiento del niño, obligándole a definirse en sus actos y proceder a través de una situación exclusivamente imaginaria.

Por su parte, Elkonin (1980), considera que el juego es fuente de desarrollo moral y comportamiento social. Establece que las experiencias extraídas en las relaciones lúdicas y reales durante el juego de roles son la base de la propiedad mental que permite al niño situarse en el lugar de otra persona y acceder así a distintos puntos de vista. El niño al representar a otros personajes puede reflexionar sobre la experiencia del otro y sobre la situación que éste vive, ya que asume su papel y toma su perspectiva y esto le va a permitir superar el egocentrismo, necesario para su desarrollo moral.

Desde la teoría socio-histórica de Elkoinin (1980) el juego se analiza como un producto propio del proceso de complejidad que adquiere la estructura social y de la progresiva separación de los niños de los contextos sociales más exclusivos de los adultos (mundo laboral). Es fácil encontrar asociación entre el aprendizaje de habilidades sociales (preparadoras de la vida adulta) y el juego infantil. El adulto va a actuar como orientador, ya que es éste el que debe de darle las pautas para que lleve a cabo su propia trayectoria de complejización del símbolo.

En definitiva, tanto para Vygotsky (1982) como par Elkonin (1980), el objetivo del juego se basa en servir de aprendizaje del mundo de los adultos, de sus relaciones, de sus transacciones, de sus sistemas de organización y de comunicación, de sus normas y sus valores. En una palabra el juego es un medio de enculturación social. A través de él el niño reconstruye la actividad de los adultos. Como vemos esta teoría han superado la idea piagetiana de que el desarrollo del niño hay que entenderlo como un descubrimiento exclusivamente personal, poniendo el verdadero énfasis en la interacción social.

1.4.- POR UNA SISTEMATIZACIÓN DEL JUEGO: INTENTO CLASIFICATORIO

Atendiendo a la cultura y la sociedad, el juego puede adquirir diferentes formas. Entre las propuestas clasificatorias más interesantes destaca la llevada a cabo por Caillois en su obra "Teoría de los juegos" (1958). Partiendo de la dificultad previa de poder establecer una clasificación dada la variedad infinita de juegos que hay, Caillois (1958) emplea varias clasificaciones concurrentes atendiendo al instrumento del juego, a la cualidad principal que exige, al número de jugadores, al ambiente de la partida y por el lugar donde se disputa la prueba. Todo esto teniendo en cuenta que hay juegos que se juegan solos y que un juego puede requerir varias cualidades a la vez o no necesitar ninguna y que en un mismo lugar se puede jugar a juegos muy diferentes.

Después de examinar diferentes posibilidades, este autor propuso una división en cuatro rúbricas principales según predomine el papel de la competición (agôn), del azar (alea), del simulacro (mimicry), o del vértigo (ilinx). Al mismo tiempo que se pueden ordenar bajo dos criterios antagónicos: el *paidia* que muestra el principio de la diversión, de la improvisación, de la fantasía incontrolada, y el *ludus* que pone de manifiesto lo serio, lo reglado:

1.- El Agôn. Por *agôn* aparece todo un grupo de juegos de competición a partir de los cuales se instaura un combate donde se crea artificialmente la igualdad de oportunidades para que los antagonistas se enfrenten en condiciones ideales, susceptibles de dar valor preciso e irrefutable al vencedor. La rivalidad estriba en una sola cualidad (vigor, rapidez, ingeniosidad, etc.) ejerciéndose en límites definidos y sin ningún recurso exterior da manera que haga al ganador como el mejor en un acierta categoría o proeza. Como ejemplos estarían los juegos deportivos (agôn de carácter muscular) y los juegos de damas, el ajedrez, el billar (agôn de carácter cerebral). El móvil del juego es para cada participante el deseo de ver reconocida sus excelencias en un dominio dado. Su práctica exige una atención sostenida, una preparación apropiada, esfuerzos asiduos y voluntad de vencer. La disciplina y la perseverancia son claves en este tipo de juegos. El agôn se presenta como la forma pura del mérito personal y sirve para manifestarlo.

2.- El Alea. Por *alea*, este autor designa a todos los juegos que, en contraposición al agôn, se fundamentan en una decisión que no depende del jugador sino de la suerte. No se compite contra un adversario, sino contra el destino. El destino es el único artesano de la victoria, por lo que cuando esta acontece se dice que ésta ha sido más favorecido por la suerte que el vencido. Ejemplos tenemos a los juegos de azar: la ruleta, las cartas los dados, la lotería, etc. Aquí no sólo no se buscaría no eliminar la injusticia del azar, sino que su arbitrariedad constituiría el único móvil del juego. De ahí que el *alea* señale y revele el favor del destino. El jugador permanece pasivo, sin desplegar sus cualidades o disposiciones musculares o intelectuales. Sólo

debe aguardar la sentencia de la suerte. Este tipo de juegos niegan el trabajo, a paciencia y la habilidad; eliminan el valor profesional, la regularidad y la preparación. Anula en un instante los resultados acumulados. Implica desgracia total (si se pierde) o favor absoluto (si se gana). Al jugador afortunado, este juego, le aporta más que toda una vida de trabajo de disciplina y de fatiga. El jugador, va a tener una actitud opuesta a la del agôn, ya que va a contar todos menos con sí mismo. El alea es una dimisión de la voluntad, un abandono al destino.

Hay ciertos juegos que combinan el *agôn* con el *alea* como sucede por ejemplo en algunos juegos de cartas o en el dominó, donde el azar va a presidir la composición de las "manos" de cada jugador y son éstos los que tienen que explotar sus propias cualidades y razonamientos. El dinero aproxima a ambos tipos de juego, en cuanto que el resultado del agôn puede ser objeto de apuestas, es decir de aleas. Aunque el agôn y el alea implican actitudes contrarias, para Caillois (1958: 35), ambos obedecen a una misma ley: *la creación artificial entre los jugadores de condiciones de igualdad pura que la realidad niega a los hombres*. En la vida nada está claro, en el punto de partida todo está confuso, lo mismo la suerte que los méritos; todos deben de disfrutar de las mismas posibilidades de demostrar su valor o las mismas posibilidades de recibir un favor. De una forma u otra el jugador se evade del mundo haciéndolo diferente.

3.- El Mimicry. Esta categoría referencia a todo juego que acepta temporalmente la ilusión o la ficción de hacer creer a los demás y así mismo, que se es distinto a lo que se es. Para ello el sujeto se olvida, se disfraza, se deshace transitoriamente de su personalidad para fingir otra; se evade de su realidad haciéndose creer otro. Como móviles complementarios a estos juegos aparece la mímica y el disfraz. En los niños estos juegos vienen representados por sus imitaciones a los adultos (los niños/as fingen ser soldados, ser papás, ser aviones, etc.). Dentro de este grupo se incluirían la representación teatral y la interpretación dramática. Al ser un juego, no trata de engañar al espectador. El placer radica en hacerse pasar por otro. A excepción de la sumisión a reglas imperativas y precisas, en este tipo de juegos se dan todas las características del juego: libertad, convención, suspensión de lo real, y espacio y tiempo delimitado. La única regla del juego es su inacabable invención. Para el actor esta regla consiste en fascinar al espectador, para el espectador prestarse a la ilusión de verse en una realidad más real que lo real.

4.- El Ilinx. Esta clasificación reúne a aquellos juegos que tienen por base la búsqueda del vértigo. Este tipo de juegos destruyen la inestabilidad de la percepción e infligen a la conciencia lúcida una especie de pánico voluptuoso. Como ejemplos, Caillois (1958), cita a los juegos de dar vueltas sobre sí mimo que realizan los niños (perinola), los derviches girantes (buscan el éxtasis dando vueltas sobre sí mismos) y los voladores mejicanos (juego con acrobacias), las atracciones, el esquí y el alpinismo.

Las actitudes que dominan a los cuatro tipos de juegos -competición, la suerte, el simulacro y el vértigo- no se dan siempre aisladas. Se ha comprobado que muchas veces éstas aparecen juntas. Tomándolas de dos en dos, en teoría permiten, seis conjunciones posibles que son: competición-suerte (agôn-alea); competición-simulacro (agôn-mimicry); competición-vértigo (agôn-ilinx); suerte-simulacro (alea-mimicry); suerte-vértigo (alea-ilinx); y simulacro-vértigo (mimicry-ilininx). Hay que tener en cuenta que para Caillois (1958) estas divisiones no acaban con la realidad del juego, ya que pueden darse una gran pluralidad de combinatorias posibles. De igual modo, llega a distinguir distintos tipos de sociedades teniendo en cuenta los jugos que practican.

Destacar que, en el análisis sociológico que hace este autor del juego, señala que los juegos de azar son los juegos humanos por excelencia (el animal no puede jugar porque es incapaz de imaginar una fuerza abstracta e insensible a cuyo veredicto quedarían sometido por juego y sin poder reaccionar contra él). Los juegos de azar despiertan poco interés en los niños y mucho en los adultos. La falta de acción y de dinero propio hacen que los juegos de azar sean poco atractivos para el niño. El instinto del juego se hace fuerte en Civilizaciones fundadas en el valor del trabajo, ya que éste supone el medio contrario de ganar dinero. De ahí la seducción permanente de las loterías, los casinos, las apuestas sobre las carreras de caballos, el fútbol, etc. El juego opone el espejismo de una fortuna instantánea, la súbita posibilidad del ocio, la riqueza y el lujo. Para la gran mayoría de la población que trabaja afanosa, la suerte se presenta como la única manera de salir alguna vez de su condición de humillada o miserable. El juego compite con el trabajo en atracción tal que, en ciertos casos, su importancia puede determinar el estilo de vida de una sociedad entera.

Aunque, según marca Cillois (1958: 178), es fácil atribuirles una función económica y social, no lo es tanto probar su fecundidad cultural. A estos juegos, generalmente, se les acusa de favorecer la pereza, el fatalismo y la superstición. Aunque se admite que hayan podido contribuir al nacimiento del cálculo de probabilidades, a la topología y a la teoría de los juegos estratégicos, no se concibe que sean capaces de proporcionar el modelo de una representación del mundo o de ordenar rudimentariamente una especie de saber enciclopédico embrionario. Será en las poblaciones relativamente ociosas, o por lo menos donde el trabajo dista mucho de absorber la energía disponible y no determina el conjunto de la existencia cotidiana, donde los juegos de azar adquieran una importancia cultural que influya sobre la ética, la economía y el saber.

A parte de la clasificación del juego establecida por Caillois (1958), existen otras categorizaciones, aunque no tan ambiciosas. Teniendo como referencia a este autor, González Seara (1987) nos ofrece un registro de tres grandes tipos: los *juegos de competición* cuyo valor se establece en el esfuerzo, el mérito y el entrenamiento del jugador; los relacionados con el *vértigo*, el *éxtasis* y el *disfraz;* y los *juegos de azar* que basan su principio en la suerte y el destino.

Agnes Heller (1998) tipologiza o distingue los juegos teniendo en cuenta las capacidades que deben de ser requeridas o puestas en movimiento (destreza, la sagacidad, la agilidad, etc.); aunque siempre va a ver una facultad matriz que es la fantasía. Todo juego representa una fantasía ya que a través de él, la realidad tiende a ser sustituida por otra imaginada que forma parte de un mundo inventado y autónomo. A partir de este elemento, este autor, nos ofrece tres tipos de juego: *los de pura fantasía, los juegos miméticos y el juego regulado.* Los primeros suelen agrupar a la mayoría de los juegos infantiles y facilitan la interiorización social. El goce viene delimitado por la capacidad de llevar a cabo la necesidad de fantasía. No desaparecen nunca ya que, a medida que se crece, éstos adquieren otras formas. Los segundos vienen expresados por la asunción de un papel. La fantasía es satisfecha por medio de la representación de otros personajes o roles. El caso más gráfico es el teatro. El tercer tipo hace referencia a aquellos juegos que están regulados por un carácter competitivo (se puede ganar o perder). A parte de la fantasía, la incertidumbre va a jugar un papel muy importante en este tipo de juegos. En este grupo es donde podría situarse a los juegos de azar.

Dado que nuestro tema central son los juegos de azar, pasaremos a describir, lo más detalladamente posible, cuáles son los principales tipos que actualmente conforman el campo de los juegos de envite o apuesta.

1.4.1.- Los Juegos de Azar o de Envite

Antes de pasar a enumerar los diferentes tipos de juegos que hay, señalar que el término de *juego de azar* se utiliza para nominar las actividades que impliquen una apuesta, sea esta de naturaleza económica, honorífica (distinciones) o de aprecio social (por ejemplo: el laurel para coronar a los atletas y guerreros), previamente pactada. En ellos se conjugan dos elementos importantes: uno conocido que son la reglas y otro desconocido que es el azar, la fortuna, la suerte o el riesgo. Para Benítez Barroso (2003: 58) este tipo de juego entraña un reto a la suerte, a partir de la cual una persona planifica sus esperanzas de poder cambiar (para bien) su fututo de una forma mágica. Jugar es una forma aventurada de desafiar al destino.

Dentro de esta tipología de juego, también puede encontrarse una gran variedad de oferta diferente. Atendiendo a una serie de criterios, Bombín (1994) establece la siguiente clasificación:

- Por su contenido: máquinas tragaperras, bingos, casinos, cartas, loterías y apuestas deportivas.
- Por su licitud: lícitos e ilícitos

- Por su administración: públicos y privados.
- Por su pode adictivo: muy adictivos y poco adictivos.

Otra clasificación muy utilizada es la establecida por Irurita (1996) en función de dos elementos: el "juego activo versus pasivo" y el "juego continuo versus discontinuo". Según este autor, el *juego activo* requiere de unos conocimientos, habilidad o pericia (real o imaginada) por parte del jugador que hace la apuesta. Agruparía también a aquellos que favorecen la creencia de poseer un sistema o una estrategia mediante la cual puedan hacerse con el premio (caso de la ruleta y las máquinas tragaperras). No es tanto el juego en sí como las connotaciones o supersticiones que se le atribuyen y sean aceptadas por el jugador. Involucra mucho al jugador de modo que, al exigir más de él, lo hace más adictivo. Es el caso de: cartas, dados, domino, carreras de caballo, quinielas, primitiva, bono.-loto, juegos de casino, deportes, etc. Del mismo modo, Irurita (1996), define el *juego pasivo* como aquel que sólo depende de la suerte y que no requiere de ninguna acción, conocimientos o habilidades del jugador para acceder al premio. Estarían la Lotería Nacional, el Cupón de la ONCE, el Bingo, las Máquinas Tragaperras, etc.

En cuanto a los *juegos discontinuos* y *juegos continuos*, este mismo autor, refiere a los primeros como aquellos juegos en los que las series de apuestas, juego y resultado están espaciadas durante horas o días; mientras que los segundos responden a forma continuas, es decir, se juega y se obtiene el premio. Sería el caso de las máquinas tragaperras, el bingo, las apuestas y la mayoría de los juegos de casino. En relación a este último criterio se puede abrir un nuevo factor de clasificación que tiene que ver con la capacidad adictiva del juego. Se cree que la capacidad de enganche de un juego viene determinada, principalmente, por el tiempo que transcurre entre el momento del juego y su resultado. Tendrán mayor capacidad adictiva los que presentan un resultado inmediato tras la apuesta (juegos continuos), que aquellos en los que, para conocer el resultado debe de transcurrir un cierto tiempo, bien sean horas o días (juegos discontinuos).

Por su parte, El Organismo Nacional de Loterías y Apuestas del Estado del Ministerio de Hacienda (ONLAE) distingue los distintos tipos de juego en función de su naturaleza: los de naturaleza privada que a su vez son ofertados por el sector privado, los juegos fomentados por la Administración pública y los específicos de la ONCE.

A.- Juegos Privados:

El nacimiento de esta tipología de juegos va unido a la ley que en 1977 despenalizaba el juego en España. Esta oferta la conforman los siguientes juegos:

- *Casinos*: Son considerados como los principales lugares de juego. En ellos se pueden encontrar una gran variedad de juegos. Entre ellos estarían: la ruleta francesa, la ruleta americana, *black jack*, bola o *boule*, punta y banca, etc. Exigen que el jugador tenga un nivel previo de conocimientos.

- *Bingos*: Este tipo de juegos se caracteriza por la inmediatez del premio y por el gran componente de azar puro que tienen; la habilidad del jugador carece de importancia.

- *Máquinas Recreativas y de azar*: Este tipo de juego fue legalizado en 1981. Es uno de los juegos de azar más populares y el más rentable a efectos económicos. Su acceso es fácil, ya que su instalación no fue restringida a los lugares de juegos o casinos, sino que se encuentran esparcidas por cualquier cafetería o bar. De acuerdo con la legislación vigente (Reglamento de Máquinas Recreativas y de azar de Andalucía, 1996), éstas son divididas en tres tipos de categorías:

  1. *Máquinas de tipo A.* Son las consideradas como meramente recreativas o de pasatiempo. No conceden ningún tipo de de premio en metálico, en especie o en forma de puntos canjeables por objeto o dinero. Dentro de este tipo también van incluidas las máquinas que ofrezcan como único aliciente adicional, y por motivo de la propia habilidad del jugador, la posibilidad de continuar jugando por el mimo importe de la partida en forma de prolongación de la partida o de otra adicional que en ningún caso podrá ser canjeado por dinero o especie. Este tipo de máquinas engloba a las consideradas como máquinas de videojuegos como por ejemplo la simulación de deportes, lucha o batallas; o los Comecocos, los Marcianitos, el Pin Ball, etc. Simplemente requieren de una cierta habilidad del jugador. Para su explotación comercial este tipo de máquinas están instaladas en bares, cafeterías establecimiento de restauración y hoteleros, campings, buques de pasaje, recintos feriales, salones recreativos y salones de juego.

  2. *Máquinas de tipo B*. Llamadas también recreativas o de premio. A parte del tiempo de juego, este tipo de máquinas introducen la posibilidad de ganar un premio cuyo valor nunca podrá exceder en 20 veces el fijado por el precio de la partida. Entre ellas cabe destacar las llamadas grúas o similares, las llamadas bote electrónico o similares. También están las boleritas, las cascadas, los pasillos, los rodillos y los proyectores con frutas, cartas y otros símbolos. La normativa exige que en el tablero frontal estén escritas con claridad las reglas del juego, la descripción de las combinaciones ganadoras, el importe del premio correspondiente a cada una de ella y la posibilidad de obtención de éstos. Este tipo de máquinas pueden instalarse en bares, cafeterías, salas de bingo, salones de tipo B o de juego y locales autorizados para la instalación de máquinas C. Sin embargo no podrán instalarse en bares de estaciones de ferrocarril o aeropuertos y centros comerciales cuando el local no se encuentre cerrado y aislado del público de paso.

Tampoco en establecimientos temporales que se instalen en vías públicas, playas o zonas de recreo; y nunca en terrazas o zonas que sean de ocupación de vías públicas. Su uso sólo está permitido para la población adulta.

3. *Máquinas tipo C*. Conocidas también como máquinas de azar. Son aquellas que mediante sistemas de rodillo electromecánicos, displays, proyectores, luces o vídeo, y a cambio de una o varias monedas conceden al jugador un tiempo de juego y de forma eventual un premio en metálico que dependerá siempre del azar. También se exige disponer de un tablero frontal en donde conste con claridad las reglas del juego, la descripción de las combinaciones ganadoras y el importe de los premios correspondientes. Su instalación sólo está permitida en Casinos de Juego o Buques autorizados. A cambio del precio de la partida pueden ofrecer un premio hasta 400 veces el valor de la partida. Su uso se restringe a la población adulta.

B.- Juegos Públicos

Desde sus orígenes, estos tipos de juegos han estado ligados a actividades de naturaleza benéfica social, cultural y deportiva. En parte nacieron como un medio o sistema para financiar al Estado. Están regulados por el Organismo Nacional de Loterías y Apuestas del Estado y engloba los siguientes tipos: la Lotería Nacional, la Lotería Primitiva, el Bono-Loto y el Euromillón.

Las loterías tienen una gran tradición en nuestro país, dado que el primer juego regulado fue la denominada Lotería Primitiva, creada en 1763; que fue modificada en 1912 instaurándose la llamada Lotería Moderna (Lotería Nacional) coexistiendo ambas a la vez, hasta 1982 en que se prescinde de la Lotería Primitiva que fue recuperada en 1985 (Secades y Villa, 1998).

Para terminar, resaltar la síntesis clasificatoria que establece Barroso Benítez (2003) teniendo en cuenta un nuevo eje clasificatorio (Véase Cuadro 36): los *significados socioculturales* que pueden caracterizar a los distintos tipos de juego existentes en la actualidad. Concretamente distingue entre *juegos arraigados* y *juegos exógenos* o *malditos*. Los primeros responden a aquellos juegos que suponen prácticas culturales enraizadas en las costumbres populares como es el caso de la Lotería Nacional y los segundos estarían asociados al "delito sin víctima".

Bajo estas razones el uso y algunas prácticas de juego, podrán adquirir connotaciones diferentes en función del grado de legitimidad del que gocen en la población. Concretamente los juegos exógenos, que son los que proceden del sector privado, muestran un mayor nivel de estigma para el jugador dada su capacidad

adictiva. De igual modo, los rituales y sus símbolos son importantes ya que intervienen en la construcción de la identidad del jugador dependiente. Hay prácticas de juego que requieren su propio escenario social (juegos privados). Los jugadores asiduamente juegan al bingo, a las máquinas tragaperras o al casino son más proclives a sufrir la sanción social si son vistos en los lugares de juego. En cuanto a los segundos, los juegos arraigados, decir que estos se corresponden con los públicos, su uso está muy extendido dentro de la población y suelen gozar de un estatus o imagen social bastante positiva.

CUADRO Nº 36

SÍSNTESIS CLASIFICATORIA DE LOS JUEGOS DE AZAR BARROSO BENÍTEZ (2003)	
SIGNIFICADO SOCIOCULTURAL	
JUEGOS ARRAIGADOS	**JUEGOS EXÓGENOS O MALDITOS**
Lotería Nacional Lotería Primitiva Bono-Loto Euro-millones Quinielas de Fútbol Cupón de la ONCE	Casinos Salas de Bingo Máquinas Recreativas con premio
TIPO DE GESTIÓN	
Pública	Privada
POR SUS CARACTERÍSTICAS	
Pasivos Discontinuos Poco Adictivos	Activos Continuos Adictivos

Fuente: Barroso Benítez (2003: 64).

2.- APORTACIONES LEGALES Y ECONÓMICAS DEL JUEGO AL ÁMBITO SOCIAL. POR UNA ECONOMÍA DEL JUEGO

2.1.- DELINEACIÓN HISTÓRICA DEL JUEGO. REGULACIÓN DEL MERCADO DEL JUEGO EN ESPAÑA

A través de la historia se puede comprobar que el juego no es algo exclusivo de un contexto histórico. El juego va ligado, en mayor o menor medida, al sistema social que lo crea, lo ampara y lo trasmite. Desde tiempos remotos el hombre ha sentido atracción por el azar y la fortuna, viéndose ésta respaldada por una mayor o menor permisividad social o legal. Se cree que el juego tanto en su dimensión agónica (competitiva), como en su dimensión de azar, va unido a orígenes sagrados y mágicos. A pesar de esto, veremos como el juego ha sido objeto tanto de condenas morales, como de reglamentaciones legales y represivas, dependiendo si este era visto como un pasatiempo, un vicio menor o una fuente de corrupción y delitos.

Pese a no saber muy bien cuando comienza el juego con reglas y apuestas (se carece de referencias exactas), Secades y Villa (1998) muestran que en algunos estudios arqueológicos llevados a cabo en los asentamientos de tribus y culturas antiguas, se han encontrado numerosos objetos que parecen estar relacionados con la existencia del juego. Otros rastros, esta vez escritos, llevan a conferir la existencia del juego en las civilizaciones egipcia, griega y romana.

Tanto la revelación mítica (leyendas que reflejan como los Dioses se jugaron su lugar en el universo lanzando los dados), como los hechos probados (existen murales y objetos artísticos que describen y representan escenas de juego), muestran que en la sociedad egipcia se jugaba. De igual modo, en Grecia se han encontrado objetos artísticos que representan escenas de juego. Concretamente se alude a una escultura que visiona una escena dónde dos mujeres de rodillas a punto de tirar un objeto parecido a unos dados.

No obstante, han sido los romanos los que hicieron gala de ser los apostadores más afanados. Apostaban a casi todo, a los dados, a las carreras de caballos, a los juegos de lucha, e incluso fueron los precursores de las loterías, que utilizaban para recabar fondos. El juego romano tiene una referencia clara en la descripción del Nuevo Testamento sobre como los soldados se jugaron a los dados las ropas de Cristo Crucificado (San Mateo 27, San marcos 15, San Lucas 23 y San Juan 19). El juego, en Roma, pasó a considerarse como una actividad vedada a las clases más pobres, constituyéndose en un privilegio más de la clase rica. Es sabida la gran afición al juego que tuvieron algunos emperadores como Augusto o Claudio. (Secades y Villa, 1998).

El juego ha estado muy unido al marco teleológico y religioso. Su licitud viene marcada por el discurso de la virtud, en cuanto que éste lo es siempre y cuando responda a una moderación, a un buen fin a la gravedad del espíritu y a la dignidad de la persona. Fue Aristóteles quien hizo una teoría del juego en la que ponía de manifiesto la virtud del mismo y en la que se basó Santo Tomás para teorizar (fuente de mayor autoridad con respecto al juego).

El continente europeo tiene una gran tradición en lo que respecta al juego. Tanto es así que algunos reyes se vieron en la obligación de regularlo, ya que consideraban que éste dañaba sus reinos. Como ejemplos tenemos Felipe II en Francia, Ricardo Corazón de León en Inglaterra. Eduardo II (1365) prohibió el juego bajo la base de que éste competía con el trabajo o estaban asociados con desórdenes públicos. De igual modo, los puritanos y los clérigos atacaban al deporte (a excepción de la caza, los torneos y el tiro al arco que eran practicados por las élites) ya que éste era concebido como una amenaza para el trabajo y para los actos religiosos del domingo. (Barroso Benítez, 2003).

España siempre se ha caracterizado por tener una tradición jugadora, períodos como la Baja Edad Media y el Siglo de Oro dan fe de ello. Cómo fuente de corroboración tenemos a la literatura. Mucho se ha escrito sobre esta actividad. En la literatura además de hacerse presente el tema del juego o del ocio, existen abundantes referencias al problema del juego. Alfonso X el Sabio a través de su obra *El libro del ajedrez, dados y tablas* dibujó un mapa completo de la significación social que algunos juegos tenían en esa época, al tiempo que sentó las bases de su legitimidad social, dado que fue el primer rey que llevó a cabo una regulación de las casas públicas de juego (Ordenamiento de Tafurerías, siglo XIII). El juego estuvo permitido hasta el siglo XIV, más tarde sería prohibido por los Reyes Católicos, Doña Juana y Carlos I.

El auge del juego viene de la mano del desarrollo demográfico y urbano de las sociedades europeas. Azar y fortuna (juego de naipes) se muestran muy unidos en la sociedad comerciante. En relación a esto, Barroso Benítez (2003), nos remite a la Venecia de los siglos XVI y XVII como el punto de referencia o el lugar más ejemplar de la unión entre circulación monetaria y fortuna, sobre todo los juegos de apuestas y loto.

Es a partir del siglo XIV cuando se establecen los mayores intentos por regular o prohibir el uso de las cartas, siendo el siglo XVI el que más prohibiciones adquiriese. Pese a este entramado regulador, los juegos de azar prosperaron y se multiplicaron, siendo la *permisividad* la tendencia más seguida, de forma general.

La lotería, en sus diversas modalidades, es el juego que alcanzó la mayor fama. Aunque se jugaba en muchos países, en España llegó a constituirse como una parte de la vida española. Su aparición legal hay que situarla en 1763. El 30 de septiembre el rey Carlos III, a iniciativa del marqués de Esquilache, Ministro de Hacienda de su gobierno, firmó el decreto de creación de la Lotería Nacional. De su organización se encargó Peya, un napolitano que dirigía en el Reino de Nápoles el juego de la lotto y que escribió el primer tratado de lotería (Becoña, 1996).

No obstante, la lotería, tal y como la conocemos, se reforma a finales de 1811, llevándose a cabo el primer sorteo en Cádiz en 1812, con el fin de mitigar parte de los gastos ocasionados por la Guerra de la Independencia. A partir de ese momento coexistieron dos loterías: la lotería primitiva y la lotería moderna, suprimiéndose totalmente la primera en 1862.

Desde que se aprobaran (a partir de las Cortes de Cádiz) las loterías han sido los juegos de apuesta con mejor reputación social. De hecho, durante la época franquista los juegos de azar de índole privado estaban prohibidos por estar considerados como perniciosos, propios de gentes inmorales o inciviles; siendo perseguidos como delitos

que estaban tipificados en el Código Penal (1944 texto refundido del de 1932 y 1963). Esta situación cambia cuando tomamos como referencia los juegos de naturaleza pública, ya que el régimen franquista, no sólo mantuvo, sino que exaltó la Lotería Nacional, como algo legal y meritorio, creándose además las Apuestas Mutuas o Quinielas (1946). El cupón de la ONCE surge en 1938, aunque fue regulado en 1939, de la mano de la Organización Nacional de Ciegos Españoles; aunque era una entidad privada estuvo sometida al control y tutela de los poderes públicos.

Hasta llegado el año 1977, la Lotería Nacional, El cupón de la Once y las Quinielas de Fútbol eran los únicos juegos legales en España. Es a partir de 1977 con la promulgación del Real Decreto-Ley Sobre el Juego cuando se produce el cambio profundo en la oferta de juego: en 1977 se abren los casinos y los bingos; en 1981 se legalizan las máquinas recreativas con premio; en 1986 surge la lotería primitiva, 1988 la bonoloto, en 1991 la lotería del Zodiaco y en 2004 la lotería europea el Euro-Millones[19].

Hoy por hoy el juego tiene una gran importancia social y económica. Cada vez la oferta es más amplia. Quien desee jugar puede hacerlo sin tesón: al bingo, al casino a las quinielas, a la lotería, a las tragaperras en el bar, en su casa vía Internet, etc. El peso del juego es tan grande que se deja notar cada minuto de nuestra vida cotidiana. De ahí que el juego, en pocas décadas ha pasado a ser un problema adictivo de gran magnitud y consideración para miles de personas.

2.2.- LA REGULACIÓN DEL MERCADO DE JUEGO EN ESPAÑA[20]

Como ya hemos apuntado, el proceso de regulación del juego en España se inicia con la despenalización de la actividad en el Real Decreto Ley 16/1977, de 25 de febrero, por el que se regulan los Aspectos Penales, Administrativos y Fiscales de los Juegos de Suerte, Envite o Azar y Apuestas. Como aspectos importantes a destacar de la despenalización del juego sobresalen principalmente: el hecho de la pérdida del monopolio que hasta ese momento tenía el Estado sobre el juego; la aparición de nuevos juegos, y la entrada de nuevos operadores en un mercado hasta ese momento vedado para ellos.

[19] En septiembre de 2002 se crea la lotería europea bajo la marca de Euromillones. Aunque hubo que esperar hasta el 13 de febrero de 2004 para que se produjese el lanzamiento de este juego. En una primera instancia la puesta en marcha corrió a cargo de los organismos de la lotería de los tres países fundadores: Camelot de Reino Unido; La Française des Jeux de Francia y Loterías y Apuestas del Estado de España. A estos tres se le sumaron, el 8 de octubre de 2004, otros siete países: Austria, Bélgica, Irlanda; Luxemburgo, Portugal Y dos organismos de Suiza.

[20] Este epígrafe ha sido elaborado con la información obtenida de la Memoria Anual sobre el Juego 2011. Dirección General de Ordenación del Juego. Secretaría de Estado de Hacienda. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

En esta época, el juego era una actividad que exigía la presencia física de los participantes y nada hacía pronosticar que los avances en las telecomunicaciones y la incursión de estos nuevos servicios de comunicaciones iban a traer consigo nuevas formas de considerar el juego. De igual modo, tampoco se pensó que irrumpirían en nuestro mercado, empresas que desde otros países, ofrecerían actividades de juego a los ciudadanos españoles.

Hasta la entrada en vigor de la última Ley -la de 13/2011, de 27 de mayo de regulación del juego- la ordenación de las actividades de juego en España, ha sufrido muy pocas variaciones y de poca envergadura. Los cambios relevantes se centran en la personas del *sujeto* que profesaba las competencias: inicialmente desplegadas por el Estado pero, como consecuencia del proceso autonómico, y de forma progresiva fueron transferidas a las Comunidades Autónomas. Actualmente es a ellas a quien les sigue correspondiendo la modalidad de control y regulación del juego presencial.

No obstante, la nueva realidad devenida por las transformaciones sociales, obliga a tener en cuenta tres aspectos fundamentales 1.- la necesidad de utilizar los nuevos servicios de comunicaciones electrónicas, 2.- el uso de Internet aplicado al mundo del juego; y 3.- la transnacionalidad (superación de los límites territoriales) de las relaciones comerciales. De hecho, la carencia de herramientas normativas adecuadas para dar solución a una situación tan compleja del mercado, generó la necesidad de establecer nuevos mecanismos de regulación que dieran solución a temas tan importantes como: 1.- la seguridad jurídica a operadores y participantes en los diferentes juegos; 2.- la protección de los menores de edad; 3.- la protección de aquellas personas que hubieran solicitado voluntariamente la no participación y 4.- la protección del orden público y la prevención de los fenómenos de blanqueo de capitales y financiación del terrorismo.

En principio, como se recoge en la Memoria Anual del Juego de 20011, estas circunstancias motivaron que la Ley 56/2007, de 28 de diciembre, de Medidas de Impulso de la Sociedad de la Información, en su disposición adicional vigésima, estableciese que el Gobierno tuviera que presentar un Proyecto de Ley para regular las actividades de juego y apuestas, en particular las realizadas a través de sistemas interactivos basados en comunicaciones electrónicas.

De igual modo, en el ámbito comunitario, la necesidad de reglamentar el juego transfronterizo *online* también fue evidenciada por el Parlamento Europeo en su Resolución de 10 de marzo de 2009, sobre la integridad de los juegos de azar en línea. La necesidad acuciante de regulación del sector del juego, hizo necesario iniciar un proceso que, desde el más absoluto respeto al marco competencial definido por la Constitución y los Estatutos de Autonomía, permitiera la creación de un nuevo marco jurídico para las actividades de explotación y gestión de los juegos de ámbito estatal y,

particularmente, de los que emplean para su comercialización medios electrónicos, informáticos, telemáticos e interactivos.

El ámbito estatal del juego *online* hizo necesaria una regulación estatal de los juegos que, precisamente por su forma de comercialización y desarrollo, era imposible demarcar en el ámbito territorial de la Comunidades Autónomas y que, en consecuencia, resultaba difícil de abarcar desde las competencias que a éstas reconocían sus Estatutos de Autonomía. En conclusión se puede reseñar que, el auge del juego *online* transfronterizo y la evidente necesidad de mirar más allá del juego presencial y del juego público, hizo necesaria la aprobación de la Ley 13/2011, de 27 de mayo, de regulación del juego.

2.2.1.- Despliegue o Desarrollo Normativo

1.- Lotería Primitiva. Creada en 1763 por el gobierno de Carlos III, a propuesta del Marqués de Esquilache, con el propósito de conseguir dinero para las Arcas públicas (vacías por la Guerra de la Independencia) sin que por ello se tuviera que crear un nuevo impuesto. El primer sorteo tuvo lugar el 10 de diciembre de 1763[21], con un sistema muy similar al actual. Esta lotería fue conocida como *Lotería por Número*s, más tarde conocida como *Lotería Primitiva*. Fue suprimida por el Gobierno en 1862, después de noventa y nueve años de existencia.

2.- Lotería Moderna[22]. En 1812 se modifica el sistema instaurándose la llamada Lotería Moderna génesis de la actual Lotería Nacional. La "Real Lotería Nacional de España" fue creada por instrucción de 25 de noviembre de 1811. Concebida como "*un medio de aumentar los ingresos del erario público sin quebranto de los contribuyentes*", tiene lugar en Cádiz el primer sorteo el 4 de marzo de 1812. Circunscrita en principio a Cádiz

[21] En él se recaudaron 187. 500 reales. De los cuales 133.600 fueron a manos de la Hacienda Pública. Debido a la elevada tasa de analfabetismo y a las malas comunicaciones, la lotería no se extendió por toda España hasta el siglo siguiente. Hasta el final del reinado de Carlos IV no se consiguió que la lotería fuese realmente *lotería benéfica* como el acta del Real Decreto de su creación estipulaba.

[22] La Guerra de la Independencia, no sólo marcó el fin de lotería primitiva, sino que originó otra nueva, con el nombre de *Lotería Moderna,* para diferenciarla de la anterior. Concebida por don Ciriaco González y Carvajal, a imagen y semejanza del modelo que se seguía en México, consistente en un número determinado de billetes divididos en décimos. Este proyecto fue presentado a la Junta de Cádiz que lo aprobó por Orden de noviembre de 1811. Este sistema es el que ha perdurado. El primer sorteo se celebró en Cádiz el cuatro de marzo de 1812. A diferencia de la primitiva, el Estado se reservaba el 25% del importe total de los billetes, dedicando el resto a premios. En el último tercio del siglo XIX peligró la existencia de la lotería moderna ya que los liberales intentaron en vano suprimirla al igual que la primitiva, tras largos debates sobre la moralidad de las apuestas, llegando a sostener algunos oradores que había hijos que pasaban hambre por la afición de sus mayores al juego, o que había españoles que no creían en Dios pero no los había que no creyeran en la Lotería. Lo cierto es que la lotería fue afianzándose cada vez más en la sociedad española. En 1889 se incrementaron a tres los sorteos mensuales y los premios fueron cada vez más sustanciosos.

y San Fernando, salta después a Ceuta y a toda Andalucía. A Madrid no llegó hasta el 28 de febrero de 1814, fecha en leal que se realizó su primer sorteo (desde entonces sede de la Lotería Nacional de billetes). La Lotería Nacional actual tiene su aparición en plena Guerra Civil (1937), donde se reorganiza y se regula jurídicamente la *Lotería Nacional*.

3.- Con la Orden de 28 de marzo de 1935 se aprueba el reglamento de las carreras de Galgos con apuestas mutuas. Modificado por la Orden del 1 de febrero de 1961[23].

4.- Por Decreto Ley se 12 de Abril de 1946 se crea le Patronato de Apuestas Mutuas Deportivo-Benéficas. La Quiniela de Fútbol comienza su andadura en España el día 22 de septiembre 1946[24]. Dada la gran afición que existía en este país por el fútbol y debido a las apuestas de dinero que se realizaban entre aficionados, el gobierno decide regular las apuestas deportivas creando el 12 de abril de 1946 el Patronato de de Apuestas Mutuas y Benéficas.

5.- Real Decreto Ley 16/1977, del 25 de febrero, regula los aspectos penales, administrativos y fiscales de los juegos de suerte, envite, azar o apuestas.

6.- Orden de 9 de enero de 1979 aprobando el reglamento del Juego del Bingo.

7.- Real decreto 904/1985, de 11 de junio, se constituye el Organismo Nacional de Loterías y Apuestas del Estado, con el objetivo de asumir las funciones del Servicio Nacional de Loterías e integrar el Servicio se Apuestas Mutuas Deportivo Benéficas.

8.- Real Decreto 1360 /1985, de 1 de agosto, se restablece la Lotería Primitiva o Lotería de Números. Por resolución de 1 de agosto de 1991, se aprobaran las normas que han de regir los concursos pronósticos de la Lotería Primitiva y sus modalidades.

9.- A partir del Real Decreto Ley de 16/1977, del 25 de febrero, se regula por Real Decreto 877/1987, de 3 de julio, el Reglamento de Máquinas Recreativas y de Azar.

10.- Resolución de 26 de febrero de 2004, de Loterías y Apuestas del Estado, aprueba las normas que rigen los concursos de pronósticos del juego Común Europeo (Euromillones) como modalidad de Lotería Primitiva.

11.- Real Decreto 1336/2005, de 11 de noviembre, autoriza a la ONCE la explotación de la lotería instantánea o presorteada (Rasca y Gana).

[23] Modificaciones que afectan a la forma y naturaleza de la pista, así como a su cerramiento y a la situación de la meta. Publicado en BOE número 40 de 16 de febrero de 1961. Ministerio de la Gobernación, pág. 2486.

[24] De todo lo recaudado se destinaba a premios el 45%, a la Beneficencia otro 45 % y el 10% restante para los gastos administrativos y de gestión de las quinielas. Con pequeñas variaciones, el sistema actual de quiniela (1X2 y los 14 partidos) fue implantado en 1948.

12.- Resolución de 22 de julio de 2005, de Loterías y Apuestas del Estado, aprueba las normas que han de regir la modalidad de concursos pronóstico de las apuestas deportivas (El Quinigol).

13.- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, de 15 de septiembre, por ql que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, recoge la atención a las conductas adictivas, incluyendo la detección, la oferta de apoyo sanitario especializado si se precisa, para el abandono de la dependencia y la prevención de enfermedades asociadas.

14.- Ley 56/2007, de 28 de diciembre (B.O.E. de 29 de diciembre), de Medidas de Impulso de la Sociedad de la Información. Disposición Adicional Vigésima, remite al Gobierno para presentar un Proyecto de Ley que regule las actividades de juego y apuestas a través de sistemas interactivos basados en comunicaciones electrónicas.

15.- Orden INT 181/2008, de 24 de enero (BOE nº 31 de 5 de febrero), del Ministerio del Interior, de modificación del Reglamento del Juego del bingo, aprobado por Orden de 9 de enero de 1979.

16.- Resolución de 18 de junio de 2008 (BOE de 23 de junio), de Loterías y Apuestas del Estado, introduce novedades en las condiciones de utilización de páginas web a través de Internet para participar en los concursos de pronósticos ofertados por este Organismo en sus diversas modalidades.

17.- Resolución de 11 de julio de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familiar y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo General de la ONCE sobre reforma del Reglamento regulador del juego denominado “Lotería instantánea de boletos de la ONCE”.

18.- Resolución de 21 de enero de 2009 de Loterías y Apuestas del Estado (BOE de 29 de enero), que aprueba diversas normas modificativas del Concurso de Pronósticos de Juego Común Europeo denominado Euromillones.

19.- Resolución de 29 de junio de 2009 de la Secretaría General de Política Social (BOE de 3 de agosto), que publica el Acuerdo del Consejo General de la Organización Nacional de Ciegos Españoles de 27 de mayo de 2009, sobre reforma del Reglamento Regulador de los Productos del Cupón de la ONCE.

20.- Ley Orgánica 3/2009, de 18 de diciembre (BOE de 19 de diciembre), de Modificación de la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas, que reforma ciertos aspectos del marco jurídico y el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas.

21.- Ley 25/2009, de 22 de diciembre (BOE de 23 de diciembre), de modificación de diversas leyes para su adaptación a la Ley sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio.

22.- Ley 26/2009, de 23 de diciembre (BOE nº 309, de 24 de diciembre), de Presupuestos Generales para 2010, que introduce una modificación sustancial en las cuotas de la tasa fiscal sobre el juego aplicable a las máquinas de tipo "B".

23.- - Real Decreto 41/2010, de 15 de enero (BOE de 25 de enero), que modifica el Estatuto de la Entidad Pública Empresarial Loterías y Apuestas del Estado, añadiendo un artículo 5 bis en lo que se refiere a las combinaciones aleatorias con fines publicitarios o promocionales.

24.- Resolución de 28 de enero de 2010 (BOE nº 40, de 15 de febrero), de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el texto refundido del Reglamento regulador del producto del cupón y de la lotería instantánea de la ONCE.

25.- Orden EHA/388/2010, de 19 de febrero (BOE nº 49, de 25 de febrero), del Ministerio de Economía y Hacienda, por la que se aprueba el modelo 685, tasa sobre apuestas y combinaciones aleatorias, autoliquidaciones, se determina el lugar y forma de presentación y las condiciones y el procedimiento para su presentación telemática.

26.- Ley 7/2010, de 31 de marzo, general de la comunicación audiovisual (BOE de 1 de abril).

27.- Resolución de 15 de abril de 2010 (BOE nº 101, de 27 de abril), de la Secretaría General de Política Social y Consumo, sobre implantación de distintos productos de lotería instantánea y modificación parcial del texto refundido del Reglamento Regulador de Juego "Lotería Instantánea".

28.- Real Decreto 566/2010, de 7 de mayo (BOE de 21 de mayo), que modifica el Real Decreto 258/1998, de 20 de febrero, de modificación parcial del Real Decreto 419/1991, de 27 de marzo, por el que se regula la distribución de la recaudación y premios en las apuestas deportivas del Estado y otros juegos gestionados por LAE y se dictan normas complementarias.

29.- Resolución de 25 de mayo de 2010, de la Secretaría General de Política Social y Consumo (BOE nº 144, de 14 de junio), por la que se publica la celebración de un sorteo extraordinario de la modalidad del juego cupón de la ONCE el día 17 de agosto de 2010.

30.-Resolución de 12 de julio de 2010 (BOE nº 184, de 30 de julio), de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el calendario de las distintas modalidades de productos de juego autorizados a la ONCE para el tercer trimestre de 2010.

31.- Resolución de 18 de octubre de 2010, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, sobre implantación de los productos de lotería instantánea de la ONCE y modificación del texto refundido del Reglamento regulador del juego denominado "Lotería instantánea de boletos de la Once".

32.- **-** Real Decreto-Ley 13/2010, de 3 de diciembre (BOE nº 293, de 3 de diciembre), de actuaciones en el ámbito fiscal, laboral y liberalizadoras para fomentar la inversión y la creación de empleo (Reordenación de Loterías y Apuestas del Estado).

33.- Ley 39/2010, de 22 de diciembre, de presupuestos generales del Estado para 2011 (BOE nº 311, de 23 de diciembre), que en su disposición adicional 40, reitera lo aprobado en el Real Decreto Ley 13/2010, de modificación del régimen jurídico a LAE.

34.- La Ley 13/2011, de 27 de mayo, de regulación del juego. Desde que el 27 de mayo de 2011, fecha de publicación de la Ley 13/2011, de regulación del juego, hasta la actualidad, se han puesto las bases de lo que se pretende constituya un nuevo sector de actividad en España: el sector estatal del juego. Esta Ley constituye la base de la nueva regulación y la primera respuesta a la necesidad de regular el sector. Además también supone la intervención del Estado en el sector del juego desde la asunción exclusiva de las competencias de juego por las diferentes Comunidades Autónomas. Se establece un régimen jurídico que acomete la regulación de la actividad de juego desde el control de los operadores a través del otorgamiento de títulos habilitantes: las licencias generales y singulares, para el desarrollo no esporádico de actividades de juego, y las autorizaciones, para el desarrollo esporádico de las mismas.

35.- Orden EHA/2528/2011, de 20 de septiembre, por la que se establecen los requisitos y el procedimiento de designación de entidades independientes que realicen las certificaciones de evaluación del software de juegos y de seguridad de operadores de juegos (BOE de 24 de septiembre).

36.- Orden EHA/3031/2011, de 8 de noviembre, por la que se aprueban las normas de gestión, autoliquidación y los modelos de impresos para el pago de la tasa por la gestión administrativa del juego (BOE de 12 de noviembre).

37.- Órdenes EHA 3079 a 3090/2011, de 8 de noviembre, por las que se aprueba la reglamentación básica de los juegos regulados hasta la fecha: otras apuestas de contrapartida, apuestas deportivas mutuas y de contrapartida, hípicas mutuas y de contrapartida, concursos, ruleta, punto y banca, bingo, black-jack, póquer y juegos complementarios. La aprobación de la reglamentación básica de los distintos juegos era, de conformidad con el artículo 11.2 de la Ley 13/2011, condición necesaria para la solicitud de licencias singulares de juego.

38.- Orden EHA/3079/2011, de 8 de noviembre, por la que se aprobó la reglamentación básica de «Otras apuestas de contrapartida». En esta Orden, además de los aspectos comunes, se definen los eventos sobre los que podrán realizarse este tipo de apuestas, se establece la necesidad de que el programa de eventos de cada operador de apuestas sea comunicado a la Comisión Nacional del Juego y se acotan los tipos de eventos respecto a los cuales en ningún caso podrán comercializarse este tipo de apuestas. Asimismo, se establecen las normas generales para la determinación de los resultados.

39.- Orden EHA/3080/2011, de 8 de noviembre, por la que se aprueba la reglamentación básica de las apuestas deportivas de contrapartida. En esta Orden, además de los aspectos comunes, se definen los eventos sobre los que podrán realizarse este tipo de apuestas y las clases de apuestas permitidas, se establece la necesidad de que el programa de eventos de cada operador de apuestas solo incluya deportes, eventos y apuestas que estén incluidos en el Catálogo que al efecto haya aprobado y publicado la Comisión Nacional del Juego. Igualmente, se establece un límite para la cantidad de dinero que un mismo participante puede dedicar a su participación en apuestas deportivas de contrapartida en directo.

40.- Orden EHA/3081/2011, de 8 de noviembre, por la que se aprueba la reglamentación básica de las apuestas deportivas mutuas. En esta Orden, además de los aspectos comunes, se definen los eventos sobre los que podrán realizarse este tipo de apuestas y las clases de apuestas permitidas, se establece la necesidad de que el programa de eventos de cada operador de apuestas solo incluya deportes, eventos y apuestas que estén incluidos en el Catálogo que al efecto haya aprobado y publicado la Comisión Nacional del Juego. Asimismo, se establecen los porcentajes máximos y mínimos de la recaudación que formarán los fondos destinados a premios y las normas para su distribución. Por último, se establece el importe mínimo que los posibles participantes deberán hacer efectivo para formalizar apuestas deportivas mutuas.

41.- Orden EHA/3082/2011, de 8 de noviembre, por la que se aprueba la reglamentación básica de las apuestas hípicas de contrapartida. En esta Orden, además de los aspectos comunes, se definen los eventos sobre los que podrán realizarse este tipo de apuestas y las clases de apuestas permitidas, y se establece la necesidad de que el programa de eventos de cada operador de apuestas solo incluya carreras y hechos de apuestas que estén incluidos en el Catálogo que al efecto haya aprobado y publicado la Comisión Nacional del Juego.

42.- Orden EHA/3083/2011, de 8 de noviembre, por la que se aprueba la reglamentación básica de las apuestas hípicas mutuas. En esta Orden, además de los aspectos comunes, se definen los eventos sobre los que podrán realizarse este tipo de apuestas y las clases de apuestas permitidas, y se establece la necesidad de que el programa de eventos de cada operador de apuestas solo incluya carreras y hechos de apuestas que estén incluidos en el Catálogo que al efecto haya aprobado y publicado la Comisión Nacional del Juego. Asimismo, se establecen los porcentajes máximos y mínimos de la recaudación que formarán los fondos destinados a premios y las normas para su distribución. Por último, se establece el importe mínimo que los posibles participantes deberán hacer efectivo para formalizar apuestas hípicas mutuas.

43.- Orden EHA/3084/2011, de 8 de noviembre, por la que se aprueba la reglamentación básica de los concursos. En esta Orden, además de los aspectos comunes, se definen los conceptos específicos de este juego. Asimismo, se establecen el importe máximo de la participación en un concurso, y el valor máximo o importe en efectivo máximo de los premios que pueden ser obtenidos por el conjunto de los participantes en un concurso.

44.- Orden EHA/3085/2011, de 8 de noviembre, por la que se aprueba la reglamentación básica del juego de la ruleta. En esta Orden, además de los aspectos comunes, se establecen las líneas generales sobre las que deberá desarrollarse, y se establece la posibilidad de contar con mesas de Ruleta en las que el juego se practique en la variante «Ruleta en vivo», con las condiciones igualmente establecidas. Por último, se establece la relación de los tipos del juego de la Ruleta que se aprueban, y se definen someramente.

45.- Orden EHA/3086/2011, de 8 de noviembre, por la que se aprueba la reglamentación básica del juego de punto y banca. En esta Orden, además de los aspectos comunes, se definen los elementos específicos del juego y se establecen las líneas generales sobre las que deberá desarrollarse. Igualmente, se establece el importe máximo de las apuestas que podrán realizarse en determinados lances del juego.

46.- Orden EHA/3087/2011, de 8 de noviembre, por la que se aprueba la reglamentación básica del juego del bingo. En esta Orden, además de los aspectos comunes, se definen los elementos específicos del juego, y se establecen las líneas generales sobre las que deberá desarrollarse. De la misma forma, se permite la participación en el juego a través de terminales físicos, siempre contando con autorización de la Comunidad Autónoma correspondiente, y la retransmisión de las partidas a través de televisión, Internet o cualquier otro medio de comunicación, de acuerdo con la regulación vigente en cada momento para el medio por el que se realiza. Igualmente, se establecen los porcentajes máximos y mínimos de la recaudación que formarán los fondos destinados a premios y se prevé la posibilidad de crear premios acumulados o “botes”. Asimismo, se recogen el importe máximo de la unidad mínima de participación que los participantes habrán de satisfacer para acceder al juego, el número máximo de soportes de juego o “cartones” que un participante podrá jugar en la misma partida, y el importe máximo al que podrá ascender el conjunto de premios que pudieran ser obtenidos en una partida de bingo. Por último, se establece la relación de los tipos del juego del Bingo que se aprueban, y se definen someramente.

47.- Orden EHA/3088/2011, de 8 de noviembre, por la que se aprueba la reglamentación básica del juego del Black Jack. En esta Orden, además de los aspectos comunes, se definen los elementos específicos del juego, y se establecen las líneas generales sobre las que deberá desarrollarse. De la misma forma, se permite la participación en el juego a través de terminales físicos, siempre contando con autorización de la Comunidad Autónoma correspondiente. Por último, se establece la relación de los tipos del juego de Black Jack que se aprueban, y se definen someramente.

48.- Orden EHA/3089/2011, de 8 de noviembre, por la que se aprueba la reglamentación básica del juego del póquer. En esta Orden, además de los aspectos comunes, se definen los elementos específicos del juego y se establecen las líneas generales sobre las que deberá desarrollarse. Se permite la participación en el juego a través de terminales físicos, siempre contando con autorización de la Comunidad

Autónoma correspondiente, y se establecen las distintas modalidades del juego de póquer existentes en función de los límites con los que se participa. Igualmente, se define el fondo de juego o "bote" y las formas previstas para constituirlo. Por último, se establecen los importes máximos de las apuestas que pueden realizarse y se establece la relación de las variantes del juego de Póquer que se aprueban, que se definen someramente.

49.- Orden EHA/3090/2011, de 8 de noviembre, por la que se aprueba la reglamentación básica del tipo de juegos denominado «Juegos Complementarios». En esta Orden, además de los aspectos comunes, se establecen las condiciones que tendrán que cumplir los juegos que pretendan ser incluidos en este tipo de juegos y la necesidad de que el catálogo de Juegos Complementarios que se comercialice deba ser previamente notificado a la Comisión Nacional del Juego. Por otro lado, se permite la participación en el juego a través de terminales físicos, siempre contando con autorización de la Comunidad Autónoma correspondiente. Por último, se establecen el importe máximo de la participación por partida de «Juegos Complementarios» que un participante deberá hacer efectivo, y el importe máximo al que podrá ascender el conjunto de premios que podrán ser obtenidos por un participante en una mano, partida o tirada.

50.- Disposición por la que se desarrollan las especificaciones técnicas que deben cumplir los sistemas técnicos de juego, aprobada por Resolución de la Dirección General de Ordenación del Juego, de 16 de noviembre (BOE de 18 de noviembre).

51.- Resolución de 16 de noviembre de 2011, de la Dirección General de Ordenación del Juego, por la que se establece el procedimiento de solicitud y otorgamiento de las licencias singulares para el desarrollo y explotación de los distintos tipos de actividades de juego (BOE de 18 de noviembre).

52.- El 18 de noviembre, en aplicación de lo dispuesto en el artículo 10 de la Ley 13/2011 y de los artículos 15 y siguientes del Real Decreto 1614/2011, se publicó la Orden EHA/3124/2011, de 16 de noviembre, por la que se aprueba el pliego de bases que regirán la convocatoria de licencias generales para el desarrollo y explotación de actividades de juego. En particular, la Convocatoria tenía por objeto el otorgamiento de licencias generales para el desarrollo de las modalidades de juego «apuestas», «concursos» y «otros juegos», con ella se culminó la primera etapa del desarrollo inicial de la Ley 13/2011 y se alcanzó el objetivo de estar en condiciones de otorgar licencias antes de la entrada en vigor del Título VI de la Ley que, en aquél momento, se establecía en la fecha de publicación de la primera resolución de otorgamiento o, en su defecto, el día 1 de enero de 2012.

53.- La Dirección General de Ordenación del Juego se crea por el Real Decreto 352/2011, de 11 de marzo, que modifica el Real Decreto 1127/2008, de 4 de julio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Economía y Hacienda. Así, se introduce un nuevo artículo 6 bis en el Real Decreto 1127/2008 y se crea la Dirección General del Juego como respuesta a la extinción de la Entidad Pública Empresarial Loterías y Apuestas del Estado -prevista en la disposición adicional

cuadragésima de la Ley 39/2010, de 22 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2011- y a la necesidad de que fueran asumidas por la Administración General del Estado aquellas funciones y competencias de regulación del juego que venían siendo ejercidas por la entidad pública. La creación de la Dirección General tuvo en su origen un claro carácter de provisionalidad y ya en la exposición de motivos del Real Decreto por el que se crea se señalaba que sería la base sobre la que se constituiría la futura Comisión Nacional del Juego prevista en la Ley de Regulación del Juego, entonces en tramitación. Provisionalidad que fue precisamente confirmada por la Ley 13/2011, de 27 de mayo, de regulación del juego. La Comisión Nacional del Juego no ha sido efectivamente constituida y entre las previsiones del Gobierno está la supresión del Organismo y la consolidación de la Dirección General de Ordenación del Juego como regulador del sector. En este sentido, y a la espera de que cristalice normativamente la decisión mencionada, la Dirección General de Ordenación del Juego se ve facultada, a día de hoy, de modo indefinido y muy probablemente con carácter definitivo, de las competencias y funciones que la Ley 13/2011 atribuye a la Comisión Nacional del Juego y con ellas asume del mismo modo los fines y objetivos atribuidos a esta última por la Ley.

2.2.2.- Legislación del juego en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía

1.- Artículo 13.33 de la Ley Orgánica 6/1981, de 30 de septiembre, de Estatuto de Autonomía para Andalucía establece: “La Comunidad Autónoma de Andalucía tiene las competencia exclusivas sobre las siguientes materias: casinos, juegos y apuestas, con exclusión de las apuestas Deportivo-Benéficas”.

2.- Real Decreto 1710/1984, de 18 de julio, sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma en materia de Casinos, Juegos y Apuestas.

3.- Lay 2/1986, de 19 de abril, la Ley del Juego y Apuestas de la Comunidad de Andalucía.

4.- Decreto 167/1987, de 1 de julio, donde se aprueba el primer catálogo de Juegos y Apuestas, éste es ampliado en el Decreto 385/1996, de 2 de agosto y sufre una modificación en el Decreto 170/1999, de 1 de julio.

5.- Decreto 229/1988, de 31 de mayo, aprueba el reglamento de Casinos de Juego.

6.- El Decreto 325/1988, de 22 de noviembre, aprueba el Reglamento de Rifas, Tómbolas y Combinaciones Aleatorias.

7.- Decreto 295/1995, de 19 de noviembre, aprueba el reglamento de Hipódromos y Apuestas Hípicas.

8.- Decreto 513/1996, de 10 de diciembre, aprueba el Reglamento del Juego del Bingo.

9.- Decreto 410/2000, de 24 de octubre, se crea el registro de Control e Interdicciones de acceso a los establecimientos dedicados a la práctica de los juegos y apuestas y se aprueba su Reglamento, el cual pretende regular el control de entrada en dichos establecimientos y hacer efectivas las prohibiciones de acceso.

10.- Decreto 10/2003, de 28 de enero, aprueba el Reglamento General de la Admisión de Personas en los establecimientos de espectáculos públicos y actividades recreativas.

11.- Decreto 250/2005, de 22 de noviembre, aprueba el Reglamento de Máquinas recreativas y de Azar.

12.-Orden del 6 de abril de 2006, por la que se aprueba el modelo de guía de circulación de Máquinas Recreativas y de Azar para el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

13.- Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo (B.O.E. nº 68, de 20 de marzo), que aprueba un nuevo Estatuto de Autonomía, modificando el concepto de competencia exclusiva en materia de juego apuestas y casinos.

14.- Orden de 21 de diciembre de 2007, de la Consejería de Gobernación (B.O.J.A. nº 255 de 31 de diciembre), por el que se determinan los porcentajes de detracción del valor facial de los cartones de bingo, en correlación al nuevo tipo impositivo de la tasa fiscal sobre el juego aplicable al bingo.

15.- Ley 23/2007, de 18 de diciembre (B.O.J.A. nº 255 de 31 de diciembre), que modifica la escala de la tasa fiscal sobre el juego aplicable a las mesas de casino y juego del bingo y crea la Agencia Tributaria de Andalucía.

16.- Decreto 65/2008, de 26 de febrero (BOJA nº 55, de 19 de marzo), por el que se aprueba el Reglamento del Juego del Bingo de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

17.- - Decreto 280/2009, de 23 de junio (BOJA de 13 de julio), por el que se aprueba el Catálogo de Juegos y Apuestas de la Comunidad Autónoma de Andalucía, que modifica otros anteriores e introduce nuevos conceptos, como el de los juegos que denomina virtuales, así como diversas modalidades de bingos, máquinas de diversos tipos multipuesto o interconectadas, y diversas clases de apuestas.

18.- Orden de 23 de junio de 2009 del Consejero de Interior (BOJA de 15 de julio), por la que se dictan las normas por las que han de regirse las modalidades de prima y superprima de bingo, y se modifica la estructura de premios del bingo interconectado.

19.- Orden de 23 de junio de 2009 (BOJA de 15 de julio), que determina los porcentajes de detracción aplicables a todas las modalidades de premios del juego del bingo.

20.- Decreto Legislativo 1/2009, de 1 de septiembre (BOJA de 9 de septiembre y BOE de 22 de septiembre), por el que se aprueba el texto refundido de las disposiciones dictadas por la Comunidad Autónoma de Andalucía en materia de tributos cedidos.

21.- Orden de 4 de febrero de 2010 (BOJA nº 39, de 25 de febrero), de la Consejería de Gobernación, sobre las normas que han de regir diversos juegos exclusivos de casinos.

22.- Ley 11/2010, de 3 de diciembre (BOJA nº 243, de 15 de diciembre), de medidas fiscales para la reducción del déficit público y para la sostenibilidad, regulando el devengo semestral para las máquinas recreativas de tipo "B".

2.3.- ECONOMÍA DEL JUEGO EN ESPAÑA

Actualmente a nadie se le escapa pensar que el juego es uno de los sectores que más dinero mueve en España. De hecho el gasto derivado de las actividades de ocio ha pasado a convertirse en uno de los grandes ejes sobre los que gira el consumo, y en consecuencia una parte importante de la economía de nuestro país. Por ello se hace necesario pararnos en este punto y realizar un análisis que recoja, de forma breve, las características económicas que definen al sector del juego. Para ello tomaremos como principal referencia, los datos que aparecen recogidos en el Informe que anualmente publica la Secretaria de Estado de Hacienda, dependiente del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas[25]. Hemos centrado toda nuestra atención en la memoria del año 2011 porque, a parte de ser los últimos datos publicados, este año introduce una serie de cambios muy importantes para el sector del juego. Principalmente por:

- El año 2011 es un año crucial para el juego en España, dado que es el año en el que se aprueba la Ley 13/2011, de Regulación del Juego, que constituye el primer intento de regulación del conjunto del sector del juego, desde la aprobación, en 1977, del Real Decreto Ley 16/1977, de 25 de febrero en el que se reglamentaban los Aspectos Penales, Administrativos y Fiscales de los Juegos de Azar y Apuestas, por el que se despenalizaba y regulaba el juego.

- La aparición de nuevas formas y plataformas de juego, propiciadas por los continuos cambios en el ámbito de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, han permitido un gran desarrollo de medios telemáticos e informáticos, como por ejemplo el *juego remoto* u *on line*, por lo que el Estado se ha visto en la necesidad de tener que regularlo, tarea que se ha visto recogida la Ley 13/2011 de Regulación del Juego.

- El año 2011 es también el año en que se crea la Dirección General de Ordenación del Juego, para asumir las competencias de regulación que, hasta

[25] En concreto haremos alusión a los datos comprendidos en la Memoria Anual del Juego del año 2011.

ese momento estaba desempeñado la Empresa Pública Empresarial de Loterías y Apuestas del Estado.

- Otro aspecto importante es que en el 2011, se produce la apertura del proceso de concesión de licencias a operadores de juego, que se inicia el 18 de noviembre del 2011, aunque no se culmina hasta la concesión de las licencias a los operadores habilitados, el 1 de Junio de 2012.

2.3.1.- El Mercado Económico del Juego en España

Desde la legalización del juego (1977) hasta el año 2008, el juego en España no ha parado de crecer. En su progreso Barroso Benítez (2003), establece tres etapas que nosotros ampliaremos a cuatro:

- Una primera definida como *presencia insignificante* situada entre finales de los años setenta e inicios de los ochenta. Legalizado el juego privado de casinos y bingo, éstos adquieren una gran aceptación por parte de la ciudadanía, haciendo que las cantidades jugadas fueran incrementándose, aventurando la magnitud que este sector iba a representar en valor económico. La cantidad jugada en 1980 fue de *3.361 millones de euros*, de los cuales 1.714 millones (51%) fue de juegos privados (casinos y los bingos), 1463 millones (43,53%) en juegos de Loterías y Apuestas del Estado (LAE), y 184 millones (5,47%) en la ONCE.

- Una segunda nominada como de *crecimiento espectacular* que prácticamente se corresponde con la década de los ochenta (1981 - 1988). A partir de la legalización de la máquina recreativa y de azar (1981), la cuantía jugada en juegos privados va incrementándose de forma espectacular, situándose las cifras en cuantías nada desdeñables. Por ejemplo, en 1985 la cantidad ascendía a 10.157 millones de euros (77,16%), mientras que en 1988 está subió situándose en los 14.946 millones de euros (75,89%). Aunque los juegos LAE y los de la ONCE ven reducido su valor porcentual prácticamente a la mitad (22,84%) si lo comparamos con el dato de 1980 (49%), las cantidades jugadas de éstos no dejaron de subir: 2.298 (1985) y 3.412 (1998) millones de euros para los Juegos LAE y de 709 (1985) y 1.336 (1998) para la ONCE.

- Una tercera que iría desde 1988 hasta prácticamente el 2008 definida como de *consolidación del juego.* A partir de 1988, en el juego empieza a advertirse un crecimiento sostenido, donde las cifras, con algunas variaciones, van afianzándose. En el período que va de 1988 a 1997, los juegos privados ceden cuotas de mercado a favor de los juegos LAE y la ONCE, situándose el gasto en una media de 12.000 millones de euros. A partir de 1997 y coincidiendo con la mejoría de los Casinos, pero sobre todo de las Máquinas B, la cifras vuelven a repuntar mostrando de nuevo un desarrollo progresivo persistente.

- Una cuarta que iría desde el 2008 hasta la actualidad, a la que nosotros denominaremos como de *descenso del juego*. Las causas de este repliegue hay que situarlas en el impacto que la crisis económica ha tenido sobre la renta disponible y el nivel de consumo de los hogares y por la aparición de operadores *on line* en este sector.

De manera general, si desciframos los datos obtenidos para el año 2011[26], podemos señalar que el tamaño del mercado de juego en España, en términos de cantidades jugadas fue de 26.585 millones de euros, un 2,8% menor del obtenido para el año 2010 (27.338,98 millones de euros). En cuanto a su distribución por operadores del juego (Véase Tabla 1), las cuantías jugadas en 2011 alcanzaron un nivel porcentual del 36,6% para las Loterías y Apuestas del Estado, del 7,4% para la ONCE, del 35,3% para las Máquinas B, del 8,1% para los Bingos, del 6,1% para los Casinos y del 6,6% para el Juego *on line*.

TABLA Nº 1

MERCADO DE JUEGO EN ESPAÑA EN 2011 POR OPERADOR % SOBRE CANTIDADES JUGADAS (Millones de Euros)		
OPERADOR	**CANTIDAD JUGADA**	**PORCENTAJE**
LAE	**9.723**	**36,6**
Máquinas B	**9.389**	**35,3**
Bingos	**2.142**	**8,1**
ONCE	**1.956**	**7,4**
Juegos *On line*	**1763**	**6,6**
Casinos	**1.612**	**6,1**

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida de la Memoria Anual del Juego 2011. Dirección General del Juego. Secretaría de Estado de Hacienda. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

Como vemos, el sector de juego presencial sigue copando el mercado de juego en España en el año 2011, sobre todo los juegos oficiales de LAE, aunque se empieza a registrar un crecimiento del sector de juego *on line*, sus márgenes son muy modestos, y la importancia relativa del sector todavía es muy reducida. Tanto en términos de cantidades jugadas, como en términos de ingreso neto por juego, el tamaño del mercado juego en España se ha reducido en 2011, continuando la tendencia que inició en el 2008. Esto es atribuible a dos factores: por un lado, al impacto de la crisis económica sobre la renta disponible y el nivel de consumo de los hogares; y por otro lado, a la aparición de operadores *on line*, con un agregado anual acumulativo en su volumen de ingresos y cantidades jugadas, según las estimaciones, de cerca del 30 %

[26] Datos entresacados de la Memoria Anual del Juego 2001 publicada por la Dirección General de Ordenación del Juego. Secretaría de Estado de Hacienda. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

En términos de ingreso neto de juego[27] el tamaño del mercado del juego en España se situó en 9.244 millones de euros, un 1,4% menos si lo comparamos con el año anterior. Respecto a la distribución por operadores del juego (Véase Tabla 2), los ingresos por juego se correspondieron en un 41,3% a Loterías y Apuestas del Estado (LAE), en un 11,4% a ONCE, en un 32,7% a Máquinas tipo B, en un 8% a Bingos, y en un 3,3% (respectivamente) los Casinos y el Juego *on line.*

TABLA Nº 2

MERCADO DE JUEGO EN ESPAÑA POR TIPO DE OPERADOR % SOBRE INGRESOS NETOS (Millones de Euros)		
OPERADOR	**INGRESOS NETOS**	**PORCENTAJE**
LAE	**3.821**	**41,3**
Máquinas B	**3.026**	**32,7**
ONCE	**1.051**	**11,4**
Bingos	**739**	**8,0**
Casinos	**303**	**3,3**
Juegos *On line*	**302**	**3,3**

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida de la Memoria Anual del Juego 2011. Dirección General del Juego. Secretaría de Estado de Hacienda. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

Por tipo de juego, las Loterías y Apuestas Presenciales[28] (Véase Tabla 3) son las que representan el mayor porcentaje de ingresos netos, con un total de 52,7%, seguido de las Máquinas tipo B (1) y tipo de C[29] con el 33,9%, el Bingo con un 8%, el Juego *on line* con un 3,3% y en último término los juegos de Casino en mesa con una representación porcentual del 2,1%.

TABLA Nº 3

MERCADO DE JUEGO EN ESPAÑA POR TIPO DE JUEGO % SOBRE INGRESOS NETOS (Millones de Euros)		
OPERADOR	**INGRESOS NETOS**	**PORCENTAJE**
Loterías y Apuestas Presenciales	**4.873,0**	**52,7**
Máquinas	**3.132,8**	**33,9**
Bingos	**739,3**	**8,0**
Juegos *On line*	**301,6**	**3,3**
Juegos de Casino (en mesa)	**197**	**2,1**

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida de la Memoria Anual del Juego 2011. Dirección General del Juego. Secretaría de Estado de Hacienda. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

Si suprimimos el Juego *on line*, el desplome en términos de cantidades jugadas agregadas en España, en 2011, sería superior al 9%, mientras que éste se reduce hasta

[27] Por ingresos netos hay que entender las cantidades jugadas menos el importe de los premios concedidos por los operadores.

[28] Incluyen LAE y ONCE.

[29] Las Máquinas Tipo C se ubican en casinos.

el 2,8% con la inclusión del Juego *on line.* Los juegos presenciales más afectados (caída de ingresos) han sido los conocidos como privados que son los bingos, las máquinas, y los casinos. Exactamente han descendido en un 25%, un 13% y un 11% respectivamente. No ha sucedido lo mismo con los juegos de gestión pública y de la ONCE. Éstos han tenido una tendencia mucho más óptima (sobre todo los últimos) presentando, en términos totales, un incremento del 5,4% (del 3,9% en el caso de apuestas de LAE y del 11,3% en el caso de ONCE).

A.- JUEGOS LAE

Si disgregamos los datos atendiendo al tipo de operador de mercado de juego presencial veremos que el operador Loterías y Apuestas del Estado (LAE) tuvo unas cantidades jugadas de 9.723 millones de euros en 2011, un 1,4% superior al registro de ventas del año anterior (Véase Tabla 4). Mientras que el ingreso neto por juego se incrementó en un 3,9% hasta los 3.821 millones euros, y los premios devengados disminuyeron en un 0,23% hasta los 5.901 millones de euros.

TABLA Nº 4

EVOLUCIÓN DE CANTIDADDES JUGADA TIPOS DE JUEGO LAE (Millones de Euros)		
Tipo de Juego/Año	2010	2011
Lotería Nacional	5.324	5.268
Lotería Primitiva	2.110	1.992
Bono-Loto	602	593
Euro-millones	1.047	1.470
Quiniela	498	391

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida de la Memoria Anual del Juego 2011. Dirección General del Juego. Secretaría de Estado de Hacienda. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

Por el tipo de juego, el ingreso neto de LAE (véase tabla 5) fue de 3.822 millones de euros, cifra que se distribuye de la siguiente manera: Lotería Nacional 1.743 millones de euros (45,6% del total); Lotería Primitiva 896 millones de euros (23,4%); Bono–Loto 267 millones de euros (7,0%); Euro-millones 735 millones de euros (19,2%); y Quiniela 169 millones de euros (4,6%).

TABLA Nº 5

EVOLUCIÓN INGRESOS NETOS JUEGOS LAE (Millones de Euros)		
Tipo de Juego/Año	2010	2011
Lotería Nacional	1.704,5	1.743,4
Lotería Primitiva	949,6	895,8
Bono-Loto	270,9	266,7
Euro-millones	523,7	734,8
Quiniela	223,9	169,3

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida de la Memoria Anual del Juego 2011. Dirección General del Juego.

Por Comunidades Autónomas, la distribución de ventas de LAE, queda conformada de la siguiente forma (Véase Tabla 6): las principales ventas se concentran en la Comunidad de Madrid (1.485 millones de euros), Cataluña (1.430 millones de euros), Andalucía (1.365 millones de euros), y Comunidad Valenciana (1.184 millones de euros); entre todas agruparon más de un 56% de las ventas totales de LAE para 2011. Por su parte las ventas más bajas se obtuvieron en La Rioja (76 millones de euros), Canal Internet LAE (66 millones de euros), Ceuta (11 millones de euros) y Melilla (10 millones de euros).

TABLA Nº 6

DISTRIBUCIÓN DE VENTAS JUEGOS LAE POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS (Millones de Euros)	
Comunidad Autónoma	2011
Madrid	1.485
Cataluña	1.430
Andalucía	1.365
Comunidad Valenciana	1.184
Castilla y León	700
Galicia	556
País Vasco	521
Castilla La Mancha	432
Canarias	395
Murcia	312
Aragón	281
Asturias	280
Extremadura	192
Baleares	189
Cantabria	126
Navarra	111
La Rioja	76
Canal Internet LAE	66
Ceuta	11
Melilla	10

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en la Memoria Anual del Juego 2011. Dirección General del Juego. Secretaría de Estado de Hacienda. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

B.- ONCE

Resaltar que la ONCE, en 2011, obtuvo unas ventas totales (cantidades jugadas) de 1.956 millones de euros, un 5% más que el 2010. El ingreso neto por juego se incrementó en un 11,3 hasta los 1.051 millones euros, y los premios devengados disminuyeron en un 1,5% hasta los 905 millones de euros (Véase Tabla 7).

TABLA Nº 7

EVOLUCIÓN DE CANTIDADDES JUGADAS POR TIPOS DE JUEGO ONCE (Millones de Euros)		
Tipo de Juego/Año	2010	2011
Cupón Diario	650	619
Cuponazo	667	626
Fin de Semana	210	210
Sorteos Extraordinarios	104	158
TOTAL CUPÓN	1.631	1.612
Juego Activo	41	61
Lotería Instantánea	192	284
TOTAL JUEGO	1.863	1.956

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida de la Memoria Anual del Juego 2011. Dirección General del Juego. Secretaría de Estado de Hacienda. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

En cuanto al tipo de juego decir que, el ingreso neto por juego, fue de 1.051 millones de euro (véase tabla 8). Cantidad que queda distribuida de la siguiente manera: Cupón diario, 327 millones de euros (31,1% del total); el Cuponazo, 377 millones de euros (35,9%); el Cupón Fin de Semana, 96 millones de euros (9,1%); Sorteos Extraordinarios, 102 millones de euros (9,7%); y el resto de juegos, 149 millones de euros (14,2%).

TABLA Nº 8

EVOLUCIÓN INGRESOS NETOS POR TIPO DE JUEGO ONCE (Millones de Euros)		
Tipo de Juego/Año	2010	2011
Cupón Diario	357	327
Cuponazo	354	377
Fin de Semana	74	96
Sorteos Extraordinarios	52	102
TOTAL CUPÓN	837	902
Juego Activo	19	26
Lotería Instantánea	88	124
TOTAL JUEGO	945	1.051

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida de la Memoria Anual del Juego 2011. Dirección General del Juego. Secretaría de Estado de Hacienda. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

En cuanto a la distribución de los ingresos netos por juego de la ONCE por Comunidades Autónomas (Véase Tabla 9), se aprecia que las principales ventas, como ya sucediera para los juegos LAE (aunque en posiciones diferentes), se concentran en Andalucía (300 millones de euros), Comunidad Valenciana (153 millones de euros), Cataluña (137 millones de euros) y Madrid (87 millones de euros), llegando a representar en 2011 más de un 64% de los ingresos totales de la ONCE.

TABLA Nº 9

DISTRIBUCIÓN DE VENTAS JUEGOS LAE POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS (Millones de Euros)		
Comunidad Autónoma	2010	2011
Andalucía	227	300
Comunidad Valenciana	127	153
Cataluña	153	137
Madrid	98	87
Canarias	68	57
Murcia	46	52
Castilla La Mancha	35	44
Islas Baleares	41	36
Castilla y León	29	35
Galicia	20	34
Asturias	36	28
Extremadura	27	25
País Vasco	16	23
Aragón	18	16
Cantabria	11	11
La Rioja	7	9
Navarra	2	6
On Line	1	1

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida de la Memoria Anual del Juego 2011. Dirección General del Juego. Secretaría de Estado de Hacienda. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

C.- CASINOS

En cuanto a los Casinos decir que, éstos tuvieron unas ventas (cantidades jugadas) de 1.612 millones de euros en 2011, un 13,2% inferior a 2010, mientras que el ingreso neto por juego se redujo en un 12,3% hasta los 340 millones euros, y los premios devengados disminuyeron en un 13,4% hasta los 1.272 millones de euros. Al igual que en años anteriores, en 2011, se confirma la tendencia del descenso de los ingresos y de las cantidades jugadas en casinos. Disposición que es común a todos los juegos presenciales de gestión privada (bingos y máquinas B). Como ya mencionábamos esta tendencia a la baja puede explicarse, tanto por la caída de la renta disponible y el consumo de los hogares debido al impacto de la crisis económica, como por la irrupción del juego *on line* que, se configura como competidor directo de los juegos presenciales de gestión privada (casinos, bingos y máquinas).

Al igual que en el período anterior, en 2011 el número de casinos se situó en 39[30]. Tras alcanzar su máximo en 2008 (41), el número de casinos se ha venido reduciendo hasta la cifra actual. De ahí que, los ingresos netos de juego por casino también hayan experimentado una continúa reducción desde el año 2006 hasta estos momentos. Dando cifras podemos decir que en 2011, los ingresos netos de juego por casino alcanzaron los 5,1 millones de euros frente a los 5,8 millones de 2010 y los 6,3

[30] A este número hay que sumarle 4 salas apéndices.

millones de 2009. Esta contracción de la rentabilidad en los ingresos por casino, podría explicar la disminución de su número que desde 2008 se viene dando.

TABLA Nº 10

EVOLUCIÓN DEL INGRESO NETO POR CASINO	
AÑO	PORCENTAJE
2001	7,8
2002	8,1
2003	8,2
2004	8,6
2005	8,9
2006	8,5
2007	8,3
2008	7,0
2009	6,3
2010	5,8
2011	5,1

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida de la Memoria Anual del Juego 2011. Dirección General del Juego. Secretaría de Estado de Hacienda. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

Como era de esperar, esta tendencia a la baja también va a estar reflejada en la reducción global del ingreso neto de los casinos, sobre todo en lo recaudado por juego de mesa y por máquinas C (Véase Tabla 11). La disminución, para el año 2011, fue del 13,2% y del 16,1%, en cada caso, si la comparamos con el año 2010.

TABLA Nº 11

EVOLUCIÓN DEL INGRESO NETO POR MÁQUINA C (Millones de Euros)	
AÑO	MILLONES DE EUROS
1998	32.587
1999	30.624
2000	39.458
2001	45.279
2002	50.615
2003	59.549
2004	64.177
2005	62.641
2006	68.016
2007	66.765

EVOLUCIÓN DEL INGRESO NETO POR MÁQUINA C (Millones de Euros)	
2008	6.1413
2009	58.067
2010	55.426
2011	44.173

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida de la Memoria Anual del Juego 2011. Dirección General del Juego. Secretaría de Estado de Hacienda. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

Estas caídas se explican por una disminución en los ingresos por visitante. Del máximo adquirido en 2005 que se sitúo en 158 euros ha pasado a 78 euros por visitante. En los últimos cinco años los ingresos han descendido a una tasa media anual cercana al 11%, siendo la caída en el último año superior al 12%. Entre los más afectados (tanto en los últimos cinco años como en el 2011) estarían los ingresos de juego en mesa por visitante, y los ingresos de propinas por visitante. Por tanto, no es extraño observar que la evolución de los ingresos por casino, en cuanto a cantidades jugadas, haya disminuido de forma considerable.

Idéntica situación con encontramos cuando valoramos los ingresos netos recaudados a través de las Máquinas C. Aunque el número de este tipo de máquinas aumento ligeramente (en el año 2011 se contabilizaron un total de 2.411 máquinas frente a las 2291 del 2010), los ingresos disminuyeron un 16,1%. La disminución fue considerable si tenemos en cuenta que en el año 2010 se recaudó un total de 55.426 millones de euros, frente a los 44.173 millones de euros que se obtuvieron para el 2011 (Véase Tabla 11).

Si tenemos en cuenta la distribución geográfica también veremos que, los ingresos por casinos disminuyeron en todas las Comunidades Autónomas (Véase Tabla 12). De nuevo, las Comunidades de Cataluña, Madrid, Valencia, Andalucía y Canarias, son las que aglutinan más de las tres cuartas partes del ingreso total, en concreto el 77%.

TABLA Nº 12

CASINOS INGRESOS NETOS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS (Millones de Euros)		
Comunidad Autónoma	2010	2011
Cataluña	95	92
Madrid	80	63
Valencia	50	44
Andalucía	43	37
Canarias	29	28
Illes Balears	18	17
País Vasco	17	15
Región de Murcia	12	8

CASINOS INGRESOS NETOS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS (Millones de Euros)		
Castilla y León	8	7
Extremadura	8	7
Galicia	6	6
Aragón	7	5
Asturias	5	4
Cantabria	4	3
La Rioja	3	2

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida de la Memoria Anual del Juego 2011. Dirección General del Juego. Secretaría de Estado de Hacienda. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

D.- BINGO

Con respecto al Operador de los Bingos apuntar que, al igual que otros juegos presenciales de gestión privada, tanto los ingresos netos por juego, como las cantidades jugadas, se han visto disminuidos para el 2011 en un porcentaje del 25,2 y del 20,3 respectivamente. Lejos de ser algo nuevo, se apunta que este descenso de los ingresos por juego de este operador continúa una senda bajista iniciada hace más de 8 años, ya que desde el 2003 sus ingresos han venido contrayéndose a tasas superiores del 6% anual. Caída, que por otro lado, se ha acentuado desde 2008 con el inicio de la crisis económica y la caída de la renta disponible de los hogares. Tendencia que se ha visto traducida en una disminución de las salas de bingo durante los últimos 15 años, y que en 2011 se emplazó en un total de 388 salas (en 1997 había computadas 539 salas de bingo). El ingreso neto por sala disminuyó de forma considerable (el menor desde 1997), si tenemos en cuenta que en 2011 se facturó un total de 1,9 millones de euros, frente a los 2,5 millones del 2010 (Véase Tabla 13). A nivel de ingresos, sus mejores años (máximo histórico), hay que situarlos entre el 2006 y el 2007, con un total de 3,2 millones de euros, respectivamente.

TABLA Nº 13

BINGOS: INGRESO NETO POR SALA (Millones de Euros)	
AÑO	MILLONES DE EUROS
1997	2,0
1998	2,1
1999	2,2
2000	2,3
2001	2,3
2002	2,7
2003	2,9
2004	2,9
2005	3,0

BINGOS: INGRESO NETO POR SALA (Millones de Euros)	
2006	3,2
2007	3,2
2008	3,0
2009	2,7
2010	2,5
2011	1,9

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida de la Memoria Anual del Juego 2011. Dirección General del Juego. Secretaría de Estado de Hacienda. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

Por contingente geográfico, podemos ver que los ingresos procedentes de los Bingos decrecieron prácticamente en todas las Comunidades Autónomas, a excepción de Navarra y Melilla que sí vieron incrementados sus ingresos; la primera pasó de 10 a 19 millones de euros y la segunda de 1 a 2 millones de euros. Ceuta mantuvo la recaudación en 6 millones de euros. Como sigue siendo habitual, las Comunidades de Cataluña, Madrid, Valencia, Andalucía y Canarias, concentran el mayor porcentaje de los ingresos totales de los Bingos (69%).

TABLA Nº 14

BINGOS: INGRESOS NETOS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS (Millones de Euros)		
Comunidad Autónoma	2010	2011
Madrid	180	110
Cataluña	146	110
Comunidad Valenciana	146	98
Andalucía	130	95
Canarias	95	94
Castilla y León	43	37
Aragón	47	34
País Vasco	39	30
Galicia	35	25
Navarra	10	19
Illes Balears	20	18
Asturias	19	14
Extremadura	21	13
Murcia	20	11
Castilla la Mancha	12	10
Cantabria	11	9
Ceuta	6	6
La Rioja	6	4
Melilla	1	2

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida de la Memoria Anual del Juego 2011. Dirección General del Juego. Secretaría de Estado de Hacienda. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

E.- MÁQUINAS A y B

Por Máquinas tipo A se conocen a todas aquellas que son de mero pasatiempo o recreo, que se limitan a conceder al usuario un tiempo de uso o de juego a cambio del precio de la partida, sin que puedan conceder ningún tipo de premio en metálico, en especie o en forma de puntos canjeables por objetos o dinero, según art 5 del Real Decreto 2110/1998, de 2 de octubre, ajustándose, en su caso, a lo dispuesto en la normativa específica de cada Comunidad Autónoma.

Por su parte las máquinas tipo B son aquellas que, a cambio del precio de la partida, conceden al usuario un tiempo de juego y, eventualmente, de acuerdo con el programa de juego, un premio en metálico, según art 5 del Real Decreto 2110/1998, de 2 de octubre, ajustándose, en su caso, a lo dispuesto en la normativa específica de cada Comunidad Autónoma.

En cuanto a los datos económicos decir que, tanto el parque de máquinas tipo A, como el número de salas, disminuyeron en 2011 hasta las 50.302 máquinas y las 448 salas respectivamente. Este decrecimiento continúa con el desplome que viene experimentando el parque y las salas de este tipo de máquinas desde hace más de una década, debido al auge de los juegos recreativos informáticos de tipo doméstico. De igual modo, el parque total de máquinas y el de máquinas de tipo B, disminuyeron en 2010 un 0,5% y un 2,5% respectivamente. Después de haber alcanzo -las máquinas tipo B- su máximo histórico en 2008 con un número total de 252.422, si miramos la tabla número 12 veremos que a partir de ese año, parece haber comenzado una senda de descenso que continúa hasta el 2011.

TABLA Nº 15

NÚMERO DE MÁQUINAS TIPO A y B (Miles de Unidades)		
AÑO	MÁQUINAS A	MÁQUINAS B
2001	155.451	245.076
2002	141.852	245.324
2003	130.912	241.907
2004	119.031	243.206
2005	115.159	245.966
2006	100.019	248.796
2007	92.236	252.021
2008	81.915	252.422
2009	77.642	246.651
2010	50.302	239.952
2011	41.412	227.436

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida de la Memoria Anual del Juego 2011. Dirección General del Juego. Secretaría de Estado de Hacienda. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

En relación a las cantidades jugadas de las máquinas tipo B, decir que éstos también disminuyeron en 2010 en un 15,1%, llegando a la cifra de los 11.340 millones de euros, mientras que los ingresos netos por juego se incrementaron ligeramente un 1,1% hasta los 3.377, 18 millones de euros Por su parte, los ingresos netos por juego del parque de máquinas B aumentaron en las Comunidades Autónomas que representaron mayores ingresos, con la excepción de Andalucía (Véase Tabla 16). Las comunidades autónomas de Madrid, Cataluña, Andalucía y la Comunidad Valenciana concentran más de un 60% de los ingresos del parque de máquinas tipo B.

TABLA Nº 16

MÁQUINAS B: INGRESOS NETOS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS (Millones de Euros)		
Comunidad Autónoma	2010	2011
Madrid	638,56	495
Cataluña	530,84	478
Andalucía	459,03	420
Comunidad Valenciana	415,07	374
Castilla y León	232,27	224
País Vasco	156,66	141
Castilla la Mancha	150,92	133
Región de Murcia	127,96	121
Aragón	121,52	117
Canarias	122,13	110
Illes Balears	91,96	83
Extremadura	77,75	79
Galicia	83,54	74
Asturias	62,99	61
Cantabria	39,58	40
Navarra	35,45	36
La Rioja	29,60	26
Melilla	0,78	1
Ceuta	0,57	1

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida de la Memoria Anual del Juego 2011 Y 2010. Dirección General del Juego. Secretaría de Estado de Hacienda. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

Resumiendo podríamos decir que de manera general, la evolución observada en la oferta de competidores y en las cuotas de mercado hasta 2011 ha continuado un proceso de reconfiguración motivado por dos razones: una de tipo cíclico que está vinculada a la caída de la renta disponible de los hogares de forma extendida durante los últimos cuatro años, lo que ha afectado a los ingresos de los distintos operadores en el mercado, y otra de tipo estructural relacionada con la irrupción del juego *on line* durante los últimos años. Aunque sólo se disponen de datos parciales de 2011 (desde finales del segundo trimestre), y de ingresos referidos a juegos *on line*, se podría afirmar que se trata de un sector en auge (dado que ya representa un 7% del total de las cantidades jugadas en España, similar a los bingos y el doble de los casinos). Como vemos en 2011 ha seguido la tendencia a la pérdida de cuota de mercado de los operadores de juegos presenciales (bingo, casinos y máquinas), con un despunte de la

cuota de los operadores de loterías y apuestas como ONCE y LAE, al tiempo que el juego *on line* ha seguido detrayendo cuota de mercado del resto de operadores, a juzgar por los volúmenes de cantidades jugadas e ingresos en 2011, como observaremos a continuación.

TABLA Nº 17

DEMANDA MERCADO DE JUEGO EN ESPAÑA EN 2011 POR OPERADOR % SOBRE CANTIDADES JUGADAS (Millones de Euros)		
OPERADOR	CANTIDADES	PORCENTAJES
Loterías Presenciales	11.679	43,8
Máquinas B	9.922	37,2
Bingos	2.142	8,1
Juegos On line	1.763	7,0
Juegos Casino en mesa	1.080	4,1

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida de la Memoria Anual del Juego 2011. Dirección General del Juego. Secretaría de Estado de Hacienda. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

1.4.2.- Mercado del Juego *On Line* en España

Aunque los juegos de azar y los juegos de apuestas son tan antiguos, probablemente, como el hombre, y no han variado significativamente durante siglos, en nuestros días estamos presenciando como el desarrollo de las tecnología y de las comunicaciones, están potenciando su desarrollo y afectando enormemente su incidencia en el mundo. Este hecho hace que en la actualidad, si queremos disfrutar de los juegos tradicionalmente (sólo disponibles en casinos de gran tamaño), no sea necesario salir de casa, ya que bastaría con conectarnos a Internet para lograr el objetivo. Día a día, el juego *on line* va ganando en importancia económica, circunstancia que ha desencadenado una clara tendencia internacional hacia su regulación. Muchos países, que anteriormente mantenían prohibiciones al juego, (o al menos monopolios de juego), con el objetivo de controlar su incidencia y repercusión social, han pasado a regularlo y permitirlo, ante la evidente imposibilidad de hacer respetar la prohibición a sus ciudadanos de jugar "*on line*", a través de internet. Actualmente se impone la axiomática realidad de que es mejor regular y controlar a este sector que prohibirlo, intentando con ello minimizar sus efectos perniciosos, a la vez que se generan cuantiosos ingresos fiscales.

Esta política liberalizadora del juego viene consolidándose en toda Europa, donde ya sólo un pequeño número de países mantiene la prohibición del juego "*on line*", a través de internet, y donde cada vez más estados van adaptando sus legislaciones para permitir un juego *on line* regulado. Aunque cada vez más, esta modalidad va ganando adeptos, todavía existe una inmensa mayoría de países que mantiene su prohibición (sólo Filipinas lo ha legalizado desde el año 2000); pese a ello, el juego *on line,* está aumentando en tasas anuales superiores al 25%.

Con respecto a Europa señalar que actualmente el sector del juego muestra un gran dinamismo, principalmente motivado por la apertura de algunos mercados nacionales al juego "*on line*", que han sido capaces de compensar las caídas sufridas en el juego presencial. Salvo algunas excepciones, la mayoría de los países europeos han mantenido, durante la práctica totalidad del siglo XX, una serie de prohibiciones del juego, o un estricto control del mismo, por la vía de monopolios estatales del juego de loterías y apuestas deportivas, y sólo en la última década, se han visto en la necesidad de atribuir al sector una regulación y un control estatal, ante la dificultad de aplicar una prohibición de acceso al juego *on line*. La legislación de la Unión Europea, contraria al establecimiento de monopolios nacionales, ha ayudado también a establecer unas legislaciones y mercados más permisivos para la competencia, y más abiertos a empresas internacionales de juego. Algunos países europeos han acometido recientemente, (o lo están haciendo), la legalización y regulación del sector del juego *on line*; tal es el caso de, Italia Francia, Dinamarca o España.

Interesa conocer la experiencia europea, ya que la regularización del sector del juego llevada a cabo en algunos países, (muy similar a la realizada en España en 2011), puede marcar unas líneas muy parecidas, a las que sufrirá el proceso de desarrollo en España, una vez comience a maniobrar el juego *on line*. Como ejemplo reseñar el caso de Reino Unido, ya que es el país europeo con mayor tradición de juego, donde el juego *on line* es perfectamente legal, tanto para empresas británicas como para extranjeras, aunque se requiere de una licencia que tiene que ser otorgada por la UK Gambling Commission (organismo que regula y supervisa el sector). La legislación que regula el juego es el Gambling Act de 2005.

En el mercado británico conviven la lotería nacional, casas de apuestas deportivas, salones de juego y casinos, además del juego *on line*, que representa casi un tercio del total del mercado. No obstante, es imposible comparar las estadísticas del Reino Unido con las españolas o con otros países europeos, ya que los operadores extranjeros remotos (*on line*) están exentos de tributar en el Reino Unido, lo que ha conllevado que los principales operadores del mercado, de origen británico, se hayan establecido en paraísos fiscales (Gibraltar o Malta). Aunque ya se ha anunciado una modificación legal, que hará que se tribute según el lugar donde resida el jugador, y no en el lugar donde tiene su residencia fiscal el operador, de ahí que las cifras de ingresos fiscales hasta el año 2011 están sesgadas por este hecho. No obstante, se estima que el volumen de juego en el Reino Unido alcanza los 7.500 millones de libras esterlinas, lo que representa aproximadamente el 0,46% de su PIB.

Retomando la realidad de nuestro país veremos que, por primera vez podremos ofrecer números (aunque son cifras parciales) relativos al mercado de juego *on line*, ya que su regulación fue iniciada en 2011[31]. Señalar que los datos de

[31] Concretamente la Ley 13/2011, de 27 de mayo, de regulación del juego.

recaudación están disponibles desde finales del segundo trimestre de 2011[32], para aquellos operadores que solicitaron licencia. Aunque las apuestas mutuas deportivo benéficas (Quinielas) no son propiamente juego *on line*, sus datos de recaudación son incluidos aquí, ya que sí están afectadas por el impuesto de juego establecido por esta Ley. Si tomamos como referencia los ingresos en términos netos veremos, según señala la tabla número 18, que el tamaño del mercado de juegos *on line* en 2011 alcanzó los 300 millones de euros. En cuanto a su distribución por tipo de juego podemos apreciar que las mayores partidas se situaron en las denominadas como *apuestas mutuas deportivo-benéficas*, con un total de 169,3 millones de euros, mientras que las menores correspondieron a las *apuestas hípicas con contrapartida* con un total de 0,7 millones de euros.

TABLA Nº 18

JUEGO ON LINE EN ESPAÑA EN 2011 % SOBRE INGRESOS NETOS (Millones de Euros)		
TIPO DE JUEGO	INGRESOS NETOS	PORCENTAJES
Apuestas mutuas deportivo-benéficas	169,3	56,4
Apuestas deportivas de contrapartida	54,1	18,0
Otros juegos de contrapartida	48,6	16,2
Concursos	8,5	2,8
Restos de Juegos	17,49	5,66
Apuestas deportivas cruzadas	1,2	0,40
Otras apuestas contrapartida	0,9	0,30
Apuestas Hípicas contrapartida	0,7	0,25

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida de la Memoria Anual del Juego 2011. Dirección General del Juego. Secretaría de Estado de Hacienda. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

Según datos ofrecidos por la Agencia Tributaria[33], la cifra total de cantidades jugadas para los últimos siete meses del año 2011, sería de 1.763 millones de euros. Cifra que, habrá de ser lógicamente superior si se estimará por año completo, posiblemente cercana a los 3.000 millones de euros. En términos de ingresos netos y en números de la Agencia Tributaria, el juego *on line* obtendría una cantidad aproximada de 300 millones de euros, lo que parecería indicar que para el total del año se podrían alcanzar cerca de los 600 millones de euros De estos, habría que deducir el juego de la quiniela, que no puede considerarse juego *on line*, y que

[32]Según apuntan, las anotaciones recogidas en la memoria anual del juego relativa al año 2011, la estimación del tamaño del mercado de juego *on line* en España para ese año (del que sólo se tienen datos fidedignos para los siete últimos meses del año), es de unos 300 millones de euros. Por ello se cree que, este año 2012 será un año puente para el mercado español, con sólo una parte del año operativa para el juego legal, debido a que las licencias se concederán previsiblemente a mediados del año, lo que aconseja prever unas cifras de crecimiento moderado, con unos volúmenes de unos 300 a 400 millones de euros, que pasarían en el año 2013 a unos volúmenes de 600 a 700 millones de euros. A medio plazo se cree razonable pensar que el mercado de juego *on line* español podría alcanzar volúmenes superiores a los 1.000 millones de euros.

[33] Datos obtenidos en base a las declaraciones por el Impuesto del Juego, aplicado a partir de la aprobación de la Ley 13/2011,

ascenderían a unos 300 millones de euros, lo que dejaría la estimación del mercado de juego *on line* en una cifra aproximada de 300 millones de euros anuales.

En cuanto al procedimiento de obtención de licencias de operación de juego *on line,* licitaron 59 entidades con una demanda de 98 licencias generales y 197 licencias singulares. Finalmente, se concedieron, un total de 91 licencias generales y 186 licencias singulares, otorgadas a un total de 53 empresas. El total de licencias singulares concedidas (186) se distribuyen del siguiente modo: 27 de ellas corresponden al juego del póquer, 26 para el bingo, 31 para la ruleta, 28 al juego de black jack, 19 al de punto y banca, 7 para juegos complementarios, 8 para apuestas hípicas de contrapartida, 17 para apuestas deportivas de contrapartida, 4 para apuestas hípicas mutuas, 1 para apuestas deportivas mutuas, 9 para otras apuestas de contrapartida, y 9 para concursos Las empresas licenciatarias se dividen a partes iguales entre empresas con experiencia en el sector del juego en línea (26), y nuevos entrantes al mercado (27), destacando asimismo la presencia de 4 medios de comunicación españoles.

1.4.3.- A modo de Conclusión

Para terminar reseñar que, aunque los ingresos tributarios por juego se hayan reducido en el 2011 en un 0,5% (4.503 millones de euros) debido a que el incremento de la recaudación procedente de LAE (aumentó un 5,9% en 2011 hasta los 3.313 millones de euros), no logró compensar el descenso de la recaudación de operadores y juegos: casinos (-9,4%), bingos (-31,6%) y máquinas (-7,5%); no cabe duda de que los ingresos tributarios por juego siguen teniendo un peso relativamente relevante en los ingresos totales del Estado, oscilando entre el 3,5% y el 4,5% de los ingresos no financieros.

Por tipo de operador de juego, el que más cotiza a los ingresos tributarios totales por juego es el LAE (gestión pública), con un 69%; contribuyendo el resto en cuantías menores del 18% en el caso de las Máquinas B (es el segmento del juego de gestión privada que más aporta a los ingreso fiscales), seguido del 9,2% de los Bingos (9,2%) y el 2,1% de los Casinos.

En términos de demanda podemos referir que, ésta alcanzó (cantidades jugadas) los 26.585 millones de euros; siendo el juego presencial el que copa gran parte del mercado, con el 93% del total. Dentro de esta modalidad destaca la demanda de loterías y apuestas con un 43,9% del total, seguida de las máquinas (B y C) con un 37,3%, los bingos con un 8,1%, el juego *on line* con un 7%, y el juego en mesa de casinos con un 4,1% de lo jugado.

Asimismo si tomamos como referencia las cantidades jugadas, veremos que en 2011 se ocasionó una reducción del 3,2% hasta los 563 euros por habitante, mientras que el ingreso neto de juego por habitante se redujo en un 3,9% hasta los 192 euros. Esto parece indicar, (como ya hemos ido exponiendo a lo largo de este epígrafe), que el impacto sobre la renta disponible y el consumo privado, de la recesión y de la crisis económica iniciada en 2008, está afectando negativamente a la evolución de la demanda de juego en España. Sin embargo, el comportamiento de la demanda no es uniforme entre secciones. Mientras que, en términos de cantidades jugadas y de gasto real por habitante la demanda se ha debilitado, principalmente la de los juegos de gestión privada (casinos, bingos, y maquinas), no ha ocurrido lo mismo con los juegos de gestión pública (las loterías y apuestas), cuya demanda por habitante en el último año ha repuntado ligeramente.

Si tenemos en cuenta el impacto que a nivel macroeconómico y en el empleo tiene la demanda de juego en España, veremos que el mercado de juego, aunque se ha reducido ligeramente debido fundamentalmente al crecimiento nominal del PIB, éste representó en 2011 un 0,9% del PIB en términos de ingresos, un 1,3% de la renta disponible en España y un 1,5% del consumo privado.

Finalmente, si cuantificamos el efecto que éste tiene sobre la renta y el valor añadido de la economía española, se estima que en 2011 el sector de juego creó de forma directa un 0,46% del PIB español en 2011 y un 0,31% del PIB de forma indirecta. En total, el sector del juego contribuyó a la economía española generando más de 8.200 millones de euros, cerca de un 0,76% del PIB. Por otra parte, este sector también contribuye a la creación de empleo. Directamente el sector del juego generó 105.769 empleos, e indirectamente 74.556, con lo que el número total de empleos (directos e indirectos) generados en 2011 fue superior a 180.000.

CAPÍTULO IV

La Patología del Juego. De la Etiología del fenómeno a sus Consideraciones Epidemiológicas.

1.- GENERALIDADES SOBRE EL JUEGO. INTENTOS POR DELIMITAR UN PROBLEMA SOCIAL

La metamorfosis más destacable que ha operado en el campo del juego ha sido el desplazamiento de la idea de *juego luego existo* que tan bien nos supo trasmitir el antropólogo holandés Huizinga en 1938 a través de su obra el *Homo Ludens*; y que implicaba una conducta humana de juego basada en el aprendizaje, la diversión y la competición morfología, por el pensamiento cada vez más afirmado de "dime como juegas y te diré como eres" avalado por la expresión *Nomo Azarensis*.

En las últimas décadas hemos asistido a una proliferación, sin precedentes, de todo lo que tiene que ver con el mundo que rodea al juego. Cada cierto tiempo aparece en el "imaginario del juego" nuevos tipos que incrementan sin descanso, la vasta lista de los ya existentes, con los que hacer "soñar" a una población de jugadores cada vez más extensa. Todos, alguna vez en nuestra vida, hemos apostado bajo la idea de querer pasar un buen rato, pero sobre todo lo hemos hecho inducidos por la imagen tentadora de que la suerte nos sonría y nos agasaje con la "diosa fortuna" que haga nuestra existencia mucho más fausta.

Abierta la puerta del "gambling" (juego por apuesta) serán sólo unos pocos los que se dejen arrastrar por su erótica y acaben por conmutar los pensamientos y sentimientos positivos anidados en el principio (diversión y mejorar una situación económica), por la lógica destructora de apostar por el simple hecho de apostar, por sentir la emoción del riesgo a apostar, de jugarse el dinero y arriesgarse a ganar o a perder todo (lo que tienen y lo que no tienen) incluida su propia dignidad. Este tipo de jugadores son los que acaban formando el grupo de "enfermos del juego" más conocidos como ludópatas o adictos al juego[1].

Se sabe que el juego de apuesta o de dinero es la actividad de ocio que ocasiona más abusos y conflictos originados, casi siempre por su gran potencial adictivo. Alfonso-Fernández (2003: 195) describe muy bien esta situación cuando explicita que: *sin descuido o con descuido -el juego de dinero- lo amenaza con dominarle como objeto adictivo, llevarle a la ruina económica y, según expresión de algún adicto al juego, mata su alma*.

España es el país de la Unión Europea que más dinero gasta por habitante en juego y uno de los primeros del mundo. De ahí que se erija como una de las principales actividades económicas de nuestro país. Según datos recogidos de la memoria anual del juego, en el año 2011 el tamaño de mercado de juego en nuestro país en términos

[1] A parte de estos dos conceptos, destacar que a esta patología psicosocial se le otorgan otros términos, entre ellos: ludomanía, sociosis lúdica, juego compulsivo, ludoadicción, ludodependencia y juego poblemático.

de cantidad jugada fue de 26.585 millones de euros, cifra que se ha reducido en un 2,8% si la comparamos con los 27.379 millones de euros obtenidos en el año 2010. Esta tendencia bajista, iniciada desde el año 2008, es atribuible principalmente a dos factores: por un lado, al impacto de las crisis económica sobre la renta disponible y el nivel de consumo de los hogares españoles, y por otro, a la aparición de operadores online con un incremento anual acumulativo en su volumen de ingresos y cantidades jugadas, según las estimaciones realizadas, de cerca del 30% no ha parado de crecer desde 1977, fecha en la que se legalizó esta actividad, pero será el año1995, el que formule un antes y un después en el gasto del juego, ya que es en ese año cuando se detecta un importante crecimiento del dinero gastado en el juego.

La reflexión de estos datos nos ayuda a comprender las distintas informaciones que, desde distintos organismos especializados en el tema (asociaciones de jugadores en rehabilitación, unidades de psiquiatría especializada, distintos centros de psicología, etc.) expresan cuando plantean que en España la ludopatía se ha constituido como un grave problema social para un gran número de personas. Cómo veremos en el apartado de prevalencia, los datos epidemiológicos indican que más de medio millón de españoles adultos (mayores de 18 años) son ludópatas. Si contáramos a los menores las cifras subirían, ya que éstos no se han mostrado impasibles al fenómeno del juego y cada vez son más las voces que alertan del incremento de este problema en los impúberes. Aunque todavía son pocos los menores que acuden a consulta por problemas de juego, esta situación está empezando a cambiar, ya que está operando un cambio a nivel de conciencia social, que está permitiendo que muchas familias sean conscientes del problema y soliciten tratamiento (Báez y Echeburúa, 1995).

El juego está en todas partes y cómo bien nos recuerdan De la Gándara, Fuertes y Álvarez (2000: 9): *El juego y la vida van siempre unidos, mantiene estrechas relaciones, el juego es parte de la vida y la vida es un juego. El ocio, y el azar, el juego y la vida cuatro elementos que configuran buena parte de la naturaleza humana*. La cuestión está en cómo saber integrar esa parte sin que eso se traslade en un gran problema.

1.1.- DIAGNOSIS Y CONCEPTUACIÓN DEL JUEGO PATOLÓGICO: EL JUEGO COMO PROBLEMA PSICOSOCIAL

No es hasta el último cuarto del siglo XX (década de los 80) cuando el concepto de juego como patología cobra una valía cardinal. Por primera vez, este se recoge, como categoría diagnóstica en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) de la American Psychiatre Association (APA). Antes de esto, la consideración social del juego quedaba en manos del instrumento moral, que le atribuía al jugador la identidad de persona viciosa, amoral, débil de espíritu, egoísta, irresponsable y librador del sufrimiento familiar. Resultante de esta concepción, aparece una de las rasgos que más ha determinado esta conducta -el sigilo-. La

clandestinidad ha perseguido y, aún sigue haciéndolo, a un jugador que sabiéndose culpable de su conducta, era incapaz de desvelar tal comportamiento por miedo a la vergüenza y a la recriminación social. Reconocer el problema significaba haber caído en lo más bajo. El final del declive venía de la mano de la ruina económica, familiar, problemas con la justicia y en último término del suicidio. Hecho público el problema, la penitencia pasaba por mostrar arrepentimiento apelando a su sentido ético, al deber y a la fuerza de la responsabilidad.

Aún, con algunos rescoldos que apagar, la situación actual se muestra, en algunos aspectos, muy distinta a la descrita en el anterior fragmento ¿Cómo se ha operado este cambio? Fundamentalmente el cambio de significado viene avalado por un mayor conocimiento del tema y por hacer público un problema que siempre había permanecido en la esfera oculta de la privacidad. Hoy se sabe que el problema del juego no es un problema moral, sino una enfermedad o un síntoma de una enfermedad subyacente. Concretamente, sería a partir de primera mitad del siglo XX cuando la ludopatía empieza a concebirse como una enfermedad psicológica o como una manifestación de una neurosis subyacente desde el marco de la psicología analítica, constituyendo lo que se ha determinado como el "modelo médico" del juego excesivo. Definición que es reforzada con la fundación de la organización de Jugadores Anónimos en los Ángeles en 1957, cuya idea principal radica en creer que el juego es una enfermedad progresiva que puede ser detenida pero nunca curada.

Aunque, Moran (1970) fue uno de los primeros en definir el problema del juego como juego patológico, en realidad no sería hasta el año 1975 cuando se empieza a estudiar el juego excesivo como enfermedad. No obstante, la consolidación definitiva de la conceptuación del juego como patología se consigue gracias a la introducción en 1980 en el DSM-III (APA) como entidad nosológica propia con unos criterios diagnósticos específicos. La ludopatía es reconocida como un trastorno mental, incluyéndose en la categoría de los trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados.

El DSM-III (2002: 562) define el juego patológico como un: *fracaso crónico y progresivo e n la capacidad de resistirlos impulsos a jugar y a la conducta de jugar, fracaso que compromete, altera o lesiona los intereses personales, familiares y vocacionales*. Para reconocerse como jugador -establecer el diagnóstico- es necesario que le sujeto cumpla con la menos tres de los siete criterios que se presentan en el cuadro 37.

CUADRO Nº 37

Criterios Diagnósticos del Juego Patológico en le DSM-III

A. El individuo se va haciendo crónica y progresivamente incapaz de resistir los impulsos a jugar.
B. El juego pone en serio aprieto, altera o lesiona los objetivos familiares, personales y vocacionales, tal como viene indicado por, al menos, tres de los siguientes fenómenos:
   - Arrestos por robo, fraude, estafa o evasión de impuestos, debidos a intentos para obtener dinero para jugar.
   - Incapacidad para satisfacer las deudas y responsabilidades financieras.
   - Alteraciones familiares o conyugales debidas al juego.
   - Obtención de dinero a través de fuentes ilegales (usureros).
   - Incapacidad de explicar las pérdidas de dinero o de demostrar las ganancias que se atribuyen.
   - Pérdida del trabajo debida al absentismo ocasionado por la actividad de jugar.
   - Necesidad de otra persona que procure el dinero necesario para aliviar una situación financiera desesperada.
C. El juego no es debido a un trastorno antisocial de la personalidad.

Fuentes: Robert, C. y Botella, C. (2002:562).

En 1987 la APA lleva a cabo un modificación en los criterios de diagnóstico, concretamente en el DSM-III-R definiéndolos en términos similares a los que se establecen para reconocer las adicciones o dependencias a sustancias psicotrópicas tal y como veremos en el cuadro 38, aunque sigue definiendo el juego patológico como un trastorno del control de los impulsos.

CUADRO Nº 38

Criterios Diagnósticos del Juego Patológico en le DSM-III-R

1. Preocupación frecuente por jugar u obtener dinero para jugar.
2. Con frecuencia se juega más cantidad de dinero o durante más tiempo del que se había planeado.
3. Existe la necesidad de aumentar la magnitud o la frecuencia de las apuestas para conseguir la excitación deseada.
4. Intranquilidad o irritabilidad cunado no se puede jugar.
5. Pérdidas repetidas de dinero en le juego y vuelta al día siguiente para intentar recuperar.
6. Esfuerzos repetidos para reducir o para parar el juego.
7. Con frecuencia el juego tiene lugar cuando se espera del sujeto que esté cumpliendo sus obligaciones sociales o profesionales.
8. Sacrificio de alguna actividad social, profesional o recreativa importante para poder jugar.
9. Se continúa jugando a pesar de la incapacidad para pagar las deudas crecientes, o a pesar de otros problemas significativos sociales, profesionales o legales que el sujeto sabe que se acentúan con el juego

Fuente: Robert, C. y Botella, C. (2002: 563).

Sin embargo no será hasta 1995, en la cuarta edición del Manual de Diagnóstico -DSM-IV- cuando de forma explícita se reconozca al juego patológico como una adición. En este manual se siguen manteniendo algunos de los criterios de diagnóstico

ya establecidos en el DSM-III-R, otros se remodelan y se incorpora como aspecto novedoso la recomendación de no utilizar los mismos items, si la conducta de juego puede explicarse por la existencia de un episodio maniaco. Para ser considerado como jugdor/a patológico/a será necesario cumplir al menos cinco de los diez criterios que se anotan en el cuadro que a continuación se detalla (véase cuadro 39).

CUADRO Nº 39

Criterios Diagnósticos del Juego Patológico en el DSM-IV

A. Conducta desadaptativa indicada por, al menos, cinco de los siguientes síntomas:
- Preocupado por le juego (por ejemplo, preocupado por revivir de nuevo las experiencias pasadas de juego, incapacitado o planeando la siguiente aventura, o pensando en le modo de obtener dinero con le que juega).
- Necesidad de jugar una cantidad cada vez mayor de dinero para obtener la excitación deseada.
- Hacer repetidos esfuerzos sin éxito para controlar, cortar o dejar de jugar.
- Inquietud o irritabilidad cuando intenta cortar o dejar de jugar.
- Juega como un modo de escapar de los problemas o aliviar el humor disfórico (por ejemplo, sentimientos de desamparo, culpa, ansiedad, depresión).
- Después de perder dinero jugando, a menudo vuelve otro día para intentar recuperar lo perdido (a "cazar" las propias pérdidas).
- Miente a los miembros de su familia o a otros para ocultar el alcance de su implicación en el juego.
- Comete actos ilegales, tales como falsificación, frade, robo o desfalco, para financiar el juego.
- Ha arriesgado o perdido una relación significativa, el trabajo, u oportunidades educativas o de promoción a causa del juego.
- Cuenta con otros (o con Instituciones) para proporcionarle dinero para aliviar una situación financiera desesperada producida por el juego.

B. El trastorno no se circunscribe a un episodio maniaco.

Fuente: Robert, C. y Botella, C. (2002: 564).

A diferencia de los criterios establecidos en los manuales anteriores (DSM-III y DSM-III-R) en este nuevo, los criterios están basados en la investigación llevada a cabo por Lesieur y Rosenthal en 1991, siendo seleccionados según su validez discriminante (Lesieur, 1993). Esto se refleja, según establece Robert y Botella (2002), en que basándose se en las teorías sobre el juego patológico más relevantes, se reformulan algunos criterios, incluyéndose nuevos síntomas como: el jugar para escapar de problemas o estados de ánimo disfóricos, se introducen las mentiras como modo de ocultar el juego y se da más relevancia a las consecuencias del juego en los aspectos familiares, sociales y legales.

Por su parte, la OMS (Organización Mundial de la Salud) incluye al juego patológico dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades –concretamente en el CIE-10, dentro del apartado F.63. 0. "Juego Patológico" definiéndolo como un *trastorno consistente 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; (...) esta conducta*

persiste y a menudo se incrementa a pesar de sus consecuencias sociales adversas tales como pérdidas de fortuna personal, deterioro de las relaciones familiares y situaciones personales críticas (OMS, 1992)[2].

En este sistema de clasificación, para que el diagnóstico sea positivo tienen que concurrir los criterios que se detallan en el siguiente cuadro número 40.

CUADRO Nº 40

Criterios diagnósticos del juego patológico en el CIE-10[3]
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 le rodean.
Criterios de exclusión:
• El juego excesivo en paciente maníacos • El juego excesivo en personalidades sociopáticas.

Fuente: Robert, C. y Botella, C. (2002: 563).

Aunque, las dos clasificaciones tienen el mismo objetivo que es determinar si una persona tiene problemas de juego, si se comparan ambas clasificaciones (DSM-IV y CIE-10) encontraremos una serie de diferencias. Concretamente Garrido y Domínguez (2004) aluden a:

1. El DSM-IV requiere de al menos cinco criterios de un total de diez (revisten un carácter politético), mientras que la CIE-10 exige el cumplimiento de los cuatro criterios enumerados (revisten un carácter monotético).

2. En la CIE-10 aparece un criterio temporal de un período mínimo de un año durante el cual tenga lugar tres o más episodios de juego con las características del resto de los criterios, mientras que el DSM-IV no establece ningún criterio temporal.

3. En el DSM-IV existe un criterio de exclusión –caso de episodio maníaco- que la CIE-10 no tiene en cuenta.

[2] Elabora la clasificación de los t*rastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas de diagnóstico*.

[3] Según determina Lesieur (1993), estos criterios están basados en una consulta amplia a expertos de sesenta países, aunque ninguno de ellos es especialista en juego patológico.

No exenta de de algunas críticas, al día de hoy, la prueba que se utiliza en el campo del diagnóstico del juego patológico es la propuesta por el DSM-IV. Entre sus apreciaciones destacamos la que lleva a cabo Alonso-Fernández (2003). Este autor sistematiza en dos sus notas críticas (Véase Cuadro 41):

1. No está de acuerdo en la terminología utilizada. "juego patológico" y "ludopatía" por ser conceptos demasiados ambiguos.

2. Al presentar unos criterios demasiado restrictivos, preserva la especificidad (la proporción de no ludoadictos que dan un resultado negativo) pero a costa de una sensibilidad (la proporción de ludoadictos que dan un resultado positivo) demasiado baja, lo que puede traducirse en una cuota de falsos diagnósticos que se eleva por encima de lo admisible.

CUADRO Nº 41

Estimación de la validez diagnóstica de los diez items propuestos por la APA en el DSM-IV para identificar el juego patológico
Criterio1: Válido
Criterio 2: Presentación esporádica
Criterio 3: Válido
Criterio 4: Válido
Criterio 5: Válido para las mujeres y esporádico en los hombres
Criterio 6: Presentación esporádica
Criterio 7: Presentación tardía
Criterio 8: Presentación tardía
Criterio 9: Presentación tardía
Criterio 10: Presentación tardía

Fuente: Alonso-Fernández, F. (2003:205).

Apoyándose en su experiencia profesional, este mismo autor, determina, que de los diez criterios recogidos para identificar el juego patológico en el DSM-IV, sólo tres ofrecen una validez contrastada para el diagnóstico precoz en ambos géneros, tal y como se establecen en el cuadro 41. De ahí que también sugiera que nos sirvamos de una serie de preguntas establecidas por Davis (2002) y Stinchfield (2002) para la detección o *screening* de la adicción al juego. Cómo toque avizor bastaría con que una de las respuestas fuera positiva, ya que serviría de base para una exploración más afinada. Cómo ejemplos de preguntas proponen (2002: 204):

- ¿Se le ha ocurrido pensar que tiene un problema de juego?
- ¿Ha ensayado dejar el juego?
- ¿Ha pedido dinero prestado, vendido alguna cosa, o incurrido en alguna ilegalidad para financiar el juego o cubrir las deudas de juego?
- ¿Ha mentido a gente importante para usted acerca de la cantidad de dinero invertida en el juego?

- ¿Siente apremio por volver a jugar con objeto de recuperar la pérdida o ganar todavía más?

Además de estos criterios, Prieto Ursúa (1999)[4], evidencia que existen otra serie de instrumentos psicológicos de medida del juego patológico, que permiten discernir con bastante acierto, entre el jugador adicto al juego y el jugador social. En España el que más se utiliza es el que emplea la Organización de Jugadores Anónimos, nominado como -GA20- para que cada persona pueda evaluar si tiene o no problemas de juego. Este instrumento está constituido por 20 preguntas con dos posibilidades de respuesta -Sí o No-, llegándose a considerar como adicto a aquellas personas que contesten de forma positiva a siete de los veinte items que en él se recogen (Véase Cuadro 42).

CUADRO Nº 42

Instrumento de Medida del Juego Patológico –GA20-
1. ¿Alguna vez ha dejado de trabajar debido al juego?
2. ¿Ha causado el juego que su vida familiar sea infeliz?
3. ¿Su reputación ha sido afectada por el juego?
4. ¿Ha sentido alguna vez remordimientos después de jugar?
5. ¿Ha jugado alguna vez para pagar sus deudas o para resolver sus dificultades financieras?
6. ¿Ha disminuido el juego su ambición o habilidad?
7. ¿Después de perder, ha sentido como si tuviera que volver lo más pronto posible y recuperar sus pérdidas?
8. ¿Después de ganar, ha tenido un fuerte impulso de regresar y ganar más?
9. ¿Jugaba a menudo hasta que se le acabara el dinero?
10. ¿Ha pedido alguna vez prestado para financiar su juego?
11. ¿Ha vendido alguna propiedad para financiar su juego?
12. ¿Le cuesta utilizar "dinero del juego" para gastos normales?
13. ¿Ha descuidado el bienestar de su familia por le juego?
14. ¿Ha jugado alguna vez más tiempo del que tenía planeado?
15. ¿Ha jugado alguna vez para escapar de los problemas y las dificultades?
16. ¿Ha cometido, o ha planeado cometer, algún acto ilegal para financiar su juego?
17. ¿Ha tenido problemas para dormir a causa del juego?
18. Las discusiones y desacuerdos ¿hacen que sienta la necesidad de jugar?
19. ¿Ha tenido alguna vez el deseo de celebrar algo que ha ido bien con algunas horas de juego?
20. ¿Ha considerado alguna vez que la autodestrucción es una de las consecuencias de su juego?

Fuente: Prieto Ursúa, M. (1999:33).

No obstante, si nos paramos a analizar todos los instrumentos o criterios diagnósticos recogidos, nos daremos cuenta que sólo nos ofrecen la posibilidad de obtener una parte de la información -soy o no un jugador patológico- ya que no ofrecen respuesta a cuestiones tan importantes como es la graduación del juego. Determinar el *cuánto* en el problema del juego es esencial para conocer exactamente

[4] Esta autora confiere a los criterios establecidos en el DSM-IV un valor o una utilidad prácticamente clasificatoria.

el punto en el que se sitúa el ludópata. Cómo ejemplo, Prieto Ursúa (1999), recurre a sus actuaciones como perito en procesos judiciales contra jugadores, dónde se le ha preguntado por ¿cuánto problema tiene el reo con el juego? como parámetro que sirva para decidir qué tipo de atenuante puede aplicarse al jugador. No obstante, la respuesta no puede ser otra que *no hay instrumentos para graduar el nivel del problema del juego, hasta ahora, sólo hay instrumentos para clasificar* (1999: 34).

Otro de los inconvenientes que podemos encontrar es la asignación del mismo valor a todas las preguntas, independientemente de las implicaciones que tiene cada una. Darle la misa importancia a cuestiones de contenidos tan dispares como *haber jugado más tiempo del que se había planteado*, *haber cometido o planteado cometer un acto ilegal para financiar mi juego*, desvirtúa la prodigalidad que pudiera tener la información obtenida durante la medición de la problemática del juego.

Para subsanar este problema, Prieto y Cañón (1998), después de varios años de estudio con jugadores, encontraron una nueva manera de evaluar el problema de juego, incorporando una valoración diferente a cada pregunta. Su propuesta, una persona tendría tanto más problema con el juego cuánto más alta fuera su puntuación al responder a las preguntas que se recogen en el cuadro número 43. Apreciaremos que la puntuación puede oscilar entre 0 (mínima puntuación posible) hasta 45 (máxima puntuación posible. Un sujeto adicto al juego nunca podría contestar que NO a las tres primeras preguntas, ya que estas serían condiciones necesarias para considerar a alguien como jugador con problemas. No obstante, sí podría contestar NO a cualquiera de las demás preguntas, por cuanto que podría concluirse que una persona tendría más problema de juego cuanta más alta fuera su puntuación final (Prieto, 1999).

CUADRO Nº 43

Instrumento para cuantificar el problema de juego (Prieto y Cañón, 1998)		
	SÍ	NO
1. ¿El juego ha hecho que su vida sea menos feliz?	9	0
2. ¿Se ha llegado a preocupar por su juego?	8	0
3. ¿Juega para conseguir dinero con le que pagar deudas?	7	0
4. ¿Juega cunado se siente triste?	6	0
5. ¿Juega para relajarse, para reducir ansiedad?	5	0
6. ¿Juega porque cree que tiene una estrategia muy buena?	4	0
7. ¿Juega para sentirse excitado?	3	0
8. ¿Juega porque le gusta arriesgarse?	2	0
9. ¿Juega porque tiene buena racha?	1	0

Fuente: Prieto Ursúa, M. (1999: 35).

Con este instrumento de medición, estos autores han conseguido dar respuesta a un doble propósito:

1. Determinar en qué medida un sujeto es o no jugador problema, al permitir graduar la problemática de cada sujeto en particular.

2. Valorar de forma diferente las respuestas en función de su distinta contribución a la definición de jugador problema.

1.1.1.- Conceptualización del Juego Patológico

Habitualmente la problemática de la ludopatía se ha avistado de forma dicotómica -*se es o no se es jugador patológico*- siempre teniendo en cuenta si se cumplen o no los criterios que definen esta entidad nosológica. Esta forma de conceptuar se correspondería con lo que se ha dado en llamar *modelo médico tradicional*. Adoptar este modelo o punto de vista conllevaría, según destacan Belloch, Sandín y Ramos (2002), una serie de inconvenientes, tales como:

1. Puede originar confusiones en la selección de sujetos aptos para tratamiento y en las propias investigaciones, pues los resultados parecen divergir en función de ciertas características de los sujetos seleccionados, como gravedad del trastorno, tiempo de evolución, etc.

2. Lleva a consecuencias tan importantes como el tener como única meta del tratamiento la abstinencia total, el evadir responsabilidades por parte del jugador, o considerarlo un atenuante legal en los juicios por delitos asociados, apuntando que es mejor el tratamiento que la cárcel.

Dentro de esta perspectiva irían incluidos los modelos que actualmente cuentan con un mayor cuerpo de investigación y que son aquellos que consideran el juego patológico como una enfermedad mental, una adicción adquirida o la consecuencia de una anormalidad física subyacente (Brown, 1987c).

1.1.2.- El Juego Patológico como Trastorno del Control de los Impulsos

Tanto la APA como la OMS otorgan al juego patológico la consideración de *trastorno del control de los impulsos*. De hecho es la categoría donde lo encuadra el DSM-III (APA, 1980), el DSM-III-R (APA, 1987) y el DSM-IV (1994) dada su similitud con otros trastornos del control de los impulsos como son la cleptomanía, la piromanía, la tricotilomanía, el trastorno explosivo intermitente y el trastorno del control de los impulsos no especificado[5]. Distintamente el sujeto que padece la anomalía del juego

[5] Concretamente aparece en el Manual de clasificación en un epígrafe general denominado: "Trastorno en el control de los impulsos no clasificados en otros apartados".

patológico, destaca porque se va haciendo de forma crónica y progresiva incapaz de resistir el impulso de jugar.

Como grupo, en todos ellos se combinan una serie de características que le son comunes. La característica principal sería la pérdida de control sobre la propia conducta, teniendo en común los siguientes rasgos (Belloch, Sandín y Ramos, 2002):

1. Fracaso en resistir el impulso, deseo, o tentación de llevar a cabo algún acto que es dañino para el propio individuo o para los demás. Puede existir o no una resistencia consciente al este impulso, y la realización del acto en sí puede ser o no premeditada y planificada.

2. Advertir, antes de llevar a cabo el acto, una sensación creciente de malestar emocional en forma de tensión o de activación interior (arousal).

3. En la realización del acto, el sujeto experimenta placer, gratificación o liberación. Esto supone que el acto es egosintónico, en tanto en cuanto, concuerda con los deseos conscientes inmediatos del ser humano.

4. Realizado el acto pueden aparecer o no sentimientos negativos como la pena, los autorreproches, la culpa, la vergüenza o los remordimientos, cuando se es consciente de sus consecuencias.

1.1.3.- El Juego Patológico como Conducta Adictiva[6]

No es hasta el último cuarto del siglo XX (comienzos de la década de los años ochenta) cuando el concepto de conducta adictiva cambia y los investigadores empiezan a incluir dentro del complicado mundo de las adicciones, a una serie de trastornos cuyo factor esencial, no estuviera determinado por el consumo de una sustancia química potencialmente adictiva.

Aunque en los actuales catálogos de diagnóstico se sigue contemplando el juego patológico como un trastorno del control de los impulsos, cada vez son más los autores[7] que optan por considerarlo más como una conducta adictiva, dadas las analogías que guarda con otras adicciones. Contemplar también que parte de los

[6] Aún no dando por válidas las otras conceptualizaciones, hemos tomado a ésta como punto de referencia sobre el que sustentar este trabajo.

[7] Entre otros resaltar a: Blaszczynski, Buhrich y McConaghy. (1985); Custer y Milt, (1985); Dickerson (1977, 1984); Echeburúa (1993); García Díaz y Aranda (1993); González (1989); Lesieur y Heineman (1988); Rodríguez-Martos (1987); Saiz y López-Ibor, (1983); Brown, (1987c).

autores citados anteriormente (Blaszczynski, 1993; Echeburúa, 1993; Lesieur, 1993 y López, 1990) ponen sobre la mesa otros factores que amplían el campo de sus paralelismos. En concreto señalan:

1. *Socioculturales*. Destacan la amplia aceptación y disponibilidad ambiental (sobre todo para el caso del alcohol y el juego).

2. *De personalidad*. Distintos estudios realizados con jugadores patológicos, alcohólicos y otros adictos manifiestan el surgimiento de ciertos rasgos comunes, como son la extroversión y el psicoticismo (Blaszczynski *et al*., 1985), o una elevación de la escala de psicopatía del MMPI (Craig, 1979). No obstante, no se ha precisado ningún perfil característico de personalidad[8].

3. *Modelos explicativos*. Para explicar ambas conductas se han valido de modelos explicativos similares. Desde las teorías del aprendizaje se postula la importancia del refuerzo, tanto positivo como negativo, en el origen y mantenimiento del trastorno, el papel del condicionamiento clásico a la hora de explicar los estímulos neutros asociados al consumo (visión del bar, sonido de la máquina tragaperras) y la influencia del aprendizaje observacional, tanto por parte de la familia como de los iguales. De igual modo, Rosenthal (1985) insiste en que pueden existir mecanismos de defensa comunes, tales como la racionalización y la negación que ayudan a mantener la conducta adictiva.

4. *Fenómenos comunes*. Como factores típicos se han identificado:

- Intensa preocupación por la búsqueda de juego y los síntomas de abstinencia y tolerancia (Rosenthal, 1989; Wray y Dickerson, 1981), aunque con características diferenciales, sobre todo en lo relativo a la sintomatología vegetativa (cefaleas, tensión, sudor, insomnio, etc,) ya que esta se manifiesta en una magnitud de grado menor en las adiciones sin sustancia y no suelen aparecer en todos los jugadores.

- Hace su aparición lo que se conoce como el "golpe" (*hits*) o el estado activado eufórico reforzante (Blaszczynski, 1993).

- En ambos aparece la doblegación o el sometimiento del estilo de vida al mantenimiento de la adicción.

5. Ambos son consideradas *problemáticas con una amplia repercusión social* que acaba afectando al contexto familiar. En los dos, el individuo suele tiranizar económicamente a la familia mediante amenazas, robos, mentiras, etc.; pero el

[8] Según estos autores esto puede deberse a dos motivos: al hecho de que los datos son, en cierta medida, contradictorios y a la dificultad añadida de que en su mayoría se trata de estudios retrospectivos, lo que resta fiabilidad a los resultados.

jugador patológico (a diferencia de lo que ocurre con los drogodependientes) raramente utiliza la violencia para conseguir el fin económico.

6. *El proceso de recaída*. Las similitudes entre estos trastornos tienen que ver fundamentalmente con que en ambos, esta situación, tienden a aparecer con mayor frecuencia en los tres primeros meses posteriores al alta terapéutica, ya que las situaciones de alto riesgo son similares (estados emocionales negativos, conflictos interpersonales y presión social), así como los componentes cognitivos (Marlatt y Gordon, 1985) que están comprendidos en la misma.

7. *Tratamiento*. El despliegue de técnicas que se utilizan en la recuperación de sus sujetos adictos son muy similares (muy común los tratamientos de técnicas aversivas[9]). De igual modo, en ambos casos se decantan por la elección de programas multimodales, donde la prevención de la recaída ocupa un lugar muy destacado. De ahí, que en muchos centros terapéuticos el tratamiento del juego patológico esté integrado dentro de los programas que trabajan el abuso de drogas.

8. *Fenómenos de co-adicción*. Cómo ya quedó reseñado en el anterior capítulo, es muy habitual encontrar procesos de comorbilidad en sujetos diagnósticados de ludopatía. La combinación adictiva suele venir, según apuntan muchos autores[10], principalmente de la mano del alcoholismo y el tabaquismo, aunque también se registran casos de consumo de otras sustancias (cocaína), o de otras conductas adictivas, tales como la adicción al sexo (mayoritariamente en los hombres) o los trastornos alimentarios (bulimia, hiperfagia) y la consumapatía en las mujeres (Alfonso-Fernández, 2003).

En esencia, vemos que el juego encaja sin ningún tipo de dilaciones en el vasto y complejo mundo de las adicciones, entendiendo éstas como aquellas conductas que producen placer o evitan la incomodidad, con un patrón de fracaso recurrente en el control de la conducta, y una continuación de ésta a pesar de sus consecuencias negativas (Millar, 1980; Godman, 1990). De ahí, que se tomen como elementos básicos y comunes para los distintos tipos de adicción los siguientes[11]:

[9] Este tipo de terapias intentan asociar un patrón de reacción comportamental no deseado y socialmente sancionado, con una estimulación desagradable, interna o externa, o reorganizar la situación de tal manera que las consecuencias de ese comportamiento "no deseado" sean lo suficientemente desagradables para que su emisor deje de ejecutarlo. Los modelos más frecuentes son: el *condicionamiento clásico*, el *condicionamiento operante*, las *teorías centrales* y la *teoría del estado*. Del mismo modo, en el entrenamiento asertivo se utilizan técnicas muy variadas tales como: ensayo de conducta, imitación, feedback, procedimientos encubiertos y mecanismos de inhibición recíproca.

[10] Valgan los ejemplos de: De la Gándara Martín, Fuertes Rocañín y Álvarez, Álvarez-Monteserín (2000) y Alfonso-Fernández (2003).

[11] Elementos que viene recogidos en: Moreno Mariscal, S. (Coord.)(2007).

1. *Craving*. Excesiva preocupación y deseo intenso de satisfacer la necesidad que se siente por llevar a cabo la conducta adictiva.[12]

2. *Pérdida de control*. Representa la dificultad para mantenerse abstinente o incapaz para detener la conducta una vez que ésta e ha iniciado. Este factor simboliza una de las cuestiones fundamentales que permite considerar algo como adicto.

3. *Abstinencia*. Manifiesta la sintomatología característica que aparece cuando la conducta adictiva es interrumpida. El jugador tiende a presentar, con relativa frecuencia, un malestar subjetivo en los períodos que pretende dejar el juego, pesadumbre que es incrementada cuando éste se haya en presencia de estímulos relacionados con el juego (Pasar por delante de un bingo, música y luces de las máquinas tragaperras, etc.). Entre los síntomas más comunes destacan la irritabilidad, la inquietud, la depresión y las dificultades de concentración.

4. *Tolerancia*. Implica necesidad de aumentar la implicación de la conducta adictiva para conseguir el efecto original producido por ella. En la ludopatía se ha considerado que la "excitación" provocada durante el juego sería la "droga" del jugador.

5. *Preocupación por el consumo de la sustancia*. La implicación progresiva en el juego deriva de una mayor dedicación de tiempo, ya sea para jugar o para conseguir dinero, lleva consigo la eliminación de otras áreas de la vida, que hasta entonces eran importantes para la persona (Lesieur, 1979; Jaffe, 1980).

6. *Persistencia en el consumo de la sustancia*. Al igual que ocurre en otras adicciones, el ludópata tiende a persistir en esta conducta, aún sabiendo las consecuencias negativas y los conflictos que esta acción conlleva, tanto en el plano personal, como en el familiar, el laboral y el social.

7. *Tendencia a la recaída*. Elemento habitual en todas las adicciones, incluida la ludopatía. La recaída describe uno de los fenómenos clínicos que más dificulta la instauración de un tratamiento eficaz a largo plazo. Entre sus posibles causas se describen la disponibilidad para llevar a cabo la conducta adictiva, muy a menudo relacionada con el deseo de consumir, provocado por estímulos de tipo externo (ambientales) o internos (cognitivos), que han estado previamente asociados a la realización de dicha conducta en el pasado. También favorecen la recaída estados físicos y emocionales negativos, conflictos personales y el deseo de probar la capacidad de autocontrol.

[12] Un estudio llevado a cabo a 843 pacientes del Veterans Addiction Center de Bresksville En Ohio EE. UU, concluyó que el conjunto de pacientes de juego patológico presentaban más dificultad para resistir el *craving* que pacientes con problemas de de adicción al alcohol y la Cocaína (Castellani y Rugle, 1995).

1.1.4.- El Juego Patológico como Trastorno Obsesivo-Compulsivo

De forma general, el término de "compulsivo" se ha utilizado mucho en la literatura como sinónimo de patológico. Esto ha determinado que éste sea considerado como una conducta compulsiva por las analogías que tiene con el trastorno obsesivo compulsivo -la urgencia de llevar a cabo la conducta, de modo repetitivo, el papel reforzante de la misma, el tratamiento con fluoxetina y clomipramina (Robert y Botella, 2002). La diferencia principal entre ambos trastornos radica en que para los obsesivos compulsivos la conducta sería *egodistoónica* (experimentada como algo ajeno o extraño a uno mismo), al menos al principio, mientras que para los jugadores patológicos es *egosintónica* (vinculada a la propia persona).

Pero no todos apoyan esta idea. Sicilia Salcedo (2007) nos muestra que estudios llevados a cabo por Ibáñez Cuadro y Saiz Ruiz (2000) encuentran diferentes teorías a favor y en contra de la relación del juego patológico y el trastorno obsesivo compulsivo. A favor de que pueda existir una posible relación entre ambos trastornos, algunos autores (Linden el al, 1986) observaron que una parte de la muestra a estudiar (25%) fue diagnosticada de un trastorno obsesivo compulsivo. Por su parte Lesieur (1976), anotó que a menudo los jugadores reseñan, en fases avanzadas, un pensamiento repetitivo en relación con el juego que no pueden apartar de su cabeza, y que les induce a llevar a cabo el acto, aún a costa de no desearlo.

No obstante, otros autores empezaron a cuestionar dicha similitud, ya que lo consideraban como una entidad más amplia que constituía un espectro continuo entre la compulsividad y la impulsividad y en el que tendría cabida el juego patológico entre otros trastornos. Su característica principal se situaría en el deseo imperioso de realizar una determinada conducta, con un malestar subjetivo y objetivo crecientes (activación psicofisiológica) que se aliviaría al realizar dicha conducta (Hantouche y Merckaert, 1991; Hollander, 1993). En este continuo el juego patológico se situaría, según establecen Hollander y Wong (1995), más al extremo de la impulsividad (con motivo de búsqueda de situaciones novedosas) relacionada, a menudo, con rasgos que tienen que ver con el déficit de atención.

Robert y Botella (2002) nos ofrecen otra forma de considerar la conducta de juego. Este modelo consiste en entenderla como un continuo, en uno de cuyos polos se encontraría el *jugador social* con una baja frecuencia de juego y sin ningún problema asociado al mismo- y en el otro borde estaría el *jugador patológico* (categoría a su vez divisible si tenemos en cuenta la gravedad del trastorno)[13]. Este

[13] Defensores de este modelo (Dickerson, 1984) otorgan un gran valor a las variables de aprendizaje y exposición al juego. De hecho apoyaron sus argumentos en datos que evidenciaron una relación entre tasas de participación en el juego y su disponibilidad.

enfoque permite aceptar como propósito o finalidad del tratamiento el juego controlado, dando prioridad al establecimiento de leyes que ayuden a reducir la prevalencia, restringiendo el acceso de la población al mismo[14].

Entre los argumentos que se posicionan en contra de la concordancia entre juego patológico y trastorno obsesivo-compulsivo tenemos el que se origina de la propia definición del trastorno obsesivo-compulsivo, ya que este presenta unas características esenciales que hacen de esta enfermedad una entidad diferenciada.

Estaríamos hablando fundamentalmente de la *duda patológica* (aspecto que no se observa en los trastornos impulsivos como la ludopatía); el *carácter absurdo* (no incluido en la ludopatía) y como ya adelantábamos más arriba, las compulsiones por definición son egodistónicas (no conscientes), mientras que el acto de jugar se delimita como egosintónico, o lo que es lo mismo, acaece como un deseo consciente e inmediato del sujeto.

1.1.5.- Por una Comprensión del Juego Adictivo

Aunque la consideración del juego como enfermedad ha sido muy positivo, Prieto Ursúa (1999) desdice está afirmación planteando que la adicción al juego no es una enfermedad ni tampoco una manifestación de una enfermedad del sujeto. Esta autora contempla la ludopatía como un problema, un grave problema psicológico que viene clasificado, por la ciencia psiquiátrica como un trastorno del control de los impulsos y en círculos psicológicos como una adición pura, psicológica o conductual. ¿Pero porqué esta atora insiste en negar lo que todos dan como un hecho indiscutible y asumido sin ningún tipo de dilaciones? Contemplar la adicción al juego, sin que ésta sea una enfermedad, responde a que si esto fuera así la persona que la padeciera, independientemente de su voluntad, no tendría posibilidad de control. Como mucho, podría alejarse para siempre del juego, ya que cualquier contacto con él desencadenaría de nuevo el problema. Al ser un enfermo, un ser pasivo que padece una dolencia, el jugador no sería responsable ni de empezar a jugar, ni de desarrollar una conducta excesiva de juego, ni de controlarla para dejar de jugar o jugar de forma controlada.

Prieto Ursúa (1999) insiste en este planteamiento al considerar que esta forma de entender el problema del juego (como enfermedad) ha creado muchas dificultades,

[14] De momento existen ya datos empíricos que apoyan esta idea. Concretamente, el estudio realizado por Bentall, Fisher, Kelly, Bromley y Hawksworth en 1989 y llevado a cabo entre 213 jugadores de salas de máquinas recreativas, aparece un continuo, desde poco uso (según frecuencia de visitas, cantidad de tiempo y dinero invertido y tendencia a gastar más de lo calculado) hasta dependencia, no encontrando una clara distinción entre juego controlado y el excesivo. De igual modo sucede, en el estudio de Hraba y sus colaboradores (1990), donde los datos obtenidos con jugadores de lotería indican una progresión a través de fases: conducta de juego, pérdida de control y consecuencias negativas.

destacando como fundamentales aquellas que están relacionados con el *propio concepto del jugador ante sí mismo*. Basándose en su experiencia clínica, establece que son muchos los jugadores que han acudido a ella con una completa sensación de impotencia, de inferioridad, dado que no es fácil asumir que uno esté condenado de por vida a ser un enfermo, que se es diferente y muy vulnerable.

A esta dificultad le añade otro aspecto capital, quizás el más importante y que deriva del anterior. La no aceptación de una enfermedad que no entienden les ha llevado a abandonar la única ayuda que recibían de las asociaciones de autoayuda, en las que, suele ser imprescindible reconocer que se tiene la enfermedad del juego.

Refugiarse en la palabra enfermedad implicaría una victimización del sujeto, que se trasladaría en una actitud pasiva y de no responsabilidad frente al problema. Escudarse en "algo", al que hacer responsable de los propios fracasos y de las recaídas, resulta muy cómodo para el jugador, sobre todo en la forma en cómo encara el tema con los familiares, ya que les anula el derecho a ser reprobados y a exigirles que cambien. Utilizar la enfermedad como *válvula de escape* no ayudaría en nada al jugador adicto. Realmente éste dejará de tener problemas con el juego cuando aprenda a controlarlo, cuando no se deje dominar por las circunstancias y nunca cuando aprenda a escapar de él.

El interés de la tesis de Prieto Ursúa (1999) no se basa tanto, en defender si es mejor nominarlo de una manera u otra, sino en asumir o no las complicaciones que normalmente acompañan al concepto de "enfermedad". En sus palabras: *Lo que realmente me interesa no es quitar un adjetivo, sino quitar una concepción victimizante y generadora de sentimientos de irresponsabilidad e impotencia en los jugadores* (1999, 22). La cuestión principal pasa por querer asumir el control sobre la propia conducta y aceptar la posibilidad de dominar, y nuca la de ser dominado por el juego, a partir de aquí poco importa como se le adjetive o se rotule al juego.

Resumiendo, lo importante para esta autora, pasaría por conformar un pensamiento basado en la aceptación de estas ideas (1999: 23):

- El jugador no es un enfermo
- El jugador es una persona con un serio problema
- El jugador no ha sido el único responsable de llegar hasta ese punto: existen diferentes razones que explican cómo y por qué unas personas llegan a sufrir la adicción al juego y otras no, independientemente de la voluntad.
- El jugador tiene mucha responsabilidad en dejar de tener ese problema.
- Controlar el problema del juego sí es posible para el jugador.

Tal y como hemos podido apreciar no es tarea fácil responder a la interpelación de qué es la adicción al juego. Lo paradójico de sus limitaciones definitorias, radica en cuestiones tan sencillas de principio como saber fijar o establecer dónde están los límites a partir de los cuales se puede considerar que un jugador tiene problemas con el juego, teniendo en cuenta que el juego en pequeñas dosis cuenta con el beneplácito social. Visualizar los casos extremos no comporta ningún problema ya que estos están muy claros: El no jugador y el jugador adicto. La dificultad está en saber determinar dónde está el término medio, saber si realmente una persona que juega tiene un problema de juego.

Como primer paso se ha recurrido a la *limitación de las cantidades de dinero jugadas*. Se puede definir al jugador en función de la cantidad de dinero que gasta en el juego; establecido el límite, si se pasa de él, tendrá un problema de juego. Primer intento fallido. Valorar el problema cuantificando lo que uno se gasta resulta falaz, ya que como valor absoluto el dinero gastado será importante o no en función de lo que represente para su situación económica. Aunque nos ofrece una idea aproximada, tampoco se ha mostrado útil cuantificar los porcentajes de gastos en juego sobre ingresos totales, ya que, aunque no es lo común, se puede ser adicto al juego gastando poco dinero (Prieto Ursúa, 1999).

Tasar como indicador (aviso de un posible inicio de juego), la cantidad de juego apostada, no se muestra como una característica suficiente, ni necesaria (en algunos casos) para definir la adicción al juego. Aunque se sabe que las cantidades apostadas por un jugador que tiene problemas de juego, si se comparan con las que se gasta un jugador social varían cuantitativamente[15], esto no es definitivo ya que por sí solas no nos permiten identificar a un ludópata.

Cómo segunda tentativa se ha apelado al *tiempo* que el jugador pierde jugando. Al igual que sucediera, con la cantidad de dinero gastada, el tiempo invertido en la acción de jugar no se identifica como suficiente, aunque también se constaten diferencias en esta variable cuando se analizan los tiempos de juego entre un ludópata y un jugador social[16].

[15] Cómo pauta orientativa, Prieto Ursúa (1999: 25), nos ofrece los siguientes datos: un ludópata de máquinas tragaperras juega más de 10 000 pesetas por sesión (60 €), mientras que un jugador social juega menos de 1000 pesetas (6€). Los adictos de bingo apuestan más de 20.000 pesetas (120€) frente a los ocasionales que lo hacen en cantidades que van desde las 1.000 hasta las 5.000 pesetas (de 6 a 30€). Los de casino juegan más de 50.000mpesetas (300€) cada vez que van y los ocasionales no suelen superar las 20.000 pesetas (120€).

[16] De nuevo, Prieto Ursúa (1995: 26), nos proporciona los datos siguientes: en general, los adictos a las máquinas juegan casi todos los días pasando más de una hora (la mayoría dos horas) jugando, mientras que los jugadores sociales de máquinas juegan de forma ocasional (nunca a diario) y sólo unos pocos minutos. Los adictos del bingo lo frecuentan varias veces por semana, jugando varias horas, mientras que el jugador ocasional lo hace algunas veces al año y no permanece casi nunca más de dos horas. Los jugadores adictos al casino lo visitan todas las semanas jugando durante varias horas, mientras que los ocasionales lo suelen visitar una vez al año, permaneciendo en él, no más de dos horas.

Para Prieto Ursúa (1999), la verdadera raíz del problema del juego no está en, si se juega mucho o poco dinero o si se dedica a él más tiempo. La particularidad debemos buscarla en la propia acción del juego. Un ludópata *juega distinto* a otro jugador, y es en ese jugar diferente dónde empieza a perfilarse y definirse la organización existencial de la adición.

La relación que adopta un adicto al juego con su acción de jugar está marcada por la entrega incontrolada al juego. No es capaz de poner límites y si así lo decidiera, es incapaz de cumplirlos. Pierde el control una vez comienza a jugar; no sabe parar. ¿Por qué esta incapacidad de control? ¿Por qué este descontrol de juego? Para esta autora, la clave estaría en descifrar el fenómeno denominado como "la caza". En respuesta de los propios afectados, la revelación de este hecho es lo que marca el camino de no retorno. La caza es definida como una forma de jugar que no implica diversión, ni distracción, sino que se hace sólo con el afán de recuperar el dinero perdido (Prieto Ursúa, 1999). El deseo de recuperar lo perdido origina una serie de pensamientos irracionales en el jugador que le motiva, no sólo a incrementar la intensidad de la apuesta (ello incrementará la cantidad de premio recibido), sino también su frecuencia (si juego más, aumentaran mis expectativas de obtener premios).

Inmerso en la caza el cazador se siente cazado, es la frase que creemos que mejor define la situación de hecatombe en la que se ve sumido un jugador adicto al juego: juego, pierdo, vuelvo a jugar para recuperar lo perdido, vuelvo a perder, vuelvo a jugar (...) y en cada volver apuesto más y pierdo más, sin ver nunca el final del camino termina perdiéndose en él.

No aceptar las pérdidas económicas del juego es lo que realmente marca que una persona no pueda dejar de ser adicto al jugo. Asumir la ruina del juego y comprender que el dinero sólo se obtiene trabajando, ahorrando y controlando gastos y que esto no se consigue de hoy para mañana, sino que lleva su tiempo, es de muy difícil aceptación para un ludópata.

Cómo último elemento que nos ayuda a comprender la adición al juego, Prieto Ursúa (1999), no remite al tema de la *preocupación del jugador por su juego*. Aunque esta situación sólo tiende a reconocerla una vez ha dejado de jugar, al jugador suele acompañarle una sensación constante de preocupación de su conducta. Él es conocedor de la relación que mantiene con su juego, pero como sucede con toda adicción, él se cree capaz de dominarla, de controlarla y se auto-engaña. Aún creyendo que domina la situación, en su cabeza siempre va a existir una cierta preocupación por su juego. Es sabedor de que su comportamiento anómalo con el juego le está afectando a su propia vida, que le hace ser menos feliz, pero aún así, no es capaz de poner fin a esa conducta autodestructiva.

2.- PREVALENCIA DEL JUEGO PATOLÓGICO. ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

Desde que se legalizó el juego en España (1977) el número de jugadores ha ido incrementándose parejo a la inversión realizada en la industria del juego. Aunque, en los dos últimos años se ha producido un leve descenso en los ingresos obtenidos por el juego en nuestro país (avivado por la crisis económica), las cifras económicas siguen denotando la importancia que tiene el sector del juego en la economía de nuestro país.

Esta realidad nos muestra que el juego forma parte de nuestra vida cotidiana, teniendo que aprender a vivir con él, pero sin dejarnos arrastrar por su perniciosa complacencia. Ya casi nadie duda de que la adición al juego constituya uno de los problemas más graves a los que tiene que enfrentarse muchos de los países desarrollados. En este aspecto, nuestro país ocupa un *lugar privilegiado* no sólo en gasto, sino también en problemas o dificultades derivadas de su uso patológico.

El interés por el juego viene precedido por su reconocimiento oficial como trastorno mental en el DSM-III por la APA en la década de los años ochenta del pasado siglo, aunque los primeros datos epidemiológicos empezaron a conocerse en los años setenta de ese mismo siglo. Diversos estudios, efectuados en varios países, han puesto de manifiesto que el incremento de la patología del juego afecta a la población en general, independientemente al sexo, la edad, la cultura y el nivel socioeconómico. Aunque la preocupación por las cifras de prevalencia se centra más en el colectivo de jóvenes afectados cada vez más por el problema del juego. Problema que según los expertos viene respaldado por la legalización y la facilidad con que una persona puede jugar hoy en día.

Las primeras investigaciones surgen en los países con mayor tradición en la realización de estudios epidemiológicos y en los que el juego se hallaba legalizado. Estados Unidos ha sido el estado que más interés ha mostrado sobre esta temática. Pionero en la realización de investigaciones, fue precedido por Canadá, Australia y Europa Occidental. Las tasas de prevalencia obtenidas por los distintos trabajos son muy disímiles oscilando entre 0,1 y el 3,37 por ciento; disparidad que vine avalada, tanto por el tipo de metodología utilizada (definición del juego patológico, muestreo, tipo de instrumento utilizado, etc.) como por el tipo de población de referencia. Tasas que podrían incrementarse, como bien apuntan Robert y Botella (2002), si las personas no rehusaran contestar[17] a las encuestas o a no reconocer su abuso del juego.

[17] Robert y Botella (2002) ofrecen como ejemplos ilustrativos las siguientes referencias: el estudio de Bentall, Fischer, Kelly, Bromley y Hawksworth (1989) el 49% no lo hicieron; en el de Sommers (1988) el porcentaje fue del 47%; y el de Volberg y Steadman (1988) la cifra se situó en el 35%.

2.1.- ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS EN POBLACIÓN ADULTA

Los primeros estudios se llevaron a cabo en Estados Unidos impulsados por la necesidad de conocer la realidad que presentaba el país en los años setenta del siglo XX, promovida por la legalización del juego en diferentes estados y su continua expansión. El primer y único estudio (hasta hoy) que toma como referencia a toda la población estadounidense es realizado en 1974. Los datos determinaron que existían 1,1 millones de "probables jugadores compulsivos" y un total de 3,3 millones de "potenciales jugadores compulsivos o jugadores problema", lo que representa un 0,77% y el 2,3% respectivamente, en la población adulta[18].

Subsiguientemente, fueron realizándose diversas investigaciones epidemiológicas en diferentes estados norteamericanos, mostrando unas tasas de prevalencia del juego patológico que van del 0,1% en Iowa al 3,37% en el Valle de Delaware. De igual modo, la prevalencia de jugadores de alto riesgo, probables jugadores patológicos o jugadores problema (jugadores que cumplen al menos tres criterios para el juego patológico, peor sin cumplir los cinco necesarios para confirmar el diagnóstico) varía desde el 1,6% en Iowa al 4,1% del Valle de Delaware (Robert y Botella, 2002).

En la revisión que hace Becoña (2004) sobre este tema, subraya que Estados Unidos es el país, con diferencia, donde más estudios se han realizado. En concrteo, El National Research Council (1999) atesora un total de 33 estudios epidemiológicos y más recientemente, La Alberta Gaming Research Institute, acopia un total de 52, llevados a cabo por sus diferentes estados. La mayoría de estos estudios son de replicación realizados en el mismo estado y con algunos años de diferencia de unos a otros. No obstante, este autor nos pone sobre aviso de que los datos obtenidos en ellos variarán en función del instrumento de diagnóstico que se haya utilizado en la investigación. Si estimamos los datos epidemiológicos procedentes de evaluar el juego patológico con el DSM-III y el DSM-III-R, o el South Oaks Gambling Screen (SOGS) de Lesieur y Blume (1987, 1993), veremos que la prevalencia resultante no sólo no baja del 1%, sino que se eleva al 2% e incluso más.

Estos datos varían considerablemente si el instrumento de evaluación aplicado está basado en el DSM-IV y el DSM-IV-TR. Los cambios diagnósticos que introduce este nuevo instrumento resultan decisivos. Los nuevos criterios diagnósticos recogidos en el DSM-IV vienen a ser una combinación de algunos criterios del DSM-III, otros del DSM-III-R, junto al criterio de escape, o utilización del juego como escape de las situaciones cotidianas (depresión, ansiedad, etc.). Se introduce un elemento de descarte como es

[18] Commission on the Review of the National Policy Toward Gambling (1976); Kallick, Suits, Dielman e Hybels (1979).

el episodio maniaco; y se pasa de nueve a diez los criterios a tener en cuenta en el diagnóstico del juego patológico, lo que hace subir en uno el punto de corte (de 4 a 5).

Esto hace que, el principal instrumento de evaluación utilizado hasta ese momento, deje de serlo por no resultar completamente adecuado a los nuevos criterios recogidos en el DSM-IV. De ahí que, en los últimos años diversos autores[19] pusieron de manifiesto el problema de la sobre dimensionalidad que originaban los falsos positivos detectados en el SOGS. Es el caso de Stinchfield (2002), que deduce que el SOGS en la población en general sobreestima la tasa de prevalencia del juego patológico en el doble, dado que en su estudio encuentra que un 50% de sus casos son falsos positivos. Con vistas a corregir el error y así poder disponer de un instrumento fiable que pudiese servir para comparar resultados, un grupo de investigadores norteamericanos, algunos expertos en este tema[20], elaboran en 1999 un nuevo instrumento, el NODS (NOORC DSM-IV Screen for Gambling Problems). La aplicación de esta nueva herramienta evaluativa, sitúa las tasas de prevalencia por debajo del 1% (muy inferiores a las obtenidas hasta entonces). Concretamente un amplio estudio llevado a cabo, con una muestra representativa de norteamericanos, concluyó que el 0,8% tenía problemas de juego patológico para el período de toda la vida y el 0,1% de jugadores patológicos en el último año, y sin apenas diferencias entre sexos (0,9 en los varones y 0,7 en las mujeres). De igual modo, el porcentaje de "jugadores problema" (cumple 3 ó 4 criterios diagnósticos) se reduce, encontrando un 1.3% para la vida y un 0,4% para el último año. No ocurre lo mismo con los datos obtenidos para la categoría de "jugador riesgo"[21] (cumple 1 ó 2 criterios), éstos se elevan llegando a ser de un 7,9% a lo largo de la vida y de 2,3% en el último año, apreciándose diferencias de género (9,6% y 3,2 en hombres para vida y último año, respectivamente; y de 6,3% y 1,6%, en esas mismas categorías, para mujeres).

A parte de estos estudios norteamericanos, actualmente también se dispone de un gran número de estudios epidemiológicos realizados en diferentes países incluida España, efectuados tanto en población adulta como en niños y adolescentes. Entre los estudios de prevalencia en adultos, Becoña (2004) destaca los llevados a cabo en Canadá (Ferris y Wynne, 2001; Ladouceur, 1991,1996); Nueva Zelanda (Abbott Y Voberg, 1996, 2000); Australia (Dickerson, Baron, Hong y Cottrell, 1996); Reino Unido (Sproston, Erens y Orford, 2000); Hong Kong (Wong y So, 2003); y Suecia (Rönnberg, 2000).

[19] Entre otros: Abbott y Volberg (1996); Ferris y Wynne (2001); Lesieur (2002); National Research Council (1999); Stinchfield (2002); Volberg (1999).

[20] Concretamente: Gernstein, Murphy, Tace, Hoffmann, Palmer, Johson, et al. (1999).

[21] Con respecto a esta categoría, Becoña (2004), nos advierte que esto puede ser engañoso, porque esta denominación de juego en riesgo nada tiene que ver con los criterios diagnósticos del DSM-IV y pudría continuar, de no saber bien a qué nos referimos con esta categoría.

Centrándonos en España, hemos podido ver que han sido varios los estudios epidemiológicos realizados. Si de nuevo, tomamos como referencia a Becoña (2004), advertimos que han sido seis los estudios efectuados aplicando el SOGS, que como ya sabemos, es un instrumento elaborado a partir de los criterios diagnósticos del DSM-III y DSM-III-R. En concreto, el estudio llevado a cabo, en la población adulta de Cataluña, por Cayuela (1990) destapó un tasa de 2,5% de personas con problemas de juego patológico. Por su parte, La Entitat Autónoma de Jocs i Apostes (EAJA) (1990) financiado por Casinos de Cataluña, localizó a un 2,34% de personas adultas en riesgo de convertirse en jugadores patológicos.

El estudio llevado a cabo en la Xunta de Galicia, por este mismo autor (Becoña, 1993b), para la población adulta encontró una prevalencia del 1,73% de jugadores patológicos y de un 1,60% de jugadores problema. Este trabajo refleja datos muy interesantes como es el caso de las grandes diferencias observadas entre las distintas provincias gallegas, reflejando la regla de a mayor tamaño mayor es el número de jugadores patológico y problema. Las mayores tasas se localizan en Vigo con un total de de 3,48% para jugadores patológicos y de un 3,25% para jugadores problemáticos) y en A Coruña (estas son sensiblemente menores a las anteriores) con un 1,96% y un 1,22% respectivamente. Las tasas para el resto de ciudades agrupadas es del 0,64% para jugadores patológicos y de 0,90% para jugadores problema. Como posible explicación a este hecho, Becoña (2004), alude a la gran conexión que existe entre juego y consumo de otras conductas adictivas y al hecho de que hay una relación manifiesta entre juego y consumo excesivo de alcohol en los jugadores patológicos si se compara con el resto de la población.

Esta investigación también pone de manifiesto las diferencias observadas por género, los hombres tienen la tasa de prevalencia más alta que las mujeres (2:1) y por edad es en los más jóvenes (18 a 30 años) donde se sitúan los porcentajes más elevados (39,35). En cuanto al tipo de juego, el más adictivo son la máquinas tragaperras (tipo B) donde el 50% de los jugadores patológicos juega todos los días a ellas. En cuanto al dinero gastado, el 43% tiene su mayor gasto mensual en las máquinas recreativas con apuesta (tipo B) y el 21% en las máquinas de tipo A (comecocos). Si a esto le añadimos que un 43% de los identificados como jugadores no tiene ningún ingreso (la mayoría son estudiantes, amas de casa y parados) podemos imaginar el trasfondo (problemas) que puede haber en cada una de esas historias de juego.

En 1994 este autor vuelve a realizar un estudio en Galicia (Becoña y Fuentes, 1995) cuyos datos revelaron un descenso de la tasa de jugadores patológicos (1,36% frente al 1,73% del anterior) y un incremento de la de los jugadores problema (el 2,04% en relación al 1,6% del anterior). En cuanto a las características sociodemográficas este estudio muestra un cuadro muy parecido al anterior situando el perfil en preferentemente hombres, jóvenes (sobre todo de edades comprendidas entre los 16 y 24 años -42,85%-) y con una educación a nivel de estudios primarios.

El estudio realizado por Legarda, Babio Y Abreu (1992) en la ciudad de Sevilla reveló que había un 1,67% de probables jugadores patológicos y un 5,18% de probables jugadores problema. El principal inconveniente que se puede encontrar a este estudio, según expone Becoña (2004), es su alto porcentaje de no contestados, ya que el 40% de las personas encuestadas así lo manifestaron, hecho que puede ser un indicativo de sesgo en la muestra si lo comparamos con otros estudios realizados. Destacar que, aunque no sorprende el resultado obtenido para la categoría de jugador patológico, ya que está en sintonía con los datos revelados por otros estudios; sí lo hace el 5,18% obtenido para la categoría de jugador problema por ser muy alto. De este estudio sorprende, las diferencias sociodemográficas encontradas entre los jugadores patológicos de la población en general con aquellos que están en tratamiento. De estos últimos el 87,5% son hombres, el 50% tiene una edad comprendida entre los 31 y los 45 años, el 71% dice estar casado y el 91% tiene estudios primarios. Variaciones que, como veremos en el epígrafe relativo al perfil del jugador, son semejantes a los obtenidos para otros países (Volberg, 1993).

Otros estudios destacables son el realizado en la ciudad de Algeciras (Cádiz) por Tejeiro (1998) cuyas tasas de prevalencia se sitúan en el 1,8% para los jugadores patológicos y de un 3,8% para los jugadores problema. Por su parte, el estudio efectuado en Andalucía por Ramírez (1999), arroja una tasa similar al anterior para la categoría de jugadores patológicos del 1,63%; mientras que se reduce considerablemente la obtenida para la categoría de jugador problema que tan sólo es del 1,43%. La tendencia alcista de las tasas se muestra claramente en el estudio efectuado por López (2002) en Aragón, colocándose en el 2,6% para jugadores patológicos y del 6,6% en jugadores problema.

Bajo los nuevos criterios establecidos por el DSM-IV, Irurita (1996) realiza un estudio epidemiológico en Andalucía. Los resultados obtenidos ubican las tasas de prevalencia en 1,8% para los jugadores problema y del 4,4% par los jugadores problema. Por provincias, las que obtuvieron tasa por encima del 2% fueron Cádiz con el 2,7%, Sevilla con el 2,3%, Málaga con el 2,2% y Huelva con el 2,1%. En cuanto a las características sociodemográficas observadas, poco varían con las halladas en estudios anteriores (personas jóvenes, con pocos estudios, y una gran parte de ellos son parados, amas de casa o jubilados); a excepción de la variable género, que se incrementa sobre manera la proporción establecida hombre mujer que es de (9:1) en jugadores patológicos y de (8: 2) en jugadores problema.

El único estudio que aplicó el instrumento de evaluación NODS basado en los criterios del DSM- IV fue el llevado a cabo por Becoña (2004) en Galicia. De él se desprende que sólo un 0,925 son jugadores patológicos a lo largo de su vida y un 0,31% a lo largo del último año. Con respecto a los jugadores problema los resultados fueron de 0,18% para toda la vida y de un 0,25% en el último año. Para los jugadores en riesgo fue de 0,31% para toda la vida y de 0,25% para el último año. Destaca el dato de que, independientemente de la categoría de jugador, todos son varones. Si

valoramos la edad veremos que los porcentajes más altos de jugadores patológicos se sitúan en una edad adulta (33,3% entre 31 y 45 años) o bastante adulta (40% tiene 65 o más años). Cifras que cambian un poco cuando cogemos los resultados obtenidos para las otras categorías. En los jugadores problema y en riesgo el 37,5% tiene de 18 a 30 años y un 50% posee edades comprendidas entre 46 y 64 años. En referencia al estado civil señalar que, los porcentajes más altos de jugadores patológicos se dan en los casados (60%), aunque tampoco es desdeñable la cifra de solteros (26,7%); datos que permutan cuando se señalan los porcentajes obtenidos para los jugadores problema y en riesgo que sería del 50% para soltero y del 37,5% para casados.

Por último señalar que el estudio llevado a cabo por la Federación Andaluza de Jugadores de Azar Rehabilitados (FAJER) y la Universidad de Granada en 2011, pone de manifiesto que el fenómeno de la dependencia del juego se presenta como un fenómeno estable, a corto plazo, en cuanto a su prevalencia[22]. Esto es así dado que las cifras obtenidas la sitúan en el 5,9, es decir, el 5,9% de de las personas encuestadas tenían problemas relacionados con el juego. De entre estos, el 1,7% sufría alteraciones como consecuencia de su dependencia al juego (jugadores dependientes), mientras que el 4,2% estaban en riesgo de adicción en razón del número de juegos en que participan, la frecuencia con que lo hacen y del porcentaje de sus ingresos que gastan en juego (jugadores en progresión adictiva).

En cuanto a la distribución por provincias, los resultados de este estudio sitúan a Huelva como la provincia con el mayor nivel de *jugadores dependientes*, exactamente el 3,8% (muy por encima del nivel general del 1,7%), seguida por Sevilla con el 2,1% y Cádiz con el 1,9%. No sucede lo mismo cuando los datos tienen que ver con la categoría de *jugadores en progresión adictiva* (están en riesgo de adicción) dónde Huelva se situaría en el tercer lugar con un 5,0%, por detrás de Almería que sería la primera con el 7,1%, seguida de Granada con el 6,6%.

2.2.- ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS EN POBLACIÓN JOVEN Y ADOLESCENTES

Aunque los estudios de prevalencia del juego patológico en muestra de menores y adolescentes son exiguos, los datos que se manejan son desalentadores, ya que se expelen tasas de juego, bastante preocupantes, para estos grupos de edad. A la luz de estos nuevos datos, se ha ido produciendo un cambio en el perfil del jugador patológico. Algunos autores hablan de la "segunda generación de ludópatas", más cuantiosa que la anterior, que aprendieron de sus padres o de otras personas cercanas, conductas de abuso de juego (Secades y Villa, 1998).

[22] Los antecedentes existentes con respecto a los jugadores patológicos o jugadores dependientes, según la denominación que se adopte -1,73% (Becoña, 1991), 1,67% (Legarda, Babio y Abreu, 1992), 1,8% (Irurita, 1996)- estarían dentro del intervalo de confianza de las estimaciones llevadas a cabo en este estudio.

Todos los autores consultados coinciden en aseverar que las tasas de juego patológico en este grupo de edad son bastante altas. En parte esto puede deberse, tal y como afirman Robert y Botella (2002), a varios factores: al resultado de diferentes estudios que así lo afirman; una mayor accesibilidad al juego; y a n mayor nivel de concienciación entre la población que ha posibilitado que se reconozca antes el problema. Cada vez acuden más personas jóvenes a tratamiento.

Estados Unidos, además de dar la voz de alarma sobre el problema, ha sido el país donde se han realizado un mayor número de estudios. Algunos de ellos muestran porcentajes que van desde el 3% al 10% de jugadores problema en este país (Govoni, Rupcich y Fricsch1996; Westphal et al., 2000; Winters et al., 1993). En Canadá las cifras llegan al 4,7% (Gupta y Deverensky, 1998). En Reino Unido, Fisher (1999) situó la prevalencia en el 5,6%, y Woody y Griffiths (1998) en el 6%.

Jacobs (1989), en una revisión de cinco estudios realizados en estudiantes de secundaria, indicó que la prevalencia de los probables jugadores patológicos era más del triple que para los adultos. El meta-análisis (11 estudios) llevado a cabo por Shaffer y Hall (1996) sobre la prevalencia del juego patológico o de alto riesgo en adolescentes (13 a 20 años) fluctuó entre el 3,5% y el 17,1%, donde la media estimada para el juego patológico o para graves problemas se situaba entre el 3,5% y el 7,4%.

Asimismo, datos de varios países indican que el juego patológico se inicia a edades muy tempranas. Dell. Ruzicka y Palisi (1981) encontraron que un 33% de sus jugadores patológicos adultos habían empezado a jugar antes de los 10 años, e l47% entre los 11 y los 18 años y sólo un 14% lo había hecho a partir de los 19 años. De igual maner, Fisher (1993a), Griffiths (1995) Ide-Smith y Lea (1988) y Ladouceur, Dubé y Bujold (1994) hallaron que los adolescentes ludópatas habían empezado a jugar a los 9,10 u 11 años.

En España, sólo se han realizado estudios parciales sobre el juego problema[23] en niños y adolescentes (entre ellos destacan: Arbinaga, 1996; Becoña, 1997; Becoña y Gestal, 1996; Becoña, Mínguez y Vázquez, 2001a, 20001b; Villa, Becoña y Vázquez ,1997) cuyos resultados han sido más bajos que los encontrados para otros países. Por ejemplo el estudio efectuado en A Coruña por Becoña y Gestal (1996) en niños de 11 a 16 años la prevalencia de juego problema en máquina tragaperras fue del 2%. Por su parte, Arbinaga (1996) obtuvo una tasa de prevalencia del 2,74% en una muestra de chavales de 14 a 17 años de enseñanza secundaria escolarizados de la ciudad de Huelva.

[23] Para el grupo de adolescentes se prefiere utilizar la categoría de juego problema y no la de juego patológico.

El haber decidido utilizar la categoría de jugador problema y no la de jugador patológico se debe según plantea Becoña (2004), a varios factores:

- Por la dificultad de establecer con los instrumentos utilizados, hasta ahora, un diagnóstico equivalente a los criterios diagnósticos del DSM-IV.

- Porque todavía se desconoce la razón por la que se encuentra una tasa tan alta de prevalencia en los estudios llevados a cabo en jóvenes y adolescentes, que suele ser del doble al cuádruple de la hallada en los adultos.

- Porque, probablemente se esté sobreestimando la prevalencia del juego patológico en adolescentes, especialmente cuando se quiere hacer coincidir una evaluación puntual en la población de adolescentes mediante cuestionarios, respecto a lo que sería un diagnóstico clínico real del juego patológico.

- Es probable que los instrumentos de evaluación que se vienen utilizando no sean los más adecuados para este tipo de población, a pesar del gran desarrollo de instrumentos y estudios llevados a cabo en adolescentes.

Aunque, sólo está legalizado el uso de las máquinas para menores en Reino Unido sorprende que, en la mayoría de los estudios realizados, las altas prevalencias de juego en jóvenes se localicen en este tipo de juego. Dato que resulta alarmante si tenemos en cuenta que es en estos años cuando más y mejor se aprenden patrones de conducta que pueden resultar fundamentales para el desarrollo de la vida adulta Robert y Botella, 2002).

De todo esto podemos concluir que, aunque el cambio de criterios diagnósticos (del DSM-III y DSM-III-R, se pasó al DSM-IV) empleados en los estudios epidemiológicos han bajado las tasas de prevalencia, éstas siguen afectando a un número nada pueril de personas. Sorprende que, tras el interés científico demostrado en la década de los noventa por este tema, el nuevo siglo adolezca de un gran estiaje investigador. Lo cierto es que, al día de hoy, el juego sigue estando muy presente en nuestra sociedad, aunque ahora se tiene una mayor conciencia del riesgo que acarrea esta conducta, conocidas sus consecuencias devastadoras. La adicción al juego sigue constituyendo un serio problema para el individuo, para sus familias, y para la sociedad en general que tiene la responsabilidad de darle una respuesta clínica efectiva desde los servicios socio-sanitarios.

3.- PROGRESIÓN EN LA PATOLOGÍA DEL JUEGO. FASES O ETAPAS QUE DELIMITAN SU PROCESO EVOLUTIVO

Desde principios del siglo XX, los investigadores que se dedicaron a estudiar el tema del juego patológico, manifestaron que este problema se instala en el jugador (de forma progresiva) a través de una sucesión de etapas. Los antecedentes de la clasificación, que actualmente manejamos, se retrotraen al año 1929 cuando los psiquiatras Dupouy y Chatagnon propusieron una tipificación de la trayectoria del ludópata, basándose en la realidad de muchos jugadores calificados, por entonces, como de pasionales. Concretamente establecieron tres fases: la de ganancias, la de pérdidas y la de las consecuencias. Valleur y Matysiak (2005) las describen:

1. *Iniciación y fase de ganancias*. Introducidos en el mundo del juego (amigo,) y tras la primera ganancia, la sensación de ser el elegido por la fortuna equivale a lo que se ha denominado como el primer *flash* del toxicómano.

2. *Costumbre y dependencia*. El juego se va transformando en algo más que una costumbre instaurándose como un verdadero estilo de vida. El jugador es incapaz de establecer límites a su conducta y las preocupaciones permanentes y los problemas de dinero condenan al jugador a la mentira, al aislamiento y a partir de ahí a una verdadera doble vida.

3. *Fase de consecuencias*. En esta fase hace su aparición el desplome del equilibrio entre la práctica del juego y el mantenimiento de una vida afectiva y social normal. El único compromiso que tiene el jugador es su *círculo vicioso* de juego compulsivo

A partir de aquí, muchos han sido los autores que han intentado llevar a cabo una descripción del proceso, a través del cual un sujeto puede convertirse en un jugador patológico; y de todos ellos se saca en claro que la evolución espontánea de la adicción al juego se ajusta, casi siempre, a una progresión que comprende cuatro fases muy bien definidas: ganancia, la pérdida o “la caza”, la desesperanza y el abandono.

El primero en retomar este tema y describir las tres primeras fue el psiquiatra americano Robert Custer (1984) que es considerado como uno de los investigadores más acreditados de este campo (Véase Cuadro 44). Este autor plantea que el desarrollo y progresión del juego patológico siguen un patrón común uniforme, siendo variable el tiempo que pasa entre el inicio de juego y el comienzo del juego patológico. Aunque la oscilación del proceso se sitúa entre uno y veinte años, la media se perfila en torno a los cinco años. No obstante, Adès y Lejoyeux (2003), explicitan que en los más jóvenes, iniciados muy temprano, la evolución media de forma más rápida, estableciendo que algunos jóvenes se quedan enganchados a él desde las primeras experiencias de juego, al igual que les sucede con la adicción al alcohol.

CUADRO Nº 44

Fases de evolución del juego patológico (R. Custer, 1984)
1. Ganar mucho ("big win") 2. La búsqueda ("la caza") 3. La desesperación
Ampliación del proceso evolutivo del juego patológico Lesieur y Rosenthal (1991)
4. La desesperanza o abandono (jugar por jugar, sin esperanza de ganar)

Fuente: Adès, J. y Lejoyeux, M. (2003) y Secades Villa, R. y Villa Canal, A. (1998).

El curso natural de la adicción queda explicado de la siguiente manera:

3.1.- FASE DE GANANCIAS

En el curso natural de la adicción, esta fase se corresponde con lo que se ha denominado, de forma general, como de entrada al mundo del juego. Prieto Ursúa (1999) describe esta fase como "fase aventurera" donde se inicia el contacto con el juego y el jugador va a percibir la actividad como divertida y excitante. Casi siempre, el jugador va a tener suerte (suerte del "principiante") y conseguirá algún que otro premio haciendo que esto aumente su autoestima y optimismo. Es a partir de aquí cunado el jugador empieza a apostar cada vez más y de forma más frecuente porque percibe y cree que es habilidoso y buen jugador y prueba de ello son las ganancias; regalía que responden a la infalibilidad de sus técnica de juego. Las pérdidas, sin embargo, son catalogadas como producto de factores externos, nunca internos, como por ejemplo la mala suerte, una mala racha o malos consejos. En esta fase suelen combinarse períodos de ganancia con períodos de pérdidas, pudiéndola mantener, en parte por el dinero, que en pequeñas cantidades, suele pedir prestado a sus amigos y que irá devolviendo cuando gana.

Por su parte Custer (1984) definía el ganar mucho como el juego de la trampa. Un "big win" (ganancia importante y o inesperada) es lo que puede transformar a un jugador ocasional en adicto al juego. Para este autor lo verdaderamente importante, no es tanto la cantidad que implica esa ganancia, sino el efecto psicológico que el hecho tiene en sí para el jugador: *una gran ganancia es la que cambia la percepción del juego*. Ésta puede producirse de una vez (por ejemplo el gordo de Navidad) o en varios premiso consecutivos. Estas ganancias inducen a pensar al jugador que la forma de obtener dinero es jugando y se enganchará a esa idea, que hará que pierda el valor todas los procesos de pérdidas que tenga a partir de ese momento.

¿Por qué ganar cambia la vida del jugador? Custer (1984) piensa que esto

sucede porque ganar conlleva satisfacer sus cuatro necesidades básicas: el afecto, la aprobación, el reconocimiento y la confianza en sí mismo. Ganar hace que el jugador se sienta protegido, elegido por la suerte, le da fe en sí mismo, en sus posibilidades de éxito y de felicidad. Ganar cambia la personalidad del sujeto y las conductas del jugador. Este episodio es descrito como un sentimiento de euforia cercano a la embriaguez. Si nos sumergiéramos en la vida de los adictos al juego contemplaríamos que cada una de sus historia de juego ejemplariza muy bien la situación que Custer y otros autores has sabido describir con maestría.

Me compré algunas fichas. Gané mucho aquella noche, y las noches siguientes, durante una semana. Sentí un placer desconocido, un sentimiento de poder. Continúe jugando, a pesar de las alternancias de ganancias y pérdidas, interrumpí mis estudios. Pensaba ganarme la vida jugando. Hoy lo he perdido todo, no tengo nada mío (Adès y Lejoyeux, 2003: 167).

Alonso-Fernádez (2003) destaca que al igual que sucede en toda enfermedad adictiva, en la ludoadicción[24], la ganancia prevalece al principio en sus formas de recompensa positiva y negativa. Puesto el cebo (ganancia económica) se impone la alternativa entre ganancia y pérdidas. En esta vorágine, el ludoadicto tiende a encumbrar la ganancia y a desdeñar parte de las pérdidas, hecho que va a dejar patente su incapacidad para efectuar un balance equilibrado con relación a los resultados de juego. De cara a los demás, el ludoadicto se presenta como una persona ganadora, muy satisfecha de su ingenio o dotes de jugador, con una confianza en sí mismo muy excesiva (dimensión narcisista), orgulloso de su habilidad para enriquecerse y de su sensación de poder (dimensión económica), engreído de su técnica de juego capaz de superar el azar y el destino (dimensión mágica o supersticiosa) haciendo blasón de su actitud trasgresora (dimensión religiosa).

Sin embargo, todas esas ideas y sensaciones irán mermándose en la misma medida en que la enfermedad va germinando. Se volatiliza el espíritu ganador, se dispersa la vivencia placentera del juego, en pocas palabras, el próvido mundo de color del juego se vuelve sombra; sombras que le acompañaran hasta el final de su vida de juego. Esta fase pude dilatarse o mantenerse en el tiempo desde varios meses a varios años y suele concluir con una gran ganancia, que sumada a los triunfos anteriores le hace pensar, que no sólo puede repetir en un futuro, sino que ésta puede ser aún más grande. Con esta finalidad, irá invirtiendo cada vez más dinero y más tiempo, salvando los reveses de las pérdidas, seguirá jugando, pero está vez con otro objetivo: recuperar lo perdido.

[24] De entre toda la terminología que hay, este autor opta por este término al considerar que éste cuenta con un mayor nivel de precisión.

3. 2.- FASE DE PÉRDIDAS

Para Prieto Ursúa (1999) el eslabón que marca el paso de la primera fase a esta segunda es lo que ella denomina como el episodio de "gran ganancia"[25]. En esta fase el jugador se impregna de un gran optimismo irracional que le conduce a estar hablando constantemente de sus ganancias. Bien podría decirse que el juego invade su mente Su objetivo es conseguir mayores premios por lo que tiene que arriesgar cada vez más. Se convierte así en un jugador habitual y solitario, dado que el juego pierde su espacio o contexto social. En esta fase se suelen producir episodios de grandes pérdidas, por lo que el jugador se ve avocado a tener que recurrir a sus ahorros para poder recuperar el dinero perdido. Es entonces cuando aparece el fenómeno que Custer (1984) bautizado como "la caza": apostar cada vez más para intentar recuperar las pérdidas. Aún así el jugador no percibe, ni mucho menos evalúa, que puede tener un problema de juego. Al contrario, sigue apostando y esto le lleva a intensificar sus pérdidas, sumiéndolo en una espiral de búsqueda intensiva de dinero. El jugador se endeuda notablemente, ya que a pedir dinero prestado va a convertirse en su única vía de financiación y además no valora de forma razonada, que tiene que devolverlo, pues cree que el juego le va a proporcionar el dinero necesario para intentar hacerlo.

Como podemos ver, el jugador ya no juega para ganar dinero sino para intentar pagar sus deudas más urgentes y esto le conduce a tener que recurrir al engaño y a la mentira constante para justificar los problemas económicos y en el peor de los casos a cometer pequeños robos o estafas. Es en este momento cuando el jugador se ve obligado a confesar su problema, si es que no ha sido descubierto aún por la familia, y decidir que va a hacer. Lejos de conseguir, en la mayoría de los casos, que esa conducta termine, Prieto Ursúa (1999), plantea que aparece de nuevo una etapa de optimismo irracional ya que el jugador no suele asumir la responsabilidad de su propia conducta y vuelva a jugar de nuevo.

Más que fase de pérdidas, Custer (1984), gusta denominarla como la fase de la "búsqueda" o la "caza". Bajo la evidencia de que no hay medio de ganar en el juego de manera duradera, por poco que uno juegue a menudo y mucho, Adès y Lejoyeux (2003), sitúan la irracionalidad del propio jugador ya que no es capaz de llegar a esta reflexión tan lógica (el "casino" nunca pierde). El planteamiento racional del jugador, en esta fase de búsqueda, se posiciona en dos cuestiones ¿Qué gana? y ¿Qué pierde? Gana ratificar su poder y sus creencias y perder, parece que pierde poco; podría decirse que destreza, atención en el juego, estrategia. Su reflexión o justificación sólo llega a dilucidar que lo que ha pasado es que ha *jugado mal*. La *virtud* y el *pecado* (al mismo tiempo) de un adicto al juego es tener una confianza ciega en el azar y en sus capacidades de tenerlo controlado.

[25] Esta autora denomina como gran ganancia a la cantidad que iguala o excede claramente al salario anual del individuo por esas fechas.

Es fácil entender que la búsqueda interminable de un adicto al juego está fundamentada en una forma de denegación. Sean cuales sean sus pérdidas, el jugador seguirá creyendo en su suerte, dogma que se sustenta o mantiene en pie por el recuerdo indestructible de lo que ganó (gran ganancia). Sin embargo, agarrase a esta resbaladiza agudeza, no le va a aportar nada positivo, sino todo lo contrario, negar la situación implica encubrir las consecuencias de su conducta de juego. Pero éstas terminan por aflorar, ya que como muy bien apuntan Adès y Lejoyeux (2003) la "búsqueda" es el tiempo de las pérdidas de los expedientes y las deudas. Aunque parezca inverosímil, descubierto o confesado el problema de juego (cónyuge, familiar o amigo fiel), éste no tiene porque detenerse. Esto puede se fácilmente explicado, puesto que más que una ayuda personal para salir del abismo del juego, el ludópata se lo toma como una ayuda financiera, concedida con solicitud; valorándola más como un premio gordo inesperado (se parece al juego), un signo del destino que le incita a jugar más. La confortación del jugador viene de la ilusión de que ningún fracaso (incluido el de ser descubierto) puede alcanzarlo.

A lo largo de esta fase se puede ir comprobando que la suerte o el azar van alejándose del jugador sintiéndose éste derrotado por ellos. Aunque, aparecen sentimientos de vulnerabilidad en la mente del jugador, éste se rehace de forma inmediata, con energía, lanzándose con un optimismo irracional a intentar recuperar lo perdido (empieza la "caza"). En este sentido, Alonso-Fernández (2003), apunta que el sentimiento de culpa tiene su aparición en esta fase pero de forma o en línea muy irregular, alternando entre momentos de erupción volcánica con otros dónde se acentúa la proyección de la culpa sobre los otros o la enmascara mediante razonamientos engañosos.

Este mismo autor, nos afirma que es en esta fase, donde van a tener su incursión los primeros síntomas psíquicos y físicos de la abstinencia relacionada con el juego, una vez el adicto haya intentando dejar de jugar o se vea privado de él. Cómo signos psíquicos harán su aparición la irritabilidad, la ansiedad, el nerviosismo y las ideas obsesivas. Cómo señales físicas afloraran las cefaleas de tipo migrañoso, los trastornos gastrointestinales (colitis o estreñimiento), la polipnea, las disnea, la taquicardia, la hipertensión arterial, los temblores, la hipersudoración de manos o generaliza y el insomnio. El surgimiento de esta sintomatología física es demostrativo, según apunta Alonso-Fernández (2003), de que la adicción al juego (adicción de dimensión psíquica) se ha complicado con la dependencia (dimensión física), traspasando de este modo la barrera del estadio adictivo puro, sustentado en la personalidad (sólo hay sintomatología psíquica) a otro respaldado por dispositivos biológicos en forma de dependencia.

3.3.- FASE DE DESESPERACIÓN

La aparición de esta fase viene marcada por la primera ayuda y va a suponer el

cerrajón de la fase de pérdidas. En esta fase el jugador sólo vive para jugar; empeñado, como bien explicita Alonso-Fernández (2003), en volver a ganar tratándose de convencer de que puede hacerlo al dominar la ciencia del juego. Sin embargo, este intento sutil por recuperar su conducta de juego, queda roto o frustrado dada la difícil realidad en la que vive.

Este período se ve mediatizado por un irreversible estado de pánico causado por la presión de circunstancias tan angustiosas como es vivir lleno de deudas, desear devolver los préstamos cuanto antes, ver que sus relaciones familiares y sociales van deteriorándose y que va creándose una mala reputación, etc.; y esto le impulsa a aumentar de forma frenética su conducta de juego. Ahora más que nunca se ve en la exigencia o tesitura de tener que aumentar los riesgos y empieza a buscar dinero de forma ilegal, pudiendo acabar implicados en problemas serios a nivel legal (apropiación de dinero, extender cheques sin fondos)

Según afirma Prieto Ursúa (1999), los jugadores siempre van a poder organizar o racionalizar su conducta, arguyendo que tienen intención de reintegrar todo lo que han perdido con medios ilegales. Se autoestimulan bajo la imagen idílica (creada por ellos mismos) de verse a si mismos devolviendo todo a sus recelosos fiadores.

Apostado en esta fase, son muy pocos los jugadores que van a seguir manteniendo su trabajo o su negocio. El estado de ansiedad, en el que viven de forma continua, apenas se lo va a permitir. La irritabilidad, la hipersensibilidad y la falta de descanso y de apetito aumentan hasta el punto de llegar a determinar que su vida les resulte poco a nada gratificante. De ahí que sea normal que afloren conductas depresivas, pensamientos suicidas e intentos de suicidio, ya que piensa que sus únicas alternativas son la cárcel, escapar, suicidarse o busca ayuda. No obstante, inexorablemente el deseo y la urgencia por jugar no se han apagado, siguen estando vivos. Muy a menudo, es en este estadio de degradación cuando -lamentable y tardíamente- acuden los jugadores a pedir ayuda.

3.4.- FASE DE DESESPERANZA O ABANDONO

Esta cuarta etapa es añadida en el proceso de adicción al juego a partir de 1991 y de la mano de Lesieur y Rosenthal. Esta etapa viene determinada por una conducta totalmente pesimista frente a la posibilidad de poder dejar de jugar. Alonso-Fernández (2003) define al ludópata de esta fase como un jugador que se siente abandonado por las ilusiones fantasmales de éxito y de ganancias. A partir de aquí comienza a saber, realmente, que el juego no le permitirá ganar dinero, aunque continuará jugando y ocultando sus infaustas consecuencias. Atrapado en su propia mística (mística del juego) no vacilará en seguir pidiendo dinero o cometiendo actos ilegales cada vez menos leves (falsificación de documentos, desfalco, estafa, robo o atraco). Pese a esta

situación tan negativa, él permanecerá impávido, sereno, instalado en su práctica defensiva de negar la evidencia del juego.

En la última etapa de esta fase, denominada por Alonso-Fernández (2003) como *fase terminal*, es cuando se produce el mayor deterioro de la salud física y mental del jugador. Este menoscabo viene alentado por la crisis profesional, la pérdida de empleo, el conflicto o ruptura de la pareja y la familia, el acoso de los acreedores, la ruina económica, el desprestigio o el rechazo social, el acoso de la ley y la persecución de los acreedores o la justicia. Por su parte, el deterioro de la personalidad trascurre de manera de forma progresiva y un tanto selectiva en la que afloran el embotamiento ético, la reducción afectiva (hay jugadores que se han llegado a jugarse a su mujer), la pérdida de la voluntad sin tener en cuenta el campo cognitivo.

Destacar que la obcecación o tenacidad del jugador a reincidir viene determina más por las pérdidas (recordar que las apuestas más altas se producen en la fase de pérdidas) que por las ganancias, aunque las dos actúan a modo de instigadores en el proceso de juego de formas muy diferentes. Alonso-Fernández (2003) establece que el refuerzo de la conducta adictiva generada por el ganar y el perder se produce a través de mecanismos psicológicos distintos. El perder actúa de refuerzo irracional en la compensación (resarcirse de la pena), mientras que el ganar funciona como refuerzo de la creencia irracional en el triunfo (continuar la racha).

Aunque el progreso de la adicción al juego parece estar muy claro, De la Gándara, Fuertes y Álvarez (2000) señalan el hecho, de que esa claridad queda un tanto difuminada, para el caso de los adictos al juego que nunca ha recibido ayuda o tratamiento. Aunque nada lo confirma, parece pensarse que al final ésta, también es destructiva. De hecho se piensa que algunos jugadores patológicos llegan a un *estado de hartazgo* que les hace parar de forma espontánea su conducta de juego. Si nos fijamos en el cuadro 45[26], vemos como el avance típico del juego tiende a ser trazado por el adicto con una línea descendente que va de la normalidad a la destrucción de su personalidad y de su vida.

CUADRO Nº 45

¿Cómo se cae en el juego patológico?	
1ª Fase: ganar y seguir • Juega ocasionalmente • Suele ganar y jugar más • Aumentan la cantidades "gran ganador" • Sólo piensa en el juego •	**Repercusiones** • Gran excitación con el juego • Crea fantasías "la gran jugada" • Optimismo irrazonable: "fanfarrón" • No puede parar de jugar: "ganar o perder ya no importa"

[26] Cuadro que ha sido confeccionado por De la Gándara, Fuertes y Álvarez (2000) con las aportaciones del grupo de jugadores "Aburridos por el juego" de Burgos.

Cómo se cae en el juego patológico	
2ª fase: perder y seguir • Aumentan las pérdidas • Se encubren con mentiras • Pierde tiempo en el trabajo • Cambio de carácter (irritable, intranquilo) • Préstamos cada vez mayores	**Repercusiones** • Pide préstamos • Descuida el bienestar familiar • Vida familiar desagradable • No puede pagar las deudas • Se afecta su reputación
3º fase: desesperación • No le conceden más préstamos • Aumenta la cantidad de la apuesta y el tiempo dedicado al juego • Remordimiento y pánico	**Repercusiones** • Desconexión con la familia • Sentimientos de culpa • Actos ilegales • Suicidio
4ª fase: tocar fondo • Ninguna esperanza. Ideas e intentos de suicidio • Problemas laborales o pérdida de empleo • Denuncias o detención policial • Fracaso sentimental. Divorcio • Abuso y dependencia de alcohol o drogas • Deterioro personal, negligencia y abandono	

Fuente: De la Gándara, J., Fuertes, J.C. y Álvarez, M.T. (2000).

En suma cuenta, el ludópata termina por aceptar que no puede dejar de jugar, que es tarea vana seguir haciendo algo para evitarlo, ya que se llegados a este punto el jugador simplemente juega para satisfacer la necesidad acuciante de jugar.

4.- ¿CÓMO SON LOS JUGADORES PATOLÓGICOS? PERFIL SOCIOLÓGICO DE UN ADICTO AL JUEGO

Desde siempre, la imaginería popular nos ha ofrecido una imagen casi "romántica" de un jugador maduro, gozador de una estatus acomodado y fiel parroquiano de los casinos e hipódromos. Sin embargo, esto ha cambiado. La legalización del juego, su democratización y su dable accesibilidad, han permitido una transformación sociológica del juego sin precedentes. En las últimas décadas se han ido originado nuevas generaciones de jugadores que han permitido clasificarlos en distintas tipologías teniendo en cuenta una combinación de aspectos conexos entre sí.

Sin embargo, este incipiente auge del juego no se ha visto correspondido, ni con una comprensión adecuada de los procesos sociales que dan lugar a las conductas de juego, ni con una prolífera propuesta en lo que a caracterización social de la figura del jugador se refiere. Carencia, que según expresa Barroso Benítez (2003), no sólo es oriunda de la investigación española. Aunque esta situación está empezando a cambiar, de todos es manifiesto que, ni la investigación social en general, ni la sociológica en particular, han prestado mucha atención en desentrañar este fenómeno social. De ahí, que en este epígrafe nos interese sistematizar las pocas aproximaciones

que se han hecho teniendo en cuenta el perfil o la efigie de los distintos tipos de jugadores.

4.1.- RESEÑA CLASIFICATORIA: DESCRIPCIÓN DE LAS DIFERENTES TIPOLOGÍAS DE JUGADORES EXISTENTES

Dentro de la investigación social, aunque fuera del ámbito de la Sociología, el interés por esta temática ha estado copado principalmente por la Psiquiatría y la Psicología, sobre todo su parte más clínica. Entre los autores que han llevado a cabo algún conato clasificatorio sobre las prácticas de juego destaca Wagner (1972)[27]. En su intento de asociar el juego con deseo sexual demostró como personas que son grandes jugadores, por lo general tienen poco deseo sexual. Apetencia que tiende a ser reemplazada por la excitación y la necesidad de jugar. Desde el campo del Psicoanálisis también se ha recogido algún que otro razonamiento que esgrime que la incapacidad o la resistencia para aceptar la realidad, así como la inseguridad emocional y la inmadurez personal pueden ser factores que se esconden detrás de las conductas de juego anómalas. En esta línea Bergler (1957) sostiene como premisa fundamental que los jugadores juegan arrastrados más, por ideas de mortificación o de castigarse a sí mismos, que por motivos más dables como puede ser el simple deseo de ganar (probabilidades muy escasas). En consonancia con su punto de vista psicoanalítico del juego, este autor, esgrimió seis categorías o tipos diferentes de jugadores (pero sin contratación empírica): el "jugador clásico", el "hombre pasivo-femenino", el "pseudosuperior defensivo", el "jugador motivado por una culpa inconsciente" el "jugador impasible" y la "mujer jugadora".

No obstante, estas líneas resultan del todo insuficientes para mostrar la compleja realidad que rodea a la persona definida como ludópata. La prevalencia (como iremos demostrando a lo largo de este estudio) no sólo se alimenta de los aportes psicológicos, sino también de otros factores que se sitúan en un campo más amplio de lo social. No olvidemos, que como fenómeno social, el juego, tiende a responder a la doble dimensión que condiciona la acción social: los condicionantes estructurales que favorecen determinadas posibilidades de acción social y la peculiaridades personales que median dicha acción (Barroso Benítez, 2003).

Aunque las prácticas del juego se viven bajo experiencias de vida distintas, éstas pueden ser agrupadas bajo tipos comunes teniendo en cuenta aspectos concretos, que pueden ser fácilmente observables en las conductas de juego. Entre ellas la fórmula más evidente y sencilla es la que fracciona al sujeto jugador en dos grandes órdenes: el *jugador habitual* y el *jugador temporal*. El primer orden estaría reservado para todas aquellas personas que muestran (en mayor o menor grado) una

[27] Véase: Barroso Benítez, C. (2003).

cierta dependencia al juego; mientras que en el segundo se situaría la mayoría de la población, tanto en cuanto, todos hemos hechos uso de algún que otro juego de azar.

Ciñéndonos a la primera categoría reseñada (el interés de nuestro estudio se centra en ella) veremos que ésta tampoco se nos presenta de una manera homogénea, sino todo lo contrario, los jugadores habituales se nos muestran diseccionados en varios tipos como por ejemplo: "jugadores lúdicos", "jugadores sociales", "jugadores esporádicos" y "jugadores problema".

Rastreando las diferentes clasificaciones nos encontramos con varios intentos entre ellos el de Morán (1970) (véase cuadro número 46). Este autor realiza su tipología, atendiendo al criterio de mayor o menor frecuencia, distinguiendo cinco subgrupos de jugadores: "Neurótico" (en respuesta a una situación o problema emocional), "psicótico" (como una conducta más del trastorno), "impulsivo" (con un bajo control de los impulsos), "subcultural" y "psicótico" (asociado a un trastorno psicológico primario)[28] (Robert y Botella, 2002).

CUADRO Nº 46

Tipología de Jugadores (Morán, 1970)	
Criterio clasificatorio	**Tipos de jugadores**
De mayor a menor frecuencia (causa subyacente)	• Neurótico (problema emocional) • Psicopático (conducta más de su trastorno) • Impulsivo(bajo control de los instintos) • Subcultural • Psicótico (asociado a un trastorno psicológico primario)

Fuente: Elaboración propia a partir de la información sacada de Robert, C. y Botella, C. (2002) y Garrido, M., Jaén, P. y Domínguez, A. (2004)

No obstante, de todas las clasificaciones llevadas a cabo hasta ese momento, nos encontramos que es la elaborada por Kussyszyn (1978) la que muestra un mayor nivel de concreción o detalle (véase cuadro 47). Aunque poco operativa en la práctica, se muestra muy explícita en la teoría, dado que nos ayuda a considerar un total de dieciséis tipos diferentes de jugador, teniendo en cuenta cuatro factores clasificatorios: ganancia o pérdida de dinero de dinero, tiempo de dedicación,

[28] Aunque algunos de estos tipos -neurótico, el psicopático y el impulsivo- han recibido algún apoyo experimental, esta tipología está falta de más investigación (Zimmerman, Meeland y Krug, 1985).

existencia de personas afectada negativamente por su juego y tipos de sentimientos hacia su conducta (si se siente bien o mal). Esta combinación de factores permite obtener el siguiente cuadro sinópico de tipos de jugador (Ochoa y Labrador, 1994).

CUADRO Nº 47

Tipos de jugadores propuestos por Kusyszyn (1978)				
A.- Ganadores	**Resultad.**	**Cantida.**	**Depend.**	**Sentimie.**
1.Profesional	Gana	Mucho	No	Bien
2. Profesional infeliz	Gana	Mucho	No	Mal
3. Profesional molesto	Gana	Mucho	Sí	Bien
4. Profesional molesto e infeliz	Gana	Mucho	Sí	Mal
5. De lotería, ganador feliz	Gana	Poco	No	Bien
6. De lotería, ganador infeliz	Gana	Poco	No	Mal
7. De lotería, ganador y molesto	Gana	Poco	Sí	Bien
8. De lotería, ganador, molesto e infeliz	Gana	Poco	Sí	Mal
B.-Perdedores	**Resultad.**	**Cantida.**	**Depend.**	**Sentimie.**
9. Aficionado a los deportes, infeliz	Pierde	Mucho	No	Bien
10. Aficionado a los deportes, infeliz	Pierde	Mucho	No	Mal
11. Habitual feliz	Pierde	Mucho	Sí	Bien
12. Compulsivo clásico	Pierde	Mucho	Sí	Mal
13. Episódico feliz	Pierde	Poco	No	Bien
14. Episódico infeliz	Pierde	Poco	No	Mal
15. Episódico molesto	Pierde	Poco	Sí	Bien
16: ¿Compulsivo agudo?	Pierde	Poco	Sí	Mal

Fuente: Ochoa, E. y Labrador, F.J. (1994: 47).

De las pocas clasificaciones que se han llevado a cabo desde la perspectiva sociológica destaca la realizada por Scimeca (1971). Este autor pretendió construir una tipología que sirviese como de referencia para un estudio sociológico del juego más dúctil que el que aporta el enfoque psicológico. A diferencia de la establecida por Kusyszyn (1978)[29], la tipología de Scimecca (1971) sobresale por la procedencia de su información. Una información esgrimida en datos contrastados procedente de la combinación de resultados de distintos tipos de jugadores observados en diferentes medios sociales mediante estudios empíricos (Barroso Benítez, 2003).

En suma, la clasificación de Scimecca (1971) nos aporta siete tipos diferentes de jugadores, extraídos de aplicar adoptar dos tipos diferentes de rasgos que combinan cualidades y/o habilidades actitudinales observadas en el jugador junto a definiciones

[29] A pesar de su enfático detalle, Benítez Barroso (2003), destaca que esta clasificación no deja de ser una abstracción sin un referente empírico claro.

sociales formadas en el medio social, teniendo en cuenta cinco criterios distintos: la motivación hacia el juego, el grado de implicación, la cantidad de habilidades implicadas, el grado de superstición y la reacción social. La secuencia de los siete tipos quedaría establecida de la siguiente manera: 1. el "jugador profesional"; 2. el "jugador calculador", 3. el "jugador estafador", 4. el "jugador compulsivo", 5. el "jugador económico", 6. el "jugador emocional" y 7. el "jugador funcional". Gráficamente las combinaciones tipológicas quedan recogidas en el cuadro 48.

CUADRO Nº 48

Clasificación propuesta por Scimecca (1971)					
Tipos de jugadores	**Categorías clasificatorias**				
	Motivación Hacia el juego	Grado de implicación	Cantidad de habilidades implicadas	Grado de superstición	Reacción social
1.Jugador profesional	Una forma de vida	Alto	Alta	Baja	Aprobación
2. Jugador calculador	Deseo de hacer dinero	Bajo	Alta	Baja	Aprobación
3. Jugador estafador	Deseo de hacer dinero	Medio	Alta	Baja	Desaprobac. firme
4.Jugador compulsivo	Deseo inconsciente a perder	Alto	Bajo	Alta	Compasión (enfermo)
5.jugador económico	Deseo de hacer dinero	Bajo	Bajo	Alta	Condonado
6. Jugador emocional	Liberarse del aburrimiento	Medio	Bajo	Alta	Neutral
7. jugador funcional	Sirve como función: solidaridad de grupo, masculinidad, etc.	Alto	Medio	Baja	Neutral

Fuente: Barroso Benítez, C. (2003: 99)

Por su parte, Custer y Milt (1985), se valen de las motivaciones que llevan a jugar y realizan una clasificación del los jugadores que manifiestan tener un problema con el juego teniendo en cuenta dos tipos (véase cuadro 50): el "jugador social serio" y el "jugador de alivio o escape". El primero suele iniciarse en el juego llevado por el entretenimiento, sin que tenga problemas personales o familiares previos aunque, poco a poco, va a ir implicándose más en el juego, hasta que aparecen los primeros problemas en algunas áreas. El segundo tipo utiliza sobresale porque va a utilizar el juego como modo de escape frente a sentimientos negativos como la ansiedad, el aburrimiento o la soledad. Dentro de este tipo diferencia dos subtipos: el jugador

"explosivo" que se caracteriza porque tiene episodios de juego intenso que le van a permitir descargar su ira o mostrar su narcisismo (se siente importante) y el jugador "tranquilo" que utiliza el juego como fórmula para evadirse de situaciones de su vida que le resultan desagradables (Robert y Botella, 2002).

De nuevo Custer (1987) lleva a cabo otra clasificación, teniendo el cuenta el mismo criterio que para la anterior (Véase Cuadro 49), pero esta vez distinguiendo entre: "jugadores profesionales" o "delincuentes" que toman el juego como una fuente de ingresos, utilizando en sus apuestas un cálculo ponderado y manteniendo un control sobre el mismo; y jugadores de "tiempo libre" que incluye, tanto a los jugadores ocasionales como a los habituales, y dentro de estos últimos englobaría tanto a los que muestran autocontrol como a los patológicos (Robert y Botella, 2002).

CUADRO Nº 49

Tipos de jugadores (Custer y Milt, 1985)	
Criterios clasificatorios	**Tipos de jugadores**
Atendiendo a la motivaciones	Dentro de los jugadores con problemas: ▪ "Social Serio" (entretenimiento, sin problemas personales ni familiares) ▪ "Alivio y Escape" (modo de escape frente a emociones negativas): - Explosivo (ira y narcisismo) - Tranquilo(evasión de sus problemas)
Criterios clasificatorios	**Tipos de jugadores**
Atendiendo a la motivaciones	▪ Jugadores "profesionales" o "delincuentes" (fuente de ingresos, control del juego) ▪ Jugadores de "tiempo libre" - Jugadores ocasionales - Jugadores habituales: * Jugadores con autocontrol * Jugadores patológicos

Fuente: Elaboración propia a partir de la información sacada de Robert, C. y Botella, C. (2002) y Garrido, M., Jaén, P. y Domínguez, A. (2004).

De la mano de una serie de características psicológicas y sociales (Véase Cuadro 50), McCormick y Taber (1987) llevan a cabo su clasificación de los jugadores, aislando tres posibles tipos: 1. Jugador con características "obsesivo-compulsivas", con depresión endógena, suele contar en su vida con algún trauma vital identificable, con abuso de alcohol y/u otras drogas y suelen estar bien socializados; 2. Jugador con una "compulsividad relativamente elevada", muestra ansiedad y depresión situacional

moderada, abuso de alcohol esporádico y moderado con una socialización baja; 3. Jugador con una "alta compulsividad", hóstil más que deprimido, con moderados traumas en su historia vital, sin abuso de sustancias adictivas y con muy baja socialización (Robert y Botella, 2002).

CUADRO Nº 50

Tipos de jugadores
(McCorminck y Taber, 1987)

Criterios clasificatorios	Tipos de jugadores
Atendiendo a características psicológicas y sociales	▪ Jugador con características "obsesivo-compulsivas": - depresión endógena - traumas - abusos de droga - buena socialización. ▪ Jugador con "compulsividad relativamente elevada": - ansiedad y depresión moderada - abusos de alcohol moderado - baja socialización ▪ Jugador con "alta compulsividad": - hostilidad más que depresión, moderados traumas - muy baja socialización

Fuente: Elaboración propia a partir de la información extraída de Robert, C. y Botella, C. (2002) y Garrido, M., Jaén, P. y Domínguez, A. (2004)

Después de analizar diferentes clasificaciones, González (1989), lleva a cabo su propia tipología (Véase Cuadro 51) estableciendo tres modalidades de jugadores teniendo en cuenta sus motivaciones y las consecuencias que se derivan del mismo: el "jugador social", el "jugador profesional" y el "jugador patológico". Del primero resalta que es un jugador que juega movido por el placer y que cuando juega lo hace de modo esporádico y manteniendo un control sobre él. El segundo también mantiene un control sobre su juego, estudiando las jugadas, ya que de él intenta sacar un rendimiento económico y así poder vivir de él. El tercero muestra una pérdida absoluta del control sobre su conducta de juego, afectándole esta situación a su ámbito personal, familiar y social (Robert, Botella, 2002).

CUADRO Nº 51

Tipos de jugadores (González, 1989)	
Criterios clasificatorios	**Tipos de jugadores**
Atendiendo a las motivaciones y a las consecuencias	▪ Social (juega por placer) ▪ Profesional (juega por dinero) ▪ Patológico (juega por necesidad)

Fuente: Elaboración propia a partir de la información extraída de Robert, C. y Botella, C. (2002) y Garrido, M., Jaén, P. y Domínguez, A. (2004)

Moody (1990) también basa su clasificación en tres tipos de jugadores (Véase Cuadro 52): 1. el "jugador serio" que aún jugando de modo regular y dedicando mucho tiempo y dinero a él, no causa ningún problema en otras áreas de su vida"; 2. el "jugador dependiente" que utiliza el juego como válvula de escape de sus situaciones desagradables, suele descuidar sus obligaciones sociales y económicas, aunque es capaz de parar, al menos de forma temporal, cuando la conducta de juego se le va de las manos y amenaza su integridad familiar y laboral; 3. el "jugador compulsivo" (fase avanzada de la anterior categoría) que no es capaz de para su juego, a pesar de todos los inconvenientes que éste le produce. Se puede decir que ha perdido todo el control sobre la acción de su juego (Robert y Botella, 2002).

CUADRO Nº 52

Tipos de jugadores (Moody, 1990)	
Criterios clasificatorios	**Tipos de jugadores**
Atendiendo al: ▪ tiempo ▪ motivaciones ▪ control ▪ consecuencias	▪ Serio: - Modo regular - Ocupa gran parte de su tiempo - No origina problemas ▪ Dependiente: - Válvula de escape - Descuido en el tema económico y social - Control temporal ▪ Compulsivo: - Necesidad de jugar - Pérdida del control de juego - Graves problemas en las áreas importantes de su vida

Fuente: Elaboración propia a partir de la información extraída de Robert, C. y Botella, C. (2002) y Garrido, M., Jaén, P. y Domínguez, A. (2004)

En esta misma línea, el estudio llevado a cabo en España por Ochoa y Labrador (1989) nos muestra una tipología social del jugador mucho más útil en su aplicación, que muchas de las establecidas hasta ese momento (Véase Cuadro 53). Concretamente, estos autores, definen cuatro tipos diferentes de jugadores: el "jugador social", el "jugador profesional", el "jugador problema" y el "jugador patológico". De hecho, de entre las clasificaciones propuestas en el siguiente cuadro (resumen de todas las propuestas), es la ideada por estos dos autores, la que más se aproxima a la que se sigue utilizando actualmente, dado que centra su atención en la conducta que despliega el jugador, así como también tiene en cuenta los efectos socio-ambientales y familiares que esta conducta puede generar.

Según estos autores el "jugador social" se corresponde con un sujeto que juega (juegos populares o legalmente establecidos) de forma esporádica u ocasional y al que le guían motivos de entretenimiento o placer. Su principal rasgo viene definido por la no dependencia emocional, es decir, sabe controlar su conducta de juego, pudiéndola interrumpir cuando quiera.

El "jugador profesional" es aquel que vive del juego, apostando de forma muy racional, y no dejando nada al azar. No juega a cualquier juego, sólo a aquellos que su intuición y experiencia le permitan cierto control, bien por el manejo de sus habilidades o por el uso de la trampa. Su práctica de juego puede entenderse como la forma de ganarse la vida (similar a un trabajo), siendo su objetivo ganar dinero y no necesariamente tiene que disfrutar cuando está jugando.

El "jugador problema" viene definido por su juego habitual o diario, que le comporta un gasto de dinero frecuente. Controla menos que el jugador social, pero puede llevar una vida normal (familiar y laboral). Si se le escapa de las manos el aumento de tiempo y dinero, puede convertirse en un jugador patológico.

El "jugador patológico" se caracteriza por su gran dependencia emocional hacia el juego. Hecho que determina su incapacidad de controlar sus acciones de juego. Suele mostrar pocas habilidades en el juego y su conducta irracional le impide marcar los límites del juego. No juega por entretenimiento, sino para saciar su hambre compulsiva, alentada por la necesidad de recuperar lo perdido. Su conducta suele estar sustentada en pensamientos irracionales o distorsionados tales como el optimismo irracional y el pensamiento mágico o supersticioso.

CUADRO Nº 53

Tipos de jugadores (Ochoa y Labrador, 1994)	
Criterios clasificatorios	**Tipos de jugadores**
Atendiendo a su: ▪ Conducta ▪ Circunstancias que le rodean	▪ Jugador Social ▪ Jugador Profesional ▪ Jugador Problema ▪ Jugador Patológico

Fuente: Elaboración propia a partir de la información extraída de Robert, C. y Botella, C. (2002) y Garrido, M., Jaén, P. y Domínguez, A. (2004).

Bajo el interés de centrar el estudio bajo el marco sociológico, Barroso Benítez (2003) nos remite a una tipología mucho más eficaz que la escudriñada por Ochoa y Labrador (1994) (aunque se recogen elementos característicos de ella). Esta autora nos propone dos tipos de categorías inclusivas: el "jugador realista"[30] (más próximo al jugador social) y el "jugador dependiente". Ambas quedarían explicadas de la siguiente manera (2003: 101-102):

1.- El "Jugador realista". Estaría formado por aquellos sujetos que juegan con cierta regularidad movidos por el entretenimiento, la satisfacción o en el marco de una interacción social aceptada. Suelen practicarlo en su tiempo de ocio o en situaciones placenteras, no suponiendo nunca una interrupción de su vida normal. Muestran un control razonable, pudiéndolo dejar a propia voluntad. Principalmente se mueven en los sistemas o en los populares que gozan de una cierta consideración social. La "normalidad" de tales prácticas no va a impedir que la cantidad de dinero jugado sea considera como cuantiosa. Los recursos económicos, de los que disponga el jugador, variaran en función de sus condiciones socioeconómicas. El tiempo y la repetición de la conducta estarán determinados por los estilos de vida, las pautas culturales y las condiciones ambientales del entorno. La singularidad de este tipo de jugador es que, independientemente de las causas que concurran a su alrededor, la interrupción del juego está bajo control.

2.- El "Jugador dependiente". En esta categoría irían incluidos todos aquellos jugadores que se han dado en llamar jugadores problema, jugadores patológicos u otros que muestren algún signo o indicio de alienación respecto del juego. Por lo general son personas que muestran una conducta frecuente de juego, con gasto habitual de dinero que suele ser excesivo si tenemos en cuneta su renta, hecho que va a marcar considerablemente su vida familiar y social. Va a carecer, en diverso grado, de un control ante el juego, situación que va a propiciar que el jugador deje de llevar la vida que antes tenía, ya que su vida pasa a ser regida por el "tiempo de juego".

[30] Según esta autora esta categoría se ha avistado teniendo en cuenta el calificativo dado por la sinonimia que muestra con el "principio de realidad" freudiano.

Otra clasificación, con cierto interés, es la que nos ofrece Alonso-Fernández (2003). Si tenemos en cuenta que la fascinación y el riesgo son los motores que mueven a un ludoadicto, este autor establece cuatro subtipos de jugadores, a parir de la posición que estos elementos ocupen en su vivencia de juego (Véase Cuadro 54). Serían:

1. El "jugador narcisista", que sienten como su autoestima personal se eleva al ser capaces de afrontar una prueba tan difícil y arriesgada como es el juego.

2. El "jugador codicioso", que ávido de dinero, se adentra en el juego para convertirlo en una fuente de ganancias económicas que van a cambiar su vida.

3. El "jugador idealista", iluso sustentado por la convicción de poseer el talismán adecuado o la fuerza oculta precisa para triunfar sobre el destino.

4. El "jugador pecador", que siente el placer de la trasgresión como un desafío a las fuerzas sobrenaturales.

CUADRO Nº 54

Tipos de jugadores (Alonso-Fernández, 2003)	
Criterios clasificatorios	**Tipos de jugadores**
Atendiendo a la: ▪ Modo de vivir la fascinación por la aventura y el riesgo	▪ Jugador Narcisista (elevar su autoestima ▪ Jugador Codicioso (busca dinero) ▪ Jugador Idealista (juego como talismán. Triunfo del destino) ▪ Jugador Pecador (placer de la trasgresión)

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida de: Alonso-Fernández (2003)

Estos tipos no son recusables entre sí, sino que puede existir una cierta compatibilidad entre las cuatro constelaciones vinculadas. Aunque laque se presenta con más fuerza es el ansia de ganar dinero. Según este autor se puede ser a la vez, en el proceso de la ludopatía adictiva: narcisista, codicioso, idealista y trasgresor.

Como última clasificación destacamos la que realizan Hodgson, Budd y Griffiths (2000) (Véase Cuadro 55). Esta tipología se centra, exclusivamente, en clasificar a los jugadores adictos a las máquinas tragaperras. Proponen dos tipos:

1. El Jugador "adicto primario", que se entrega al juego para probar la destreza y obtener una recompensa, buscando excitarse.

2. El jugador "adicto secundario", que juega a causa de sus efectos tranquilizadores para escapar del problema primario: hogar roto, interrupción de la relación sentimental o discapacidad física.

CUADRO Nº 55

Tipos de jugadores (Hodgson, Budd y Griffiths, 2000)	
Criterios clasificatorios	**Tipos de jugadores**
Atendiendo al tipo de juego: ▪ Máquina recreativa de apuesta (tragaperras) ▪ Motivo de uso	▪ Jugador Primario (prueba destreza, y recompensa) ▪ Jugador Secundario (efecto tranquilizador de sus problema personales)

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida de: Alonso-Fernández (2003).

4.2.- PERFIL SOCIAL DEL JUGADOR PATOLÓGICO. ¿CÓMO ES UN ADICTO AL JUEGO?

Centrándonos en el jugador patológico (objeto de nuestro estudio) nos daremos cuenta que su disquisición contiene una gran multiplicidad de trayectorias personales, limitadas todas ellas, por una serie de elementos y condiciones que es necesario desvelar si queremos llegar a descifrar y comprender toda la "semántica" que se esconde detrás del fenómeno del juego observado como problema.

Intentando responder a la pregunta que encabeza parte de este epígrafe, avanzaremos que no existe un modelo homogéneo de jugador patológico. En realidad hemos podido comprobar (proceso de investigación) que existen una gran cantidad de características que, no sólo distinguen a los jugadores de otras personas, sino también entre ellos mismos.

Si empezamos nuestra exploración teniendo en cuenta la vertiente sociodemográfica, veremos que la mayoría de los estudios llevados a cabo, tanto en nuestro país como fuera de el, se han centrado en analizar las variables denominadas como estándar y que responden a la edad, el género, el estado civil, la clase o posición social, el nivel educativo, el tipo de empleo y la religión. De ahí, que nos aventuremos a dar un esbozo, más o menos aproximado, del perfil que proyecta una persona que es considerada como adicta al juego, teniendo como referente dichas variables.

Durante largo tiempo hemos mantenido en nuestra retina una figura, un tanto idealizada e irreal, (en parte construida a la luz de personajes famosos como es el caso de los escritores Fiodor Dostoievski o Luís de Góngora), de lo que pudiera ser un jugador patológico. No obstante, los primeros estudios llevados a cabo con personas que acudían a recibir tratamiento, según manifiestan las autoras Robert y Botella (2002), no vinieron a cambiar mucho esta percepción. La descripción del perfil característico se formalizaba en torno a la imagen de un varón, de raza blanca, con nivel cultural medio-alto y de mediana edad.

Con el paso del tiempo, esta idea ha ido desvaneciéndose, poco a apoco, avalada o ayudada, no sólo por los datos obtenidos de las investigaciones que se han ido haciendo (sobre todo la en Psicología), sino también por la valentía de una serie de personas afectadas por este problema y que vieron en el *hacer público* su situación, un instrumento de tratamiento y de prevención muy útil.

4.2.1.- Ciclo de Vida y Juego

La información que se ha ido dando teniendo en cuenta la relación que puede establecerse entre la edad y el juego, resulta un tanto dispar, pudiendo llegar a ser interpretada por algunos como de contradictoria. Si nos acercamos a los datos obtenidos en los estudios epidemiológicos sobe la prevalencia del juego, veremos que en ellos se destaca que la práctica del juego, con algún grado de dependencia, se da en mayor proporción en los jóvenes. Mientras que los datos clínicos ofrecidos (principalmente, por las diversas asociaciones que se dedican al tratamiento y rehabilitación de jugadores patológicos), suelen verificar que este problema se da en edades más adultas. Lejos de ser un dato contradictorio, creemos que lo que realmente pone de manifiesto es que las conductas de juego tienen su aparición en edades jóvenes y que una persona jugadora tiende a pedir ayuda cuando lleva una larga temporada recluida en el juego (recordemos el proceso de evolución expuesto en el epígrafe anterior).

Fuera de nuestras fronteras, varios autores[31] destacan que la mayorías de los datos obtenidos de los estudios epidemiológicos revelan que el juego es una conducta que se da en todas las edades, pero con una mayor frecuencia entre la gente joven, menor de 30 años, constituyendo éstos una parte nada deleznable del grupo de jugadores patológicos. De entre esos autores, Ladouceur (1991) encontró en Canadá una clara relación entre ser menor de 30 años y ser jugador dependiente. Sus datos establecieron que u 41,6% de los jugadores con algún problema de juego tenían entre 18 y 30 años (su representación porcentual en la muestra de estos grupos de edad era del 31%). En esta misma línea, pero esta vez en Estados Unidos, Volberg y Steadman (1988) apreciaron, en un estudio llevado a cabo en Nueva York, que el 38% de los

[31] Entre otros: Ladouceur (1991); Sommers (1988); Volberg (1990); Volberg y Steadman (1988).

jugadores con problemas de juego se situaban en el intervalo de edad comprendido entre los 18 y 29 años, cuando éstos sólo representaban el 22% de la muestra.

Situación muy parecida nos encontramos cuando examinamos los datos obtenidos es estudios españoles. En un estudio llevado a cabo en la comunidad gallega por Becoña (1993), descubre que el porcentaje más elevado (39%) de jugadores patológicos se sitúa entre el grupo de edad que va desde los 18 a los 30 años. De igual modo, el estudio llevado a cabo en Sevilla por Legarda, Babio y Abreu (1992), no sólo ratifica esa misma información, sino que ven incrementado su peso porcentual (51,6%). No obstante, las cosas cambian, con respecto a este variable, cuando se trata de valora la edad de los jugadores que se prestan a pedir ayuda. La representación de los jóvenes, en este caso, sería más minoritaria (entre el 10 y el 20%), siendo la edad adulta (entre 40 y 50 años) la que tiene una mayor concurrencia en los datos registrados por los expertos clínicos y por los profesionales que trabajan en las asociaciones de autoayuda. En la misma línea, el estudio realizado en Aragón por López Jiménez (2002), resalta que si se analiza la población según las cohortes de edad se observa una alta proporción de jugadores problemas y patológicos entre los jóvenes de 20 a 24 años. Más concretamente, el 46,15% de los jugadores patológicos y el 51,1% de los jugadores problema tienen menos de 30 años de edad. Aunque también ponen de manifiesto que otros grupos de edad en riesgo son los comprendidos entre los 45 y 49 años dentro de los jugadores problema y de 55 a 59 años entre los patológicos.

El estudio llevado a cabo por la Federación Andaluza de Jugadores de Azar Rehabilitados (FAJER) y la Universidad de Granda en 2011 muestran que si bien la categoría *de jugadores en progresión adictiva* no presenta grandes diferencias en cuanto a la edad (mayor nivel porcentual está entre 44 y 56 años con el 5,5% y el menor el de más de 56 años con el 3,4%) introducen la idea de que la exposición al riesgo es bastante uniforme a todas las edades, no sucede lo mismo con la categoría de *jugadores dependientes*. El que la exposición al juego se transforme en una adicción si depende de la edad, especialmente en los grupos extremos, así los jóvenes de 16 a 17 años tiene un riesgo superior a dos veces la media (4,0%), mientras que en los mayores de 56 este riesgo es menos de la mitad (0,6%).

Todos estos datos nos hacen concluir que la adicción al juego puede quedar polarizada en torno a dos grupos de población: los más jóvenes y los de más edad. La sintomatología de la ludopatía puede aparecer de forma ordenada entre los 18 y los 30 años, llegando prácticamente de forma invariable a edades adultas (a partir de los 40 años) ya que hemos podido comprobar, que es a partir de esa edad (entre los 40 y los 50 años) cuando el jugador toma conciencia de su problema y decide pedir ayuda.

Preguntarnos por las *razones* que motivan las conductas de juego en los jóvenes nos llevaría a descubrir que éstos, normalmente juegan movidos o bien

porque disponen de más "tiempo libre", por llevar a cabo un "conducta de riesgo" o por el afán de obtener "dinero rápido y fácil". En los últimos años, se está observando un incremento de la prevalencia del juego problemático en el grupo de jubilados (aunque todavía suponen un porcentaje bajo), que si bien, antes no eran considerados como una población de riesgo, ahora sí hay que tomarlas como tal, dado el incremento de casos que se están dando y que se son avistados en las asociaciones de autoayuda. Aunque, cuando se les pregunta por la causa de su juego, en principio parecen confusos y no saben muy bien el porqué, cuando profundizas en su historia de juego te das cuenta que esta empezó cuando se jubilaron. Jubilarse implica disponer de mucho tiempo para uno. Horas que antes cubrían con trabajo y que ahora no saben que hacer con ellas, ya que la mayoría de ellos no practican ningún tipo de actividad de ocio que se preste como alternativa.

Sin embargo, otras cuestiones que se esgrimen cuando se trabaja a fondo el tema de los motivos por los cuáles un joven acaba metido en la espiral del juego, tienen que ver con, cómo estos acceden a formar parte de la vida social. Nos referimos a la facilidad, con la que hoy en día, los chavales disponen de dinero propio para gastar y cómo esto les resulta sencillo en una sociedad dirigida por la dictadura del consumismo. A todo esto, Barroso Benítez (2003), añade dos aspectos que se muestran claves a la hora de valorar la creciente práctica del juego entre los más jóvenes. En primer lugar alude al continuo incremento de juegos en los países donde éste está legalizado, lo que facilita un contacto mucho más diverso y frecuente de los jóvenes con el juego; y en segundo lugar apunta que la posible exposición a modelos de juego problemático en la familia (sobre todo de sus progenitores o hermanos) pueden convertirlos en la "*segunda generación o promoción*" de ludópatas hecho, que por otro lado, ya está siendo una realidad.

De todo esto podemos concluir, que la edad se manifiesta como un elemento importante en los procesos de juego patológico, aunque ésta también suele estar vincula a otros factores. En concreto se citan como determinantes: la exposición a modelos, fundamentalmente, familiares, de juego patológico; estar en contacto y usar máquinas recreativas sin premio a edades muy tempranas (juguetes recrean este tipo de máquinas), que en cierta manera predisponen al uso de máquinas de apuestas (tragaperras); y la actuación de la familia.

4.2.2.- Género y Juego

En cierta manera, el juego siempre ha estado marcado por el predominio de los hombres sobre las mujeres. Aunque las diferencias entre sexos no son tan marcadas en los estudios epidemiológicos como en los clínicos. Los datos epidemiológicos nos ofrecen una distribución de los jugadores problema en torno a dos hombres por cada mujer (Becoña, 1991; Legarda, Babio y Abreu, 1992). Diferencias que, según marcan Robert y Botella (2002), tienden a incrementarse en el caso de la población

adolescente llegando a ser de cuatro sobre uno (4:1) (Lesieur, Cross, Frank, Moseley y Mark, 1991). En este sentido, los datos entre la población clínica que busca tratamiento, nos arrojan que la diferencia es mucho más acusada, siendo prácticamente de diez sobre una (10:1) (Volberg, 1990)

De igual manera, estos estudios nos ofrecen una diferencia de género cuándo se valora el tipo de juego que gusta practicar. Así, mientras que en las máquinas tragaperras predomina los hombres, son las mujeres las que más suelen jugar al cupón de la ONCE o a la Bonoloto. Aunque también es cierto, que cuando media un proceso de dependencia al juego, la dificultades por diferenciar entre tipo de juego y género se hacen más difíciles de marcar, dado que el adicto al juego, generalmente, suele participar en varios juegos a la vez. Ambos hechos pueden ser explicados por varios factores, entre ellos se destacan los ambientales, sobre todo los que tiene que ver con que las máquinas recreativas estén instaladas en los bares (lugares de acceso habitual de los hombres). Pero también debemos resaltar que los juegos practicados en lugares más resguardados al público y a la opinión pública (bingo) las diferencias entre sexos se acorta (Ochoa y Labrador, 1994).

Asimismo, parecen existir diferencias en la proporción hombres-mujeres cuando nos acercamos al factor territorial "comunidad autónoma" (Becoña, 1996). Destacar por ejemplo el dato de que mientras que en Andalucía la proporción se registra en torno a nueve hombres por cada mujer (9:1), en Galicia la correspondencia se sitúa en dos hombres por mujer (2:1).

Investigaciones más recientes siguen avalando las diferencias encontradas en función del sexo. Concretamente el estudio llevado a cabo en Andalucía en 2011 por FAJER y la Universidad de Granada, muestran que las diferencias de sexo siguen siendo muy significativas, así la categoría de *jugadores en progresión adictiva* es algo más del doble que la de jugadoras, disparándose la proporción en los porcentajes de *jugadores dependientes* que es del 3,5% para los hombres y del 0,3% para las mujeres, dato que viene a significar que los hombres tienen un riesgo once veces mayor de sufrir una patología del juego que las mujeres. En parte esto puede ser explicado (según establecen los propios investigadores del estudio) no sólo a características inherentes al género, sino también a otros factores tales como: la mayor disponibilidad económica de los hombres, la mayor libertad horaria o la existencia de un mayor número de mujeres que de hombres en edad avanzada.

Sin embargo, esta desproporción introducida por la variable género, avistada en los datos aportados por la epidemiología, se ve incrementada ferozmente por las cifras que nos proporciona el área clínica. Apenas si llega al 10% los jugadores dependientes que buscan ayuda en las asociaciones de tratamiento y sean mujeres (FAJER, 2002). Aunque parece que en los últimos años se aprecia un cambio de tendencia, éste todavía es bastante tenue, hoy por hoy, a la mujer le cuesta mucho

acudir a las asociaciones en busca de ayuda para su problema. El peso social del prejuicio y la vergüenza sigue estando todavía bastante arraigado en nuestro entorno social.

4.2.3.- Clase Social y Juego

Aunque el análisis del elemento "clase social" representa un tema crucial en lo que a la sociología se refiere, en este caso vemos un cierto desvanecimiento del interés que presumiblemente se le confiere. Este hecho ha determinado que la literatura sociológica sobre el juego sea poco prolija y, aún hoy, tengamos que recurrir al notable trabajo desarrollado por Thorstein Veblen, bajo el título de la Teoría de la clase ociosa en 1899, como cita obligada. Siguiendo a Veblen (1974), Benítez Barroso (2003), destaca que el juego, para este autor, representaba el vestigio de un pasado arcaico aportado por la clase social ociosa desde su particular forma de ver la vida. Establecía como elementos consustanciales al juego la *creencia en la suerte* y el *deseo del triunfo deseado*. Mostrándose la creencia como un valor primigenio que favorece una suerte de animismo, que si se asocia a los objeto de azar puede ser interpretado como el *medium* que puede llevar al fin deseado. Mientras que el deseo del triunfo anticipado refleja con claridad la aspiración que desde la clase ociosa, como grupo de referencia, se proyecta en aquellos individuos que quieren establecer a cualquier precio una diferencia de estatus con el resto de la población. La clase ociosa representa su estatus mediante la ostentación que se desprende del consumo de bienes y desde su exhibición, del poder que muestran al establecer estilos de vida. Para la clase ociosa es propio vivir desde estándares sociales de exclusividad, compartidos únicamente por los de su propia clase y puestos de manifiesto, entre otros, a través de sus juegos favoritos (Barroso Benítez, 2003: 120-121).

Desde este enunciado, se han intentado interpretar distintas prácticas de juego asociadas a la clase social. Destaquemos como ejemplo el estudio llevado a cabo por el Instituto Gallup en 1971 en la población general de Estados Unidos (Li y Smith, 1976). A partir de él se quiso averiguar el comportamiento de los jugadores teniendo en cuenta la intensidad, la cantidad y la percepción que mostraban ante el juego. Los resultados vinieron a confirmar las tesis de Veblen al demostrar que el juego de apuestas es una actividad, mucho más practicada por las clases altas que por las populares (cuanto más alta es la clase económica, más alta es la afición a jugar). De igual modo, este estudio, vinculaba otros factores sociales que se relacionan con la clase social y el juego, tales como el hábitat y el ciclo de vida-

Cómo bien pudimos ver, en la parte dónde se describían los distintos enfoques (ecología humana) que abordaban el tema de la desviación social, las condiciones del hábitat se manifiestan como fundamentales a la hora de explicar cualquier comportamiento social, incluido el desviado. Si asociamos esta variable al juego veremos que, en la medida en que la práctica del juego puede ser estimada en función

de la diversidad de modelos sociales de referencia y la posibilidad de disponer o no de otras opciones de vida cotidiana, convierten al contexto urbano en el espacio social más idóneo para la alternativa del juego.

En cuanto al ciclo de vida, si asociamos la lógica del juego vista como un riesgo y una aventura de estatus, expuesta por Li y Smith (1976), tiende a ser más atrayente para las personas jóvenes que para los sujetos más mayores.

De todo esto se desprende que la práctica del juego anida más en contextos geográficos amplios (ciudades o grandes municipios) dónde éste se erige como una práctica más de ocio y que ésta decrece en la medida en que se alarga el ciclo de vida. No obstante ambas van a estar determinadas por el nivel socioeconómico: las posibilidades de juego suben en niveles altos de estatus económico. De ahí que podamos decir que la relación que se establece entre las variable descritas, puedan anotarse dentro de un modelo de análisis donde la propensión al juego se define como una variable dependiente de las categorías exógenas como el hábitat y ciclo de vida, y del elemento económico como factor endógeno.

4.2.4.- Consumo de Masas y Juego

Aunque esta categoría podría haberse enclavado en el epígrafe anterior, creemos que merece un pequeño estudio a parte, dada la importancia que adquiere el consumo en el tema del juego. La ya "veterana" sociedad de consumo sigue poniendo de manifiesto la relación causal que siempre se ha dado entre clase social y juego. Aunque esta vez aportando elementos diferentes. Los continuos cambios sociales acaecidos en relación a esta práctica (legalización y proliferación), han ocasionado que éstos se muestren más accesibles, prácticamente al alcance de todas las personas, independientemente de su clase social, produciendo lo que nosotros consideraríamos como una *des-clasificación del juego*, advenida por la popularización de este fenómeno social.

A pesar de eso, creemos que la pieza fundamental a tener en cuanta en este proceso de generalización del juego, se descubre en el paulatino incremento del nivel de vida que, bajo el modelo del Estado de Bienestar, han sufrido muchos países, incluido España. Una mayor disponibilidad de renta, alienta la lógica consumista instalada en nuestro sistema social; sistema que por otro lado alimenta la cultura del estrés y fomenta la incertidumbre en el riesgo de vivir. Situaciones, todas ellas, que a poco que rasquemos en la historia de cualquier jugador, casi siempre se hacen visibles.

La realidad actual nos muestra que cualquier sujeto que quiera jugarse su dinero lo puede hacer sin ningún obstáculo y además podrá elegir entre una amplia

gama de *posibilidades de juego*. Aunque la "fiebre por el juego" se nos muestre como un fenómeno prácticamente conexo a nuestros días, éste ya fue anticipado por el noruego Nechama Tec (1964). Para entonces este autor aseveraba que el uso del juego, por parte de la clase trabajadora y media, había que entenderlo como una muestra de la reacción popular frente a las barreras que encontraban en la promoción de estatus. Idea que es consustancial a la práctica de juego (siempre y cuando éste no haya trasgredido el limite de lo patológico). No en vano, creemos que la erótica del juego reside en la capacidad de envolver al sujeto en una falsa realidad ideada bajo el parámetro de creerse vivir una vida "soñada" y eso sólo puede ser posible con dinero y el juego puede dar mucho dinero.

Abierta la puerta de acceso al juego *para todos*, las diferencias van a venir subrayadas por su tipología. "Ir al casino" siempre se ha asociado con un estatus alto, mientras que "ir al bingo" o "echar a la máquina" (tragaperras) es más una actividad de clase media o baja. Tanto si nos atemos a los datos dados por algún organismo público (Comisión Nacional del Juego), como a los aportados por los profesionales vinculados al movimiento asociativo, veremos verificada esa información. Aunque, como bien señalan Ochoa y Labrador (1994), resulta difícil establecer estimaciones certeras, dado que un porcentaje alto de jugadores suelen mostrar un historial múltiple de juego (varios tipos). No obstante, los datos que se manejan (Prieto Ursúa, 1999; Benítez Barroso, 2003), recogen que el 70% de los jugadores de máquinas recreativas con premio (tragaperras) tienen un nivel adquisitivo bajo y medio, siendo su perfil social más habitual el de jubilados parados, empleados, trabajadores del sector servicios y amas de casa.

Considerados como "jugadores de segunda" el jugador de máquina tragaperras ha copado los "templos del juego" (casinos) Denominados con cierto desprecio -"la cocina"- por algunos croupiers, el jugador de máquinas tragaperras suele ser fiel a *su máquina*, pasando largas horas con ella (desde la apertura al cierre). Muchos de ellos aplican estrategias análogas a las empleadas por los jugadores de ruleta. Tienden a calentar la máquina con pequeñas apuestas, pensando que la sorprenderán aumentándolas de manera brusca, convencidos (equivocadamente) de que los programas informáticos cambian en función de lo que está en juego. En su cabeza caben todo tipo de ritos y creencias, desde aquel que cambia la máquina cuando la actual no da nada, al que espera la "máquina ganadora" que ha *enriquecido* al vecino (no es capaz de percibir que ésta sólo le devolverá una ínfima parte de lo jugado) (Adès y Lejoyeux, 2003).

Al igual que las máquinas recreativas de apuesta, el juego del bingo goza también de una intensa popularidad, sobre todo entre la clase media y media-baja. Aunque a él concurren hombres y mujeres, las diferencias de uso vienen marcadas por las horas del día en que ambos grupos suelen acudir. Mientras que la mujer lo hace a lo largo del día (mañana y tarde), los hombres suelen acudir por la noche. Si bien, una

sala de bingo suele presentar una panorámica de público heterogéneo, suele destacarse una mayor afluencia de mujeres que, normalmente acuden solas a jugar.

En relación a las prácticas de juego basadas en las loterías y otros sorteos (ONCE, Primitiva, Euromillón, etc.) diremos que también se han observado diferencias en esta misma línea. Aunque la Lotería Nacional es un sorteo muy arraigado en nuestro país (sobre todo en Navidad) su uso (frecuencia y dinero jugado) viene determinado por el nivel de renta del jugador (mayor nivel económico-mayor inversión de juego).

El juego en los casinos sigue siendo el único juego, que al día de hoy sigue asociado al consumo "conspicuo" (distinguido) y que viene ligado a la clase social alta. Más basado en la mitología social que en datos sistemáticos, (aún hoy se sigue asociando al casino con las viejas ideas de: ruina de grandes fortunas, trueque de propiedades y servicios personales, suicidios, etc.), Benítez Barroso (2003) nos describe que la figura del jugador de casino fastuoso tiene sus antecedentes en los casinos locales de abundantes pueblos y ciudades de provincia de nuestro entorno, donde los pudientes, los ricos, los terratenientes, los comerciantes y otras figuras ligadas al señorío local, montaban sus timbas dándoles un carácter sociocultural[32].

El jugador de casino es considerado como el arquetipo de jugador. Sabedor de creer que forma parte de una élite, tiende a menospreciar a los "jugadores de segunda" (resto de jugadores,) ya que éstos son apercibidos como vulgares y poco lucrativos. Suelen ser una minoría y desde hace tiempo, como bien apunta Adès y Lejoyeux (2003), ya no son los que dan vida a los casinos, en los que una parte importante de sus ganancias proviene de las máquinas tragaperras. Suelen ser derrochadores, impulsivos, poseedores obstinados de trucos, calculadores obsesivos de las leyes inaprensibles del azar. Los casinos fascinan a sus adeptos, al considerarlos lugares ostentosos, irreales y mágicos.

Independientemente del motivo, bien por estatus, bien por consumo, lo que sí queda claro es que el juego patológico es una actividad que denota una fuerte componenda de clase social.

4.2.5.- Nivel de Educación y Juego

Robert y Botella (2002) apuntan que también ha habido cambios respecto a las ideas mantenidas sobre el nivel de educación predominante en la figura del jugador

[32] Cómo ilustración a lo expuesto se recomienda leer la famosa obra que Dostoiewski escribió sobre el juego: "El jugador" (fue jugador patológico).

patológico. Concretamente indican que mientras que los primeros estudios señalaban un nivel educativo superior al de la media de la población entre los jugadores patológicos (sobre todo en los que buscaban tratamiento); la mayoría de los estudios epidemiológicos posteriores mostraron que este problema parece afectar a todos por igual. En el estudio llevado a cabo por Becoña (1993) se observaron los siguientes datos: el 7% de los encuestados no tenía estudios, un 36% sabían leer y escribir, un 21% había hecho la EGB, un 31 el bachillerato y un 3% tienen estudios de diplomado o licenciado universitario (Barroso Benítez, 2003).

Al día de hoy, la opinión más asentada entre los expertos del tema es que el nivel de estudios no permite distinguir entre jugadores problema y no jugadores, puesto que su distribución es similar entre ellos. Coincidimos en esta afirmación, ya que en nuestros entrevistados se confirma esta idea. Entre ellos había tanto diplomados y licenciados (ingeniero técnico industrial, matemático) como con estudios de bachillerato, EGB y FP (obreros cualificados, autónomo) y sin ellos (obreros no cualificados).

4.2.6.- Estado Civil y Juego

Barroso Benítez (2003) destaca que, fuera de España los estudios llevados a cabo muestran que entre las personas dependientes al juego, el estado civil se sitúa fundamentalmente en las categorías de ser solteros, separados o divorciados (Sommers, 1988). En concreto los datos de su estudio señalan que mientras que en la muestra obtenida para la población general sólo hay un 23,6% de solteros, entre los jugadores dependientes arraigados se encuentran un 398,9% y entre los jugadores dependientes incipientes son un 22,7%. En la muestra de la población general estudiada hay un 58,4% de casados, y los que muestran un problema agudo con el juego son representan el 33,3%; si bien, entre los sujetos que practican el juego de un modo excesivo, lo reconozcan como problema o no, alcanza una proporción alta, del 63,6%. En cuanto a las personas divorciadas y separadas también se denotan algunas diferencias. Así, mientras hay una 9,3% en la población general objeto de estudio, entre los jugadores dependientes la cifra llega a ser del 16,6%.

Parejos resultados, a los ya descritos, obtienen en su estudio Blaszczynski, McConagy y Frankova (1990) ya que estos señalan una mayor incidencia de la adicción al juego entre los sujetos que no mantienen vínculos estables de convivencia. La distribución porcentual indica que: el 50% de los jugadores eran solteros, el 39,6% casados y el 10,4% divorciados.

En la misma línea, esta autora resalta que, los resultados que arrojan los diferentes estudios realizados en nuestro país, apenas sí difieren de los hallados fuera de él. El estudio realizado por Legarda, Babio y Andreu (1992) sitúan el porcentaje de

jugadores dependientes casados en el 59%, el de solteros en el 31%, el de viudos en el 8% y el de separados en el 2%. El estudio de Becoña (1993) refleja que el 46% de los jugadores patológicos estaban casados, el 39% soltero, el 7% separado o divorciado y el 3% tanto para la situación de convivencia de pareja como la de viudo. No obstante vemos que, la propensión en función de la fecha de realización del estudio, marca un ligero decrecimiento en la categoría de casados y una ampliación en la de los solteros y separados o divorciados. Este incipiente cambio de tendencia, según pasa el tiempo, se ve claramente marcado cuando describimos los datos obtenidos por López (2002) para las dos primeras categorías. En concreto, los resultados hallados se distribuyen de la siguiente manera porcentual: 76,92% de los jugadores patológicos eran solteros frente al 15,38% de casados y un 7,69% de divorciados. Lo mismo sucede cuando valoramos los datos obtenidos en el estudio llevado a cabo por FAJER y la Universidad de Granada en 2011. En él se aproximan los porcentajes obtenidos para las categorías de solteros (2,3%) y de separados/divorciados (2,4%) en lo que respecta a la categoría de *jugadores dependientes*, mientras que para la de *jugadores en progresión adictiva* serían los solteros y los casados las que obtendrían los niveles porcentuales más altos, concretamente el 4,6% y el 4,1% respectivamente.

Al igual que en otras de las variables descritas, las diferencias detectadas para esta variable vienen dadas por la situación de si han acudido o no a tratamiento (Prieto Ursúa, 1999; Benítez Barroso, 2002). En líneas generales, suelen ser los jugadores casados los que con más frecuencia acuden a tratamiento, de ahí que las cifras den un vuelco. Los datos disponibles sobre patología del juego señalan que de las personas en tratamiento por problemas de juego, entre el 50% y el 70% están casadas, entre el 5% y el 25% están solteras y los separados y divorciados representan entre el 10% y el 30%, elevando considerablemente su representación muestral.

Entre las posibles causas que determinan estos datos, Prieto Ursúa (1999), señala la ideada por Ochoa y Labrador (1994) y que tiene que ver con el hecho de que el estar casado puede actuar como un elemento de contención, si tenemos en cuenta el desarrollo del problema. La familia (sobre todo la pareja) puede cumplir un papel importante bien previniendo el agravamiento de la conducta de juego, bien empujando a que los que han desarrollado la adicción a que empiecen un tratamiento.

4.2.7.- Estatus Laboral y Juego

En líneas generales, los estudios que analizan esta variable, confirman que el estatus laboral de los jugadores apenas si difiere del obtenido para la población en general. El estudio de Sommers (1988), señala que apenas si hay diferencias entre el porcentaje de jugadores y no jugadores con empleo. El 70% de la población tenía empleo, frente al 72,2% de los jugadores patológicos y el 77,3% de los jugadores problema. En situación de desempleo, los datos mostraron que en la muestra total había un 4,9% de personas sin trabajo y un 11,1% en lo jugadores patológicos y ningún

desempleado en los jugadores problema. Lo mismo ocurre para el grupo de jubilados. Mientras que la muestra había un valor porcentual del 12,4%, sólo el 3% eran jugadores patológicos y el 13,6% jugadores problema.

En el mismo camino se dirigen los datos obtenidos en nuestro país. La conclusión a la que se puede llegar es que no parece que el estatus laboral de los jugadores patológicos sea muy diferente al de la población en general. Lo que sí podría subrayarse es que entre los jugadores problema se acentúa un poco el porcentaje de personas en paro (38,7%) frente al 23,6% de la muestra general, pero se compensa en parte con el menor porcentaje de jugadores patológicos entre los parados (10%) (Legarda, Babio y Andreu, 1992). De igual modo, los datos arrojados en el estudio de López (2002) para esta categoría, confirman este hecho: el 63,63% de los jugadores tipificados como problemáticos son trabajadores, mientras que el 21,21% son estudiantes e igualan porcentaje del 6,06% los pensionistas y desempleados y con el porcentaje más bajo, el 3,03%, se colocan las amas de casa.

Por su parte el II Estudio Epidemiológico sobre la prevalencia de los jugadores de azar en Andalucía llevado a cabo en 2011 por FAJER y la Universidad de Granada, revela que si tomamos la categoría de *jugadores en progresión adictiva* los porcentajes más altos se sitúa en la de estudiante (5,8%), mientras que para la de *jugadores dependientes* esta se emplazaría en la de empleados (3,3%). De igual modo este estudio revela que la profesión es otra de las variables que reflejan relación. En concreto si tomamos la categoría de jugadores en *progresión adictiva* son los peones con un 6,2% y los autónomos con un 5,0% los que obtienen los porcentajes más altos. Parecidos resultados obtenemos si tomamos como referencia la categoría de los *jugadores dependientes.* Los porcentajes más altos corresponderían a los autónomos con el 5,0%, la de empresarios con el 3,7% y la de peones con el 3,3%, lo cual sugiere que la accesibilidad al dinero y la libertad horaria son elementos claves para el paso de la exposición al riesgo a la dependencia del juego.

4.2.8.- Religión y Juego

Es muy difícil encontrar datos que hayan incluido entre sus variables de estudio la categoría de religión, sobre todo en nuestro país. Algo más sencillo resulta buscarlos en otros países, aunque las fuentes tampoco son muy prolijas. Se especula que detrás de este hecho, en España, está la cuestión de la uniformidad religiosa[33]. Mientras que en otros países, de principio, se parte de una mayor diversidad de religiones coexistentes (Barroso Benítez, 2003). En Estados Unidos los estudios llevados a cabo

[33] Debemos de considerar que, en los últimos años, este hecho puede haber cambiado, impulsado por el fenómeno migratorio.

por diferentes autores[34] se destaca el porcentaje de jugadores patológicos judíos y católicos, frente a los protestantes o los que se declaran sin religión. El estudio llevado a cabo por Hudak, Varghese y Politzer (1989), pone de manifiesto que, aunque se acorten las diferencias entre católicos y protestantes, se sigue manteniendo una prevalencia alta en los judíos (el 19% de los jugadores patológicos son judíos, cuando sólo el 2,5% de la población de EE.UU, es judía).

Si unimos, todas las variables sociodemográficas descritas, nos daremos cuenta que, sin pensarlo, ya tenemos esbozado una parte importante del perfil de un jugador patológico -dimensión social-. Para completarlo, sería necesario que analizáramos la dimensión clínica que esta problemática tiene y que nos ayudaría a comprender mejor este fenómeno y a determinar los procesos de intervención (prevención y tratamiento) más útiles, teniendo claro quiénes son.

4.3.- ¿CÓMO ES UN ADICTO AL JUEGO? PERFIL CLÍNICO Y COMORBILIDAD DE UN JUGADOR PATOLÓGICO

Si tenemos en cuenta las premisas definidas, en los apartados relativos al diagnóstico y proceso de evolución en la conducta de juego, la descripción típica de un jugador patológico quedaría sujeta a un perfil clínico y evolutivo muy determinado. Cómo punto de partida, De la Gándara, Fuertes y Álvarez (2000: 19-20) nos ofrecen una definición que, a modo de introducción, va a servirnos de vehículo para empezar a desgranar, paso a paso, las características clínicas que mejor definen a un jugador patológico:

Se trata de una persona que se preocupa cada vez más y el juego, que dedica cada vez más tiempo a jugar, que necesita realizar apuestas cada vez más altas para experimentar emoción, y que experimenta síntomas de abstinencia si deja de jugar bruscamente. Suele emplear el juego para olvidar o para evitar estados de ánimo desagradables, llegado el momento de las pérdidas apuesta cantidades cada vez mayores para tratar de recuperarse, incluso miente para poder seguir jugando o realiza actos ilegales para poder pagar las deudas o conseguir dinero para jugar, lo cual crea conflictos con la familia y en el trabajo, y acaba solicitando, y a menudo la recibe, ayuda financiera (préstamos) de la familia y/o los amigos para pagar las deudas y mantener el juego, o en otros casos de prestamistas ilegales que le estafan o chantajean, y que en ese momento intenta infructuosamente reducir o dejar el juego, pero ya no sólo está atrapado por él, ya está preso de todas las circunstancias que le rodean, y entonces, ya no le queda ninguna salida, (…).

[34] Destacar los realizados por: Taber, McCormick y Ramírez, (1987); Ciarrocchi y Richardson, (1989) y Hudak (1989); todos ellos citaos por Benítez Barroso (2002).

4.3.1.-Clínica de un Jugador Patológico

En cierta manera, todos los que hemos querido acercarnos a comprender el tema del juego patológico, tarde o temprano, han aflorado en nuestro pensamiento cuestiones tan sencillas en apariencia, pero muy complejas de despejar. ¿*Por qué juega el adicto al juego*? ¿*Cómo es posible que alguien llegue a jugar de forma tan excesiva*¿ ¿*Por qué el adicto al juego no deja de jugar ante tantos problemas que le crea el juego*? Para entender el porqué necesitamos partir, según apunta Alonso-Fernández (2003), de un elemento emblemático, casi alegórico, que define la identidad del adicto al juego y que se recoge en tres palabras -*pérdida de libertad*-: "pérdida para abstenerse de jugar y pérdida para retirarse del juego". Esta situación es explicable si tenemos en cuenta que el jugador se mueve arrastrado por un titánico deseo sostenido por una voluntad especial y no libre –la voluntad involuntaria- privada de los mecanismos de inhibición o autocontrol. Voluntad que es definida, por este mismo autor, como la voluntad que *sólo puede querer y no puede no querer*; regida por el goce (placer de jugar) y abandonada por el pensamiento reflexivo.

"Sentirse vivo" es la expresión que mejor define al jugador adicto cuando se abandona al arte del jugar. Representaría lo que, parafraseando la ilustre proposición enunciada por el filósofo francés Descartes: "*pienso luego existo*" quedaría emulada por la de "*juego, luego existo*. Aunque resulte difícil de comprender, el juego, para un ludoadicto se convierte en un dador de vida. Con él es capaz de rellenar su vacío existencial con ilusiones renovadas y nuevas sensaciones fascinantes de aventura y riesgo. Capaz, no sólo de sustituir al placer sexual (se asemeja a un orgasmo), sino también de superar su deleite. Algunos autores (Pedinielli, Rouan y Bertagne, 1997), creen que éste puede sufrir una especie de desdoblamiento (salida del sujeto fuera de sí mismo), en el contexto de un estado de conciencia especialmente modificado.

Sin embargo esta pródiga exaltación placentera no dura siempre. El ludoadicto suele alternar episodios de lucidez equilibrada, (aunque con algunos problemas es capaz de ejercer un cierto dominio sobre su situación de juego) con otros de confusión y cierta alienación en los que tiende a perder la noción de lo que pasa en su interior y se convierte en una *máquina de hacer juego*, y con otros en los que se siente tremendamente poderoso y dotados de una gran claridad.[35]

Su afán de riego y aventura (motor clave de su adicción) tiende a ser experimentado o vivido de forma fraccionada en cuatro espacios:

[35] Sirva como elemento clarificador, la idea que Alonso-Fernández (2003) nos traslada cuando expone que hay ludoadictos que han pasado su luna de miel en un casino o que un apostante adicto ponía la radio para enterarse de los resultados del hipódromo mientras realizaba el acto amoroso. A través de estos ejemplos es fácil creer en la idea que atestigua que un *adicto al juego no cambia el juego por nada*.

1. *El plano personal*, en forma de una prueba donde lo que se debate es vencer los miedos de uno mismo.

2. *El plano económico*, en forma de una ganancia real o fantaseada.

3. *El plano mágico*, en forma de una victoria sobre el destino.

4. *El plano religioso*, como un engaño a Dios o un pacto con el diablo.

Si desbrozamos algunas de las definiciones recreadas para caracterizar a un ludoadicto, nos daremos cuenta que todas ellas (desde las más pretéritas a las más actuales), coinciden en mostrarnos al jugador patológico como un *sujeto hiperactivo, ambicioso, perseguidor de sensaciones y emociones fuertes, entusiasta del riesgo y del peligro, ansioso de reconocimiento social y con ciertas aptitudes y habilidades para llegar a conseguirlo*.

Robert Custer, en 1981, nos perfiló el retrato tipo del jugador patológico describiéndolo como un sujeto de inteligencia media o superior, con un sentido práctico muy desarrollado para resolver los problemas de la vida corriente; con un alto nivel de energía, que le permitirá emprender varias actividades a la vez; con capacidades deportivas muy desarrolladas, con un gusto por las actividades de competición o de riesgo; con un cierto aprecio por actividades de grupo; ocuparía a menudo una posición social de responsabilidad.

Esta descripción fue completada por el psiquiatra canadiense experto en juego, Ladoucer (1991). Éste describe al jugador adicto como un hombre extravertido, dotado de humor, y desbordante de energía. Le gusta el movimiento, la actividad y la rapidez, desde la adolescencia. Tiene gran necesidad de cambio y de estímulos. Amante de los desafíos, persuasivo y confiado, el jugador tipo propone, emprende y dirige actividades colectivas. Las ideas le vienen deprisa y las expresa con claridad. En cualquier situación, lo importante para él es ganar. Dinámico y combativo, el jugador llega con frecuencia a adquirir bienes o una posición que le valdrá el reconocimiento social. A menudo procede de un ambiente familiar en el que los padres manifiestan indiferencia o rechazo. Este ambiente, en cambio, valora el dinero, el poder y el prestigio.

Por su parte, González Duro (2005) nos presenta al jugador patológico como un sujeto altamente competitivo, enérgico, e inquieto, aunque se “abrasa” fácilmente. Predispuestos a presentar enfermedades asociadas al estrés, la depresión, problemas de atención por hiperactividad y algún abuso de dependencia de sustancias tóxicas.

4.3.2.- Comorbilidad en un Jugador Patológico. Problemas Asociados al Juego

Al igual que ocurre con otras adiciones, el juego patológico suele presentarse asociado a diferentes trastornos de salud, sobre todo con otras patologías psiquiátricas. Aunque, casi siempre la ludopatía adictiva se presenta como fenómeno primario, en algunos puede resultar muy difícil discernir entre si la ludopatía es la alteración primaria o secundaria (derivada como consecuencia de otra patología). Lejos de ser una nimiedad, Alonso-Fernández (2003) nos muestra que el fenómeno de la comorbilidad adquiere cuotas importantes en los adictos al juego. Destacan fundamentalmente aquellos problemas que tiene que ver con la depresión, la ansiedad, la psicosomática y la poliadicción.

4.3.2.1.- Trastornos Afectivos

La depresión aparece con mucha frecuencia acompañando a las conductas de juego patológico. Tanto, los estudios realizados fuera de España como dentro, han puesto de manifiesto la relación que se da entre ambos trastornos. Fuera de nuestro país, McCormick, Russo, Ramírez y Taber (1984) encontraron que el 76% de sus encuestados reunían los criterios del DSM-III para el diagnóstico de depresión mayor. Idéntico resultado obtuvieron Linden, Pope y Jonas (1986) en su estudio; el 72% cumplía con los criterios del DSM-III para la depresión mayor, cuando habían dejado de jugar por primera vez y que el 52% de los jugadores evaluados habían tenido episodios de depresión mayor independientemente de que jugaran o no (García, Díaz y Aranda, 1993; Robert y Botella, 2002).

En España el cuadro es muy similar. En el estudio llevado a cabo por García, Díaz y Aranda (1993) en el Instituto Español para la Atención a los Problemas de Juego de Azar, descubrieron que el 16% de los varones cumplía con los criterios diagnósticos del DSM-III para la depresión mayor cuando acuden al programa de rehabilitación, y en el 41% de los casos manifiestan haber experimentado episodios depresivos con anterioridad a acudir al programa y mientras estaban jugando. En las mujeres, el 64% presentaba el trastorno depresivo cuando acuden al centro, mientras que el 82% manifestaron haberlo experimentado en el pasado.

Basándose en sus datos clínicos, Alonso-Fernández (2003), afirma la existencia de un cuadro de abstinencia de tipo depresiforme. La falsa depresión ludopática (similar a la falsa depresión alcohólica) suele remitir al mejorar la adicción al juego sin precisar terapia antidepresiva específica.

Aunque pueden ser varias las razones que se estimen que pueden estar detrás del porqué un ludópata adicto se vuelve depresivo, la que cobra más fuerza es la que

sostiene que la depresión es el resultado de una conducta de juego, debido a las consecuencias desastrosas que éste provoca sobre la vida del sujeto. Concretamente Roy, Custer, Lorenz y Linnoila (1988), resaltaron como efectos adversos de la conducta de juego la separación marital, la pérdida de empleo, las deudas y los problemas legales. También se indica que los trastornos afectivos son la causa fundamental de muchos procesos de recaída (Robert y Botella, 2002).

Otro de los trastornos afectivos que hace su incursión en la ludopatía adictiva es el suicidio. De hecho, los adictos al juego ocupan el primer lugar entre los adictos sociales con tendencia suicida. Tanto en variable de tentativa o como hecho consumado, según apunta Alonso-Fernández (2003), este trastorno se presenta en algo más del 20% de los ludoadictos. Entre sus causas, este mismo autor, nos remite a dos hechos determinantes: el estado de desesperación imperante en las fases avanzadas de esta enfermedad adictiva y la frecuente asociación de la ludopatía adictiva con el alcoholismo y la depresión. Ambas causas abarcan la determina

García, Díaz y Aranda (1993) detectaron en su estudio que un 5% de la población atendida había intentado suicidarse sin conseguirlo. También resaltan que la ideación suicida como método específico es más frecuente entre las mujeres (18%) que entre los hombres (7%), mientras que en los pensamientos ocasionales de suicidio, los valores porcentuales prácticamente se equiparan, en el caso de, las mujeres es del 41% y en el de los hombres del 46%.

En otras situaciones, el juego patológico puede aparecer dentro de un episodio maníaco o hipomaníaco, En este caso la ludopatía adictiva hay que considerarla como una alteración secundaria. McCoormick, Russo, Ramírez y Taber (1984) con una muestra de 50 jugadores patológicos, detectaron trastorno hipomaníaco en un 38% y trastorno maníaco en un 6% de sus encuestados. En estos casos cobra especial relevancia el diagnóstico diferencial de confirmarse la existencia del trastorno, puesto que, inevitablemente, habría que contar con apoyo farmacológico.

4.3.2.2.- Trastorno de Ansiedad

Salvando la posibilidad de confundir síntoma de ansiedad con depresión, que algunas veces se da; algunos investigadores han demostrado la existencia de este trastorno en ludoadictos. En el trabajo de Blaszczynski y Mc Conaghy (1989)[36] se evaluó la ansiedad estado/rango mediante el STAI (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) en una muestra de 75 jugadores patológicos, que estaban en un programa de tratamiento conductual, encontraron que tanto en Ansiedad Estado (media = 49.11, desv. típ. = 13.46) como en Ansiedad Rasgo (media = 49.36, desv. Típ. = 10.39) los

[36] Autores citados por García, Díaz y Aranda (1993).

jugadores patológicos alcanzaban puntuaciones similares a las de las muestra normativa de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970) con pacientes neuropsiquiátricos y significativamente más altas que las obtenidas con una muestra de estudiantes universitarios.

En el estudio efectuado por García, Díaz y Aranda (1993) encontraron, cuando evaluaron la ansiedad mediante el Inventario de Situaciones de Respuesta de Ansiedad -ISRA- (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1988), niveles de ansiedad severa (por encima del centil 75 en puntuación total o rasgo de ansiedad) en el 49% de la muestra (n= 135).

4.3.2.3.- Trastornos Psicosomáticos

Al igual que en los casos anteriores, también parece existir, o al menos se observa, una incidencia relativamente alta de trastornos psicosomáticos entre los jugadores patológicos. En los autoinformes sobre salud física, es frecuente que aparezcan reflejados, dolores estomacales (42%), insonnio (35%), desmayos o sensación de vértigo (31%), dolores de cabeza o migrañas (295), asma, presión sanguínea elevada (7%), contracturas musculares en cuello y espalda (31%), dermatitis o erupciones (12%) (Lorenz y Yaffee, 1986)[37].

Estos tipos de trastornos psicosomáticos también aparecen recogidos en ele estudio que realizaron García, Díaz y Aranda (1992). En concreto el 39% de la población atendida (n= 254) así lo atestiguaba, estando más acentuado en las mujeres (77%) que entre los hombres (23%). De mayor a menor incidencia encontraron cefaleas o migrañas, trastornos del aparto digestivo y alteraciones del ciclo vigilia-sueño.

4.3.2.4.- Trastornos Poliadictivos

Al igual que ocurre con otras adicciones[38], la ludopatía adictiva puede coexistir con otro tipo de adicciones, bien sea el consumo de alguna sustancia adictiva (principalmente alcohol) u otros tipo de adiciones sociales, agravando fuertemente su situación patológica.

[37] Este cuestionario evalúa los distintos tipos de respuesta ansiedad (cognitivo, fisiológico y motor) en las situaciones potencialmente ansiógneas. También permite la evaluación de la ansiedad asociada a cuatro áreas situacionales o rasgos específicos: ansiedad de evaluación, interpersonal, fóbica y ansiedad de la vida cotidiana.

[38] En este mismo trabajo, véase el Capítulo II dedicado a la descripción de los diferentes tipos de adicciones sociales.

Si tomamos como referencia la relación que puede haber entre el juego patológico y el abuso de drogas[39], veremos que existe una importante asociación entre estos problemas, especialmente entre ludopatía adictiva y consumo abusivo de alcohol. No olvidemos que el mundo social de las personas ludópatas adictas y consumidoras excesivas de alcohol están muy vinculados. Las máquinas recreativas de apuesta (tragaperras) suelen estar ubicadas en bares, cafeterías, pub, etc., todos ellos lugares habituales de consumo de alcohol. Es difícil no ver a un ludópata jugando sin tener una copa o un cigarrillo en la mano o apostada arriba de la máquina. Lo mismo pasa con las salas de juego, bingo y casinos, en todos ellos existe una clara disponibilidad a consumir alcohol, e incluso en algunas ocasiones se suele invitar a los clientes a unas copas.

A esta disponibilidad social, muchas veces se le une la posibilidad (que el adicto ve en ellas), de utilizarlas como vehículos que pueden aliviar el malestar provocado por el juego y sus consecuencias nocivas; o como una manera de aumentar el nivel de excitación durante el juego (sujetos con un nivel bajo de aurosal) y del placer; en otras ocasiones el ingerir alcohol y drogas hace que la persona se sienta relajada y a gusto, experimentando un estado de bienestar que no consigue en otras circunstancias, cuestión que también les va a ayudar a no sentirse culpables por las pérdidas y problemas que el juego les está ocasionando (Robert y Botella, 2002).

Varios han sido los estudios que han puesto de relieve este hecho (Lesieur, y Heienman, 1988; Daghestain, Elenz y Crayton, 1996). Según una revisión de 60 estudios publicados llevada a cabo por Crockford y El-Guebaly (1998), el trastorno que con más frecuencia se encuentra asociado a la ludopatía adictiva es el de la ingesta abusiva de sustancias tóxicas (sobre todo alcohol). Aunque la mayoría de estos datos vienen asociados al grupo de varones adultos, también se han encontrado porcentajes elevados de estos trastornos en el grupo de mujeres (Lesieur, 1988b; Lesieur y Blume, 1991) y en las poblaciones jóvenes de adolescentes o estudiantes universitarios (Lesieur y Klein, 1987).

Sin embargo, de los estudios más rigurosos que hay sobre esta temática es el llevado a cabo por Ramírez, McComick, Ruso y Taber (1983). En él se concluía que un 39% de los ludópatas adictos cumplían con los criterios de abuso de alcohol y otras drogas en el año previo a la admisión en un programa de rehabilitación. También reseñaron que el 50% de los sujetos jugadores tenían a uno o a ambos progenitores biológicos con problemas de alcohol u otras drogas y un tercio de esas personas, que en uno o más casos sus hermanos/as tenían los mismos problemas. De igual modo, descubrieron que casi el 100% de las personas jugadoras, que abusaban recientemente de estas sustancias, padecían problemas de depresión.

[39] Adès y Lejoyeux (2003), apuntan que entre las drogas más consumidas por un jugador patológico se encuentran la cocaína y los derivados anfetamínicos con propiedades estimulantes.

Asimismo, García, Díaz y Aranda (1992) encontraron que el 13% de la población atendida manifestaba tener problemas con el alcohol mientras había estado jugando, estando más acentuado en los arones (14%) que entre las mujeres (9%). De igual modo, detectaron un consumo de fármacos ansiolíticos (automedicados) en las mujeres diagnosticadas de juego patológico (11%).

En sentido contrario, también se ha señalado que la ludopatía adictiva puede ser un trastorno asociado al abuso excesivo de drogas (alteración secundaria). Sicilia Salcedo (2007) estipula que una persona alcohólica puede entrar en contacto con el juego de manera casual, como una forma de ocupar el tiempo y hasta de justificar su estancia en los bares, donde acude realmente a beber y no a jugar (al menos al principio). Desde esta óptica, también se han llevado a cabo varios estudios que de forma general validan esta correlación. Entre ellos destaca el efectuado por Lesieur, Blume y Zoppa (1986) en una muestra de 458 pacientes diagnosticados como drogodependientes (alcohol y otras drogas) y que estaban en proceso de rehabilitación. Los resultados mostraron que el 10% tenían ludopatía adictiva y el 9% problemas de juego (jugador problema se configura como la antesala a la adicción). También probaron que las personas pacientes, sólo tratadas por abuso de alcohol, mostraban menos tendencia a manifestar ludopatía adictiva que las que eran tratadas por abuso de alcohol o ambas sustancias adictivas a la vez (alcohol y otras drogas).

En una revisión posterior, Lesieur y Rosenthal (1991), vaticinaron que entre el 7% y el 25% de los pacientes con problemas de excesivo abuso de alcohol y drogas, que participaban en varios programas de tratamiento, serían personas jugadoras patológicas.

Por otra parte, el estudio llevado a acabo en España por Rodríguez Martos (1989) revela que el 14% de personas pacientes alcohólicas en tratamiento cumplían también con los criterios para el diagnóstico de juego patológico. También reveló que el problema de juego patológico incide más en aquellos pacientes con antecedentes familiares de juego patológico, en los que se iniciaron muy jóvenes en el juego y los que presentaban cuadros de polidrogodependencias.

En muchos casos, la ludopatía adictiva no aparece sola sino acompañada de otro tipo de adición social. Esto no extraña, dado que algunos expertos (Alfonso-Fernández, 2003) han planteado que las distintas clases de adición social tienen a solaparse y a combinarse entre sí. Aparte del consumo de alcohol y otras drogas, el varón ludoadicto suele ser presa fácil de la adicción al sexo, y en la mujer ludópata adicta la asociación más frecuente es la consumopatía y la bulimia o hiperfagia. Mientras que este proceso en los hombres aparece en forma de dualización (juego/sexo), en las mujeres la conjunción entre las posibles adicciones suele producirse a tres bandas: (juego/compra/alimento).

Si de por sí, la patología del juego viene asociada a una amplia gama de consecuencias adversas, imaginémonos qué puede suceder cuando ésta viene acompañada por otros trastornos adictivos. La presencia de este "doble problema" acarrea, según recoge Sicila Salcedo (2007), consecuencias negativas muy graves y que pueden quedar resumidas del siguiente modo:

1. Poseen un mayor nivel de riesgo de padecer problemas médicos, una mayor psicopatología asociada, más conflictividad familiar y/o de pareja y una mayor frecuencia de intentos de suicidio (Lesieur, Blume y Zoppa, 1986).

2. Los ludópatas adictos y además alcohólicos, tienen mayor dificultad para controlar el juego y una tendencia mayor a las recaídas de episodios de juego patológico (Lesieur, 1988b; Lesieur y Rosenthal, 1991). La importancia de este tema es vital, dado que el consumo de alcohol y otras adicciones desempeña un papel importante en las recaídas, ya que estas sustancias hacen que disminuya el control que la persona tiene sobre sus propias conductas (deshinibidor). Pero también debemos de saber que este mismo proceso puede darse en sentido inverso: un drogodependiente que trate de abandonar su consumo de alcohol u otras drogas, tienden a refugiarse en otras adicciones buscando conseguir de nuevo las emociones y sensaciones agradables que su anterior adicción les producía[40].

3. Las personas pacientes que abusan de sustancias psicoactivas y tienen problemas con el juego presentan más rasgos de impulsividad, agresividad y afectividad negativa (McCorrnick, 1993). Generalmente, el grado de disfunción social es mayor entre las personas que tienen *doblemente el problema* que las que sólo abrigan la dependencia al juego (Feigelman, W., Wallisch y Lesieur, 1998).

4. Las personas con problemas de juego y otras adicciones presentan con mayor frecuencia antecedentes de abuso de alcohol y participaron en conductas delictivas cuando fueron adolescentes (Griffiths, 1990; Cusack, Malaney y DePry, 1993).

4.3.3.-Juego Patológico y Mujer

La adición al juego cada vez aparece más unida al *nombre de mujer*. Algunos expertos[41]coinciden en señalar que el género puede convertirse en un elemento diferenciador, sobre todo cuado se analizan patologías de tipo psicosocial. ¿Qué connotaciones específicas subyacen en el grupo de mujeres, que abre la posibilidad de

[40] Esta situación se nos ha dado en alguno de los casos de nuestra investigación en ambos sentidos ex-alcohólico que se refugio en el juego y ex-jugador que empezó a tener problemas con el alcohol.

[41] Destaquemos a Echeburúa (1992), Villorria (1999) y Arbinaga (2001).

poder dedicarle un tratamiento a parte? Aunque es apreciable la escasez de estudios que existen sobre el tema de mujer y ludopatía, lo poco que hay nos permite evidenciar las diferencias que existen entre las conductas de juego adictivas femeninas de las masculinas. Becoña (1997), después de analizar la prevalencia de este trastorno en la mujeres de nuestro país, presenta doce características que permiten delimitar los rasgos más relevantes en la mujer jugadora patológica: adquisición del trastorno, tipo de juego, la doble moral social ante el juego de fases por las que pasa su juego, problemas de depresión, la reacción de su marido y el sufrimiento de sus hijos, su mayor control en la obtención de dinero, su comienzo más tardío en el juego, su mayor nivel de psicopatología, sus antecedentes familiares (juego, alcohol) y el tratamiento.

No obstante las diferencias de sexo en el juego patológico han sido muy poco estudiadas y cuando ha sido así, su estudio se ha hecho de forma incompleta. A pesar de ello, los datos existentes ponen de manifiesto que entre las mujeres sí se da este tipo de conducta adictiva, aunque cuantitativamente el problema sea menor que en los hombres (un tercio de la población ludópata es mujer). Se sabe que la mujer juega y que cada vez juega más, pero es difícil trazar un perfil exacto de la mujer jugadora. Marcando las diferencias (teniendo en cuenta los datos que hay generales, aplicables a los dos sexos, y los específicos), podemos decir que (Becoña, 1997):

1ª.- Los procesos psicológicos que llevan a la adquisición, desarrollo y mantenimiento de la conducta de juego, en la mujer son muy parecidos a los del hombre. Aunque se cree (De Corral, Echeburúa e Irureta, 2005) que los estados emocionales negativos desempeñan un papel más determinante en el inicio de la conducta de juego en mujeres que en hombres; mientras que en los varones tiene más peso los rasgos de impulsividad y la búsqueda de sensaciones.

2ª.- Se dan claras diferencias en la elección o preferencia en los tipos de juego. De manera general las mujeres ludópatas tienden a serlo por su adicción al bingo, a las loterías, al cupón de la ONCE y a las máquinas tragaperras. Dentro de esta tipología, los perfiles más adictivos se encuentran en las máquinas tragaperras (tanto en tiempo como en dinero invertido) y en bingo.

3ª.- Las fases por las que pasa la mujer son las mismas que las del hombre. Tiende a afirmarse que muchas mujeres empiezan a jugar movidas por la necesidad de tener que escapar de los problemas que la abruman. En ellos se incluyen trastornos en la infancia, relaciones difíciles (esposo jugador, alcohólico, drogodependiente o enfermo mental), soledad y aburrimiento (marido trabaja largos períodos fuera del hogar). En este contexto el juego adquiere la categoría de hipnótico o anestésico que les ayuda a olvidar sus problemas debido a la tensión y a la activación que incrementa su humor.

4ª.- La depresión es un trastorno que va muy unido a la mujer de manera general y más en particular cuando hablamos de mujer jugadora patológica. Se sabe que hay una asociación entre juego patológico y depresión[42]. Asociación, que en la mujer suele ser triple: se da más en este grupo que en los varones; se asocia como elemento predisponente de la conducta de juego; y el juego actuaría de revulsivo para superar los estados depresivos a modo de auto-terapia. Peor no podemos olvidar que el juego patológico, en algunos casos, provoca procesos depresivos como corolario de los problemas personales que el juego causa a la jugadora. La cuestión pasa por determinar si ésta subyace como trastorno primario o secundario, porque de ello dependerá la forma en como tenga que ser abordada por el profesional.

5ª.- A diferencia del hombre, la mujer jugadora tiene que enfrentarse a la doble moral o doble visión que nuestra sociedad aplica al varón o a la mujer cuando uno u otro tiene que encarar un problema de adicción. Al varón se le suele "sufrir" el juego excesivo en las primeras fases a la mujer no. La idea de que un jugador patológico es un hombre "sin control", sin dominio de la situación, en cambio una mujer es una "viciosa" (inmoral, indecente, descuidada, mala madre), es el reflejo de una sociedad que otorga el favor de la tolerancia al hombre pero castiga los excesos de la mujer.

6ª.- Conectado con el anterior, el marido o pareja de una mujer jugadora patológica tiende a reaccionar muy mal frente al problema de juego de su mujer; cuestión que no sucede en caso contrario, ya que la mujer suele mostrar y dar apoyo a su marido. Casi siempre la postura del marido suele ser de "actitud punitiva irracional". Ni el marido ni la familia de la jugadora suelen estar preparados para afrontar los cambios que resultan de una conducta de juego patológico (excesivo gasto económico, mentiras constantes, estar noches y días enteros fuera de casa, etc.). Los hombres suelen percibir o comparar la conducta de su mujer a la de una alcohólica o prostituta (ambos apelativos son de rango social despectivo). Además, cuando descubren que cogen el dinero de casa para el juego las tildan de ladronas, disolutas e inmorales.

A diferencia de la mujer, en principio el marido puede pagar los gastos de su juego, pero es menos probable que él le proporcione ayuda y comprensión. Al situar los límites al principio del curso del problema, el marido la empuja a abandonar el juego más deprisa. La vergüenza que sienten por tener una mujer jugadora (cuesta mucho trabajo hacerlo) suele acabar en separación o divorcio. Si se mantiene unido, casi nunca acude a las sesiones de tratamiento, actitud que repercute muy negativamente en la mujer, de ahí que no haya ningún problema en aseverar que, las consecuencias del jugo en la mujer son mucho más graves a nivel personal y familiar que en el varón adicto al juego.

[42] Entre otros: McCormick, Russo, Ramírez y Taber (1984); Becoña, Lorenzo y Fuentes (1996); Alonso-Fernández, (2003).

7ª.- Aunque los hijos sufren mucho las consecuencias de los padres jugadores, la angustia se incrementa cuando el problema lo tiene la madre. De manera general, algunos investigadores[43] han puesto en evidencia que los hijos de padres jugadores tienen un mayor riesgo de tener un hogar roto, mostrar una alta incidencia en psicopatología infantil y una mayor implicación en conductas adictivas.

Son muchas las consecuencias a la que se tienen que ver avocados los hijos de los jugadores patológicos. A la cotidianidad de las penurias económicas y disputas familiares, hay que unirle otras situaciones muy complicadas como son los abusos físicos y verbales, ya que estos niños suelen convertirse en el blanco parental de la frustración y la ira[44].

Del mismo modo, la tenencia de modelos pobres de referencia (padre/madre) provoca que cuando éstos tengan que enfrentarse a los problemas de la vida, lo hagan recurriendo a conductas destructivas. A parte, muchos de ellos (Lorenz y Yaffee, 1988). terminan por desarrollar trastornos psicosomáticos tales como: problemas digestivos crónicos, asma, dolores de cabeza, etc.

También se afirma[45] que el hecho de vivir en un atmósfera constante de deprivación emocional, aislamiento, abuso paterno, rechazo, pobres modelos de rol y énfasis en el dinero, acabe por determinar vidas problemáticas en los hijos pequeños de los jugadores patológicos. Muchos niños desarrollan un gran conflicto de rol dentro de su familia. Algunos toman el rol de chivo expiatorio; otros de pacificador y otros asumen más responsabilidades de las debidas. Se sienten responsables del clima emocional en el hogar, lo que hace que aumenten considerablemente los trastornos de ansiedad, de ira y de depresión.

De igual modo se asevera que los hijos de jugadores patológicos apenas si desarrollan habilidades sociales. Casi siempre sienten la necesidad de negar la situación de juego de sus padres. Muchos cargan a sus espaldas tremendas historias de decepción, ya que sus padres tienden a hacer promesas que no suelen cumplir, minando la confianza y disminuyendo su credibilidad. Si la madre se lo pide suelen aliarse con ella haciendo frete común hacia el jugador patológico. Suelen ser niños muy activos físicamente y se esfuerzan mucho por ser aceptados socialmente, pero sus escasas habilidades sociales apenas les permiten hacer amigos.

[43] Es el caso de Jacobs (1989b).

[44] Concretamente: Lorenz y Shuttlesworth (1983). Véase: Becoña (1997).

[45] Entre otros: Custer y Milt (1985).

Como datos de interés resaltar los hallados en la investigación efectuada por Jacobs (1989b)[46] a jóvenes estudiantes de bachillerato. Concretamente encontró que los mayores usos de sustancias tóxicas estimulantes (drogas, alcohol y tabaco) se daban en los jóvenes que tenían historias de juego entre sus progenitores. También halló en ellos los niveles más altos de juego. Pero lo más sorprendente fue encontrase con que el 75% de los chavales, cuyos padres fueron jugadores patológicos, habían comenzada jugar antes de los 11 años. Este autor también subrayó que éstos tenían una mayor tendencia a escapar de la realidad y a buscar experiencias estimulantes. De ahí que, cuando se les preguntó por el porqué de sus conductas adictivas, la mayoría se posicionó ante los ítems cuyo contenido estaba relacionado con el escape o la evasión tensión emocional, un hogar infeliz, de una vida aburrida, etc.). Asimismo se señaló, que en estos jóvenes la tasa de indicadores de riesgo psicosocial era mucho más alta que en los demás. Los niños con padres jugadores, experimentaron casi dos veces la incidencia de hogares rotos causados por la separación, divorcio o la muerte de uno de sus progenitores antes de alcanzar la edad de 15 años. Igualmente se reveló una mayor incidencia de estados de disforia, ansiedad, depresión y riesgo de suicidio.

8ª.- La mujer suele tener un mayor control en la obtención de dinero que los hombres, repercutiendo favorablemente en la baja estimación de actos ilegales. El problema de juego en las mujeres tiende a mantener, de cara a los demás, más latente o disfrazado porque, salvo excepciones, no suele traspasar los límites sociales. Como la mujer jugadora suele ser ama de casa y si trabaja lo suele hacer en profesiones donde gana menos dinero que un hombre, sus deudas de juego son menores que las de los hombres. Hecho que va a permitirles no tener que recurrir a fórmulas ilegales de financiación. Además la mujer cuando se ve en la necesidad de tener que pedir dinero, acude siempre a la familia, mientras que el hombre lo hace más fuera de ella; esto actúa como un factor limitante de la espiral de deterioro que suele darse en los procesos de juego patológico.

Otro factor de contención muy importante en la mujer son los hijos. Tener o no tener hijos va a ser una variable muy determinante en la mujer a la hora de desarrollar una conducta destructiva de juego. Quizá aquí tenga algo que decir el tema de los valores sociales (que vimos antes) aplicados al rol de la mujer. La realidad es que para muchas mujeres el ser madres les impone ciertos límites, que una vez traspasados les sería muy difícil dar marcha atrás.

9.- Otra diferencia observada es que la mujer cuando decide jugar comienza a hacerlo más tarde. En muchas ocasiones la historia de juego aparece en una etapa media o tardía de la vida (a los 30 ó 40 años).

[46] Véase: Becoña (1997).

10ª.- Alto nivel de psicopatología en la mujer jugadora, sobre todo la que acude a tratamiento, así como una historia pasada llena de rechazos, indiferencia y traumas. En realidad la mujer que suele acudir a tratamiento lo hace estando muy deteriorada. No obstante, esta visión clínica puede estar sesgada por no adecuarse a la circunstancias de todas las mujeres jugadoras patológicas, sobre todo de las que no acuden a tratamiento. De manera general, cuando la mujer ha tomado la decisión de pedir ayuda lo hace en un estado muy deplorable. Algunas han perdido a su marido, a sus hijos y sus familias y amigos se desentienden de ellas. Normalmente no suelen tener apoyo ninguno y encaran el proceso de tratamiento en soledad.

Como datos ilustrativos, resaltar los obtenidos por Strachan y Custer (1993)[47]en un estudio llevado a cabo con mujeres jugadoras patológicas que asistían a las reuniones de jugadores Anónimos de Las Vegas. Resumidamente, destacar que el 76% tenía una edad comprendida entre los 30 y los 40 años; el 90% eran adictas a las máquina tragaperras; en el 31% sus padres se habían divorciado antes de ella cumplir los 15 años, un 31% habían perdido a su marido, padre, hijos a amigos cercanos, por muerte, en los dos años anteriores a haber acudido a terapia, el 42% tenía un padre alcohólico y el 42% tenían un padre o padres que jugaban mucho; el 29% afirmaba que había sufrido abusos sexuales de niña; el 69 se habían planteado el suicidio y el 23% lo habían intentado; el 10% había tenido un historial de consumo de alcohol en el pasado; un 23% había abusado de las drogas y un 15% de los fármacos.

El nivel de desgaste con el que decidieron pedir ayuda era innegable: el 73% obtenía dinero falsificando cheques, el 87% había gastado todos los ahorros familiares; el 76% lo había hecho del crédito de las tarjetas; el 60% había vendido las joyas o habían pedido adelantos de dinero en el trabajo; un 29% habían considerado prostituirse para pagar el juego y un 10% lo hacían en el momento de realizar el estudio, cuando estaban en tratamiento.

11ª.- En muchas de ellas se encuentran antecedentes de padres jugadores patológicos o historiales de padres con problemas de alcohol. Cuando se analiza este tema en las mujeres se suele recurrir al paralelismo (comportamiento) que se da entre la mujer alcohólica y la mujer ludópata, Un ejemplo de ello es el hecho de que cuando beben, muchas de ellas, lo hacen a escondidas, en su casa y no en los sitios públicos como los varones. Algo muy semejante se encuentra en algunas mujeres jugadoras, sobre todo la de cupones y loterías.

Otros datos obtenidos en estudios con mujeres ludópatas[48] indican unas cifras nada desdeñables de comorbilidd. En concreto la mitad de ellas habían abusado del alcohol, drogas o ambas cosas a la vez, en algún momento de su vida; el 24% se

[47] Véase: Becoña (1997).

[48] Es el caso de Lesieur (1988).

consideraban compradoras compulsivas; el 20% comían compulsivamente y el 12% tenían una posible adicción al sexo.

Normalmente las características que se pueden observar en una mujer jugadora, según nos apunta Becoña (1997), son la baja autoestima, grandes sentimientos de inutilidad, una gran carga de dolor indescriptible y un gran sentimiento de abandono por parte de todos.

12ª.- En cuanto al proceso de tratamiento en la mujer ludópata decir que, de manera general son muy pocas las que deciden dar este paso (entre un 2% y un 4%) y a diferencia de los varones, una gran parte de las que acuden a rehabilitación acuden a la primera sesión y no vuelven más. Casi todas son casadas y acuden de forma voluntaria. Cuando ésta acude a terapia lo hace de forma muy distinta al varón. Mientras que ésta lo hace resignada, reservada, asustada, abatida y retraída en su comportamiento, pero se muestran afectuosas y empáticas. El hombre lo hace de manera egoísta, orgullosa, son difíciles en el trato, obstinados y punitivos, sin sentimientos e incapaces de empatizar. La mujer suele admitir y reconocer su trastorno y si no lo hace es porque se siente avergonzada y por las implicaciones que éste tiene en su vida, sin embargo el hombre no suele admitir el trastorno.

También es importante destacar que la familia no suele atender a los requerimientos del tratamiento que necesita la mujer jugadora. El marido suele mostrase muy reacio a acudir a la terapia, bien acompañando a la mujer o para conocer en qué consiste el problema y que puede hacer él para ayudar. Ella suele abordar su tratamiento en soledad, hecho que, como ya hemos anotado anteriormente, incide muy negativamente en su recuperación. En relación a los hijos decir que estos tienden a mostrar grandes problemas para afrontar la situación del padre y de la madre y también para enfrentarse al tratamiento (acuden muy poco a las sesiones terapéuticas).

Como vemos la mujer tiene que afrontar una situación muy difícil, ya que el problema del juego es mucho más que un problema individual, es un problema familiar. A parte de la terapia individual y/o grupal que recibe la jugadora, el terapeuta (como bien podremos ver en la parte del tratamiento) tiene que aplicar terapia familiar. Es necesario cubrir con el tratamiento toda una serie de áreas claves que se encuentran dañadas y que es necesario reconstruir si se quiere resolver el problema de la adición al juego. De ahí que, parte del interés que subyace en conocer las posibles diferencias que introduce el sexo para este problema, respondería preferentemente al objetivo profesional de optimizar las intervenciones terapéuticas.

En definitiva mostrar que, de la mujer se sabe poco y de lo poco que se conoce es que les cuesta reconocer el problema y por consiguiente tomar la decisión de pedir

ayuda y acudir a rehabilitación. La baja cifra de mujeres en tratamiento evidencia una realidad que sitúa el problema en un contexto social más amplio. Si jugar con exceso está empezando a ser mal visto socialmente, imaginemos cuando esta idea se trasfiere a la mujer. No olvidemos que -de siempre- la valoración social que se ha hecho de las adicciones femeninas (sea cual sea) ha sido más negativa que la de los hombres. La primera en establecer los juicios sociales es la propia mujer que se esconde en la ignominia social para no hacer frente a su situación.

Sabemos que la vergüenza sentida actúa como un factor de incomunicación que altera la percepción del problema impidiendo su afrontamiento. No reconocer el problema y no asistir a tratamiento son parte de los retos superables que aún se tienen por delante con la mujer. Es necesario que las mujeres formen parte de las investigaciones clínicas y esto sólo se consigue si se saben quienes son. Saber quienes son y conocer con detalle sus historias de juego facilitaría mucho los caminos de la prevención y de la rehabilitación. El problema del juego en general, pero sobre todo en la mujer (por las limitaciones vistas) no hay que entenderlo como un problema individual sino desde una dimensión social, porque no sólo le afecta a ella sino que envuelve a todo su entorno.

4.3.4.- Juego Patológico y Juventud

Como ya hemos apuntado, numerosos estudios[49] han puesto sobre la mesa que, una gran parte de jugadores patológicos, se inician en esta conducta a lo largo de su adolescencia o juventud. Además también ha venido observándose un incremento paulatino en el número de jóvenes que podrían ser evaluados como jugadores patológicos. Todo esto puede hacernos pensar que esta etapa de la vida se convierte en un elemento de alto riesgo para la génesis de conductas adictivas (juego, alcohol, tabaco, drogas, etc.). De hecho la adolescencia se contempla como etapa del desarrollo durante la cual el sujeto puede sentirse muy vulnerable y dependiendo de los factores que tenga a su alcance éste tenderá a resolver sus situaciones con un cierto nivel de acierto o error. Pero como, ya tendremos tiempo de ver y así lo han verificado algunos autores[50], el contacto temprano con el juego no es el único elemento de riesgo al que tiene que enfrentarse los adolescentes para caer en las redes del juego.

El concepto de adolescente tiende a usarse para nombrar a una persona que se encuentra entre los 13 y los 19 años de edad. Donde los cambios fisiológicos marcan la salida de la niñez dando entrada a la pubertad y señalando el camino hacia la adultez. Pero en la adolescencia no sólo operan cambios fisiológicos, el adolescente va a tener

[49] Entre otros: Jacobs (2000); Hardoon, Gupta y Dereevnsky (2004).

[50] Concretamente: Griffits (2000); Gupta y Derevensky (2004).

que enfrentarse a transformaciones a escala psicológica, sexual y social. De ahí su cuidado, ya que ciertas experiencias vividas a lo largo de este período pueden marcar o definir las formas en que un chaval o chavala puede entender y encarar su futuro. Al ser un período crítico es necesario considerar, o al menos tener presente, cado uno de los factores que actúan como elementos de riesgo y que van asociados a determinadas áreas de cambio y desarrollo en la adolescencia. En concreto nos referimos al papel que juega la búsqueda de identidad, el entorno, la familia, la personalidad y el desarrollo intelectual y sexual.

¿Cómo afecta la búsqueda de la identidad en el juego patológico? Se conoce que uno de los elementos que resulta bastante explicativo o revelador en la aparición, desarrollo y mantenimiento de la ludopatía en adultos es la constante construcción del yo, característica que coincide con uno de los aspectos fundamentales de la adolescencia y que se ve reflejado en la continua preocupación que éste tiene por definirse a sí mismo. Otorgar una identidad a "quién soy" requiere de un proceso de modelación e identificación propia muy compleja. De ahí que, se le dé tanta importancia al estudio de en qué medida las conductas de juego en los adolescentes están mediadas por los procesos de imitación de conductas de juego de sus progenitores (sobre todo del padre); y varios estudios[51] ya han revelado esa relación.

También se ha revelado que el proceso de búsqueda de identidad en los adolescentes difiere según se sea varón o mujer. De ahí que se piense que el factor sexo, en cierta manera, puede determinar el interés por el juego patológico a estas edades. En concreto algunas investigaciones[52] llevadas a cabo con adolescentes anotan que ser varón se convierte en elemento de riesgo para el desarrollo de algunas adicciones, entre ellas el juego. Si bien, se hace necesario apuntar que aunque haya algunos datos que apuntan hacia esta dirección, es necesario profundizar sobre cuáles son lo factores concretos y de qué modo interactúan para tener una idea mucho más clara y comprensible del tema.

Otra cuestión a barajar es la que tiene que ver con el papel o la influencia que juega el entorno en esta etapa tan compleja. Sabemos que uno de los cambios más manifiestos es el proceso de emancipación que sufre el menor de su familia y por ende su progresiva inserción en el contexto social que le rodea. Al adolescente se le abre la posibilidad de poder establecer interacciones sociales con otras personas, pero sobre todo con sus iguales, de forma constante y duradera. A medida que esto sucede se va produciendo una separación emocional de los padres. El adolescente va a estar más receptivo a los sentimientos, los valores, los ideales, las actitudes y los hábitos de significación ético social y sus actitudes sociales estarán más orientadas a la necesidad

[51] Entre otros destacar: Vachon, Vitaro, Wanner y Tremblay (2004).

[52] Llevadas a cabo por: Takushi, Neighbors, Larimer y Lostutter (2004).

de aprobación de conformidad, de reconocimiento y participación, llevándole a la formación de grupos sociales (Domínguez, 2007).

En estos grupos sociales el adolescente va a ir adquiriendo muchos de los conceptos fundamentales que van a definir su camino futuro, ya que estos actúan como perfectos agentes de socialización. Hoy nadie duda de la relevancia que tiene el contexto social en el desarrollo general de la persona, pero sobre todo en su bienestar y en su salud mental. Tener o no tener un buen apoyo social puede ser determinante para el desarrollo de conductas adictivas. Para algunos autores[53], la importancia de este apoyo reside en el carácter de su naturaleza. Puede ser positivo cuando tiene capacidad de amortiguar, parcialmente situaciones de vulnerabilidad de los adolescentes, por ejemplo cuando su apoyo familiar sea nulo y esté condicionado por el imperativo de las adicciones; mientras que actuará como elemento de gran riesgo en aquellos casos en que éste se convierta en generador de conductas adictivas y antisociales para sus miembros.

La adolescencia es considerada por muchos expertos como una de las etapas más críticas del ser humano, ya que en ellas se tiende a percibir al mundo desde una perspectiva más crítica, o cuando no se rechaza. En este sentido, Domínguez (2007), nos recuerda que muchos adolescentes pueden construir su amistad con otros iguales sobre la base de este conflicto existencial, donde la trasgresión y la desviación social pasan a ser sus principales señas de identidad.

Cómo hemos podido advertir (vimos el apartado de mujer jugadora) la familia se modula como un elemento imprescindible a la hora de analizar el juego patológico en la población joven. Su valor viene confirmado por las continuas manifestaciones que realizan los jugadores cuando se les pregunta por sus inicios en el mundo del juego y algunos afirman que, sus primeras experiencias con el juego la tuvieron con miembros de su propia familia en su casa. Además, algunos estudios retrospectivos[54] han puesto de manifiesto el hecho de que tener padres jugadores predispone a que los hijos puedan adquirir la mima conducta de juego. Datos ofrecidos por Lesieur y Rothschild (1989), revelaron que, a diferencia de otros jóvenes, los hijos de personas jugadoras patológicas eran muy tendentes a desarrollar sentimientos de inseguridad y un aumento de la necesidad de aceptación.

Por su parte, Loeber y Stouthamer-Loeber (1986), indicaron que una relación familiar y parental pobre se relaciona sólidamente con factores que contribuyen a la drogadicción e incrementan el riesgo de conductas problemáticas o delictivas. Asimismo alegaron que, de forma constante las personas adictas suelen relatar como

[53] Concretamente: Averna y Hesselbrock (2001).

[54] Llevados a cabo por: Wood y Griffiths (1998).

causas determinantes de su adición al juego, el estar expuesto a él de forma muy temprana, a situaciones familiares conflictivas y a vivir en un ambiente familiar adverso. De hecho este es el único factor que, al día de hoy parece estar relacionado de manea clara con la ludopatía en los jóvenes. El tener un progenitor (sobre todo el padre) adicto al juego, se configura como un pésimo modelo de referencia para los hijos, ya que esta exposición puede generar en los adolescentes, identificaciones poco favorables para su desempeño futuro.

Otro de los factores incidentes en la conducta de juego de los jóvenes es la falta de control que ejercen sus padres sobre ellos. Al igual que sucede con el consumo de drogas, alcohol y el desarrollo de conductas delictivas, el juego se relaciona con un bajo control por parte de los padres de las actividades que realizan sus hijos fuera de casa y sobre su grupo de amigos (Dishion, Andrews y Crosby, 1995). Todo esto nos hace pensar que el ejercicio de control por parte de los padres se convierte en una buena medida de prevención contra las conductas adictivas y antisociales, sobre todo en el inicio. No obstante, Garrido, Jaén y Domínguez (2004), explicitan que éste dejaría de tener un efecto positivo cuando la conducta de juego adictiva está a punto de aparecer o ya lo ha hecho. En estos caso sucede lo contrario, el control se convierte en un elemento fuerte de estrés que, añadido a los demás, incrementaría su deseo de jugar (recordemos el efecto que tienen los reforzadores negativos en las conductas de juego).

El manejo inadecuado de la autoridad (pautas de disciplina) por parte de la familia, parece ser otro de los elementos que se asocian con el jugo en los jóvenes; sobre todo el uso de una disciplina inadecuada aplicada en forma de normas dúctiles, duras o ambiguas. Añadir que, parece ser que este factor está más relacionado con la frecuencia de juego que con la gravedad de la conducta en el joven (Domínguez, 2007).

Otro elemento de riesgo, de cardinal importancia, es la presencia de otras adiciones previas a la adición del juego. Gupta y Deverensky (1998) determinan que es muy habitual que junto al juego aparezcan asociadas otras adicciones, actividades ilegales o conductas delictivas, estableciéndose en algunos casos verdaderas situaciones de comorbilidad (sobre todo en los varones). Aunque falta por determinar, de forma fehaciente, la relación que existe entre el juego y el consumo de otras drogas, algunos autores[55] determinan que, la asociación entre estas patologías no es algo baladí, casi siempre viene determina por los mimos patrones de riesgo. En todos estos trastornos aparecen problemas de baja autoestima, depresión, haber sido víctima de abusos sexuales o físicos, fracaso escolar, historia de delincuencia, pobre control de los impulsos, propensión al suicidio, comienzo a una edad temprana, historia parental de problemas similares y la existencia de normas familiares y comunitarias que promueven la accesibilidad hacia el consumo.

[55] Entre otros: Stinchfield y Winters (1998).

También se tienen datos referentes a que, los jóvenes en riesgo de ser adictos al juego o que ya estén diagnosticados, exhiben mayores problemas de conducta. En concreto algunos autores[56] han puesto de manifiesto que los jóvenes aquejados de esta adición suelen tener muchos problemas por aceptar la autoridad, tienden a saltarse las normas, presentan comportamientos antisociales y son tendentes a mostrar conductas oposicionistas.

Otro de los cambios fundamentales, descritos por Domínguez (2007), que se producen en la etapa de la adolescencia y que suelen desencadenar una crisis importante a todos los niveles es el comienzo de la pubertad (proceso que lleva a la madurez sexual y la reproducción desde un punto de vista biológico). Como ya veremos (teorías que explican el juego), desde la perspectiva psicodinámica se tiende a relacionar las sensaciones que la persona jugadora tiene con las sensaciones sexuales o eróticas. Se cree que el juego proporciona una sensación de bienestar que muchos jugadores valoran de modo subjetivo como muy gratificante y que puede resultar un sustituto del placer sexual directo (masturbación o relaciones directas).

Aunque, hasta el momento, no existen datos concluyentes que permitan establecer la verdadera relación que puede establecerse entre ambos aspectos, tanto en la población adulta como en la de los jóvenes, esta hipótesis ha sido tenida en cuenta por los estudiosos del tema, ya que han sido los propios jugadores los que han hecho posible la existencia de este razonamiento. Debido a las grandes disfunciones que sufren los jugadores en esta área, se tiende a pensar que el juego pueda cumplir un papel compensatorio a partir de una sexualidad nula o problemática. De ahí, que esta misma autora, conciba que, no resulte descabellado pensar que debido a los cambios fisiológicos que se dan en la adolescencia puedan potenciar el efecto que determinadas actividades “excitantes”, pueden tener, sobrevalorando la experiencia desde un punto de vista psicológico y fisiológico.

De igual manera se destaca la importancia que puede tener el desarrollo de la inteligencia con la adición al juego. En principio la relación entre ambos viene determinada por la verificación que se ha hecho de que durante el proceso de juego aparecen ideas, creencias y pensamientos irracionales a cerca del juego y su funcionamiento. Pero ¿cómo afecta esto a los jóvenes? Se tiende a pensar que puedan estar relacionados la particular forma de pensar y construir el mundo que tienen los adolescentes que les hace especialmente más vulnerables con la cualidad o condición de desarrollar modos de interpretar la mecánica del juego de tal forma que facilite un pensamiento irracional que aumente la capacidad adictiva de los juegos de azar (Domínguez, 2007).

[56] En concreto: Ladoceur, Ferland, Roy, Bussieres y Auclair (2004).

Desde la Psicología Evolutiva se ha bosquejado que es en la adolescencia donde se da el inicio de la etapa del pensamiento de las operaciones lógicas y de la experimentación científica. El joven piensa y prueba buscando respuesta a sus hipótesis hasta que consigue alcanzar una cierta habilidad de dominio. Toda nueva habilidad intelectual suele dar lugar, al principio, a una interpretación egocéntrica del mundo; egocentrismo que es fruto del mismo desarrollo intelectual, y que hace ser al adolescente un poco determinista en sus reflexiones y convicciones teóricas, pensando que la realidad es fácilmente explicable bajo sus razonamientos.

Asimismo anotar que, aunque se ha desarrollado una línea de investigación con la finalidad de poder establecer la existencia de un perfil tipo de personalidad en el jugador patológico, ésta no ha concluido de forma fehaciente. Se barajan atributos que pueden ser comunes a la figura del jugador como la impulsividad, la búsqueda de sensaciones, del riesgo, neuroticismo y psicoticismo y disociación de conducta. Atributos (todos ellos) que casan muy bien con la forma en como se significa socialmente a la adolescencia. Esta línea de análisis es importante y habría que desarrollarla más, dado que, no podemos olvidar que la adolescencia es una etapa clave en el desarrollo de la personalidad, ya que en ella se van a asentar las bases que rijan la vida de adulto, su desarrollo social, emocional y desenvolvimiento en la sociedad de una forma normalizada u ordenada; y cuanto más se sepa de ella más posibilidades se tendrán, no sólo para explicar conductas establecidas en los adultos, sino también para sentar las bases de una prevención mucho más eficaz y efectiva que permita eliminar conductas desviadas en sus inicios y no en sus epílogos.

4.3.4.1.-Juego patológico y adicción al videojuego en los menores y jóvenes

El niño para vivir necesita jugar y si esto no fuera así tendríamos que activar la voz de alarma y valorar que sucede. Los psiquiatras dicen que sólo el que ha sido plenamente un niño entregado el juego, puede ser un adulto equilibrado y sano, ya que el juego encierra aspectos psicológicos y pedagógicos muy valiosos para la personalidad y la integración social de los sujetos (Alonso-Fernández, 2003).

Sin embargo el beneficio aportado por el juego en el niño ha estado sujeto a dos excepciones: por un lado, el abuso del juego en detrimento de las obligaciones escolares y de otro, la práctica del juego como medio de evasión o distorsión de la realidad.

Dentro de los juegos, el videojuego se ha convertido en los últimos años (sobre todo a partir de la década de los noventa del pasado siglo) en el entretenimiento preferido por la mayoría de los niños. Aunque los datos científicos atesorados hasta el momento no han demostrado que éstos tengan un potencial adictivo capaz de generar

problemas graves en los usuarios, cada vez son más las voces que ponen sobre aviso de la nocividad que estos juegos pueden tener cuando se hace un uso abusivo de ellos.

La adición al juego en la infancia ha adquirido forma de juegos electrónicos, ordenadores y videojuegos. Actualmente la lista de juegos que ofrece el mercado del entretenimiento es muy extensa. Teniendo como base las habilidades y los recursos necesarios para su utilización, Estallo (1995) nos ofrece la siguiente clasificación de los videojuegos:

- Juegos de Arcade. Engloba a todos los juegos que se caracterizan por un ritmo rápido que exigen tiempos mínimos de reacción y una atención focalizada. La estrategia, en estos juegos, no es relevante. Ejemplos: *Space Invaders* (matamarcianos), los juegos de laberinto y los deportivos.

- Juegos de Simulación. Son juegos que requieren de mucha atención, planificación y formulación de estrategias para solucionar el problema. Abarcaría a todos los videojuegos que simulan determinadas situaciones o tecnologías específicas, como puede ser pilotar un avión o un automóvil.

- Juegos Estratégicos. En este tipo de juegos -el jugador- tiene que tomar una identidad específica. En ellos, el jugador, tiene que enfrentarse a problemas, en distintos escenarios, que ha de resolver por medio de instrucciones y opciones que les ofrece el juego. Estaríamos hablando de los juegos de aventura, de rol y de estrategia militar.

- Reproducción de Juegos de Mesa. Estos juegos utilizan la tecnología informática para representar los juegos de mesa. Por ejemplo el juego de ajedrez; no necesita tablero, ni fichas, ni adversario y la partida se representa en la pantalla del ordenador.

Como era de esperar el advenimiento de este tipo de juegos no ha sido del agrado de todos. Con ellos ha aparecido el debate sobre su utilidad y nocividad, estableciéndose sus defensores y detractores. Como argumentos a favor de los videojuegos se sitúan aquellos que los consideran como un complemento a la educación. Alonso-Fernández (2003, 219) destaca las siguientes:

- La estimulación del desarrollo de la habilidad manual y de la senso-percepción.

- El ejercicio de la comprensión como acto inteligente, acompañado en ocasiones de la actividad del pensamiento abstracto.

- La formación o consolidación de distintos aspectos de la personalidad, como la iniciativa, la capacidad de decisión, el afrontamiento de dificultades y el autocontrol.

Valiéndose de varios autores, Secades y Villa (1998: 158), efectúan una lista de los aspectos positivos algo más amplia que la anterior, destacando como fundamentales:

- El uso de videojuegos puede facilitar el acceso y la adaptación posterior al manejo de ordenadores.

- Permiten desarrollar o mejorar diferentes habilidades de manejo en las matemáticas, habilidades motoras y manuales, de coordinación oculo-manual, de pensamiento y solución de problemas y de visualización espacial (bidimensional y tridimensional).

- Mejoran la capacidad de concentración, ya que el nivel de ejecución aumenta cuando se atiende y seleccionan los estímulos más relevantes para el juego. Inciden también en el desarrollo de la memoria a corto y largo plazo.

- Pueden constituir una forma de aprendizaje y entrenamiento de futuras actividades, como por ejemplo la conducción de ciertos vehículos (automóvil, avión, etc.)conducir un coche.

- Pueden funcionar como una actividad de descarga de estrés, al utilizarse para desconectar de otras tareas o situaciones. Algunas veces se han utilizado como terapia alternativa (distracción) o para el tratamiento del dolor y la ansiedad causada por determinadas enfermedades.

- Pueden servir como vehículo que facilite las interacciones sociales, ya que los jugadores habituales tienden a relacionarse para intercambiar juegos, comentar novedades, experiencias, etc.

- Proporcionan sensaciones de dominio, control y logro, lo que facilita el incremento de la autoestima en los jóvenes.

- El videojuego es un instrumento educativo de gran utilidad, ya que puede hacer más atractivo el aprendizaje de materias escolares, resultando ser tremendamente útiles para aquellos niños que presenten dificultades escolares por déficit de concentración, ya que el formato (siempre atractivo) le ayudaría a captar su atención.

De igual modo, son muchos los elementos nocivos que han sido considerados, no tanto por la naturaleza propia del juego, sino por su uso indebido. Siguiendo con los autores anteriores, Alonso-Fernández (2003: 220) destaca como efectos perjudiciales:

- El aislamiento acompañado de introversión y de individualismo, sobre todo cuando se juega sin la compañía de otra persona.
- Los comportamientos de violencia, al identificarse con el protagonista e introyectar la cultura de violencia cuando se maneja una temática figurativa o de fondo a base de violencia.
- El fracaso escolar, al acaparar el videojuego demasiado tiempo la fijación mental del niño.
- El sedentarismo, al ocupar le juego la mayor parte del tiempo libre.
- La videomanía, ocasionada por el abuso o la fijación al vídeo, algunas veces con la complicidad del tema seleccionado cuado se refiere a una trama de violencia que exige una auto-evaluación progresiva.
- La videoadicción, como consecuencia de la entrega excesiva y prolongada al juego.

Es necesario puntualizar que el videojuego, como bien anota este mismo autor, puede producir una activación de los comportamientos de violencia a través de dos canales:

- La activación directa a través de un tema de violencia o de competitividad, sobre todo cuando exige al jugador la aplicación de una autoevaluación progresiva.
- La activación indirecta mediante el abuso del videojuego o la adicción la mismo, ya que ambos comportamientos coinciden en fomentar el fracaso escolar, el aislamiento y la irrupción de impulsos agresivos incontrolados contra otras personas.

A parte de los ya citados, Secades y Villa (1998) introducen otros elementos perniciosos como son:

- Problemas físicos. Esta posibilidad aparece conexa al hecho de ser una actividad que se realiza frente a una pantalla y su uso afecta a diferentes aspectos de la salud (algunos comprobados experimentalmente), como: el

estrés visual que se traduce en cansancio, fatiga y alteraciones visuales; el estrés postural derivado de los malos hábitos posturales que generan problemas en los huesos, músculos y articulaciones; puede ser detonante de la epilepsia en las personas que padecen la enfermedad.

- Su carácter sexista. En la mayoría de los videojuegos los personajes principales son hombres y cuando aparece la mujer lo hace en papeles secundarios, presentándola como un ser débil, necesitado de ayuda y a la que termina salvando el hombre. Parece ser que en los últimos años se está produciendo un cambio en esta tendencia al ir eliminando algunos de los estereotipos sexistas de sus contenidos.

- Otro posible inconveniente se relaciona con el hecho de jugar a los videojuegos fuera de casa. Aunque esta idea no se no se ha demostrado, se cree que el jugar en salas de juegos o bares, pueden estimular comportamientos de carácter delictivo y el consumo de drogas y alcohol en los niños y jóvenes.

Sin duda la crítica más grande que se hace a los videojuegos es su supuesta capacidad por crear adicción. Algunos autores[57], han afirmado que los videojuegos son presumiblemente capaces de generar adicción, con las mismas características que cualquier otra adicción. Es decir, generan falta de control, ausencia de interés por otras actividades, tendencia a unirse con otras personas adictas y la aparición de sintomatología física y psicológica cuando se intenta dejar de jugar. Pero quizás el gran poder de seducción, a la vez que problema, de los videojuegos reside en el constante reforzamiento positivo que generan. Entre los reforzadores positivos que se le asignan a los videojuegos, Secades y Villa (1998), resaltan: la posibilidad que ofrecen de obtener puntuaciones cada vez más altas, el incremento de tiempo durante el cual se podrá seguir jugando, el aumento progresivo de la dificultad, determinados efectos sonoros (incluidas las voces digitalizadas), dotar al jugador de ciertos poderes o privilegios, la posibilidad de inscribir en la pantalla el nombre de los jugadores con mejor puntuación, el aportar información sobre los fallos cometidos aumenta el deseo de jugar movidos por la intención de superarlo, etc.

A todo esto hay que unirle la estimulación que produce la práctica del videojuego cuando se practica en salas de juego rodeado de gente, ya que esto implica tener que demostrar los conocimientos y las habilidades de dominio y competencia frente a los compañeros con el consiguiente incremento de la autoestima. Especial atención y cuidado hay que tener con los juegos de rol y aventuras gráficas, ya que suelen ser los más atractivos y altamente peligrosos cuando no se saben controlar (paso de la ficción a la realidad).

Alonso-Fernández (2003) define la videoadicción como la entrega de un niño o un joven al videojuego demasiado prolongada o a solas en actitud de videofijación, es

[57] Concretamente: Soper y Miller (1983).

decir, inmóvil, absorto y en silencio. Las temáticas que más ayudan a crear la videofijación son las relacionadas con la violencia y las que exigen al jugador una autoevaluación progresiva. Los riesgos de la adición a los videojuegos pueden ser evitados siempre y cuando el niño o el joven tengan en cuenta los siguientes pensamientos lógicos (Alonso-Fernández, 2003: 221):

- Dedicar al videojuego un tiempo límite. Éste deberá de oscilar entre los cuarenta y los noventa minutos al día y a ser posible, sólo los días festivos o algunos días a la semana elegidos arbitrariamente.

- Racionar el tiempo libre con otras actividades, como por ejemplo: salir con los amigos, hacer deporte, etc.

- No consentir que el juego sea motivo para abandonar las actividades de la vida fundamental (comida, sueño, higiene, estudios, etc.) ni modifique el horario escolar y familiar.

- Introducir descansos frecuentes y regulares (al menos uno de dos o tres minutos de duración cada diez minutos de juego) y aprovechar esas pausa para proyectar la mirada a lo lejos con objeto de descansar la vista.

- Jugar en compañía de amigos como coparticipantes y de algún adulto como moderador, nunca a solas, y procurar que los compañeros sean diferentes.

- No permitir que el niño se entregue al juego a su aire, ya que será muy difícil que éste no caiga en la trampa de jugar de forma indefinida y sin pausas.

- Tener la sutileza de prescindir de los temas referidos a la violencia o centrados en una competitividad consigo mismo demasiado estrecha, y cuando sea posible elegirlos, optar por aquellos que exigen operar con la abstracción o en un régimen de cooperación.

Aunque existen algunas marcas especializadas en el videojuego femenino, el mercado del videojuego está orientado a un público masculino, por lo que es más probable que la mujer no desarrolle este tipo de adicción y si lo hagan los varones. Este problema no suele ser de consulta médica, salvo casos excepcionales y suele ser detectada en consulta por otras causas o al analizar la vida familiar de sus padres. Se cree que la excesiva afición por este tipo de juegos pude ser la antesala de la ludopatía adictiva.

En suma, con todos los datos que se tienen y, teniendo en cuenta la descripción clínica que efectúan De la Gándara, Fuertes y Álvarez (2000), se podría aventurar que en los jóvenes adolescentes el juego patológico suele ir precedido del uso abusivo de videojuegos y consolas, así como del aprendizaje de los juegos de apuesta en la familia.

Las visitas frecuentes a los sitios de juego, así como la disposición de mucho tiempo libre y de dinero abundante; el descontrol familiar de sus actividades cotidianas, son aspectos que favorecen que el joven pase del juego de ocio al juego de azar y de éste a los problemas del juego.

Si a lo anterior le anexamos otros problemas relacionados con el contexto escolar, familiar y ciertos problemas psicológicos (baja autoestima, necesidad de afirmación en el entorno social y escolar, etc.), es fácil argüir que el joven que juega mucho y aparentemente logre dominar el juego, lo haga para destacar entre sus amigos o para sentirse mejor de sus dificultades o angustias.

Como posibles indicios de la conducta de juego, De la Gándara, Fuertes y Álvarez (2000), plantean que hay que estar atentos a las faltas escolares, a la sustracción de dinero, a los cambios de humor, a las conductas irritables o violentas que muestran los jóvenes y que los padres deben de saber captar a tiempo para evitar situaciones irreversibles.

5.- FACTORES DE RIESGO IMPLICADOS EN LA CONDUCTA DE JUGO PATOLÓGICA. FACTORES PREDISPONENTES Y MANTENEDORES DE LA ADICCIÓN

En el intento de dar respuestas claras a las preguntas de ¿por qué una persona juega? ¿Y porqué sigue jugando -a sabiendas- de los problemas que le acarrea esa actividad? nos damos cuenta que el argumento no se nos encamina en una sola dirección, sino todo lo contrario, ante nosotros se abre un mundo lleno de bifurcaciones que nos permiten hablar de una etiología multifactorial. La causalidad de la ludopatía adictiva viene definida o determinada por la interacción de un conjunto de factores pertenecientes a varias esferas: la individual, la familiar y la sociocultural. De esto se desprende que ningún factor es imprescindible o necesario, salvo el de ser jugador como bien anota Alonso-Fernández (2003). Aunque la presencia de cualquiera de ellos sirva para elevar en mayor o menor grado la vulnerabilidad del sujeto, también debemos tener presente la idea de, que por sí solo, ningún factor puede dar cuenta del inicio, desarrollo y mantenimiento de este problema tan complejo.

5.1- FACTORES PREDISPONENTES EN LA ADICCIÓN AL JUEGO

Existen toda una serie de factores que nos ayudan a explicar por qué una persona comienza a jugar. Cómo factores de predisposición o riesgo que podemos encontrar en el inicio de la conducta de juego, e plantean, entre otros, los factores personales, familiares y socioculturales.

5.1.1.- Factores Personales

Por factores personales se conocen a todos aquellos que se corresponden con las características que presenta el sujeto y que le predisponen a utilizar el juego como vía de escape a sus problemas, tanto de estado de ánimo ansiedades, sentirse solo (muy importante en las mujeres), monotonía, aburrimiento, búsqueda de sensaciones, ocupación del tiempo y otro tipo de adiciones, etc. Los que más destacan son:

A) La Personalidad como factor etiológico. Características de la personalidad de un ludópata adicto.

Aunque en el punto de partida de las teorías de la personalidad está el creer que el jugador patológico tiene una personalidad característica que explica su comportamiento de juego; hasta hoy, la empírica no ha sido capaz de validar tal afirmación (Ochoa y Labrador, 1994). Aunque desde la perspectiva de los rasgos generales, se considere que los jugadores patológicos tienden a presentar un alto nivel de neuroticismo (inestabilidad emocional) y de extraversión (bajos niveles de activación y, por tanto, mayores niveles de estimulación), los resultados de los estudios que han tratado de identificar estos atributos generales se han manifestado contradictorios (Secades y Villa, 1998).

En este sentido Robert y Botella (2002) ponen de manifiesto que (de los primeros estudios de naturaleza descriptiva como de los correlativos llevados a cabo después), lo único que se pude inferir o deducir es que hay determinadas características de personalidad que parecen ser más frecuentes entre los jugadores patológicos que en el resto de la población, pero que es imposible establecer hipótesis de causalidad[58]. De ahí, que sean muchos los autores[59] que consideren que es erróneo hablar de los jugadores patológicos como un grupo homogéneo.

Debido a esta limitación se ha prestado mayor atención a analizar factores más específicos que podrían actuar como predisponentes de la conducta de juego, (o al

[58] Robert y Botella (2002) destacan que mientras que en los estudios llevados a cabo por: Barnes y Parwani, (1987); Blaszczynski, (1985); Roy, Custer, Lorenz y Linnoila, (1989); Roy, De Jong y Linnoila, (1989) los jugadores patológicos puntúan alto en neuroticismo y psicoticismo; esto no se observa en los realizados por: Allcock y Gace, (1988); Blaszczynski y McConaghy, (1989); Dickerson, (1989); Ladoucer y Myrand, (1986), Malkin y Syme, (1986). Contradicciones que también aparecen cuando se estudia la extroversión, pues mientras que parece ser alto en el estudio de Seager (1970), en los efectuados por Blaszczynski, Wilson y McConaghy, (1986) ocurre lo contrario.

[59] Entre ellos: Allcock, (1986); Lesieur y Rosenthal (1991); Ochoa y Labrador (1994). Más aún Allcock (1986) declaró que la hipótesis de que los jugadores patológicos poseen unos rasgos de personalidad característicos se trata de una "ingenua simplificación" y una "línea estéril" para la investigación.

menos parece ser que están relacionados con ella) como podrían ser la "búsqueda de sensaciones" y el "*Locus* de Control". Zuckerman (1979) definió la "búsqueda de sensaciones" como una dimensión de la personalidad con base biológica, que predispone a estos individuos a buscar experiencia variadas nuevas o complejas. Infraestiman el riesgo, persiguen emociones intensas, toleran mal la monotonía y el aburrimiento y valoran la activación como una experiencia más positiva que el resto de los sujetos. De ahí, que termine por adherirse a cualquier conducta que le presuma un reto muy atractivo, como pueden ser: la adición al juego, los deportes de riesgo, la promiscuidad sexual o las actividades delictivas. La elección dependerá principalmente de la disponibilidad ambiental. Cómo ejemplo se esgrime el hecho de que la exposición prolongada al juego durante la niñez y la adolescencia inclinarían a un "buscador de sensaciones" a la elección del juego frente a otras adicciones.

Centrándonos en los diferentes estudios que han tratado de valorar esta dimensión, de nuevo vemos que los resultados no son concluyentes. Mientras que algunos[60] advierten una relación positiva entre la "búsqueda de sensaciones" y el juego, en otros[61] dicha hipótesis no ha sido demostrada; no han encontrado diferencias entre jugadores y no jugadores. En otros estudios[62] los jugadores puntuaban más bajo, en este factor, que el resto de sujetos analizados. Robert y Botella (2002) ponen de manifiesto que más que mostrarse como un elemento común a todos ellos, lo que sí parece existir es un grupo de jugadores, con altas puntuaciones en esta dimensión, para los que el juego resulta altamente reforzante debido a las fuertes emociones que este produce. Jugadores que serían más numerosos entre los que practican los juegos de habilidad o los que buscan ambientes de alta estimulación, que entre los de azar[63].

No obstante, Secades y Villa (1998), argumentan que este posible "baile de datos" puede justificarse teniendo en cuenta algunas cuestiones de índole metodológica. Concretamente aluden al hecho de que en la práctica no existen estudios longitudinales en los que se estudie a las personas desde antes de la adquisición del problema del juego y durante las posteriores fases del mismo. Prácticamente, todos los estudios que medían factores de personalidad atribuibles a los jugadores patológicos, se habían realizado con personas que ya tenían adquirida y desarrollada la adicción, por lo que se manifiesta casi imposible, inducir la dirección de la causalidad: no se sabe si los factores de personalidad precedían al juego o es el juego el que precedía a las características de personalidad. Por ello es importante tener claro, según apuntan estos mismos autores, que las características obtenidas en estos estudios no deban interpretarse, sin más, como factores causales de la ludopatía

[60] En concreto: Zuckerman (1979); Dikerson, Hinchy y Fabre (1987); Kuley y Jacobs (1988).

[61] Sea el caso de: Anderson y Brown (1984).

[62] Entre otros: Blaszczynski, Wilson y McConaghy (1986); Dickerson, Walker, Legg y Hinchy (1990).

[63] Así lo consideran: Adkins, Kruedelbach, Toohig y Rugle (1987); Coventry y Brown (1993); Starr y Potashner (1984).

adictiva, ya que puede ser probable, que en realidad, sean consecuencia y no causantes de la misma (Secades y Villa, 1998).

Otro de los elementos estudiados es el "Locus Control" (LC). Robert y Botella (2002: 578) definen esta dimensión como l*a creencia que la persona tiene sobre qué determina los hechos o sucesos que le afectan*. Con relación a los datos, de nuevo descubrimos que éstos son contradictorios. Aunque los jugadores parecen mostrar un LC más bien externo, los resultados[64] no son del todo seguros. Cómo explicación de este hecho, estas mismas autoras, plantean diferenciar entre LC hacia resultados negativos (perder) y LC hacia resultados positivos (ganar) -el llamado sesgo atribucional-. Igualmente podrían existir diferencias en función del tipo de juego, siendo más probable el LC interno en los de habilidad y el LC externo en los de azar (Lester, 1980).

Estudios llevados a cabo con el MMPI[65] por Adkins, Toohig y Rugle (1987) también revelan diferencias entre los jugadores de juegos de habilidad y los de azar. Los de habilidad tienden a mostrase más expansivos e impulsivos, y con mayor contacto social; mientras que los de azar son menos gregarios, más positivos y tienden más fácilmente a la depresión.

Cómo variables personales predisponentes del juego patológico, Prieto Ursúa (1999), recoge aquellas que tienen que ver con *la sucesión de situaciones y eventos estresantes*, tanto en las primeras etapas de la vida como de forma reciente. En interacción con la falta de habilidades de enfrentamiento que puede estar presente en el juego, estos hechos, pueden facilitar la elección del juego como vía de escape o de olvido de los problemas cotidianos.

Como segundo factor de predisposición al juego patológico, esta misma autora, nos remite al hecho *de llevar una vida con pocos "reforzadores"*. En concreto, llevar una vida pobremente estimulada, con pocos alicientes, aburrida, una vida que no reporta a la persona suficientes gratificaciones como para hacerle sentir satisfecho. Esto facilitaría la determinación del juego como elemento de satisfacción, de activación y de autoestimulación.

[64] Así lo manifiestan: Malkin y Syme (1986); Morán (1975).

[65] Es un Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (es propiedad de la universidad). Fue creado en 1939 por Starke, Hatha Way y McKinley. Es uno de los instrumentos más importantes que se utiliza para la evaluación de psicopatología en adultos en los contextos clínicos, médicos, forenses y de selección del personal. Tras diversas reformulaciones, la más actual es el MMPI-2-RF (Formulario Reestructurado).

Otra característica marcada por Prieto Ursúa (1999) que parece estar también relacionada con el juego (o incluso puede ser anterior al mismo) es la *poca habilidad para manejar dinero*. Los jugadores problema han sido con frecuencia grandes gastadores, que gustan vivir por encima de sus posibilidades, disfrutan invitando a los demás o aparentando tener más de los que tienen, sueña con dinero fácil, valorando muy poco el trabajar como medio de ganar dinero. De ahí, que vean en el juego una forma rápida y fácil de buscar y encontrar dinero.

Cómo último atributo, esta misma autora contempla la posibilidad de *carecer de estrategias adecuadas de autocontrol*. El no saber controlar los sentimientos, los pensamientos y las conductas, hace que las personas sean vulnerables al mundo de las adicciones. No saber detectar sus ideas irracionales, o sus estados de ánimo negativos, verse incapaz de manejar recursos para mantener bajo control una actividad gratificante, no saber enfrentarse de forma correcta a los problemas o hacerlo de forma inapropiada, pueden estar detrás de una conducta de juego patológico.

Por su parte, Alonso-Fernández (2003) contempla como variables de personalidad, a tener en cuenta en las conductas iniciales de juego, un amplio abanico de posibilidades. En primer lugar cita a todos aquellos rasgos que tienen que ver con la impulsividad agresiva y no ansiosa y la conducta desinhibida generada por una falta de actitud reflexiva. En la adolescencia masculina también actuarían como factores predisponentes la delincuencia, el fracaso escolar y el abuso de drogas. Todas estas anomalías estarían fomentadas por los mismos factores condicionantes señalados para la adición al juego (la impulsividad y la desinhibición).

En segundo lugar, nombra a las distintas modalidades de trastornos de personalidad ya descritos, como la personalidad límite, la narcisista, la psicopática, la neurótica y la alexitímica. Por contra[66], cree que los rasgos de personalidad relacionados con el masoquismo y la obsesividad se correlacionan negativamente en la adicción al juego, y cuando aparecen, ejercen sobre todo un papel limitador sobre la propia conducta adictiva.

De igual modo, este autor, establece como situaciones individuales más proclives a ser dominadas por la adicción a la soledad, el vacío existencial, el desempleo o los apuros económicos. Como antecedentes infantiles individuales que puedan estar correlacionados con al ludopatía adictiva, enumera a todos aquellos que tiene que ver con *datos patológicos* como la hiperquinesia infantil y el síndrome de Tourette; *datos escolares* como son el absentismo y el fracaso escolar; *hechos*

[66] Rebate la tesis dada por Sigmund Freud. Consistente en interpretar el problema del juego en función del mecanismo de la autopunición, activado por un sentimiento de culpabilidad. Argumenta que, aunque esa especie de masoquismo moral hace acto de presencia en algunos momentos evolutivos del juego, su concurrencia, no deja de ser circunstancial y tener una importancia secundaria, derivada del sentimiento de culpa generado por la propia adicción al juego. (Alonso-Fernández 2003: 210).

traumáticos sobre todo abusos sexuales (principalmente en la mujer) y adicciones en los progenitores y *datos sociales* como puede ser el tener una relación de afecto con enfermos aquejados de esta misma adicción.

B) Factores Biológicos

En principio reseñar que, aunque de momento no está muy claro el peso que tienen las variables biológicas en el inicio y mantenimiento de la conducta de juego patológico, cada vez se es más consciente de que éstas pueden desempeñar un papel muy decisivo. Entre los primeros autores que sugirieron que el juego podría ser un mecanismo de defensa frente a sentimientos desagradables como la depresión y la ansiedad, estarían Greenson (1945), Bloen y Boyd (1968) y Bergler (1957). Aunque con un planteamiento muy psicoanalítico (la satisfacción de la necesidad masoquista de autocastigo por los impulsos agresivos inconscientes hacia la figura del padre), Bergler (1957), se centró en estudiar el papel que, en la génesis del trastorno, juega la búsqueda de un nivel de tensión "doloroso-agradable".

Actualmente las teorías más aceptadas son las que están basadas en la existencia de alteraciones en la activación fisiológica previa y en el papel reforzante del juego como un modelo de conseguir el equilibrio en el arousal (Robert y Botella, 2002). Entre la más relevantes se encuentran las de Brown (1987, 1988, 1990, 1993) y las de Jacobs (1986, 1987, 1988,1989)

Brown (1986) considera que la activación o excitación son elementos inherentes al juego como reforzantes. Este autor cree que se dan diferencias individuales[67] en el nivel de ausoral óptimo. En personas en las que la baja activación resulta desagradable (principalmente por una combinación de un estilo de vida de baja estimulación ambiental junto con una necesidad de búsqueda de sensaciones alta) y que descubren en el juego un alto poder reforzante tenderán a repetir cada vez más esa conducta. Esto traería consigo, cuando no juega, las sensaciones del síndrome de abstinencia y que sólo podrían ser aliviadas volviendo a jugar (reforzamiento negativo). A medida que juega el nivel de ausoral subirá más provocando un estrechamiento de la atención, contribuyendo a la aparición de cogniciones erróneas y a estados de confusión, permitiendo escapar al jugador de otras preocupaciones (refuerzo negativo).

Este modelo teórico se ve ampliado en 1987 por Brown y Anderson, acoplándolo a la teoría de la reversión de Apter (1982). A parir de ahí, tratan de explicar las adiciones como un intento de manipular el tono hedónico. Este nuevo modelo pasaría a explicar no sólo, el uso del juego como instrumento que aumenta la

[67] Las diferencias individuales en la búsqueda de sensaciones estarían implicadas tanto en la búsqueda repetida de este estado como en la capacidad de experimentarlo.

arousal, sino también como un modo de recatalogar la ansiedad, de negativa (cualquier problema) a positiva (excitación del juego).

Asimismo, la teoría de Jacobs (1986) esta basada en una activación psicofisiológica anormal. Incluyendo a los dos tipos de personas (a las que el juego posibilita el aumento de arousal, y a las que éste permite disminuir la activación psicofisiológica), este autor explicita que aquellos sujetos con un estado de arousal crónicamente anormal (hipertensivos/excitados o hipotensivos/deprimidos), presumiblemente heredado, corren mayor riesgo de adquirir una adicción , sobre todo si al llegar a la adolescencia no han aprendido la habilidades de afrontamiento necesarias para hacerles frente y tienden a caracterizarse por la existencia de un estado crónico de baja autoestima y sentimientos de incapacidad. Esto hace que cuando una persona, con estas características, descubre el juego como un modo eficaz de responder a la sensación de estrés crónico, este poder reforzante hará que la conducta se repita cada vez más. Probabilidad que aumentará, según determina este autor, en aquellas personas que desarrollan fantasías compensatorias como modelo de hacer frente a sentimientos de inferioridad, incapacidad y rechazo por parte de otras personas[68].

Ambas teorías se han visto apoyadas a lo largo de una serie de estudios. Robert y Botella (2002) se hacen eco de estas investigaciones destacando los siguientes datos:

- Estudios que muestran que existe un alto nivel de activación asociado al juego. (Anderson y Brown, 1984); Brown, 1986); Coulombe, Ladoucer, Desharnais y Jobin, 1991); Dickerson y Adcock, 1986); Ladoceur, 1991); Leary y Dickerson, 1985).

- Estudios que manifiestan que esta activación se da en todos los jugadores, auque parece ser que se incrementa más en los ludópatas adictos. (Leary y Dickerson, 1985).

- La activación sube en función del tipo de juego al que se es adicto. Cuanto más adictivo más nivel de activación (caso máquinas recreativas con premio). (Blaszczynski, Wilson y McConaghy, 1986).

- También se sugiere que la activación podría resultar reforzante no sólo en sí misma, sino por producir un aumento en la síntesis y liberación de endorfinas, aunque no parece existir diferencias previas en el nivel de endorfina-B en situación de no juego entre jugadores y no jugadores (Blaszczynski, Winter y McConaghy (1986).

[68] Aunque hace falta mayor evidencia empírica, existen algunos estudios que apoyan esta teoría, tales como el de Jacobs (1989a); Kuley y Jacobs (1988).

Otras funciones fisiológicas, puestas en análisis por diversos autores, han sido *la valoración del déficit de noradrenalina* y los *problemas en la diferenciación hemisférica*, similares a los encontrados en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Aunque los hallazgos encontrados (diferencias entre jugadores patológicos y no jugadores) podrían explicar algunos cuestiones como el problema del control de los impulsos, la mayor susceptibilidad al aburrimiento o la depresión, quedaría por saber (como ha sucedido con los vistos anteriormente) si estas diferencias preceden a la aparición de la ludopatía adictiva o son consecuencias de la misma (Robert y Botella, 2002).

A este respecto, Alonso-Fernández (2003), subraya que los factores biológicos que más correlación tienen con la ludopatía adictiva son del orden neuroquímico y corresponden a la insuficiente actividad serotoninégica y a la excesiva descarga dopaminérgica. No obstante, nos advierte de que, el déficit en la transmisión serotoninérgica, no pasa de ser una sospecha fundamentada en dos datos: la interpretación de la alta impulsividad en cuanto factor adictivo predisponente como un efecto de la carencia serotoninérgica y el logro de unos resultados terapéuticos positivos en la administración de medicamentos proserotoninérgicos en las enfermedades adictivas, entre ellas el juego.

C) Variables Cognitivas

Aunque es un terreno poco estudiado, Jacobs (1988) ya anotó que las variables cognitivas como los *sesgos atencionales o las fantasías* juegan un papel determinante en la génesis del juego patológico. Concretamente, Robert y Botella (2002), estipulan que los sujetos señalados por determinados estilos cognitivos, tales como el pensamiento mágico (creer que el dinero del juego resolverá todos sus problemas) y la tendencia a fantasear (verse a sí mismo queridos y admirados gracias a sus ganancias), tendrían una mayor probabilidad de caer en la ludopatía adictiva, situación que se vería más reforzada, si una vez que se han puesto a jugar se pusieran en marcha los factores que lo potencian, como los refuerzos inherentes al juego o los sesgos cognitivos y atribucionales que suelen acompañarle.

Todo esto nos hace concluir que tanto para la Teoría Racional Emotiva (RET) de la Adicción o la Teoría de la Percepción Ilusoria del Control, existen ciertas variaciones cognitivas que intervienen en el inicio y el mantenimiento de la conducta de juego o son agravadas por ésta. Lo que ocurriría, realmente, es que el establecimiento de pensamientos irracionales, distorsionados o erróneos, llevaría a estos sujetos a querer tomar mayores riesgos, provocándoles una cierta ilusión o percepción de control que tiene sobre el resultado de su juego (Garrido, Jaén y Domínguez, 2004).

D) Factores de Aprendizaje

Los factores con mayor peso serían: la *simple exposición al mismo* y el *aprendizaje de la conducta de juego mediante el modelado por parte de los padres o personas cercanas*. Aunque, estar expuesto a la conducta de juego puede actuar como predisponente, es necesario tener en cuenta su interacción con otros factores a la hora de explicar su etiología. Entre ellos se barajan el *tiempo trascurrido desde que empezó a jugar*, la *cantidad de tiempo jugado* (a mayor tiempo mayor riesgo) y la *exposición directa con el juego* (en todo tipo de jugadores, no sólo para los adictos).

Es muy importante resaltar el papel tan nocivo que tiene el modelado por parte de padres, amigos u otras figuras importantes, en el aprendizaje de la conducta de juego. No obstante, a esto habría que añadirle un nuevo problema. Las nuevas generaciones de jugadores suelen tener un aprendizaje temprano en la experimentación de los poderosos refuerzos asociados al juego a través de los videojuegos (videoconsolas, juegos de ordenador personal) y en los lugares recreativos, que además suelen ubicarse parejos a salas dónde se disponen de máquinas recreativas de premio. Todo esto posibilitaría una mayor transferencia y generalización del juego (Robert y Botella, 2002).

5.1.2.- Factores Familiares

Cómo veremos, prácticamente todos los estudiosos del tema convergen a la hora de determinar qué elementos familiares pueden predisponer o determinar una conducta adictiva del juego. Entre ellos se contemplan los que recoge el DSM-III-R (APA, 1987). Concretamente aluden a: una disciplina familiar inadecuada, (falta de disciplina, inconsistencia, permisividad); la exposición al juego durante la adolescencia; el tener una familia que de mucha importancia al dinero y a los símbolos materiales determinantes de un estatus social alto; La ruptura del hogar; la falta de planificación en el ahorro y el despilfarro familiar alentado por el afán consumista y en la mujeres tener un marido con dependencia alcohólica o ausente con frecuencia de casa.

A parte de los descritos, Robert y Botella (2002), recogen otro factor que pude actuar como predisponente como es el tener padres con personalidad inestable, altamente competitivos y enérgicos que valoran mucho la competición y el éxito personal. Como vemos todos estos datos hacen mucho hincapié en la importancia que tiene el aprendizaje en las etapas primeras de la vida como determinantes del juego patológico y que suele tener lugar en la adolescencia y primera juventud (más tardía en las mujeres). Diferentes trabajos[69] muestran cómo los hijos de padres jugadores o alcohólicos tienen una mayor probabilidad de convertirse en jugadores patológicos.

[69] Sirvan como ejemplo los llevados a cabo por: Ciarrochi y Richardson (1989), Jacobs (1989b), Lesieur y Heineman (1988) o Ramírez, McCormick, Russo y Taber (1983).

En otras ocasiones los lazos familiares pueden actuar como freno para el desarrollo del juego patológico. Si se tienen en cuenta los resultados de los estudios epidemiológicos y los datos se analizan de modo relativo al total existente en cada categoría del estado civil se observan altas tasas de juego patológico entre las personas que no viven en pareja (solteros, separados, divorciados y viudos). De ahí que se concluya que la pareja pueda actuar como atenuante en la gravedad del problema. También se postula que la familia actúa como contenedor de la patología del juego, cuando empujan a sus familiares a buscar tratamiento.

Por su parte, Alonso-Fernández (2003), cuando describe los factores familiares que puedan estar implicados en la conducta de juego, lo hace teniendo en cuenta dos elementos: la herencia y el ambiente. Como rasgos genéticos de cierta acción predisponente este autor nombra a los que tienen que ver con el déficit de transmisión serotoninérgica, sobre todo, los que facilitan la liberación de dopamina en la transmisión dopaminérgica[70]. Esto hace pensar que pueda haber hay cierta base para sospechar que la ludopatía, al igual que el alcoholismo y el consumo de otra droga, comparten ciertos elementos neurobiológicos que se trasmiten por herencia, sobre todo los relacionados en particular con la transmisión dopaminérgica.

Cómo elementos más susceptibles de complicarse con el juego, teniendo en cuenta los antecedentes de la convivencia familiar, Alonso-Fernández (2003) apunta a la infancia infeliz y desgarrada, a la imagen negativa de los padres, sobre todo el progenitor del mismo sexo, a los conflictos económicos, a los casos familiares de alcoholismo o de adicción al juego, factor que al igual que la relación asidua o los lazos de amistad con jugadores adictos, actúa favoreciendo la adicción al juego mediante el contagio, sustentado por un mecanismo de identificación y no por determinación genética.

5.1.3.- Factores Socioculturales

La importancia de estos factores en la etiología de la adición al juego viene reflejada, según expresa Alonso-Fernández (2003), en la diversidad de los datos epidemiológicos. Datos que albergan cifras escalofriantes de prevalencia de la ludopatía adictiva en los países occidentales, oscilando sus tasas entre el 1 y el 2% de la población adulta. Los países con menores tasas se registran en los países islámicos por razón de su norma religiosa prohibitiva, mientras que las más altas corresponden a Estados Unidos (cerca de dos millones y medio de jugadores adictos).

[70] No olvidemos que la dopamina ha merecido el nombre de la molécula de la recompensa, al haberse comprobado que la descarga de esta sustancia al nivel del sistema cerebral mesolímbico es el artífice de la recompensa biológica presente en el ciclo adictivo. La presencia del alelo 2 en el gen II que codifica el receptor dopaminérgico D_2, es el único factor genético bien conocido que incrementa la susceptibilidad para la adicción al juego. (Alonso-Fernández, 2002)

A partir que aquí nos surge la pregunta de ¿Por qué la acumulación de las adicciones sociales se centraliza en la mayoría de los países occidentales? Se postula que esto estaría relacionado con el modo en como se han configurado esas sociedades. Sociedades que desprenden autentico distrés (estrés excesivo) creando una auténtica necesidad de gratificación relajante proporcionada por distintas adicciones, entre ellas el juego, la compra y otras actividades.

Se conceptúa que los factores sociales que mejor explican la adquisición de las conductas de juego, entre otros, serían: la gran disponibilidad, su fácil accesibilidad, su gran aceptación social, su alta difusión y la laxitud en las restricciones legales. Dentro de la exposición al juego, también habría que diferenciar varios aspectos como el tipo y número de juegos legalizados, el acceso a los juegos, el poder adictivo del juego y las primeras experiencias que se tiene con él. Por último también se contempla la influencia que ejercen los medios de comunicación en su difusión. La publicidad a través de sus mensajes subliminares nos promete riqueza a cambio de muy poco dinero, peculio que nos servirá para alcanzar la felicidad, ya que con dinero podremos comprarla o fabricarla a nuestro gusto.

En parte, todos somos conscientes que en las últimas décadas las cifras de personas que terminan por volverse adictas al juego no han parado de crecer. Hecho que es atribuible, por la mayoría de los expertos, al gran desarrollo tomado por el juego legalizado, cuya extensión, según expresa Alonso-Fernández (2003), ha sido potenciada por la laxitud de las restricciones legales y la excesiva generosidad o ambigüedad de la legislación reguladora del juego; y en este sentido nuestro país es un claro ejemplo de ello.

Como ejemplo, Becoña, Labrador, Echeburúa, Ochoa y Vallejo (1995) recogen los argumentos esgrimidos por el gobierno español para mantener una legislación muy permisiva y que se resumen en: facilitar entretenimiento a millones de turistas, evitar que los españoles se vayan al extranjero a jugar, y recuperar para los fondos públicos parte de ese dinero. Si hacemos una comparativa con otros países de la Unión Europea veremos que España despunta (junto con Italia) por el desproporcionado número de locales de juego (legales e ilegales) existentes. Se han llegado a contabilizar unas cuatrocientas mil máquinas tragaperras cifra algo superior a la que presentan de manera conjunta Alemania[71] y Reino Unido. Francia sólo cuenta con casino y salas de juego instaladas en las ciudades turísticas, tipo Montecarlo y Niza.

Actualmente se sabe que la accesibilidad al juego correlaciona positivamente con la probabilidad de practicarlo –cuanto mayor es el acceso al juego, mayor es la

[71] El caso específico de Alemania hay que atribuirlo, según recoge Alonso-Fernández, 2003), al hecho de haber limitado la intervención legal del control sobre el juego a las máquinas automáticas, dejando fuera los casinos, la lotería y la bolsa.

probabilidad de ponerlo en practica- (Secades y Villa, 1998). Al día de hoy, jugar se plantea como una tarea muy fácil por dos motivos: por la gran oferta de juegos de azar que hay disponibles y por la excesiva aceptación social que todavía se tiene del juego. En contraposición a las drogas, el juego cuenta con el beneplácito de todos, justificándolo a través de una serie de creencias positivas que básicamente pueden resumirse en "su nula peligrosidad y sus cuantiosos beneficios económicos". Esta permisividad allana mucho el camino a los dispendios que se originan en torno al juego.

Diversos estudios[72] han demostrado que existe una estrecha relación entre la accesibilidad de los juegos de apuestas de azar y la tasa de prevalencia del juego patológico. En parte, esto explicaría el incremento de las tasas de juego patológico entre la población más joven, que está consiguiendo cambiar la imagen clásica que siempre se ha tenido del ludópata adicto.

A nadie se le escapa el hecho de que actualmente el juego patológico se ha convertido en un verdadero problema social, de ahí que cualquier defensa que se intente hacer de él, no nos valga para justificar la negligencia que existe en torno a su existencia (sobre todo a nivel legal). Los abrumadores datos (facilitados por profesionales que trabajan en este área) de orden humano, social y económico adversos que se agolpan en torno a los juegos de dinero hablan por sí solos; invalidan cualquier opción argumentativa (Véase Cuadro 56).

Siguiendo la propuesta presentada por Alonso-Fernández (2003) en relación a esta idea veremos que a nivel humano el gran coste se sitúa en el propio dramatismo que encierran todas las historias personales y familiares de juego. En el área social los costes se miden en la cantidad de problemas de salud que provoca esta adicción, la muerte precoz y el vasto abanico de posibilidades de conductas delictivas que pueden derivarse de él. En el ámbito económico éstos pueden ser encajarse en dos tipos: los directos y los indirectos. Como directos se alude al dinero perdido en el juego más el importe de los gastos realizados en la prevención y el tratamiento de esta enfermedad. Como indirectos se englobarían el total de pérdidas de productividad debido a la discapacidad y la mortalidad precoz[73].

[72] Entre otros: Allcock (1986); Ladouceur y Mireault (1988) y Lejoyeux y Adés, (1999).

[73] La estimación del coste total anual es el resultado de sumar la pérdida de productividad por jugador y año al dinero total perdido al año (la diferencia entre el importe de lo jugado y de lo premiado). Según apunta Alonso-Fernádez (2003), en nuestro país el coste total del juego ascendería por año a los diez millones de euros.

CUADRO Nº 56

Costes atribuibles a la ludopatía adictiva Alonso-Fernández (2003)	
Humanos	▪ Daños en el jugador ▪ Daños en la familia del jugador ▪
Sociales	▪ Problemas de salud ▪ Muerte precoz ▪ Conductas delictivas
Económicos	▪ **Costes directos** Suma del dinero perdido más el importe de los gastos dedicados a la prevención y tratamiento ▪ **Costes indirectos** Total de pérdidas de productividad debido a la discapacidad y a la mortalidad precoz

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida de Alonso-Fernández (2003).

Similar importancia adquiere el tema de la oferta de juego. Actualmente nos vemos sometidos al acoso constante de los juegos de azar, y el *boom* de las máquinas recreativas con premio es un ejemplo de ello. Están en todos lados: en las cafeterías, bares, restaurantes hoteles, tiendas, soportales, aeropuertos, etc. etc. Persecución que se ha visto incrementada por la oferta de juegos de azar que ofrece Internet y con la que puedes jugar a cualquier hora. De ahí que se sugiera que, la ilimitada disponibilidad de sistemas de juego de azar legalizados, es uno de los elementos que más ha favorecido la adicción al juego.

Otro de los factores atribuibles, al incremento de las tasas de jugadores, sería el hecho de que, la lista de los tipos de juegos de azar, no ha parado de crecer; cada vez es más amplia. Distintas modalidades de loterías, las cartas, los dados, las apuestas, las quinielas deportivas, el bingo, los juegos de los casinos, las máquinas tragaperras, etc. A estos habría que sumarles el mercado de valores, actividad que puede conducir a una adicción, aunque la intervención del azar sea débil. Y como juegos adictivos sin intervención del dinero tenemos los videojuegos y los juegos por ordenador.

Si valoramos su potencial adictivo, veremos que son las máquinas tragaperras las que provocan una mayor dependencia adictiva (entre los ludópatas adictos españoles predominan con una abrumadora mayoría los adictos en exclusividad a estas máquinas o en combinación que otros juegos). A criterio de Alonso-Fernández (2003), esto puede ser explicado teniendo en cuenta dos razones: por su pronta

respuesta y la inmediatez de sus resultados y por la particularidad de ser un juego solitario libre de escenificación teatral propia de un casino y con repetición automática de los mismos gestos y movimientos, dotándola de un atrayente carácter interactivo.

A parte de los mencionados, Prieto Ursúa (1999), amplia la lista de los posibles factores adictivos, contemplando: la estimulación para llamar la atención (música, las luces); claves que permitan generar la ilusión del control (tener que apretar botones, o mover palancas, cuando estas acciones no influyen en el resultado de la apuesta); que se pueda jugar cuantas veces se desee; y que la apuesta pueda ser pequeña. Aunque, estos factores combinados con los demás incrementarían las conductas adictivas de juego, ninguno de ellos puede ser tildado de determinante, porque como sabemos existen jugadores enganchados a otro tipo de juegos, cuyas características no coinciden con algunas de las enumeradas (algunas loterías).

De este riesgo no se escapan ni los más jóvenes ni los más mayores. Cada vez se es más concientes de que estos colectivos, junto al del ama de casa, son de los más vulnerables. No olvidemos que, entre los lugares de encuentro y reunión de los jóvenes se localizan las salas de juegos y sus alrededores. Estos espacios funcionan como lugares exclusivos (sólo jóvenes) que les facilitan los contactos sociales; son de aceptación por parte de los progenitores y las autoridades; refuerzan las normas del grupo de iguales; son lugares muy accesibles ya que están situados de forma estratégica en las ciudades, cerca de los puntos de diversión; y su coste económico es bajo, cuando se quiere jugar, porque también permiten ver jugar a los compañeros sin tener que gastar dinero. (Secades y Villa, 1998)

A parte de tenerlo fácil, el joven cuenta con otro factor de apoyo muy importante que es la *presión social para jugar* proveniente del grupo de amigos (sobre todo en la adolescencia). Su existencia ha sido demostrada por varios estudios[74]. Algunos adolescentes, sobre todo los que frecuentan las salas recreativas, ven en el juego una forma de integrarse en un grupo y hacer amigos. Éste puede hacerles sentir importantes y respetados frente a sus amigos. Quizás, esto podría haber sido distinto si los jóvenes hubieran tenido en su mano otro tipo de alternativas dónde poder disfrutar de su tiempo libre y de ocio. Al no ser así, no extraña que, para algunos grupos de jóvenes, estos lugares se hayan convertido en una parte importante de su subcultura (Secades y Villa, 1998).

Otro factor de gran peso es el económico. Sabemos que el juego mueve grandes cantidades de dinero y que son muchas las empresas que viven de él. Se estima que en España hay más de cuatrocientas mil máquinas tragaperras que reportan miles de millones de euros a la industria del juego y al gobierno en concepto de impuestos. De ahí que la propuesta de cualquier iniciativa de carácter restrictivo

[74] Cómo ejemplo tenemos el de Snyder (1986).

que implique limitar su uso caiga en el vacío, como viene siendo habitual. Desde el movimiento asociativo se sigue revindicado y proponiendo toda una serie de sugerencias con el fin de poner un poco de cordura a un mundo del juego cada vez más neurótico. Entre otras se solicita reducir el número de máquinas, restringir su uso y su tiempo, quitarlas de los lugares normales de ocio (bares, cafeterías, etc.) y concentrar el juego en lugares exclusivos donde el acceso de menores y ludópatas esté prohibido y hacer cumplir las órdenes de no entrada a los lugares de juego de todos aquellos jugadores, que de forma personal, así lo hayan solicitado.

Por último destacar la gran importancia que tienen los medios de comunicación en la vida de los más jóvenes (niños y adolescentes). El pasar horas y horas delante de un televisor, de una pantalla de ordenador o de una videoconsola les hace ser más vulnerables a la dicción. De hecho, Secades y Villa (1998), resaltan que ya se ha encontrado en los niños una relación entre ver la televisión en exceso en los primeros años, el tiempo dedicado a los videojuegos y el uso abusivo de las máquinas tragaperras. Se parte de la idea de que los videojuegos pueden ser el primer paso que condujera al niño a ser jugador en el futuro, ya que se acostumbra a un patrón de consumo de juego que, en la edad adulta podrá mantener mediante la implicación en juegos con apuestas económicas (Gaja, 1993). De ahí, que los algunos profesionales (psicológos y pedagogos) aboguen por un uso racional de los mismos, ya que cada vez se tiene más clara la certeza de que éstos pueden ser la antesala de la ludopatía adictiva.

5.2- FACTORES MANTENEDORES DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS DE JUEGO

¿Qué puede explicar que una persona siga empecinada en reiterar una actividad que le lleva a la más absoluta de las alienaciones posibles? Resulta difícil explicar cómo se puede mantener este tipo de conductas, a pesar de los estragos que causa en los diferentes ámbitos de la vida de una persona. En este intento, se han conseguido delimitar algunos de los factores, que se cree puedan explicar, en mayor o menor medida, lo que hace que estas conducta sean perdurables en el tiempo.

Muchos son los autores[75] que coinciden en agrupar estos factores en cuatro grupos: Refuerzos positivos y negativos, Estímulos discriminativos, Sesgos cognitivos/creencias y pensamientos irracionales, y Falta de habilidades para hacer frente al impulso de jugar. Pero antes de de pasar a su descripción, creemos que es necesario tener en cuneta una serie de consideraciones previas que nos ayudarán a entender su porqué.

[75] Entre ellos: Echeburúa y Báez (1994); Ocho y Labrador (1994); Prieto Ursúa (1999); Robert y Botella (2002); Barroso Benítez (2003); Garrido, Jaén y Domínguez (2004).

Entre las consideraciones previas a tener en cuenta, Prieto Ursúa (1999), establece tres. Concretamente:

1. Aunque su comportamiento parezca irracional, el organismo humano siempre actúa movido por alguna razón para hacer lo que hace. Simplemente hay que saber encontrarla/s.

2. El organismo humano siempre elige la opción que considera más favorable para él. Elige el comportamiento que le proporcione mayores beneficios, incluso en las conductas que parecen nocivas para el sujeto. Cuando la conducta reporta consecuencias negativas (como es el caso analizado), la conclusión lógica es que lo que consigue (la consecuencia positiva) es más poderosa que la negativa[76].

3. El ser humano tiende a elegir siempre el comportamiento que considere mejor, dentro de sus registros conductuales. Cuando actúa de una determinada forma es porque no tiene disponible otra más adecuada para conseguir lo que desea. Si tuviera una manera de obtenerlo mejor, más rápida, menos nociva, más adaptativa, la utilizaría.

Realizadas estas consideraciones, nos centraremos en abordar los distintos factores que se cree puedan estar implicados en el mantenimiento de las conductas de juego patológico.

5.2.1.- Reforzadores Positivos y Negativos (Recompensas)

Bajo la nominativa de "reforzador" puede interpretarse cualquier circunstancia, suceso o estímulo que incremente la posibilidad de emisión futura de la conducta que persigue, por ello es comparable a una recompensa. Éstos pueden ser tanto positivos (aparición de una recompensa) como negativos (retirada de un estímulo aversivo). Si atendemos a la lógica, creeremos que las conductas que reporten estímulos positivos serán las que se repitan, por contra las conductas inversas (negativas) tenderán a desaparecer. Pero parece ser que la lógica del juego no sigue estas premisas, ya que casi nunca obtiene refuerzo positivo y sin embargo se siguen manteniendo (Barroso Benítez, 2003). Los comportamientos de juego patológico se rigen por lo que los psicólogos han designado como "programa de razón variable". Esto implica que una conducta una vez aprendida, puede mantenerse y hacerse más resistente a la extinción si sólo se premia de forma intermitente. Esto explicaría el gran peso que

[76] Prieto Ursúa (1999, 52) nos aclara que la decisión de comportarse de una manera u otra no es una cuestión que dependa exclusivamente de la razón o de la consciencia, sino que también aprendemos lo que sentimos, lo que experimentamos o vivimos. El hombre no es sólo razón. También está dotado de unos mecanismos de aprendizaje que le permiten sobrevivir y adaptarse al medio, y esos aprendizajes se dan constantemente, aunque no nos demos cuenta de que lo estemos haciendo.

tiene (generación de expectativas irracionales), en los principios de la conducta de la ludopatía, el ganar una cantidad nada desdeñable de dinero. Sin embargo, la conducta de juego en un jugador patológico responde a una secuencia muy clara: en fase inicial tenderá a perdurar o a sostenerse bajo la mano de los refuerzos positivos (premios), mientras que en fases posteriores está terminará manteniéndose bajo el yugo de los reforzadores negativos.

Por lo general, las conductas de juego suelen responder a una serie de motivos muy claros, tales como: el dinero que pueden ganar, las ilusiones de riqueza, éxito, grandeza, poder, la excitación y las emociones que no encuentran en otras áreas de su vida, etc. Sin embargo, los refuerzos más importantes suelen atribuírselos a la activación fisiológica. De forma general, el juego tiende a generar un alto nivel de incertidumbre (mezcla de placer y tensión) que actúa como un potente gancho reforzador de la conducta, sobre todo en aquellos sujetos ávidos de vivir sensaciones nuevas y potentes.

La pieza clave en las conductas de juego adictivas hay que buscarla en la especificidad de su modelo de refuerzo: "naturaleza intermitente y razón variable". Esta regla de reforzamiento es especialmente importante, si las comparamos con otras de reforzamiento, por lo especial de sus características. Prieto Ursúa (1999: 58) las resume en:

- Produce un número de respuestas (sea cuál sea la conducta, en este caso apostar) superior a otras reglas.

- Produce una resistencia a la extinción extrema. Las conductas aprendidas de este modo, tienden a mantenerse, incluso hasta cuando no son premiadas en largos períodos de tiempo.

- Incrementa el número de respuesta inmediatamente después de conseguir el premio.

- La extinción no deja de darse inmediatamente. Esta se produce cuando el número de conductas sin premiar es excesivo y consiste en hacer periodos de abstinencia cada vez mayores entre episodios de respuesta. Si en uno de los episodios de apuestas se consigue premio, se detiene el proceso de extinción y se refuerza el aprendizaje anterior.

Todo esto va a permitir que la persona siga manteniendo la ilusión de que *a la próxima vez le tocará* produciendo un nivel más elevado de *arousal* o de activación cerebral. El ejemplo más ilustrativo lo tenemos en el propio proceso de formación de la conducta adictiva: la principal justificación que tiene un jugador para seguir jugando son las ganancias obtenidas por él; a partir de ahí va a seguir jugando con la ilusión de

que le volverá a tocar; en esta infranqueable búsqueda invertirá cada vez más dinero y más tiempo llevado por esa falsa ilusión sin ser consciente (sesgo atencional) de las pérdidas que le genera. Se sabe que cuanto menos tiempo pase entre la jugada y el premio mayor será su capacidad adictiva (caso de las máquina tragaperras y la lotería instantánea de la ONCE- los rascas-) (Robert y Botella, 2002).

Por su parte, los reforzadores negativos en las conductas de juego patológico van conexos a la liberalización de aspectos nada agradables en la vida de la persona. Entre los sentimientos o emociones negativas más comunes estarían la tristeza, el aburrimiento, el nerviosismo, el malestar con uno mismo, etc.; ya que suelen utilizarlo como válvula de escape de sus problemas. Si la conducta es capaz de aliviar estos síntomas negativos, el jugador tenderá a repetirla cuando los sentimientos vuelvan a aflorar. Pero, como los problemas aumentan en la medida en que se ven obligados a elevar su nivel de juego, la persona se verá atrapada en una espiral destructiva de difícil solución.

En otros casos, el jugador requerirá del juego para solucionar el desasosiego que le produce la propia ausencia del mismo. Equivale a lo que algunos han denominado (por semejanzas con otras conductas adictivas), el "síndrome de abstinencia". Varios autores[77] han tratado de explicar este hecho a través de la teoría del "mecanismo de ejecución conductual" que plantea que cuando una conducta se repite con frecuencia, se establece en el sistema nervioso central un mecanismo que posibilita tanto su puesta en marcha como su finalización una vez iniciada. El proceso sería el siguiente: cuando la persona se encuentra con estímulos discriminativos de esta conducta (por ejemplo las luces de las máquinas tragaperras) aflorará en él el impulso de llevarla a cabo. Si éste no la ejecuta, se producirá un aumento de la activación, con el consiguiente malestar subjetivo, de modo que el sujeto acabará realizándola como única vía para escapar de su malestar (refuerzo negativo). Las personas afectadas por traumas emocionales y que utilizan el juego como un modo de escape a su disforia, son el ejemplo más fácil dónde este factor se ve más focalizado (Robert y Botella, 2002).

5.2.2.- Estímulos Discriminativos

Los estímulos discriminativos son los que atraen la atención del jugador favoreciendo su respuesta de juego (las luces, los ruidos la música, etc.). En pocas palabras, son los que inician la conducta de jugar. El jugador, con el tiempo, aprende a asociar estos estímulos con las sensaciones agradables que recibe del juego o con el desahogo de lo desagradable. Tomando como ejemplo la máquina tragaperras, Secades y Villa (1998) expresan que la música intermitente proporciona una sensación de diversión o ganancias constante (por encima de la capacidad real de la máquina).

[77] Concretamente: McConaghy (1980); McConaghy, Blaszczynski y Allcock (1988).

Además introduce la sensación de que los premios son más frecuentes que las pérdidas, lo que ayuda a estimular la conducta de aquellas personas que se encuentren cerca del jugador.

Lo mismo ocurre con los premios que proporcionan estas máquinas. Siempre lo hacen en monedas pequeñas y haciendo un gran ruido al caer en el cajetín metálico. Esto provoca que las personas reciban una información engañosa con respecto a lo ganado; como si el premio fuese mayor de lo que realmente es. Cuando el jugador gana y recoge el premio la música cesa, pero si continua jugando, la velocidad y el tono se incrementan, lo que permite aumentar la excitación del jugador, reforzándolo a seguir metiendo monedas.

5.2.3.-Sesgos Cognitivos/Creencias y Pensamientos Irracionales

El juego tiene un gran componente cognitivo e intelectual. La forma en que se percibe, interpreta y se valoran los distintos elementos implicados en el juego y sus resultados parece ser lo que diferencia a los jugadores patológicos del jugador ocasional o no jugador. Echeburúa (1992) mantiene que la regularidad de participación en el juego facilita el establecimiento de pensamientos irracionales distorsionados y erróneos, potenciando la capacidad de asumir más riesgos. El jugador, llega a creerse que las reglas estadísticas que determinan la probabilidad de perder no se aplican a ellos ni a su situación particular (Secades y Villa, 1998).

Se ha descubierto[78] que cuando la persona juega tiene un gran número de pensamientos sobre el juego y que más del 70% de los mismos implica errores cognitivos como (Robert y Botella, 2002: 582):

- Relación causa-efecto. Ejemplo: “cómo ya ha salido tres veces el rojo, seguiré apostando y seguro que sale” (ruleta).

- Formular hipótesis sobre el juego, tener predicciones, sistemas para ganar, estrategias, etc. Ejemplo: “si retengo esa fruta, saldrá el premio” (máquina tragaperras).

- Confirmación de una hipótesis o predicción, o sorpresa cuando ésta no se confirma. Ejemplo: “lo sabía, sabia que esta vez iba a ganar”; “Qué raro, pensé que saldría el 7 y no ha salido”.

[78] Ladoceur y sus colaboradores (Gaboury 1989; Bujold, Lachanche y Temblay, 1991) han desarrollado un método de investigación llamado “pensar en voz alta” que consiste en entrenar a los sujetos a verbalizar en voz alta todo lo que pase por su cabeza mientras realiza determinadas actividades, entre ellas jugar.

- Personificación de la máquina. Ejemplo: “esta máquina me está volviendo loco a propósito”.

- Situar el mérito o le error en uno mismo, percepción de habilidad personal y/o control, referencia a habilidades personales. Ejemplo: “es cuestión de probar, la final lo dominaré”. Pensar que se posee una habilidad para identificar ciertas características de la máquina de video poker que indican premio.

- Referencia a un estado personal (suerte). Ejemplo: “hoy tengo suerte debería de comprar lotería”.

A parte de estas creencias o ideas irracionales, Prito Ursúa (1999: 54) nos introduce otros ejemplos que ella denomina como las “falacias del juego”. En concreto alude a dos:

- *Falacia Tipo I*: Es la más conocida. Consiste en creer que un proceso aleatorio contiene tendencias secuenciales (por ejemplo en la ruleta creer que después de haber salido muchas veces el color rojo, la probabilidad de que salga el negro se incrementa).Como vemos esta falacia refleja la creencia de que la suerte es un proceso que se autocorrige, de forma que una desviación en una dirección induce una desviación en la dirección contraria para mantener el equilibrio. El error está en que falla en comprender la independencia estadística.

- *Falacia Tipo II*: Consiste en creer que existen números “favorables” o “más probables”, debido a que no existe una ruleta perfecta, unos dados perfecto o máquinas perfectas. A pesar de su aparente racionalidad, esta idea es considerada como una falacia porque el sujeto cree conocer esos números probables estudiando unos cuantos casos, e ignora la cantidad de sucesos que deberían darse para elevar esa probabilidad a un número medianamente fiable (cantidad que hace prácticamente imposible detectar esos números” favorables”. Como vemos esta falacia falla en comprender la representatividad estadística.

Todas estas creencias o ideas irracionales guardan relación con distintos sesgos cognitivos que afectan a la percepción del juego. Lo que es solo interpretación del azar, tiende a ser considerado por el jugador como consecuencia de su mayor o menor habilidad personal. Tienden a creer, a pesar de la realidad, que pueden controlar los resultados del juego y que tras una mala racha siempre aparece otra buena. Se perciben a sí mismos como *agentes responsables* del resultado y nunca van a ser capaces de reflexionar que, sea cual sea su conducta, ésta no va a condicionar los resultados que obtenga.

También se ha puesto de manifiesto que, al evaluar los resultados del juego de manera distorsionada, el jugador patológico, insistirá en él, a pesar de las pérdidas que le genere. De igual modo, éste se va a dejarse llevar por la *tipología pesimista de la atribución* (con atribuciones internas, estables y globales para los sucesos negativos) que facilita la aparición de pensamientos obsesivos. Por ejemplo: invertir más rápidamente y mayor cantidad de dinero en las apuestas siguientes, y en último término a perder más. La conjugación de todas estas creencias, opiniones, ideas, determinan al jugador de tal manera que les hace ser personas muy resistentes al cambio, hasta el punto que consideran sus fracasos como "casi éxitos" (Benítez Barroso, 2003).

Robert y Botella consideran que los sesgos más importantes por los que se puede ver determinado un jugador serían: la ilusión de control, las atribuciones diferenciales en función del resultado y el sesgo confirmativo. Los describen de la siguiente manera (2002: 582-583):

a) *La ilusión de control*. Hace referencia a las expectativas sobre el éxito personal que se mantienen sin tener en cuenta las leyes de la probabilidad. Los jugadores tienden a sobreestimar la posibilidad de control sobre los resultados, olvidando que se trata de juegos de azar. De ahí que prefieran recurrir a la habilidad o a la suerte como criterios que expliquen sus resultados de juego. Lo mismo sucede con el pensamiento mágico; éste es utilizado como fórmula de control sobre los resultados. Éste se sustenta en la creencia de que existe una relación entre la presencia de determinados objetos o hechos y unas consecuencias (creer que si me pongo una determinada prenda ésta me dará suerte y ganaré). Cómo vemos se trataría de una relación ilógica que puede haberse vuelto certera por mera casualidad o coincidencia. El mantenimiento de estas creencias erradas se ve reforzada por ciertas características de los juegos, principalmente la posibilidad de elección, que proporcionan una falsa sensación de control (ejemplo: la posibilidad de retener una figura en la máquina recreativa de premio). ¿Cómo se genera esta ilusión? Prieto Ursúa (1999) cree que para poder contestar a este interrogante es importante que sepamos, o al menos tengamos en cuenta, las características que tienen las situaciones que generan la ilusión de control. En concreto nos enumera la "familiaridad de la tarea" (influye sobre todo al principio de la sesión de juego; la "participación activa" (si se le permite al sujeto realizar conductas que haría en una situación de habilidad); "hacer decidir al sujeto" (favorece que la situación sea percibida como necesitada de destreza o habilidad); la "secuencia positiva de resultados" (las frecuentes ganancias contribuyen a desarrollar la ilusión de control, aumentado el nivel del riesgo de la apuesta); y el "estrés del sujeto" (los sujetos más estresados prefieren tipos de juego que favorezcan la percepción de control).

b) *Atribuciones diferenciales en función del resultado*. Diferentes estudios sobre atribución han demostrado que las personas tienden a atribuir el éxito a

factores personales (habilidad y el esfuerzo) y los fracasos a factores externos (mala suerte, dificultad de la tarea, etc.).Este mismo sesgo atribucional se observa en el juego. Los jugadores tienden a justificar sus ganancias en base a sus habilidades o control sobre el juego y las pérdidas a la mala suerte; lo que da a entender que si no fuera por ella hubiese ganado. Este sesgo es muy peligroso (se cree que es uno de los factores que mejor explican el por qué la gente sigue perdiendo a pesar de las pérdidas) para la conducta del jugador, porque le hace pensar que el premio "puede estar a punto de salir" por lo que debe de seguir jugando. Se ha comprobado[79] que las jugadas donde se pierde por muy poco producen una mayor excitación funcionando como un adelanto del refuerzo y provocan una nueva jugada buscando obtener el anhelado resultado.

c) *El sesgo confirmativo*. Hace referencia a la atención selectiva que las personas muestran hacia la información que apoya nuestro punto de vista (está muy relacionado con el anterior) (Lord, Ross y Lepper, 1979). Al jugador sólo le interesa atender a los resultados positivos interpretándolos como señal de habilidad, suerte favorable, etc., mientras que desoye o justifica los resultados negativos, para que éstos no afecten a su sistema de creencias. Suele aparecer en el fenómeno de las recaídas, cuando el jugador se cataloga como "persona sin solución". Su recaída va a interpretarse como una confirmación de esa idea, llevándole de nuevo a jugar sin control (Marlatt y Godon, 1985). En cierto sentido Gilovich (1993) cree que pueden ser los causantes de que el jugador no haga frente a su problema de juego, ya que éstas (las ideas irracionales) aparecen a lo largo del proceso de juego: anteceden a la conducta de juego, la acompañan y mantienen, y justifican o excusan sus pérdidas.

Señalar que las ideas irracionales, pertenecen al ámbito de "mientras juega" porque, como bien apunta Prieto Ursúa (1999), es perfectamente posible que el jugador se de cuenta, cuando no juega, de lo irracional de su conducta, que critique esas ideas y que sea consciente de la probabilidad real que tiene de conseguir dinero con el juego -ninguna-.

De igual modo, es necesario tener en cuenta para no confundir, y así evitar errores considerables, que su presencia no determina que automáticamente sean la causa del problema del juego. Cómo éstas aparecen en todo tipo de jugadores, y no sólo en los adictos, y van incrementándose a medida que trascurre la sesión de juego, esta misma autora, entiende que más que una causa son un *simple efecto del juego*. Aunque sirven para explica el porque una persona persiste en su conducta de juego, no tienen porque revelar la génesis de la conducta. Prácticamente, sólo podrían ser explicativas del origen del juego en los casos de jugadores cuya principal motivación para jugar sea ganar dinero.

[79] Principalmente: Gilovich (1983); Griffiths (1990a) y Reid (1986).

5.2.4.-Falta de Habilidades para hacer frente al Impulso de Jugar

Se cree que la detrás de una conducta de juego patológica se esconde un serio problema de falta de habilidades. La ausencia de habilidades como la falta de autocontrol, de comunicación, de manejo del dinero, de solución de problemas, de afrontamiento del estrés, de utilización del tiempo libre, etc., contribuyen al aumento de los problemas y de la conducta de juego.

La importancia de este déficit ha permitido que en los programas de tratamiento, que quieran tener éxito, se valore de forma minuciosa cada una de estas habilidades en el jugador y se ofrezca un completo programa de entrenamiento para instruir al jugador en su manejo y sepa utilizarlas para no recaer de nuevo en la patología del juego.

6.- PROBLEMAS O COSTES DERIVADAS DE LA CONDUCTA DE JUEGO PATOLÓGICA

Recordemos que la ludopatía se caracteriza no sólo por la pérdida de control ante el juego, sino también porque esta conducta es capaz de generar problemas serios que afectan a la totalidad de su vida. El abuso del juego trae consigo problemas en el área personal, familiar, laboral, social y legal. Recordemos también que este aspecto es recogido en el DSM-IV como uno de los criterios a tener en cuenta en el diagnóstico de esta problemática.

Como veremos ser ludópata tiene muchos costes. Aunque a simple vista parezca que el único sea el económico (es el principal ya que prácticamente condiciona a todo lo demás), no debemos despreciar las implicaciones que esta conducta tiene a otros niveles. La ruptura familiar, el despido del trabajo, la detención por fraude o robo, la pérdida de los amigos o estar fichado por la policía pueden ser consideradas, a largo plazo, como consecuencias más execrables que el mero gasto económico.

6.1.- COSTES PERSONALES

Los adictos al juego son personas que tarde o temprano dejarán de sentirse bien. Perder dinero, no saber como hacer frente a las deudas, mentir a la familia, a los amigos, descuidar su trabajo y sus obligaciones cotidianas, suele generarles un nivel de malestar muy alto (ansiedad, estrés, irritabilidad, etc.), y un concepto de sí mismos muy deteriorado, al que a veces hay que unir otras conductas adictivas.

El consumo de drogas (sobre todo de alcohol y el tabaco) parece ser una constante en la vida del jugador patológico. Su acceso es fácil ya que su conducta de juego se desarrolla en locales donde venden estas sustancias y eso facilita el consumo. Se apunta que, la excitación o la euforia que causa el alcohol estimula a las persona a jugar, sin tener que estar pendientes del tiempo y del dinero invertido, ni de las consecuencias que se derivan de su comportamiento. También se sugiere que el ludópata tiende a refugiare en el alcohol porque este le ayuda a subir su nivel de excitación haciendo aumentar la emoción por el juego; o porque le ayuda a celebrar sus ganancias y a mitigar o eliminar la sensación de culpabilidad cuando pierde; o simplemente porque cuando bebe el jugador tiende a sentirse más relajado y a gusto, experimentando un estado de bienestar que no consigue en otras circunstancias.

En cuanto al coste psicológico, el juego suele acarrear muchos problemas de ansiedad y depresión derivados de la "doble vida" a la que se ve sometido el ludópata. La falta de control sobre el juego y la necesidad constante de necesitar dinero y tener que buscarlo, son los aspectos que mayor estrés generan en el jugador. Situación que tiende a complicarse con la aparición de un cuadro de alteraciones físicas que suelen ser causa de demanda médica (mareos, dolores de cabeza, dolores musculares, fatiga, insomnio, alteraciones gastrointestinales, sensación de debilidad, etc.).

Todo este coste personal suele desembocar en una situación límite que hace que cuando lleguen a la fase de desesperación se vean acorralados, como en un callejón sin salida, dónde para algunos la única opción sea el suicidio y para otros la hora de pedir ayuda.

6.2.- COSTES FAMILIARES[80]

El coste familiar de la ludopatía es notable. Las familias son las que más directamente van a sufrir las consecuencias del problema. A parte de la ruina económica, la familia sufrirá una devastación afectiva y personal, que muchas veces no se tiene en cuenta. Las crisis permanentes, el estrés constante, la falta de entendimiento y/o comunicación, la frustración, la ira o la decepción, son algunos de los síntomas que se hacen patentes al descubrir que algún miembro de la familia es adicto al juego (Becoña, 1996). Pero quienes más van a sufrir este problema son los hijos. Son muchas las consecuencias negativas a las que tienen que enfrentarse, tanto por las condiciones nocivas en las que viven como: disputas constantes, penalidades económicas, falta de cariño, ser el blanco de los enfrentamientos de sus padres o ruptura familiar, etc.; como por los modelos de aprendizaje a los que se ven son sometidos. No extraña que éstos sean considerados como una población en riesgo, no sólo para la adquisición de este tipo de conductas, sino también para otras conductas adictivas, y trastornos de ansiedad, depresión y problemas escolares.

[80] Dado que hemos dedicado un capítulo, dentro de este trabajo, al tema de familia, nuestra incursión en este epígrafe será muy breve.

Cuando el problema de juego le afecta a un varón, la pareja pasará de tener una vida normal a una muy sacrificada, y hasta que haga crisis, ella se convertirá en encubridora del problema de juego de su pareja. Si la situación tiende a prolongarse en el tiempo ella acabará sumida en un estado depresivo. Descubierto el problema, la mujer en un principio, tiende a negar el problema (fase de negación), pasando posteriormente a una situación de estrés intenso. Le ayudará encubriéndole y en algunas ocasiones le auxiliará económicamente, hasta que acabe exhausta, frustrada, desamparada y resentida. A partir de aquí la mujer puede buscar ayuda, tanto para su marido como para ella, o plantearse la ruptura solicitando la separación y el divorcio.

En cambio cuando la jugadora patológica es la mujer, la familia suele resentirse más. La familia no está preparada para asumir un problema se semejante envergadura. Los cambios de conducta, la desatención general por la familia, el gasto excesivo, las ausencias casi permanentes, generan un elevado nivel de conflictividad en la familia difícil de superar. Mientras que al marido se le "consiente" el problema durante un tiempo, a ella se le exige que deje e jugar de manera inmediata.

Si la ludopatía afecta a un hijo, los padres (cuando se enteran) suelen reaccionar con irritación y violencia, sobre todo cuando dependen económicamente de ellos. Al igual que a la mujer, a estos también se les va a pedir que dejen de inmediato de jugar. Si la familia se pone de acuerdo para afrontar la situación, prácticamente no habrá ningún problema. La contrariedad surgirá cuando los padres discrepen. La madre, casi siempre, suele adquirir el rol de protectora mostrándose mucho más tolerante (algunas veces le dará dinero), mantendrá inconscientemente el problema del hijo. Sin embargo, la postura del padre será mucho más dura y crítica. Situación que acabará originando importantes conflictos entre ellos y en consecuencia en la familia.

Aunque los padres hagan responsables a su hijo del problema, apelando a su irresponsabilidad y falta de control, ellos sentirán la carga de la culpabilidad. Reflexionaran sobre la forma en como le han educado y se sentirán los responsables de la situación de su hijo. De otro lado los abuelos, cuando se enteran, su actitud suele ser de culpabilidad hacia sus hijos, añadiendo una nueva dificultad al proceso, ya que esta posición limita o impide las posibilidades de apoyo que necesitan los padres. De igual modo, los hermanos sufrirán por el problema y se verán incapaces de ayudarle.

6.3.- COSTES SOCIALES

Con el tiempo, la adición al juego termina por desencadenar un gran aislamiento social del jugador. Retraimiento que ha sido generado, no sólo por la propia naturaleza del juego (jugar solo y estar siempre pensando en el juego que le distrae de otras cosas) sino también porque, su tendencia a sustraer dinero o a pedirlo

(tanto a sus familiares como amigos) hace que éstos le rechacen o rehuyan, ya que tienden a considerarlo como un ladrón, cuando roba, y cuando se lo prestan no lo devuelve nunca, por lo que terminan enfrentados o tienden a esquivarlos para que verse envueltos en la disyuntiva de tener que decir que sí o que no.

Pero no sólo el coste social se posiciona del lado del jugador, la familia, al ser víctima directa de los comportamientos del lúdopata, también se ve afectada por un proceso de aislamiento social. Sin quererlo paga los desmanes del jugador. Las deudas con los familiares y amigos, son consideradas deudas de la familia por lo que la mujer sufrirá el ostracismo y la ira de los "acreedores" y ella misma sentirá vergüenza por la situación y poco a poco irá retirándose del ámbito social y terminará por recluirse en casa.

A parte de estas deudas, muchos ludópatas tienen graves problemas con los bancos. Deber a la banca y no pagar implica procesos muy complicados para la familia y un gran coste social, sobre todo si se viven en entornos no muy grandes, ya que esto facilita el que los demás puedan enterarse de su problema. Perder todo lo que se tiene (propiedades, el piso donde se vive, el negocio y todo el dinero) es unos de los modos más eficaces de hacer público el problema.

6.4.- COSTES LABORALES

En sus comienzos la adición al juego afecta fundamentalmente a las condiciones en como este desarrolla su trabajo. Empezará a llegar tarde, a poner excusas para faltar o a solicitar bajas laborales por padecimientos físicos o simplemente no acudirá a él. De igual modo, sufrirá problemas de concentración puesto que en su mente sólo existe el juego. Todo ello revertirá en un descenso considerable en su productividad y rendimiento laboral.

Conforme se agrava su situación de juego, también lo hará haciendo su situación laboral. No sólo lo anterior adquirirá status de habitualidad, sino que en algunos casos la situación será tan insostenible que acabará perdiendo su trabajo por incumplimiento manifiesto de su responsabilidad laboral. Pérdida que muchas veces viene avalada por el acaecimiento de conductas ilegales dentro del propio entorno laboral (falsificación, hurto o robo, etc.). Además no podemos perder de vista el dato ya reseñado de que muchos ludópatas cargan a sus espaldas otras adicciones, que unidas a ésta, no hacen más que acelerar y amplificar el problema no sólo, dentro de su contexto laboral, sino también a nivel económico y familiar.

Todas estas anotaciones o repercusiones laborales tienen su base en impresiones clínicas y en paralelismos con lo que ocurre en otras conductas adictivas,

fundamentalmente el alcoholismo, ya que apenas existen estudios que relacionen las consecuencias laborales con esta problemática. No obstante el estudio llevado a cabo por Montalvo, Báez y Echeburúa (2000) con respecto a esta temática, pero centralizada en la a dicción a las máquinas tragaperras, confirman lo especificado hasta este momento[81]. Concretamente el 65% de los ludópatas que en el momento de hacer el estudio se encontraban en una situación de desempleo, lo estaban por motivos relacionados con la adicción. O bien porque habían sido despedidos del trabajo por haber robado o estafado en el desempeño de su actividad laboral o por haber tenido que cerrar el negocio.

Como dato relevante del estudio, podría destacarse el hecho de que en la evolución de los pacientes ha sido posible identificar un número considerable de repercusiones negativas. Realmente el 72,7% de la muestra presentó algún problema laboral. Por orden de importancia, las consecuencias encontradas se posicionan de la siguiente manera: en primer lugar destacarían los problemas de absentismo laboral para el 47,1%; en segundo lugar, los problemas de concentración y disminución del rendimiento con el 39,6%; en tercer lugar, haber robado o estafado en el trabajo con el 28%; en cuarta posición tener conflictos con los compañeros de trabajo con un 23,1%; en quinta posición, haber sufrido despidos, amenazas de despidos y no renovación del contrato con un 21,5%; y en último lugar, tener dificultades para encontrar un nuevo trabajo para el 16,5%.

Si detallamos un poco más las consecuencias listadas veremos que el absentismo escolar viene determinado fundamentalmente por las ausencias injustificadas, la impuntualidad o las bajas por enfermedad. A criterio clínico de estos autores, estos factores pueden tener su justificación en que un adicto al juego cuando está inmerso en la tarea pierde el control del tiempo y se siente incapaz de abandonarla para ir al trabajo. De igual modo influyen las constantes distorsiones cognitivas que controlan la mente de un ludópata, como son el caso de que: *estoy a punto de conseguir el premio, tengo que recuperar lo perdido, la máquina está caliente y no puedo dejarla ahora*.

En cuanto a los problemas de concentración y la disminución del rendimiento, decir que éstas se hacen evidentes por cuanto que los pensamientos del adicto van a estar constantemente copados por el juego. Mientras trabaja el ludópata pensará en el juego, lo que le hará que no conecte con su actividad laboral, motivando en casos más extremos, el riesgo de accidentalidad laboral en algunas profesiones.

[81] El estudio contó con una muestra final de 121 pacientes que acudían en busca de tratamiento al Centro de Salud Mental de Rentaría (Guipúzcoa) y a la Asociación de Ayuda a Ludópatas Ekintza-Dasalud (Rentaría, Guipúzcoa) entre los años 1993 y 1997. Los criterios de selección para formar parte del estudio fueron: cumplir con los criterios diagnósticos de juego patológico según establece el DSM-IV (APA, 1994), tener una puntuación igual o superior as 4 en la versión española 8Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez, 1994) Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS (Lesieur y Blume, 1987), no estar afectado por otro trastorno mental, contar con una edad entre los 18 y los 65 años y hallarse laboralmente activo o en desempleo.

No es raro encontrarnos con historias de juego donde aparezcan casos de robo, hurto y estafa. De forma general, algunos autores han considerado (Fernández-Montalvo, Báez y Echeburúa, 1996), como característica habitual de un ludópata pensar en que el dinero que roba no adquiere la consideración de robo sino de préstamo, situación que también se traslada al ámbito laboral. Normalmente el adicto al juego suele robar a sus compañeros de trabajo (vestuarios o apropiación de propinas comunes) o a la empresa. El empleado que tenga un acceso directo al dinero lo tiene fácil, como es el caso de un empleado de banca, responsable de caja de un supermercado, o comerciales, camareros, etc. Normalmente estos hechos derivan en procesos de despido inmediato (roba a la empresa), y el comienzo de unas relaciones deterioradas con los compañeros de trabajo cuando han sido éstos los robados.

El problema de la conflictividad entre compañeros va a verse magnificada por la constante situación de irritabilidad y de frustración que suele acompañar a estas situaciones estresantes de juego. De igual modo las relaciones entre compañeros tienden a deteriorarse cuando media algún problemas de deuda económica entre ellos.

Como resultado de las consecuencias anteriores se deriva la posible pérdida del empleo. Con respecto a las situaciones de despido o amenaza de despido veremos que éstas se hacen efectivas cuando el jugador ha hurtado o robado, cuando tienen un bajo rendimiento y absentismo laboral injustificado. De igual modo, en algunos ámbitos laborales, el hecho de saber que un trabajador padece este problema puede conllevar una degradación laboral (en el estudio lo confirmaron un 3,3% de los encuestados).

También es importante tener en cuenta (como bien detallan los autores del estudio) que la propia situación de desempleo constituye un factor de riesgo para la implicación de diferentes conductas adictivas (entre ellas el juego patológico) como válvula de escape o forma de aliviar la tensión originada por los problemas derivados del desempleo.

Independientemente de la variable que medie en el sumario de despido, lo que queda claro es que en la mayor parte de estos procesos son considerados como *despidos procedentes*, sin que se tenga en cuenta el diagnóstico de juego patológico. En cualquier caso, esta consideración diagnóstica sólo va a ser tenida en cuenta, de manera excepcional, como una circunstancia eximente o atenuante en procesos de responsabilidad penal, siempre y cuando el ludópata demuestre que está inmerso en un proceso real de rehabilitación.

De igual modo, si trasladamos este problema a los jóvenes con complicaciones de juego, cuya única ocupación es estudiar, veremos que éstos van a verse traducidos

en un bajo o nulo rendimiento escolar, fracaso escolar y abandono escolar. El absentismo es el hilo que predice todo lo anterior. La ausencia a las clases, la falta de concentración y la no dedicación al estudio se convierten a corto plazo en el principal problema que suele tener un joven estudiante adicto al juego.

6.5.- COSTES LEGALES

Muchos adictos al juego se ven inmersos en problemas legales causados por los excesos económicos a los que tiene que hacer frente ya que no son capaces de parar su conducta de juego patológica. Suelen robar, hurtar, falsificar cheques, emitir cheques sin fondo, etc.

No obstante el coste legal no se queda sólo ahí. Becoña (1996) hace explícito el gran esfuerzo económico que supone un ludópata para el sistema legal. Los gastos relacionados con las detenciones policiales, juicios (sistema legal) y su encarcelamiento (sistema penitenciario) son bastante altos. A esta lista también abría que sumarle el costo que supone un proceso de separación y divorcio cuando la familia no dispone de medios suficientes y el sistema legal tiene que sufragar los gastos.

6.6.- COSTE SANITARIO

A parte del coste médico que supone para el ludópata el continuo malestar físico y psicológico que padece, también hay que valorar el coste sanitario que esta adición implica. Como bien hemos reflejado, el ludópata suele acudir con bastante frecuencia al médico aquejado por una amplia sintomatología psicosomática. El abordaje médico de la ludopatía exige, no sólo de un servicio médico primario u hospitalario, sino también de una red de tratamiento especializado que, bien se hará desde los centros de drogodependencia y adicciones o a través de conciertos con las distintas asociaciones nacidas a la luz de esta problemática social.

Finalmente, si realizamos una valoración global de todos los costes que conlleva la adición la juego, no nos queda más remedio que estar de acuerdo con las palabras escritas por Becoña (1996: 136) cuando expresa que:

Todo el sistema social tiene que pagar un alto precio. Se calcula que por cada ludópata que existe se ven afectadas otras 10 ó 20 personas entre familiares, amigos y compañeros de trabajo. De ahí, que cuando se habla de ludopatía no sólo hay que considerar al enfermo sino también a las personas que directa o indirectamente están vinculadas a ese problema, La mujer del ludópata puede caer en la depresión y llegar incluso al suicido por su causa. Algún amigo se arruinará por no cobrarle las deudas. Sus hijos tendrán que acudir a los servicios de salud con afecciones físicas y psicológicas derivados de pertenecer a una familia inestable que

en ocasiones se le denomina familia patógena. Y el ludópata, una vez que se ha convertido en un esclavo del juego y no sabe como salir de esa situación desconocida y placentera para él, tiene que acudir a los servicios sociales para sobrevivir en un mundo sin sentido.

7.- TEORÍAS ETIOPATOGÉNICAS Y MODELOS EXPLICATIVOS DEL JUEGO PATOLÓGICO

Una de los pensamientos que parece cada vez más claros, según vamos profundizando en su estudio, es la idea de que la conducta de juego viene definida por la complejidad. Complejidad que se ve avalada, por cada una de las dimensiones que estructuran a este fenómeno como una entidad nosológica.

El interés por estudiar el juego patológico, desde una posición más categórica o probada, es relativamente nuevo. Aunque la historia de las conductas de juego no se circunscribe a nuestros días, sino que éstas han existido y persistido en el tiempo, el ojo científico no ha reparado en ellas hasta bien entrada la década de los años setenta del recién terminado siglo XX. Sus inicios han estado marcados, prácticamente, por las disquisiciones investigadoras provenientes de las teorías utilizadas para explicar la adicción a las drogas y al alcohol, donde más tarde, el juego patológico fue incluido como una categoría más dentro de la clasificación de los comportamientos adictivos.

En el afán de conocer y comprender cada una de las incógnitas que encierra este fenómeno tan complejo, algunos investigadores[82] se dieron cuenta que su disyuntiva esencial descansaba sobre la base de ciertas carencias conceptuales. Concretamente se afirmó que su crisis conceptual se debía a: la falta de un paradigma validado; a la falta de hechos y a la carencia de una investigación integrada, teórica y práctica.

Aunque en estos últimos años se ha avanzado, un poco, en su investigación, el modelo que más importancia ha adquirido, tanto en el mundo de la investigación cómo en el clínico (tratamiento) ha sido el de considerar al juego como una "enfermedad", posición que no ha sido de la conformidad de todos los investigadores (existen algunas variantes al modelo). De ahí, que algunos teóricos[83]sugirieran la necesidad de abordar la conceptuación de este fenómeno desde diferentes modelos interpretativos, atendiendo a la combinación de factores que en él inciden (biológicos, psicológicos y sociales).

Revisando lo que hay escrito sobre este aspecto vemos que las distintas escuelas que se ha ocupado del estudio de este tema ofrecen paradigmas o modelos

[82] Concretamente: Shaffer, Stein, Gambino y Cummings (1989).

[83] Entre otros: Taber (1987); Murray (1993); Brown (1988).

explicativos, bajo el cobijo de su propia orientación teórico disciplinar. Básicamente esta son agrupadas en dos grandes grupos: las teorías psicológicas y las hipótesis biológicas. La aproximación teórica más utilizada para analizar las diferentes teorías y modelos explicativos es la establecida por Rosenthal (1987). Esta tipología divide las categorías conceptuales en: Teorías Psicodinámicas o Freudianas; Teorías del Comportamiento; y Teorías Fisiológicas o Psicobiológicas. Aunque, este autor, discutió sobre algunas teorías sociológicas, al final no las incluyó por no considerarlas relevantes.

Si bien, la mayoría de las teorías realizan una aproximación centrada en la perspectiva individual, tendiendo a dejar a un lado otros factores que podrían ser claves tanto para la comprensión del fenómeno como para su tratamiento; la lógica nos exige que vayamos un poquito más allá de estos planteamientos y ofrezcamos al tema del juego patológico el tratamiento de fenómeno social. De modo que, abordaremos el tema, desde su configuración como patología personal del sujeto (aquí irían encuadradas todas aquellas líneas de orientación psiquiátrica, psicológica y biológica); como desde un punto de vista social, dónde se intentará dar una valoración del juego, a partir de la influencias que los factores sociales ejercen sobre el individuo, y que van a mediar, junto con otros, en la aparición de posibles conductas adictivas de juego (teorías que abordan el consumo).

7.1.- TEORÍAS BIOLÓGICAS

Estas teorías parten de la visión de entender el juego patológico como resultado de una cierta predisposición o condición fisiológica que determina la conducta de juego. Esta predisposición fisiológica significa que algunos individuos van a tener un riesgo más alto de desarrollar problemas de juego. Ahora bien, el desarrollo de esta patología va a estar apoyada por factores ambientales, tales como: antecedentes familiares de juego, dependencias a otras drogas, exposición constante al juego desde la niñez, oportunidad de jugar, o cualquier deseo de escapar de una situación desagradable; y psicosociales del individuo. Los factores de predisposición biológica analizados, por estas teorías, hacen referencia, fundamentalmente, a disfunciones neuropsicológicas (déficit de inhibición) y monoaminérgicas (déficit de serotonina) relacionada con el control de los impulsos y a factores de vulnerabiliddd genética relacionados con el sistema dopaminérgico (Fernández, 2004).

Aunque, la investigación sobre los mecanismos etiopatogénicos del juego patológico continúa siendo escasa, desde que el juego fue considerado como un trastorno patológico, la perspectiva neurobiológica empezó a desplegar diversas líneas de investigación o hipótesis neurobiológicas, postulándose la implicación de los sistemas serotonérgico, noradrenérgico y dopaminérgico. En este sentido destacan (Sicilia Salcedo, 2007):

- Los estudios de investigación centrados en determinar las afinidades nosológicas del juego con otros trastornos del control de los impulsos, que supone la implicación d mecanismos serotoninérgicos.

- Las teorías que señalan como fundamentales el arousal (nivel de activación) y el rasgo temperamental "búsqueda de sensaciones", que sustenta la hipótesis de una alteración del sistema noradrenérgico.

- Las hipótesis que hacen hincapié en la relación del juego patológico con los trastornos adictivos, y que señalan la implicación de las vías dopaminérgicas.

- Otras hipótesis con implicaciones etiopatogénicas como la que considera la ludopatía como un trastorno del estado de ánimo, o la que la incluye en el espectro obsesivo compulsivo

- Actualmente, la nueva perspectiva se centra en la genética, que intenta desentrañar el posible papel que algunos factores genéticos pueden tener como predisponentes en el desarrollo de la conducta de juego patológica.

Las teorías biológicas que gozan de mayor consideración son aquellas que suponen un "nivel de activación anormal" en algunos individuos (por exceso o por defecto) el cuál sería responsable del mantenimiento de la conducta del jugador patológico. Dentro de esta aproximación (aunque no es estrictamente biológica, ya que introduce una predisposición fisiológica) la teoría formulada por Jacobs es de las más conocidas. La teoría de Jacobs (1986) propone que los individuos con *alteraciones crónicas de la activación psicológica* (hipotensivos o hipertensivos) son los que corren mayor riesgo de adquirir dependencia, lo que funcionaría como medio para aliviar esta situación de estrés crónico. Serían muy vulnerables en la adolescencia, debido a los altos niveles de estrés característicos de la etapa de desarrollo (Secades y Villa, 1998).

Brevemente reseñar que, con la Teoría General de las Adicciones, y el Síndrome de Personalidad Adictiva, este autor, identifica una serie de elementos que hacen que un sujeto pueda desarrollar una adicción, en este caso el juego patológico. Estos factores se corresponderían, por una parte, con un estado fisiológico unipolar crónico y extremo de *hipo o hiperarousal*, que predispone a responder a una serie de reductores de estrés adictivos y no a otros; y por otra nos encontraríamos con un estado de naturaleza psicológica, consistente en profundos sentimientos de inferioridad, insatisfacción e inutilidad (Garrido, Jaén y Domínguez, 2004).

A partir de aquí y de la mano de Ibáñez y Sáiz-Ruiz (2005)[84] intentaremos presentar una descripción de la perspectiva biológica, teniendo en cuenta las

[84] Estos investigadores trabajan en el Servicio de Psiquiatría de la Unidad de Ludopatía del Hospital Ramón y Cajal. Además son profesores de la Universidad de Alcalá de Henares (Madrid).

principales líneas de investigación, estructuradas bajo tres hipótesis: la neurobiológica, la genética molecular y la etiopatogénica.

7.1.1.- Hipótesis Neurobiológicas

La investigación sobre las bases biológicas del juego patológico, aunque muy escasas, es la que ha cobrado más fuerza en los últimos años. Sus resultados apuntan hacia la implicación conjunta de varios sistemas de neurotransmisión. En particular hay evidencias sobre la existencia de un déficit serotonérgico y una disfucnión dopaminérgica, probablemente mediada por cambios en la sensibilidad de los receptores. (Ibañez, Sáiz, 2005).

A. Hipótesis Serotonérgica. La ubicación nosológica de la ludopatía como "trastorno del control de los impulsos", sustenta la base teórica que postula la existencia de un déficit serotonérgico en la ludopatía, al ser éste el hallazgo que, de forma más consciente se ha encontrado en la investigación neurobiológica de los trastornos con los que esta comprometido el control de los impulsos. Entre los datos que apoyan esta hipótesis, tenemos:

- Las evidencias que apoyan la implicación serotonérgica en su patogenia, proceden en su mayoría de investigaciones realizadas por el grupo de Saiz Ruiz en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid. Llevaron a cabo pruebas neurofuncionales con agonistas serotonérgicos, que permiten estudiar el estado funcional del sistema serotonérgio, ya que se produce una estimulación de la secreción de la prolactina, hormona de crecimiento y ACTH por la hipófisis. En el estudio se pudo observar que en un grupo de jugadores patológicos de ambos sexos una respuesta inhibida de la prolactina tras la administración de 12,5 mg de clomipramina[85]al comparar con controles sanos, lo que sugiere la existencia en ludópatas de un déficit serotonérgico y en particular una disminución de la actividad del neurotrasmisor (Moreno, Sáiz y López-Ibor, 1991).

- Otros investigadores han utilizado como agonistaserotonérgico la m-clorofenilpiperazina (m-CPP), que actúa a través de la estimulación de receptores serotonérgicos postsinápticos. En contrate con los datos anteriores, se obtuvo en un grupo de jugadores varones un incremnento de la respuesta de prolactina tras la administración de 0,5 mg/kg de m-CPP comparado con placebo[86], así como la provocación de un estado subjetivo de euforia ("high")

[85] Compuesto tricíclico que actuaría inicialmente como agonista serotonérgico puro al evitar el primer paso hepático.

[86] Cabe destacar a: DeCaria, Hollander, Grossman, Wong, Mosovich y Cherkasky, (1996).

similar al que la m-CPP es capaz de producir en otros pacientes con trastornos de los impulsos[87]. Estos resultados sugieren la existencia de una hipersensibilidad en los receptores postsinápticos, que podría estar provocada por una reducida disponibilidad del neurotrasmisor.

- En numerosos estudios se ha evidenciado una disminución de la actividad MAO-B plaquetaria en distintos trastornos en los que está comprometido el control de los impulsos, hallazgo obtenido también por el grupo de investigación de Sáiz-Ruiz en dos muestras de ludópatas varones[88] y que ha sido interpretado como un mecanismo compensador de un déficit serotonérgico primario[89]. En este sentido, la actividad MAO (monoamino-oxidasa plaquetaria) disminuida en jugadores patológicos podría considerarse más como un marcador de rasgo que de estado[90].

- Otro dato que apoya esta hipótesis es la respuesta favorable en ludópatas a fármacos que favorecen la transmisión de serotonérgica, como el litio que actuaría como agonista presináptico[91] o la clomipramina[92], aunque se trata de referencias aisladas. La fluvoxamina, un inhibidor selectivo de la aceptación de serotonina, se ha mostrado eficaz en un estudio simple-ciego realizado a 26 jugadores patológicos[93]. Los resultados de otro estudio llevado a cabo con fluvoxamina utilizando un diseño doble-ciego controlado con placebo en 32 pacientes ludópatas parece apoyar la eficacia del fármaco en los varones[94].

B. *Hipótesis Noradrenérgica*. Esta línea de investigación establece como hipótesis una disfunción noradrenérgica en la etiopatología de la ludopatía y tiene sus fundamentos teóricos en los estudios sobre el rasgo "búsqueda de sensaciones" de Zuckerman (1990) y el rasgo "extroversión" de Eysenck, ambos basados en la teoría del "arousal"; así como en los hallazgos biológicos del grupo de Roy (National Institute on Alcohol Abuse; Bethesda, USA). Básicamente el nivel de activación interna (*arousal*) tiene su substrato biológico estructural en el funcionamiento del sistema retículo-cortical, con un control fundamentalmente noradrenérgico, y cada individuo tendría un nivel

---

[87] En este caso véase: Stein, Hollander, DeCaria, Simeon, Cohen y Aronowitz (1996).

[88] Concretamente: Carrasco, Saiz-Ruiz, Hollander, Cesar y López-Ibor (1994).

[89] Más concretamente: Sáiz-Ruiz, Carrasco; Moreno (1993).

[90] Valorado por: Blanco, Oresanz-Muñoz, Blanco-Jerez y Sáiz-Ruiz (1996).

[91] Para este caso concreto destacan los estudios de: Moskowitz, (1980); Moreno & Sáiz-Ruiz, (1991).

[92] Datos aportados por: Hollande, Frenkel, DeCaria, Trungold y Stein (1992).

[93] Llevado a cabo por: Hollande,DeCaria, Mari, Wong, Mosovich, Grossman y Begaz (1998).

[94] En este caso realizado por: Blanco, Petkova, Ibáñez y Sáiz-Ruiz (1999).

óptimo de activación en el que se encontrarían subjetivamente mejor. Según esta teoría en los ludópatas el nivel de *arousal* estaría disminuido y el juego actuaría como un estímulo capaz de producirles la activación que necesitan. Entre los datos que apoyan esta hipótesis tenemos:

- En diversos estudios psicofisiológicos se ha comprobado que la participación en juegos de azar provoca en todos los individuos un aumento del nivel de activación a nivel del sistema autónomo, siendo el incremento significativamente mayor en ludópatas que en el resto de sujetos[95]. De igual modo se ha observado durante el juego en controles normales una elevación de los niveles plasmáticos de ácido úrico como ocurre en otras condiciones de activación psicológica (pérdida de trabajo, situaciones de riesgo, etc.) siendo el incremento mayor en los jugadores con apuestas que en los de sin ellas[96].

- A nivel neurológico esta teoría es apoyada por los hallazgos en jugadores patológicos respecto a controles de niveles más altos de noradrenalina en orina[97] y en LCR (Líquido cefalorraquídeo)[98]; así como niveles aumentados en LCR (Líquido cefalorraquídeo) del principal metabolito de la noradrenalina, el: 3metoxi-4-hidroxi-fenilglicol[99].

Entre las críticas que ha recibido esta hipótesis destacar aquellas que se refieren a que el rasgo "búsqueda de sensaciones" que según la teoría y los trabajos de Zucherman (1990) se encontraría elevado en jugadores patológicos, no se ha podido replicar en numerosos estudios posteriores[100].

En la misma línea, otros autores han señalado la existencia de diferencias en la puntuación del rasgo "búsqueda de sensaciones" en función del tipo de juego. Así Coventry y Brow (1993), además de encontrar una puntuación más baja en este rasgo que en la población en general, observaron que los jugadores que apostaban en caballos y/o casinos puntuaban más alto que los que lo hacían en otros juegos de azar; también se observó que era mayor la puntuación en los que estaban implicados en varios juegos respecto a un único juego.

[95] Sea el caso de los estudios realizados por: Leary & Dickerson (1985).

[96] Concretamente: Manowitz, Amorosa y Goldstein (1993).

[97] Entre otros pueden destacarse: Roy, Adinoff y Roehrichor (1988a).

[98] Para este caso concreto: Bergh, Eklund, Sodersten y Nordin (1997).

[99] Sirvan como ejemplo los llevados a cabo por: Roy, Adinoff y Roehrich (1988a); Bergh, Eklund, Sodersten y Nordin (1997).

[100] Argumentación dada por: Sáiz-Ruiz, Carrasco y Moreno (1993).

Del mismo modo, tampoco se ha podido determinar si la disfunción noradrenégica observada en jugadores y otros trastornos impulsivos es de naturaleza primaria o si por el contrario es secundaria a otras alteraciones. En esta línea algunos datos apuntan a que un déficit en la actividad de la MAO-A podría tener relación etiopatogénica con las conductas impulsivas observadas en algunos sujetos[101]

C. *Hipótesis Dopaminérgica*. Estas hipótesis tienen como fundamentos teóricos las numerosas evidencias que relacionan este trastorno con las conductas adictivas, así como la de participación de este neurotramisor en el desarrollo de las mismas (características comunes en las dependencias). Otros hechos favorecedores de la hipótesis adictiva en el juego patológico es la elevada comorbilidad que e da entre este trastorno y otras dependencias (en particular con el alcoholismo como bien hemos visto), los antecedentes familiares de adicciones encontrados en ludópatas, el curo clínico con tenencia a las recaídas y la respuesta favorable en jugadores patológicos a los modelos de tratamiento aplicados a dependencias, tanto psicoterapéuticos como farmacológicos (naltrexona). Entre los datos que apoyan esta hipótesis tenemos:

- Aunque las investigaciones realizadas para valorar la actividad dopaminérgica en ludópatas mediante el análisis de los niveles de dopamina y sus metabolitos en plasma, orina y LCR, no establecieran, en un primer momento, diferencias en un grupo de 24 jugadores respecto al grupo control[102], un estudio más reciente (aunque sobre una muestra muy reducida:10 jugadores y 7 controles) se encontró en LCR una disminución de dopamina y un aumento de sus metabolitos: el 3, 4-dihidroxi-fenilacético y el ácido homovanílico[103].

Otra línea estudiada es la que tiene que ver con que la predisposición biológica a las conductas adictivas podría estar genéticamente condicionada. Eso se basa en que estudios sobre familiares de primer grado de los pacientes ludópatas reflejan una alta prevalencia del juego patológico, estimada en un 20% y otra adicciones químicas (concretamente el alcoholismo) la incidencia encontrada, en algunas muestras, es del 40%[104].

D. Otras implicaciones etiopatológicas con implicaciones biológicas. Se cree que la ludopatía también puede estar relacionada con otro tipo de trastornos. En concreto se

[101] Concretamente: Brumer, Nelen, Breakefield y Ropers (1993); Brunner (1996); Lenders, Brunner, Murphy y Eisenhofer (1998). La comprobación se ha hecho a través de la experimentación animal y los resultados han sido positivos.

[102] Entre otras las de: Roy, Adinoff y Roehrich (1988a).

[103] Hacemos referencia a: Bergh, Eklund, Sodersten y Nordin (1997).

[104] Llevadas a cabo por: Daghestani, Elenz y Crayton (1996).

abren tres líneas de análisis relacionadas con el déficit de atención e hiperactividad en la infancia, los trastornos obsesivos compulsivos y trastornos afectivos (depresión).

- Algunos estudios apuntan una posible relación entre la ludopatía y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia (TDAH), trastorno que esta relacionado con la impulsividad, lo que vendría a apoyar la existencia de una vulnerabilidad biológica para el desarrollo del trastorno por ludopatía. Hecho que permite destacar que los ludópatas poseen una mayor frecuencia de antecedentes en la infancia de conductas relacionadas con dicho trastorno. También se han detectado alteraciones en los test neuropsicológicos y hallazgos electroencefalográficos similares a los observados en niños con dicha patología, así como una mayor frecuencia de trastornos de atención y conductas impulsivas[105] .

- Del mismo modo se insinúa que existe una relación entre la ludopatía con los trastornos obsesivo-compulsivos (TOC). Esta relación se fundamenta en la existencia de algunas similitudes encontradas entre las conductas obsesivas y las impulsivas, así como la respuesta favorable, en ambos casos, a los fármacos que mejoran la función serotonérgica. De ahí, que se llegue a postular sobre la existencia de un espectro de trastornos compulsivos-impulsivos en el que tendrían cabida varias entidades nosológicas, entre ellas el juego[106]. No obstante, existen muchos argumentos contrarios a esta formulación, por un lado se destacan diferencias básicas en la psicopatología (ausencia de dos elementos claves en la ludópatía como es: el de la "duda patológica" y el del "carácter egodistónico" de sus conductas); por otro las diferencias en los estudios en familiares enfermos de TOC, en los que no se han encontrado diferencias respecto a los controles en la prevalencia de la ludopatía[107]. Lo mismo sucede con los resultados obtenidos en las pruebas neurofuncionales con clomipramina IV, ya que en enfermos con TOC se observa, al contrario que en los ludópatas, un aumento de la respuesta de prolactina[108], lo que revelaría (lo que ya indicábamos en líneas anteriores) que existen mecanismos biológicos distintos en la etiopatogenia de ambos trastornos[109].

- La última hipótesis es la que recoge que el juego patológico puede ser una variante de la patología afectiva, Esta idea se basa, sobre todo, en la elevada incidencia observada en ludópatas, respecto a la población en general, de cuadros depresivos a lo largo de su vida, que en algunos estudios llega a ser del

[105] Es el caso de: Specker, Crlson, Chrirenson y Marcotte (1995).

[106] Entre otros: Hollander (1993).

[107] Es el caso de los llevados a cabo por: Black, Goldstein, Noyes y Blum (1994).

[108] Resultados evidenciados por: López-Ibor, Sáiz-Ruiz, Moral, Moreno y Viñas (1991).

[109] Analizados por: Ibáñez, Blanco-Jerez, Govantes y Saiz-Ruiz (1999a).

75%. No obstante, a penas ha podido ser probado su carácter primario, sino que todo induce a pensar que éste constituya un trastorno reactivo a las consecuencias negativas del juego.

7.1.2.- La Genética Molecular en el estudio del Juego Patológico

Desde hace tiempo se ha señalado que, en los jugadores patológicos se da una mayor incidencia de antecedentes familiares de ludopatía si lo comparamos con la población general. Diversos estudios han encontrado porcentajes nada desdeñables (entre el 15% y el 25%) de ludópatas con antecedentes entre los familiares de primer grado y de segundo grado[110]. De igual modo, varios autores[111] encontraron evidencias de la influencia de factores familiares en el desarrollo del juego patológico en una muestra amplia de gemelos (3.359 pares de gemelos; tanto monocigóticos como dicigotos). Los datos del estudio reflejaron que los factores heredados explicaban el 62% de los diagnósticos de este trastorno.

El desarrollo de la genética molecular ha generado nuevas líneas de estudio que nos ayudan a comprender de forma más holista la etiopatogenia del juego patológico. Especialmente éstas se han basado en el análisis directo de posibles genes candidatos elegidos en función de su teórico papel etiopatogénico, según los hallazgos biológicos obtenidos mediante otros procedimientos e investigación. Si tenemos en cuenta las hipótesis biológicas descritas, cualquiera de los genes capaces de afectar el funcionamiento del sistema serotonérgico, noradrenégico y /o dopaminérgico podrían estar implicados en el desarrollo de este problema. Las líneas abiertas de esta perspectiva se centran en:

- Se cree que el gen de la MAO-B está implicado en el trastorno de ludopatía. Aunque los datos obtenidos en un estudio genético de asociación llevado a cabo por el grupo de investigación de Ibáñez y Sáiz-Ruiz (2000), sobre un total de 68 ludópatas de ambos sexos y 68 controles sanos (similares características en los que se había descartado antecedentes psiquiátricos personales y familiares), no se obtuvieron pruebas que sugirieran tal asociación. No obstante, esto no implica que se descarte la naturaleza genética del trastorno.

[110] Lesieur (1988c); Saiz-Ruiz, Moreno, López-Ibor (1992); Citados por Ibáñez y Sáiz-Ruiz (2005).
En un estudio realizado por (Ibáñez, 1997) en el que se comparaban 70 jugadores de ambos sexos con un grupo de control formado por 129 individuos de ambos sexos y edad similar, se obtuvieron resultados que confirmaban diferencias significativas en el porcentaje cuando se compararon ambas poblaciones. Concretamente, el 20% de los pacientes tenían antecedentes de ludópatas en familiares de primer grado y un 14% adicional refirieron este tipo de trastorno en familiares de segundo orden, mientras que en el grupo control los antecedentes se situaban en el 3,9%.

[111]Concretamente: Eisen, Lin, Lyons, Scherrer, Griffith, True, Goldberg, Tsuangn (1998).

- Igualmente, Ibáñez y Sáiz-Ruiz (2005) reflejan que, si bien, no ha sido estudiada la actividad enzimática de la MAO-A en ludópatas, existen evidencias de su posible papel etiopatogénico en otros trastornos relacionados con el control de los impulsos; de ahí que se siga insistiendo en ello. En el mismo estudio (anteriormente citado), se encontró en ludópatas un revelador aumento de la frecuencia de los alelos de un polimorfismo del gen de la MAO-A en algunos grupos de jugadores, fundamentalmente en varones y de forma más significativa en los más adictos, comparado con los controles. Esta evidencia hace creer, a estos autores, que la presencia de dicha variable alélica puede representar un factor de vulnerabilidad genética para el desarrollo del trastorno en algunos subgrupos de enfermos.

- Aunque tampoco ha sido posible probar (hasta ahora)[112] la asociación entre variantes alélicas de un polimorfismo del gen de la tiroxina-hidroxiolasa y el juego patológico, esta enzima limitante de la síntesis de catecolaminas, resulta de máximo interés en el estudio del juego patológico.

- Teniendo como base el sistema dopaminérgico, se han estudiado varios genes, que se conceptúa puedan están relacionados con el juego patológico. El primero fue el receptor de dopamina D2 (DRD2), puesto que una variante alélica de éste, ya se había localizado en el alcoholismo, toxicomanías, conductas bulímicas, etc. Esto impulsó a que algunos autores creyeran que pudiera existir un "síndrome de la deficiencia en el refuerzo" mediado por el DRD2) como mecanismo común en este tipo de conductas impulsivas-adictivas-compulsivas, entre las que se incluye la ludopatía[113]. Entre otros, el estudio llevado a cabo por estos autores (Saiz-Ruiz, Ibáñez, Pérez de Castro, Fernández-Piqueras, 1998), sólo encontraron evidencias de asociación al comparar los ludópatas que tenían algún tipo de antecedentes psiquiátricos familiares respecto a los que carecían de ellos.

- Otras variantes genéticas de los receptores dopaminérgicos encontradas en jugadores patológicos, son el D1, el D3 y el D4, siendo este último el que aporta mejores resultados. Según apuntan, Ibáñez y Sáiz-Ruiz (2005), se ha comprobado que el ARNm del receptor D4, comparado con el ARNm de D2 y D3, alcanza mayores concentraciones en el sistema límbico, región cerebral de gran importancia en la regulación de las emociones y las conductas. Precisamente la variante alélica menos funcional (la de 7 repeticiones) es la que se ha encontrado asociada con el juego patológico, sobre todo en las mujeres[114].

- Si analizamos el sistema serotonégico, compraremos que el gen de mayor interés es el responsable de las síntesis del transportador de la serotonina,

[112] A juicio de: Ibáñez, Pérez de Castro, Fernández-Piqueras y Saiz-Ruiz (1999 b).

[113] Entre otros: Blum, Sheridan, Wood, Braverman, Chen, Comings (1995).

[114] Analizado por: Pérez de Castro, Ibáñez, Torres, Sáiz-Ruiz y Fernández-Piqueras, (1997).

porque como muy bien manifiestan Ibáñez y Sáiz-Ruiz (2005), esta proteína interviene en la regulación de las respuesta serotonérgica, además de ser la diana de los fármacos ISRS, que son los que se han mostrado más útiles en el tratamiento del juego patológico.

Como hemos podido ver a lo largo esta descripción, la investigación genética en el juego patológico nos aporta información empírica sobre la importancia que algunas variantes alélicas de genes de neurotansmisión serotonérgico y dopaminérgico, apuntando que algunos factores predisponentes en el juego patológico puedan estar condicionados genéticamente. Contribución que debemos entenderla, según nos sugieren Ibáñez y Sáiz-Ruiz (2005), como variable, en razón de de cada individuo y en función del sexo (en los hombres más probabilidad de disfunción serotonérgica y en las mujeres una disfunción dopaminérgica). Esta reseña apoyaría un modelo de herencia poligénica multifactorial en la etiopatogenia del juego patológico.

7.1.3- Hipótesis Etiopatogénica

Gran parte de los estudios biológicos y genéticos señalan una cierta intervención de una disfunción serotonérgica y dopaminérgica en la disquisición del juego patológico. Lejos de ser contrapuestas, estas disfunciones aparecen como complementarias, pudiéndose establecer interrelaciones entre ambos sistema de neurotrasmisión. Cómo ejemplo de interrelación basada en la intervención del sistema serotonérgico, Ibáñez y Saiz-Ruiz (2005), nos remiten al hecho de que este sistema (más primito y de funcionamiento simple) tendría una función "inhibitoria" general en el sistema nervioso central y entre otros sobre el sistema dopaminérgico, cuya función sería "excitadora" o de activador sobre determinadas funciones como la actividad motora. De ahí, que cualquier alteración o variación que supongan déficit en el sistema serotonérgico (carácter génetico y/o ambiental) como las encontradas en el juego patológico, podrían tener repercusiones sobre el sistema dopaminérgico, por ejemplo: una activación del mismo.

Por su parte, los descubrimientos conexos al sistema dopaminérgico (algunos aparentemente contrapuestos), podrían expresar la variabilidad individual en su explicación y contribuir a apoyar la hipótesis que relaciona el potencial adictivo de una sustancia o una conducta con los efectos directos o indirectos de la dopamina a nivel postsináptico[115]. Todo ha llevado a algunos autores a señalar la existencia de un *eje serotonina-dopamina* en el desarrollo de los trastornos del control de los impulsos, como en los trastornos de naturaleza adictiva.

[115] Estudiado por: Wise & Bozarth (1987); Nestler, Fitzgerald y Self (1995).

Casi todas las disquisiciones teóricas que abordan la temática del juego patológico desde planteamientos biológicos, validan la idea de que el juego patológico sea una enfermedad, en sentido biológico, que comporta un sustrato neurofisiológico. Sin embargo, la mayoría de los modelos explicativos del juego patológicos tienden a moverse entre la bio-psicología, valorando más los problemas del juego como un fenómeno que es adquirido, que como una enfermedad en sí.

Si bien es difícil decretar, si los indicadores biológicos del juego patológico actúan como causa o efecto del comportamiento excesivo, se cree que los sujetos con problemas de juego problemático pueden ser diferenciados de otros utilizando ciertos caracteres biológicos; indicadores que pueden ser detectados, prevenidos y tratados.

En términos de crítica, a la perspectiva biológica se la ha tildado de ser reduccionista y potencialmente tautológica (reitera sobre lo mismo expresándolo de distinta manera). Si bien también es cierto que esta línea de investigación es la que más avances ha tenido en los últimos años.

7.1.4.- Modelo Médico o Enfermedad

Este modelo se basa en la idea de valorar al juego patológico como una enfermedad o una patología médica que tiene que ser tratada. Esta idea está muy extendida en los círculos clínicos (incluidas las asociaciones de autoayuda y Jugadores Anónimos) cuando se intenta tratar a las personas que acuden con problemas de juego excesivo. Esta posición entiende el juego patológico en términos absolutos de *se es o no se es* un jugador patológico; no caben opciones intermedias, de ahí que los jugadores patológicos sean vistos de forma diferente a otros jugadores.

Blume (1987) describe al juego patológico como un camino no elegido por el individuo, sino como algo que le sucede. No es la manifestación de un síntoma de otra enfermedad, sino que es un problema del individuo en sí; ni tampoco un hábito inconsciente que pueda ser permutado si el individuo se centra en querer cambiar ese comportamiento. La enfermedad del juego sigue un curso identificable, común a otros que tienen el problema, exteriorizándose a través de signos propios, de síntomas, de etapas de desarrollo y que escapa al control consciente del individuo.

Al igual que las teorías biológicas, este modelo asume que los problemas del juego son causados por predisposiciones fisiológicas, no obstante entre los dos se observan algunos matices diferentes. Barroso Benítez (2003) señala como divergencia fundamental el hecho de que en las explicaciones biológicas se asume que el problema puede desaparecer, si se corrigen las anormalidades fisiológicas; mientras que el modelo médico tradicional contempla la adición como una situación irreversible, donde sólo la abstinencia total es capaz de controlar el problema.

La consideración del juego como una enfermedad ha supuesto un antes y un después en la valoración del juego como fenómeno psicosocial. Medicalizar el juego ha supuesto identificar al ludópata como un "enfermo", etiqueta que le ha servido para evitar o aminorar la culpabilidad excesiva que el jugador mantiene sobre su conducta; situación que también ha sido asumida por el modelo biológico, de ahí que ambos le confieran, a la conducta de juego excesivo, la condición o el carácter de involuntariedad.

Otra de las ventajas referidas a la concepción de este modelo radica en su utilidad. Utilidad que debe ser valorada en términos de organización y de entrega de tratamiento, tanto a él como a sus familiares (también se considera al entorno familiar como enfermo del juego). Situación que es extrapolable al contexto social. La concepción médica ha supuesto un gran avance a nivel social de la enfermedad; Se le da identidad social al poder ser diagnósticada o medida cuantitativamente (hay o no enfermedad), se le da una respuesta pública al poder ser atendida a través del sistema médico-asistencial o médico-psiquiátrico y se le confiere un valor justificativo (eximente) en el contexto legal (siempre y cuando esté diagnosticada y en tratamiento) (Barroso Benítez, 2003).

Pese a esto, son muchas las críticas que se le hacen al modelo médico. Esencialmente éstas pueden describirse y resumirse en:

1. Las que ponen el acento en resaltar los aspectos negativos que le confiere el hecho de ser tildado como un "enfermo". Algunos investigadores[116] piensan que este formulismo pude llevar al sujeto a pensar en términos de irrecuperabilidad y por ende a una recaída y abandono del proceso de tratamiento. Blume (1987) replicó esta crítica sosteniendo que el jugador puede y debe implicarse en su recuperación. De hecho, el que haya buscado ayuda implica que tiene deseos de recuperarse.

2. Otros investigadores[117], ponen su mirada en analizar los efectos que puede tener este etiquetamiento. Ser un "enfermo del juego" puede abrir la puerta a procesos de discriminación o marginación que acaben por establecer un nuevo grupo de desviados sociales.

3. Se piensa[118] que poner el acento en considerar que la enfermedad es algo que le pueda pasar a un individuo, las soluciones al problema se centraran prácticamente en el tratamiento, dejándose a un lado la parte de prevención.

[116] Entre ellos: Oldman (1978); Rosecrance (1985).

[117] Concretamente: Shaffer, Stein, Gambino Cummings (1989).

[118] En concreto: Brown (1988).

4. Otro cuerpo de críticas es el que se ha derivado del hecho de que este modelo ha sido desarrollado por la clínica a partir de autoinformes de jugadores que tenían el problema y que buscaron tratamiento[119]. Esto ha permitido pensar que no es un modelo completo, ya que obvia a una parte de la población, al centrarse sólo en los jugadores que buscan tratamiento.

5. También se ha criticado de este modelo, el hecho de considerar como fin terapéutico la abstinencia total del juego[120]. Algunos consideran que existen evidencias clínicas que sugieren que es si es posible que un jugador patológico pueda controlar su conducta de juego, sin tener que recurrir a la abstinencia total[121].

6. Este modelo se ha contemplado[122] como el sucesor del modelo moral que contemplaba el juego como una falta de voluntad o un déficit moral. No obstante, este cambio es visto como una tendencia positiva al desculpabilizar al jugador de su problema. Ciertamente lo que ha sucedido, es que este nuevo modelo se ha acoplado sobre el anterior, y que en ciertas circunstancias y por cierta gente el modelo viejo todavía es aplicado (Barroso Benítez, 2003).

7.2.- TEORÍAS SOCIO-PSICOLÓGICAS

En este grupo de teorías incluiremos a los enfoques psicológicos que han abordado el estudio del juego patológico desde diferentes perspectivas como serían: la psicoanalítica, la de personalidad o rasgo, la del comportamiento o aprendizaje social y las del comportamiento cognitivo

7.2.1.- Teorías Psicodinámicas

Denominadas también como psicoanalíticas, estas teorías han sido consideradas como las primeras aproximaciones teóricas interesadas en abordar la génesis del juego patológico. La perspectiva psicoanalítica intenta dar un sentido más *profundo* al juego, situándolo en la psique del individuo. El origen del problema del juego es por ello interno, inconsciente y fuera del control voluntario del sujeto.

[119] Planteado por: Rosecrance (1985).

[120] Concretamente: Raylu y Oei (2002).

[121] Esta fórmula terapéutica de abordar el juego patológico ya existe. La cuestión se centraría en plantear si es o no eficaz en términos absolutos (cuantos jugadores/as patológicos han sido capaces de llevar a cabo un uso racional del juego).

[122] Principalmente por: Shaffer y Gambino (1989).

Postulan que existe un vínculo entre la patología, la estructura psicológica y la historia personal del sujeto (Valleur y Matysiak, 2005).

Aunque el primer estudio psicanalítico (apareció el juego asociado al placer sexual) se le apunta a Hanss Von Hattingberg (1914), fue Freud (1928) el que inicia y despierta el interés profesional por esta patología. Aunque se pone el acento en diferentes elementos psicológicos, todos los teóricos de este modelo coinciden en afirmar que la culpabilidad es un factor determinante; que el juego es la expresión de una neurosis subyacente relacionada con una regresión a fases psicosexuales pregenitales[123]donde la conducta se orienta a satisfacer los impulsos eróticos. Sin ir más lejos, Freud (1928) estimaba que el juego era un sustituto de la conducta compulsiva de la masturbación, a la que considera la adicción original, a partir de la cual se perfilan las restantes adiciones (Robert y Botella, 2002).

A parte de esta visión, se nos muestra otra dimensión donde el juego es visto como un intento de solucionar los conflictos con la figura paterna, como un modo de infringirse castigo por los impulsos agresivos experimentados hacia la figura del padre[124]. Desde esta perspectiva. Freud (1928) intentó interpretar este trastorno -tomando como referencia la figura del dramaturgo ruso Dostoïevski- bajo la línea de la sintomatología neurótica. En su texto "Dostoïevski y el parricidio" (1928) analizó el juego en dos secuencias (Valleur y Matysiak, 2005):

- El advenimiento de la omnipotencia infantil a través de la ganancia o del sueño de ganancia, la realización mágica de fantasmas universales como la posesión de la madre (simbolizada por la suerte) y la destrucción del padre (ganar equivaldría más fuerte que el destino, símbolo del poder paterno).

- A través de la pérdida, toma la forma de autocastigo: el jugador paga el placer que le procuró la regresión infantil. ¿Por qué jugaba Dostoïevski? Jugaba para perder y así castigarse por la muerte de su padre asesinado por la servidumbre; y cómo él mismo había deseado conscientemente la muerte de ese padre despótico, debía expiar sus culpas. Las pérdidas venían representar el castigo paterno.

El valor del juego se mimetiza en su capacidad de evasión, de simbolizar la pérdida de uno mismo, lo que resulta muy atrayente para el jugador, independientemente de si obtiene o no ganancia económicas. Ganar no es importante para un jugador patológico, lo substancial es dar salida a unos sentimientos (deseo inconsciente de perder) o situaciones negativa experimentadas por el sujeto.

[123] Entre otros: Von Hattingberg (1914), Simmel (1920) y Greenson (1947).

[124] Dimensión estudiada por: Reik (1942) y Bergler (1957).

La idea de masoquismo conjeturada por Freud fue ampliada por Bergler[125] (1957). Éste subraya la idea de que el jugador es un neurótico con un deseo inconsciente de perder, buscando y disfrutando de una enigmática emoción de "placer-dolor-tensión"; al que le mueve una inconsciente rebeldía contra las figuras de autoridad, sobre todo la paterna, conduciéndole a una necesidad de autocastigo y una forma buena de autocastigarse es sucumbiendo al abismo del juego.

Aunque se han obtenido tratamientos satisfactorios en casos aislados[126] resulta muy difícil evaluar el grado de eficacia de esta forma de afrontar el problema, debido a una serie de inconvenientes de naturaleza metodológica, como son el uso inadecuado de los instrumentos de medición y la falta de estudios de seguimiento a largo plazo (Allcock, 1986)

Tras el abandono de las primeras elucidaciones centradas en las etapas edípticas, el enfoque que ha adquirido mayor reconocimiento ha sido el que esgrime como posible etiología del juego patológico a los *mecanismos de defensa*. En esta línea, Seizer (1992), sugiere que el origen del juego patológico hay que situarlo en las etapas preedípticas; siendo los mecanismos de defensa como la *omnipotencia* y la *negación* los que mejor explicarían la irracionalidad con la que el jugador cree en su capacidad de ganar frete a toda lógica.

7.2.2.- Teoría de la Personalidad o Rasgo

¿Es posible encontrar algún tipo de relación arcana entre el juego y la personalidad del jugador para que este llegue a convertirse en una patología? Desde este planteamiento teórico parecen dar una respuesta positiva a esta enigmática ecuación. Mucho se ha habla de la personalidad del jugador patológico, trasladándonos una imagen prácticamente idílica (literatura y el cine), capaz de levantar las envidias más sanas: varón bien parecido o con cierta belleza, amante del riesgo, ávido de ostentación material y éxito social, enamorado de la belleza femenina, del sexo y del dinero.

En verdad nos preguntamos, utilizando el mismo juego de palabras, ¿qué hay de realidad en esa realidad descrita? Aunque se ha intentado señalar una "personalidad tipo" (sobre todo desde la perspectiva de los rasgos generales) del jugador patológico, la realidad empírica no ha sido capaz de ratificarla. Los atributos que actualmente se le confieren a la personalidad del jugador patológico nacen de la

[125] Bergler (1957) ha sido uno de los autores que más ha estudiado el trastorno del juego desde la perspectiva psicoanalítica.

[126] A Bergler se le considera como uno de los primeros en informar sobre el éxito del tratamiento de jugadores adictos mediante psicoterapia psicoanalítica, especialmente de orientación egopsicológica.

búsqueda de elementos específicos, fácilmente asignables a naturalezas adictivas. De ahí que podamos describir (con cierta reserva) a los jugadores patológicos como personas extrovertidas, impulsivas, poco reflexivas, amantes de las situaciones de riesgo, poco dispuestos a aprender de los errores propios o de las complicaciones que su propia conducta les produce (De la Gándara, Fuentes y Álvarez, 2000).

En el intento de atribuir una serie de rasgos de personalidad que puedan actuar como predisponente de la conducta de juego, McCormick y Taber (1987) llevan a cabo una minuciosa revisión hallando cinco grupos principales de caracteres, que con innúmera probabilidad, pueden ser localizados en la mayoría de los tipos de jugadores patológiocos. Concretamente mencionaron a: un factor de tipo obsesivo-compulsivo (a parte del juego –compulsión múltiple- poca preocupación); un elemento de humor (depresión, maniaco); la presencia de situaciones y eventos estresantes que en interacción con la falta de habilidades de afrontamiento que puede tener el jugador, facilita la elección del juego como vía de escape; un factor de socialización (con problemas asociados con un desorden de personalidad antisocial); y con problemas de abuso de sustancias o múltiples adicciones (Benítez Barroso, 2003).

Dado que las investigaciones no han sido concluyentes en este sentido (metodología inadecuada), Dickerson (1989), descarta cualquier valoración que pueda hacerse entre el juego patológico y la personalidad. Además remarca que es difícil trazar un camino que permita comprobar si lo jugadores regulares presentan perfiles de personalidad similares a los jugadores problema. Por ello recomienda contemplar a los jugadores problemáticos como un gran grupo heterogéneo, sin el aforismo de un tipo específico de personalidad. A parte de esta dificultad, recordemos que los factores que integran el juego son de naturaleza bastante compleja difícil de dilucidar en un sólo postulado como éste.

7.2.3.- Teorías del Comportamiento Cognitivo

Esta teoría parte de la ideación de que la forma en que percibimos, interpretamos y valoramos los distintos elementos o sucesos de la vida es la verdad determinante de lo que sentimos y como actuamos; de nuestra conducta. Realmente, lo que hace diferenciar a los comportamientos normales de juego de los adictivos no es la conducta en sí, sino la vivencia que se tenga de ellos. (De la Gándara, Fuertes y Álvarez, 2000).

Desde esta perspectiva teórica, se presupone que los jugadores patológicos tienen una clase de creencias que mantienen su juego a pesar de las pérdidas que éste les ocasiona. A estas creencias, Walker, 1992) les otorgó el nombre de “pensamiento irracional”. Mientras juega, el pensamiento del jugador deja de ser racional y objetivo. La surte, la superstición, la relación causa-efecto, la ilusión de control, etc., inundan su

pensamiento reportándolos a un mundo irreal que sólo existe en su ensimismamiento mental. Algunos autores[127] mantienen que la regularidad en el juego facilita el establecimiento de este tipo de pensamiento, llevándole a asumir demasiados riesgos

Valleur y Matysiak (2005) creen que las visiones cognitivas han puesto de relieve los grandes errores lógicos -*distorsiones cognitivas*- de los que parte el pensamiento de un jugador patológico. El jugador tiende a hacerse dependiente de sus convicciones y creencias ilógicas, lo que les permite, ante una situación de juego, volverse muy ilógicos. Tienden a sobreestimar, con bastante regularidad, sus opciones de ganar. Sufren de lo que Bergler (1957) señaló con un gran "optimismo patológico".

Un jugador cuando juega y tiene que evaluar la probabilidad de un hecho aleatorio, esgrime una serie de principios heurísticos, cuya utilidad radica en poder acortar las complejas tareas de evaluación que entraña el mundo de las probabilidades y de predicción de valores a unas operaciones de juicio más simples, aplicando una serie de anejos que se alejan del proceder estrictamente racional. Aunque son muchas (Véase Cuadro 57) las distorsiones cognitivas, que se han descrito en el ámbito de los juegos de azar las más importantes son (Sicilia Salcedo, 2007):

- *La ilusión de control*. Que se sustenta en la creencia de que sólo las habilidades y destrezas propias harán posible controlar y vencer al azar. Sobrevalora la posibilidad de control sobre los resultados.

- *Confianza en la suerte*. Ésta emana de sobrevalora las posibilidades de ganar, independientemente de cualquier acción realizada por el jugador. Mitifica la "casi suerte" o "casi ganancia" haciéndose ver que sigue poseyendo una oportunidad real y significativa de ganar en un futuro.

- *Heurístico de la representatividad*. Intenta establecer una dependencia entre eventos sucesivos que en principio nada tienen que ver el uno con el otro, son independientes. Una forma en como se representa este heurístico es la conocida falacia del jugador tipo I, que refleja la creencia en que la probabilidad de un suceso futuro aumenta cuanto mayor es el período anterior del suceso contrario. Descrito de otra forma más sencilla, la *falacia I* consiste en creer que un proceso aleatorio contiene tendencias secuenciales. Esto refleja la creencia de que la suerte es un proceso que se autocorrige, de forma que una desviación e una dirección induce una desviación en la dirección contraria para mantener el equilibrio (ejemplo -los colores de la ruleta- si varias veces sale el color rojo seguido, más se incrementarán las posibilidades de que salga el color negro).

[127] Entre otros: Echeburúa, (1992) y Prieto Ursúa, (1999).

- *Atribución flexible*. Es la tendencia a imputar los éxitos a los factores internos, como la habilidad o el esfuerzo, mientras que los fallos se atribuyen a factores externos al jugador, tales como la mala suerte.

Hay que tener en cuenta que estas visiones cognitivas no se dan de antemano como una característica privativa del jugador, sino que estarían determinadas por la experiencia del sujeto en las situaciones de juego. Aunque, la empírica ha establecido la presencia de estas distorsiones cognitivas, aún no se ha determinado la existencia de una relación causal entre ellos, al igual que tampoco se ha decretado si los factores cognitivos están presentes en otro tipo de jugadores que no sean los patológicos. Sí parece estar más claro, que la actividad cognitiva irá cambiando en función del avance de la conducta de juego. De ahí que se crea, que estas alteraciones cognitivas son propias de la exposición al juego (consecuencia de él) y no responsables del mismo.

CUADRO Nº 57

Heurísticos y Sesgos Característicos de los jugadores de azar (Fernández-Alba, 1999)

Heurísticos/Sesgos	Definición	Ejemplos
Disponibilidad	El juicio sobre la probabilidad de un evento se realiza en función de la facilidad con la que tal suceso puede ser rescatado de la memoria.	Es de esperar que a través de la publicidad que se hace de los ganadores de la lotería o del estruendo llamativo de una máquina recreativa cuando se gana, se recuerden mejor estos episodios de ganancias que los de pérdidas y por ello se juzguen como más probables.
Representatividad	El juicio sobre la probabilidad de un evento se realiza estimando su similitud con la clase a la cual se supone pertenece ese ejemplar.	Este heurístico afecta al uso de sistemas en el juego, como por ejemplo apuntar los números de una lotería aparecidos en los días precedentes
Insensibilidad al tamaño muestral	La ley de los números pequeños, por la que se cree que las muestras de números pequeños reflejan las características de la población de la que provienen. Crea una dependencia entre eventos sucesivos que en principio son independientes.	En las carreras d caballos se usa la estrategia de apostar a los favoritos siempre y cuando éstos hayan ganado en las carreras previas. Piensan que los otros apostantes van a considerar esta situación como improbable, pues se espera que otros caballos, también favoritos, ganen; de manera que la apuesta inusual se convierte en una buena apuesta.

Heurísticos/Sesgos	Definición	Ejemplos
Falacia Tipo I	Creencia de que la probabilidad de un suceso futuro aumenta cuanto mayor es la racha anterior del suceso contrario.	Se dice de una máquina recreativa "está caliente" cuando lleva muchas jugadas sin dar premios. En la ruleta las personas jugadoras piensan que un cierto número está por salir cuando lleva mucho tiempo sin aparecer.
Falacia Tipo II	Creencia de que se puede detectar un número favorable a partir de un número de observaciones reducidos	Recuento de los números ganadores en la ruleta con el objetivo de detectar aquellos que aparentemente tienen una mayor probabilidad de aparición.
Estructura del problema	El contexto en el que se estructura un problema determina la elección de estrategias.	El hecho de que la mayoría de quienes juegan a Blackjack consideren este juego como un equipo deportivo, determina la creencia de un esfuerzo conjunto para ganar; si esto no se produce, las oportunidades se reducen. El resultado es que la persona que juega atribuye las pérdidas a los demás: a un "mal jugador"
Fijación en las frecuencias absolutas	En la valoración del éxito se tiene en cuanta la frecuencia absoluta (cuánto se gana)más que la frecuencia relativa (balance entre pérdidas y ganancias)	Aunque el gasto sea superior a las ganancias, quien juega no tiene en cuenta sus pérdidas
Sesgos de la información concreta	La información concreta, como la basada en recuerdos vividos o incidentes llamativos, domina la información abstracta, como los cálculos o los datos estadísticos.	Quienes juegan Blackjack perciben que usar procedimientos para contar las cartas no funciona., porque no se tiene en cuenta la idiosincrasia de cada situación específica. La explicación es que las persona jugadoras tienen problemas para comprender la naturaleza probabilística de una estrategia basada en principios estadísticos. Para ellos una estrategia efectiva es aquella que funciona como tal en cada una de las situaciones individuales.
Correlación Ilusoria Pensamiento mágico	Variables que de acuerdo con algún tipo de idea estereotipada se consideran que cobrarían, cuando en realidad no es así.	Quién juega al bingo explica que tenía un rotulador de la suerte que sólo utilizaba para marcar cierto número, tachando el resto con otro rotulador, ya que al de la suerte se le estaba acabando la tinta.
Inconsistencia del proceso	Las personas presentan algunas veces, una incapacidad para explicar una estrategia de juicio consistente a través de una serie de casos. Cuando dos modelos de predicción diferentes son usados como alternativa uno del otro, es posible crear la ilusión de que los resultados son predecibles sin tener en consideración los modelos. De manera que los modelos siempre se podrán interpretar como una confirmación de alguno de los modelos.	Quién juega decide continuar o pararse a 15 puntos del As que posee el contrincante, puede tener en cuenta las cartas aparecidas con anterioridad, de manera que a cartas altas supuestamente le seguirán bajas, y viceversa o puede pensar en el orden de las cartas de la baraja, una carta alta confirma el modelo que considera el orden de la baraja. Una carta baja confirma el modelo que está basado en consideraciones probabilísticas a largo plazo. Cambiando de un modelo a otro, salga el resultado que salga, va a facilitar la creencia de que los resultados eran predecibles.

Heurísticos/Sesgos	Definición	Ejemplos
Extrapolación no lineal	Dificultad para estimar probabilidades juntas de eventos simples	Quien juega puede entender que la probabilidad en ganar una apuesta en la ruleta al rojo o al negro es del 50%. Sin embargo resulta extremadamente difícil estimar la probabilidad después de 100 vueltas.
Confianza en los hábitos	La gente elige determinadas alternativas porque suele ser costumbre hacerlo así.	En la ruleta hay claros ejemplos ("el cinco, el dieciséis y vecinos", "los cinco números", "los diamantes mágicos") que ponen de manifiesto como existen unos patrones de apuestas preferentes basados en las costumbres más que en el cálculo de las probabilidades.
Justificabilidad	Se prefiere una regla que es justificable a otra para la cual no existe justificación evidente.	Cuando una persona jugadora decide pararse a dieciséis puntos del 7 que posee el contrincante, lo hace, a pesar de que las probabilidad de perder con 16 puntos es todavía mayor, porque el cálculo de la probabilidad de perder sí continua jugando es más sencillo.
Reducción de la complejidad	Antes de la toma de decisión, los problemas complejos se reducen a problemas más sencillos.	Para quien juega a la lotería, la compleja estructura de ésta se reduce a que el precio del boleto sea razonable y a que la cantidad y calidad de los precios sean adecuadas, sin tener en cuenta la relación entre ambos, el número de boletos vendidos o lo que se hace con los no vendidos.
Ilusión de control	La actividad que atañe a un resultado incierto puede por sí misma inducir en una persona sentimientos de control sobre dichos resultados.	La ruleta, el Blackjack e incluso las máquinas recreativas con premio están diseñadas de forma que los/as jugadores /as deban tomar constantemente decisiones, desarrollándose así la sensación de estar influyendo en el resultado.
Estructura de aprendizaje sesgadas	Los resultados observados pueden producir una información incompleta acerca de otras predicciones.	A partir de un cierto resultado se pueden evaluar los efectos del juego, mientras que se eluden los del no juego.
Atribución flexible	Tendencia a atribuir los éxitos a las habilidades propias y los fracasos a influencias de otro tipo.	La aparición de un evento fortuito en un partido de fútbol es considerado como el responsable del resultado negativo.
Perder poco a poco	Perder poco a poco es un signo alentador que confirma la estrategia de quien juega y aumenta la esperanza de que el premio esté próximo.	Al perder por poco, el jugador pensará que su suerte está cambiando, ya que el premio está cerca.

Heurísticos/Sesgos	Definición	Ejemplos
Diferencia entre el azar y la suerte	Azar: alude al falta de conocimientos sobre la causa de un evento Suerte: afecta a los resultados de forma personal	Quien juega puede creer que se pierde más que se gana, pero en su caso ese dato estadístico no se puede aplicar ya que es su día de suerte.
Sesgos de las explicaciones "post hoc" o sesgo retrospectivo	Retrospectivamente, las personas no se sorprenden por lo ocurrido e incluso creen que predijeron el resultado	Las pérdidas son percibidas como resultados erróneos. Éstas por una inesperada razón no se ajustan a la predicción correcta, por lo que las pérdidas no son interpretadas como una refutación de sus modelos de predicción.

Fuente: Sicilia Salcedo (2007: 32-33).

7.2.4.- Teoría del Aprendizaje. Modelos Conductistas

Esta teoría percibe el juego como un comportamiento aprendido a través de la imitación, de una figura admirada o de uno de los iguales (Barroso Benítez, 2003). El hecho de exponerse de forma prolongada a situaciones de juego, la existencia de modelos en la familia o en los amigos, ver o otros jugar, obtener premiso y divertirse) influye de forma importante en el inicio de conductas de juego. Varios estudios han demostrado que la probabilidad de que los hijos de jugadores patológicos se conviertan a su vez en adictos al juego, pueden llegar a ser hasta el 50% de los casos[128].

Investigando el papel que podría tener el aprendizaje social en la adquisición de la conducta de juego, Kearney y Drabman (1992), llevaron a cabo un estudio con niños. El grupo experimental fue expuesto a un modelo que, en una situación de riesgo ganaba de forma manifiesta un gran premio (llamativo oso de peluche); mientras que los niños del grupo control observaban a un modelo que no ganaba nada. Más tarde todos fueron expuestos a una situación de riesgo similar, obteniendo como resultado que los niños que habían observado el modelo que ganaba premio, corrían más riesgos para intentar ganar que los otros (Secades y Villa, 1998).

Los modelos operantes fueron los primeros en explicar el juego patológico desde el paradigma del aprendizaje (Skiner, 1953). Explican su persistencia en función de tasas de refuerzo irregular y se basan principalmente en experimentos de laboratorio. El juego se incrementaría con la disponibilidad y la exposición. Dickerson (1979)[129] amplia este modelo, admitiendo dos tipos de reforzadores: la ganancia de dinero y la excitación asociada a las cogniciones y estímulos ambientales.

[128] Entre ellos los llevados a cabo por: Lesieur y Heineman (1988).

[129] Citado por Secades y Villa (1998).

Básicamente, estos modelos intentan explicar el desarrollo del problema del juego como una conducta aprendida resultado de un proceso de refuerzo. La iniciación al juego se concibe como una preparación, un aprendizaje del comportamiento por recompensa y castigo; donde la frecuencia del comportamiento de juego y la cantidad de dinero gastada en el mismo está determinada por el contexto social o por le entorno del jugador: donde tenga más posibilidades de jugar, él jugará.

Una de las mayores dificultades en la aplicación de esta teoría ha sido la identificación del elemento que puede actuar como refuerzo del juego patológico. Los resultados son varios (Sicilia Salcedo, 2007):

- Algunos autores (Morán, 1970) consideran que puede ser el incentivo económico, sobre todo en las etapas iniciales.

- Según el condicionamiento operante, Skinner (1953), la vulnerabilidad e imprevisibilidad en los refuerzos eran características que contribuían a potenciarlos y a perpetuar una conducta aprendida, En este sentido la ganancia que tiene lugar en los juegos de azar se ajusta a esos criterios.

- Según enuncian Ochoa y Labrador (1994), las conductas de juego de azar están controladas por un *programa de razón variable* en el que las conductas obtienen un premio sólo en algunas de las apuestas de forma aleatoria y sin control directo por parte del jugador. Este programa de reforzamiento genera expectativas muy altas, provocando una tasa de conductas elevadas y estables, resistentes a la extinción.

- El condicionamiento clásico, señaló que el verdadero elemento reforzante del juego patológico es interno, y estaría constituido por el estado de excitación que el juego es capaz de provocar en el sistema nervioso central. Esta activación psicofisiológica, es vivida como algo placentero debido a los premios, puesto que cualquier estímulo o conducta que preceda a una ganancia llegará a provocar una respuesta condicionada de placer. Se insinúa que la excitación es la droga del jugador patológico. No obstante, los estudios que han evaluado este elemento, bien por medidas psicofisiológicas o por medio de índices subjetivos, no son concluyentes, ya que en algunos casos no aportan diferencias significativas entre los tipos de jugadores: los adictos, los regulares y los ocasionales.

- Otros[130] intenta explicar el problema del juego con el llamado "mecanismo de ejecución conductual". Esto implica que cuando una conducta se convierte en habitual, cualquier estímulo relacionado con ella, ya sea interno (pensar en jugar) o externo (entrar en un local donde se juega habitualmente), provoca en el individuo la necesidad de llevar a cabo dicha acción, de forma que si esta no

[130] Entre ellos: Blaszczynski, A.P., Wilson, A.C. y McConaghy, (1986).

se realiza se provoca un intenso malestar subjetivo por lo que la persona jugadora llevaría a cabo la conducta de juego a pesar de sus consecuencias nocivas, para evitar los estados fisiológicos negativos.

Por su parte, Secades y Villa (1998), nos ofrecen una descripción bastante completa sobre cuáles serían las razones que mejor explican la persistencia del juego. Partiendo del modelo de condicionamiento operante, estos autores señalan que la probabilidad de que ocurra una conducta (juego) viene determinada por sus consecuencias. En las primeras fases la conducta de juego puede explicarse por su asociación con reforzadores positivos (premios tanto monetarios como recompensas sociales). Pero no sólo los estímulos positivos estimulan el juego, los fallos que rozan el éxito refuerzan mucho este tipo de conductas, ya que excitan mucho al jugador fortaleciendo su conducta de juego. El resultado que se pretende es que el jugador no esté "constantemente perdiendo" sino prácticamente "casi ganando". Sin embargo, la persistencia del juego en fases posteriores viene a explicarse principalmente por reforzamientos negativos[131]. Éstos consisten en la retirada o evitación de una situación o estímulo desagradable después de haber realizado una conducta (en este caso la de juego). Los jugadores aprenden que el juego les ayuda a disminuir o eliminar sentimientos negativos como la ansiedad, la depresión o los deseos de recuperar lo perdido.

De forma general se podría bosquejar que las teoría o modelos conductuales parten de considerar la conducta de juego como un comportamiento normal, que puede llegar a ser excesivo o patológico al estar reforzado, no sólo por el dinero que se puede gastar, sino también por los muchos estímulos excitantes asociados al proceso como pueden ser: la suerte, el éxito, el poder, etc. De la Gándara, Fuertes y Álvarez (2000) nos resumen muy bien como puede engendrarse una conducta perniciosa de juego, teniendo en cuenta, que el poder de actuar vendría condicionado por una doble fuerza: la del impulso y la del hábito; y si a esta fórmula magistral se les añade el elemento mágico -el incentivo (premio)- es quimérico que el jugador no caiga en la trampa.

Valleur y Matysiak (2005) ponen como ejemplo de estos modelos las máquinas tragaperras. Los fabricantes de estas máquinas han preparado, según las teorías del condicionamiento operante de Skinner, un programa de refuerzo del comportamiento tremendamente eficaz: el reforzador (ganar) es prodigado en intervalos variables y en proporciones variables (los programas informáticos de las máquinas tragaperras están destinados a redistribuir lo que está en juego de forma totalmente aleatoria) El comportamiento buscado (introducir monedas en la máquina) se obtiene mediante un condicionamiento particularmente eficaz, por un período muy largo y capaz de resistir

[131] Estos autores intuyen que los reforzadores negativos puedan estar –también- implicados en el mantenimiento de la conducta de juego desde el principio de la misma y no sólo en las fases posteriores. Ejemplo de ello pueden ser los casos en que los jóvenes empiezan a jugar para huir del aburrimiento, de una situación desagradable o de un bajo estado de ánimo (Secades y Villa, 1998).

los cambios del contexto . En este esquema, el jugador es dependiente de forma pura, sin otro objeto que la ganancia y la espera de ganancia, sin que el "sentido del juego" tenga la mayor importancia.

Aunque la Teoría del Aprendizaje Social se sustenta en razones fundamentalmente psicológicas, ésta puede comprender otros modelos procedentes de distintas aproximaciones disciplinares, como pueden ser las perspectivas fisiológicas, el modelo médico y la sociológica. Un ejemplo de ello es el modelo explicativo ofrecido por Brown (1988). Este autor sugiere que una teoría del aprendizaje social debería abarcar los más amplios niveles de explicación e incorporar fenómenos fisiológicos y sociológicos a los ya consabidos psicológicos (psicodinámica, cognitiva), en un modelo general que sea capaz de facilitar una visión holística del fenómeno de las adiciones en general y del juego patológico en particular.

7.3.- MODELOS EXPLICATIVOS DEL JUEGO PATOLÓGICO. HACIA UNA INTEGRACIÓN DE LAS DISTINTAS PERSPECTIVAS TEÓRICAS PRESENTES EN EL ANÁLISIS DEL JUEGO PATOLÓGICO

7.3.1.- Modelo de Brown

Brown (1987) propone un modelo general del juego bastante completo, desde sus estudios sobre el arousal y el papel que éste juega en el desarrollo y mantenimiento de la conducta adictiva del juego. Establece como variables injirientes en el proceso a (Robert y Botella, 2002):

- *Relaciones internalizadas con el objeto sobre el que se fantasea*. Incluye las relaciones imaginadas y sentidas con las figuras parentales internalizadas y con sus proyecciones ("Diosa Fortuna"), además de los intentos derivados de comprobar, tratar de manipular o cambiar esas relaciones a través del juego.

- *Necesidades psicofisiológicas del arousal*. Incluye las preferencias por un determinado nivel de arousal y la utilización del juego como un modo de autorregulación.

- *Variables cognitivas*. Incluye las distorsiones perceptuales y de pensamiento que tiene el jugador sobre sí mismo, los otros y las apuestas. También la ilusión de control, la evaluaciones sesgadas, las expectativas de ganancia y los sueños sobre cómo cambiará su vida cuando gane.

- *Factores afectivos*. Incluye el poder que tienen las emociones como la ansiedad y la depresión para gestar una conducta de juego.

- *Patrones de refuerzo conductual*. Incluye el refuerzo intermitente de razón variable.

- *Determinantes sociales e institucionales*. Incluye las estrategias con las que puede disponer un jugador para obtener dinero para jugar y pagar sus deudas.

- *Relaciones significativas con otros*. Incluye la necesidad de poder, de afecto, estatus y seguridad, principalmente con la familia y los intentos de gratificar esas necesidades a través del juego.

- *Condiciones socioculturales*. Incluye las oportunidades para jugar, modelado por parte de padres u otras personas significativas, presión social para jugar, ausencia de actividades incompatibles o alternativas al juego, falta de otras oportunidades para prosperar, actitudes sobre el juego y valores dominantes en su medio social y grupos de referencia.

Todas estas variables irían combinadas de diferentes formas, en cada jugador, en distintos momentos del proceso de juego; adjudicando en cada fase una posible combinación de ellos. Concretamente cree que:

- En la etapa de *inducción* de la conducta de juego. Predominio de los elementos socioculturales.

- En la de *adopción* de la conducta de juego, Ésta dependerá principalmente de los patrones de refuerzo conductual existentes en las primeas experiencias de juego, de las necesidades de *arousal* y de la necesidad que tenga de buscar sensaciones, o de ser susceptible al aburrimiento.

- En la fase de *desarrollo* del juego. Al convertirse el juego en la actividad de placer predominante, ésta estaría influenciada por todos los factores (en mayor o menor peso, según los jugadores), con predominancia de los sociales e institucionales.

- En la fase de recaída. La anticipación afectiva y cognitiva del juego produce distintos efectos, según tenga el sujeto acceso o no al juego. Si puede jugar se produce un incremento del arousal y un alivio del aburrimiento o de otros estados desagradables, que actúan como reforzantes para el sujeto. Si no juega experimentará emociones desagradables como el aburrimiento, la apatía, la inquietud, etc. Asimismo, el sujeto se verá reforzado por cada paso que de hacia la recaída y sancionado por evitarla.

7.3.2.- Modelo de Blaszczynski y Colaboradores

Blaszczynski y Colaboradores (1986), parten de la creencia de que posibles deficiencias en el nivel de endorfinas-B puedan predisponer a algunos individuos a responder de manea positiva a actividades que eleven su nivel de arousal y de endorfinas, y por ende, el estado de ánimo. Otros factores que también favorecerían estas conductas de juego serían:

- La exposición temprana al juego por parte de la familia o amigos y la disponibilidad del juego.

- Estrategias inadecuadas de afrontamiento o determinadas características de personalidad podrían generar ansiedad o disforia, pudiendo la persona utilizar el juego como fórmula que contrarreste esos sentimientos desagradables, buscando un nivel óptimo de arousal.

- Con las repeticiones reforzará esta asociación, de modo que el jugador irá incrementando esas respuestas como modo de reducir la depresión y la ansiedad mediante una acentuación en la endorfina-B en los jugadores que practican juegos de habilidad como las apuestas, o mediante un escape emocional (refuerzo negativo) en los jugadores de máquinas tragaperras.

- Las pérdidas coligadas al aumento del juego acrecentarán los estados de ánimo disfóricos y la ansiedad, forjando a que el jugador quiera seguir jugando.

- A partir de ese momento hará su aparición la “tolerancia” impulsando al jugador a ampliar cada vez más y más las apuestas como modo de superar sus efectos. Las pérdidas incrementaran el juego como un medio para recuperarse. Si alguna vez intentará detener el juego se activaría el mecanismo de ejecución conductual dando lugar a un aumento en el malestar, que le conduciría a ejecutar la conducta, apoyada por las alteraciones cognitivas, que terminaran distorsionando la percepción sobre los resultados del juego, dando paso a más juego.

7.3.3.- Modelo de McCormick y Ramírez

McCormick y Ramírez (1988), formalizan un modelo integrador, basándose en la teoría de la personalidad, donde tiene en cuenta cinco elementos que intentarían

explicar el origen del juego patológico. El perfil individual del jugador vendría delineado por la combinación de esas cinco variables, pero siempre bajo el yugo del factor clave que es la exposición prolongada a situaciones de juego. Resumidamente serían (Garrido, Jaén y Domínguez, 2004):

- Una predisposición o vulnerabilidad biológica, trasmitida de forma hereditaria (todavía sus evidencias no son concluyente).

- Un fracaso en la Socialización. Revelada en la falta de habilidades sociales; adquisición de valores sociales poco apropiados, alta competitividad, deseo de estatus, etc., frente a valores como la solidaridad y el ahorro.

- Haber estado en contacto con vivencias estresantes en las primeras etapas de la vida.

- Determinados atributos de personalidad y posibles trastornos de la misma.

- Tener contacto con situaciones o eventos estresantes recientes.

Para estos autores el proceso de juego seguiría una secuencia muy clara: cuando un sujeto se encuentra ante situaciones estresantes que le producen malestar psíquico y no cuenta con las habilidades necesarias puede fijarse en las conductas adictivas como fórmula que le ayude a afrontar su situación. El tipo de adicción elegido dependerá de diferentes variables, teniendo un mayor peso la exposición y la accesibilidad. Experimentados los efectos reforzantes volverá a buscar esa actividad cada vez que se sienta con estados de ánimo displicentes, lo que conllevará un aumento de esas conductas hasta que se halle atrapado en una tela de araña de la que crea que no puede salir.

7.3.4.-Modelo de Sharpe y Terrier

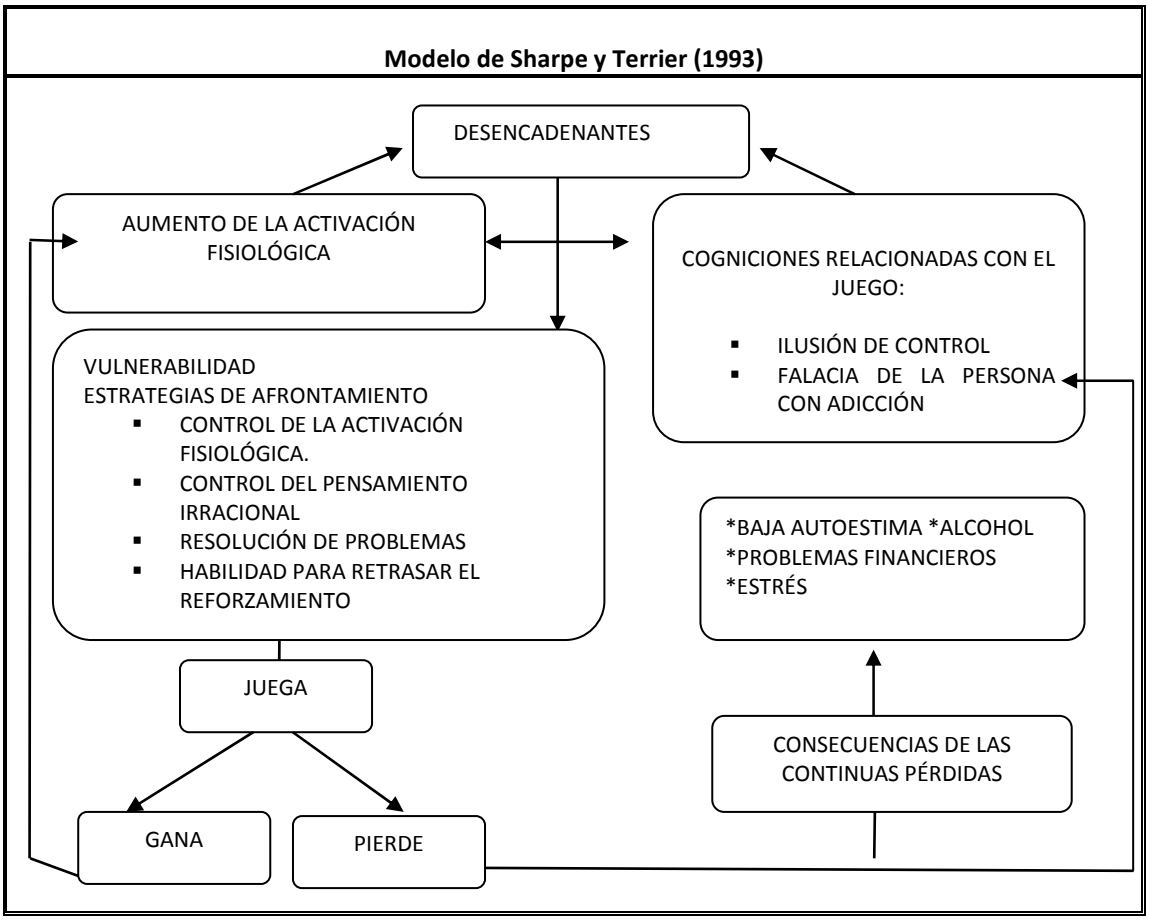
El modelo de Sharpe y Terrier (1993) se avista como un modelo integrador de las aportaciones conductuales y cognitivas. Entienden que la adquisición y mantenimiento de la conducta de juego pueden ser explicadas a la luz de los principios conductistas (condicionamiento clásico y operante). Los principios del reforzamiento incluirían el programa continuo que supondría el incremento del arousal contingente con el juego y que es interpretado como excitación, y el programa intermitente de la ganancia monetaria. La combinación de ambos reforzadores proporcionaría la base de la rápida adquisición y el incremento de la resistencia a la extinción de la conducta.

Este patrón de reforzamiento va a permitir que los estímulos relacionados con el juego se asocien, a través de un condicionamiento clásico, con los estados de activación autónoma que lo acompañan. Del mismo modo, éstos llegarían a asociarse con los sesgos cognitivos que se van produciendo a lo largo de la conducta de juego.

Estos autores también vislumbran, que la responsabilidad de que una conducta de juego se mantenga a lo largo del tiempo recae en la relación que se establece entre pensamientos, situaciones y activación (Véase Cuadro 58). Esta reciprocidad incrementaría las probabilidades de que el jugador quiera jugar. Asimismo, postula que la presencia o ausencia de ciertos grupos de habilidades determinarán la vulnerabilidad de una persona a dejarse seducir por el juego e introducirse en su resorte patológico.

CUADRO Nº 58

Modelo de Sharpe y Terrier (1993)



Fuente: Sicilia Salcedo (2007: 30).

Para concluir señalar que, los enfoques integradores del modelo conductual y la perspectiva cognitiva, son los que más aplicación tienen en la práctica para ayudar a los jugadores a solucionar su problema de adicción al juego. Vista la complejidad que entraña el juego patológico, casi todos los expertos abogan por ir un poco más allá y plantean la necesidad (vista la dispersión de modelos y motivaciones existentes) de formular un modelo capaz de integrarlas a todas. En esta línea y, bajo la percepción de

que es un error pensar que el juego sólo responde a una determinada causa (es un problema hereditario o que el juego sólo se debe a la presión social, etc.), De la Gándara, Fuertes y Álvarez (2000) proponen lo que ellos han dado en llamar "Modelo Neuroconductual Integrador"; enfoque que se basa en el trinomio -*bio*-*psico*-*social*- que contempla los diferentes factores o causas implicados en la conducta del juego, y así poder superar las limitaciones inherentes al uso de las concepciones parciales, cuando se intentan explicar fenómenos tan complejos, como el que tenemos en nuestras manos.

CAPÍTULO V

Procesos de Evaluación e Intervención Sistémica en el Juego Patológico

1- EVALUACIÓN DEL JUEGO PATOLÓGICO

Dada la magnitud de las cifras y la importancia que ha adquirido el problema del juego en la sociedad actual, cada vez se impone más la necesidad de llevar a cabo una identificación precoz de aquellas personas que pueden estar al límite o lo hayan sobrepasado y estén teniendo un problema de adicción al juego.

Con el fin de conocer la prevalencia y detectar los problemas de juego se han elaborado toda una serie de instrumentos de medida dirigidos, tanto a la población general, como específicamente a jóvenes y adolescentes. Deja claro que, aunque se tratan de instrumentos útiles para efectuar una primera aproximación genérica a poblaciones de riego, no son suficientes para realizar un análisis detallado de la problemática concreta de cada sujeto jugador.

El objetivo de la evaluación individual de cada persona es una premisa indispensable para llevar a cabo un buen diagnóstico; valoración que, según explicitan Ibañez y Sáiz (2000), debe de comprender los siguientes aspectos:

- Comprobar que la persona cumple los criterios diagnósticos de ludopatía como entidad propia, llevando a cabo el diagnóstico diferencial con otras modalidades del juego patológico y en particular con otras conductas de juego patológico que pueden aparecer en el transcurso de otros trastornos psiquiátricos y que requieren una atención específica, como por ejemplo: el episodio de manía o hipomanía, el retraso mental, el trastorno psicótico y el trastorno de personalidad.

- Evaluación conducta. Llevar a cabo un análisis descriptivo y funcional de la conducta de juego, estado afectivo, arousal, impulsividad, locus de control y acontecimientos vitales estresantes.

- Evaluación de los trastornos psicopatológicos asociados al juego patológico. Es necesario decretar si la sintomatología ansiosa y/o depresiva que puede aparecer es reactiva a los problemas creados por la conducta de juego o si constituye un trastorno independiente que requiera terapia propia.

- Evaluar el consumo de alcohol y /u otras sustancias psicoactivas, ya que si esto fuera así (adicción asociada) sería más eficaz aplicar un tratamiento combinado.

- Análisis riguroso de las consecuencias de juego. Evaluación de los efectos en el ámbito familiar, laboral, social y económico, así como las posibles implicaciones legales que tuviera el jugador.

- Evaluación de la motivación del individuo cuando acude en busca de ayuda. Aspecto muy importante ya que de ella dependerá gran parte del éxito del tratamiento.

- El proceso de evaluación tiene por sí mismo implicaciones terapéuticas de gran importancia, ya que constituye el primer contacto con el sujeto. De ahí que las primeras entrevistas resulten esenciales, ya que cuando se establece una relación empática entre la persona terapeuta y la enfermedad, se favorece el proceso terapéutico.

1.1.- INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA DE JUEGO. EVALUACIÓN CLÍNICA

A partir de aquí se describirán las características generales de los instrumentos de evaluación utilizados por los expertos, así como sus propiedades psicométricas.

1.1.1.- Entrevistas Estructuradas y Semiestructuradas de la Historia de Juego

Las entrevistas estructuradas suelen aplicarse con el objetivo de establecer un diagnóstico, de ahí que su contenido este conformado por un conjunto de preguntas referidas a la sintomatología del juego. Auque puede ser sustituida por un cuestionario, no podemos olvidar que una entrevista siempre va a conformar una mayor flexibilidad, permitiendo obtener una información adicional. Destacaremos:

A.- La Entrevista Estructurada de la Historia de Juego (Echeburúa y Báez, 1994a) consta de 10 ítems que recogen datos sobre los hábitos de juego de os padres, el inicio y el agravamiento de la conducta de juego en pacientes (incluyendo altibajos y períodos de abstinencia) y otros aspectos de la vida cotidiana (familia, pareja, trabajo, estudios, relaciones sociales, ocio, etc.) que son muy útiles en la evaluación y control del problema específico de cada sujeto. Resulta ser un instrumento de mucha utilidad para establecer empatía con el paciente, hecho que va a permitir explorar las variables que han incidido en cada caso en el desarrollo y mantenimiento del juego problemático.

B.-Diagnostic Interview for Gambling Schedule (DIGS) (Winters, Specker y Stinchfield, 1997). Estos autores desarrollaron esta entrevista clínica estructura con varios propósitos: como instrumento de ayuda al diagnóstico, como base para determinar las necesidades de evaluación complementaria, y para planificar el tratamiento (Salinas, 2004). Incluye 20 ítems (dos por cada criterio de diagnóstico del DSM-IV) referidos a toda la vida y el año pasado. La puntuación total es de 0 a 10. Este

instrumento contiene datos muy diversos: demográficos, implicación en le juego, historial de tratamientos, inicio de juego, frecuencia de juego, cantidades de dinero apostadas y pérdidas, fuentes de financiación, problemas financieros, problemas legales, *screen* de salud mental y otros desórdenes, situación médica, funcionamiento social y familiar y síntomas de diagnóstico.

C.- La Entrevista Semiestructurada nos va a permitir evaluar de forma pormenorizada el problema de juego y las consecuencias derivadas de esta actividad. Debido al contenido que integran algunos aspectos que van a ser tratados, se recomienda realizarla exclusivamente con el paciente, recordándole la confidencialidad de la información suministrada, aunque en algunos casos puede ser oportuno convencer al paciente de la necesidad de dar a conocer ciertos datos o situaciones como parte del proceso de intervención.

1.1.2.- Cuestionarios utilizados para evaluar la conducta de juego. Cuestionarios de exploración

Estos cuestionarios son muy útiles ya que facultan una exploración o criba inicial que permita detectar un posible problema de juego. Los hay para adultos y para menores (niños/as y adolescentes).

1.1.2.1.- Cuestionarios para su aplicación en población adulta

1.- *El Cuestionario de juego de South Oaks Gambling Screen (SOGS)* (Lesieur y Blume, 1987; validación española de Echeburúa y Báez, (1994b). Es un cuestionario de 20 ítems elaborado con arreglo a los criterios del DSM-III (APA, 1980), pero adaptable también a los del DSM-III-R (APA, 1987). Se erige como el cuestionario más fiable y válido del que se dispone actualmente para diagnosticar el juego patológico, así como el más utilizado en diferentes contextos y culturas. Una de sus limitaciones es que las preguntas tienen un carácter atemporal y por ello, no es sensible al cambio terapéutico o (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2000).

Es de rápida aplicación y el contenido de sus ítems se relaciona, entre otros, con las conductas de juego, las fuentes de obtención de dinero para jugar o pagar deudas y las emociones implicadas. La verdadera utilidad de este cuestionario radica en que permite obtener una detección precoz del problema de juego. Su limitación es que es una prueba de *screning*, útil para llevar a cabo una primera aproximación a poblaciones de riesgo, pero demasiado genérico para posibilitar un análisis funcional detallado de los problemas concretos de cada sujeto (Barroso Benítez, 2003).

Además, es posible que con él no se pueda identificar con exactitud a las personas jugadoras patológicas. También se le ha cuestionado la forma en como establece la distinción entre personas jugadoras normales y patológicas, distinción que subyace en los ítems de este cuestionario y que presupone la existencia de dos grupos bien diferenciados y no un continuo en el proceso de implicación en la conducta de juego. Considera los diferentes tipos de juego como iguales, asumiendo que esta actividad conforma un grupo homogéneo, lo que dificulta vincular las tasas de prevalencia a formas particulares de juego (Fernández, Pérez y Sicilia, 2007).

CUADRO Nº 59

Cuestionario South Oaks Gambling Screen (SOGS) Ficha Técnica	
Número de Ítems	▪ 20 (a efectos de puntuación) desarrollados a partir de los criterios del DSM-III
Punto de corte	▪ Probable persona jugadora patológica: 5 ó más ítems afirmativos ▪ Probable persona jugadora problema: 3 ó 4 ítems afirmativos.
Fiabilidad	▪ Coeficiente test-retest = 0,71; $p < 0,01$ ▪ Coeficiente Alfa de Cronbach = 0,97; $p < 0,001$
Validez	▪ Adecuada validez de criterio ya que correlaciona significativamente con las valoraciones de evaluadores independientes (r = 0,86; $p < 0,01$) ▪ Validez externa satisfactoria. Correlaciona significativamente con las valoraciones de los miembros de la familia (r = 0,60; $p < 0,01$) ▪ Validez convergente = 0,94 (criterios DSM-III-R) ▪ Validez discriminante: incremento de falsos positivos cuando se usa con una muestra de la población general, donde las tasas de frecuencia de este trastorno son bajas.
Validez española	▪ Punto de corte probable jugador patológico = 4 o más ítems afirmativos. ▪ Fiabilidad: coeficiente test-retest = 0,98; coeficiente alfa de Cronbach = 0,94. ▪ Validez convergente = 0,92 (criterios DSM-III-R) ▪ Validez de contenido =75% de los criterios DSM-III-R. ▪ Eficacia diagnóstica = 98% ▪ Estructura factorial = dos factores: - 1º factor: abarca 13 ítems y representa una dimensión general de dependencia al juego, es el más global y explica un 37% de la varianza. - 2º factor: comprende 5 ítems y refleja una dimensión de endeudamiento y explica el 17% de la varianza.

Fuente: Fernández-Montalvo y Echeburúa (2000) y Fernández, Pérez y Sicilia (2007).

2.- Cuestionario Breve de Juego Patológico (CBJP) (Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez, 1995). Es un cuestionario de *screening* de rápida aplicación ya que sólo consta de cuatro ítems. Se presenta de forma autoaplicada, aunque también puede cumplimentarse en el transcurso de una entrevista (Fernández-Montalvo y

Echeburúa, 2000). Permite combinar el muestreo tradicional con la entrevista terapéutica, agilizando el proceso de evaluación y sobre todo, no redundando en ciertos aspectos del juego que serán valorados posteriormente con la entrevista clínica (Fernández, Pérez y Sicilia (2007).

Se sustenta en la versión española llevada a cabo por Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez (1994b) del *Cuestionario de juego Patológico de South Oaks (SOGS)* de Lesieur y Blume (1987). Su contenido hace referencia a si el sujeto cree que tiene problemas de juego, a si se siente culpable por lo que le ocurre cunado juega, a si ha intentado alguna vez dejar de jugar y no ha sido capaz de hacerlo y a si ha cogido alguna vez dinero de casa para jugar y pagar deudas.

Este cuestionario presenta como ventaja su brevedad y su fácil aplicabilidad. De ahí que pueda ser usado por diferentes profesionales, tanto por el personal especializado, preferentemente psicólogos clínicos y psiquiatras; como por personal no especializado como médicos de atención primaria, trabajadores sociales, enfermeros, etc., sin que esta tarea implique pérdida de tiempo. Asimismo, gracias a esta brevedad puede ser intercalada en la historia clínica habitual de pacientes afectados de problemas médicos o trastornos de conducta diversos y descubrir así, de forma temprana, una dependencia al juego, que puede ser confirmada y diagnosticada, de forma más precisa, con otros instrumentos evaluativos (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2000).

CUADRO Nº 60

Cuestionario Breve de Juego Patológco (CBJP) Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez, (1995) Ficha Técnica	
Número de Ítems	▪ 4 (ítems del SOGS -versión española- que tiene una mayor validez discriminante))
Punto de corte	▪ Probable persona jugadora patológica = 2 ó más ítems afirmativos ▪ Sensibilidad = 100% ▪ Especificidad = 97,5 ▪ Eficacia diagnóstica = 97,88%
Fiabilidad	▪ Coeficiente test-retest = 0,99; $p < 0,01$ ▪ Coeficiente Alfa de Cronbach = 0,94; $p < 0,001$
Validez	▪ Validez convergente = 0,95; $p < 0,001$ (SOGS). ▪ Validez convergente más clínica = 0,95; $p < 0,001$ (criterios DSM-III-R)

Fuente: Fernández-Montalvo y Echeburúa (2000) y Fernández, Pérez y Sicilia (2007).

3.- Escala de veinte cuestiones de Jugadores Anónimos (adaptada por Prieto y Llavota, 19989. De él podemos resaltar que, en los escasos estudios psicométricos

realizados se ha encontrado que este instrumento de muestreo produce menos falsos positivos que el SOGS e identifica un mayor número de personas jugadoras patológicas adolescentes cuando se compara con el SOGS-RA y el DSM-IV-J. No obstante comparte con el SOGS algunas de sus carencias:

- Todas las preguntas positivas puntúan en la dirección del trastorno.
- Las preguntas no están referidas a un período de tiempo concreto y reciente.

CUADRO Nº 61

Escala de veinte cuestiones de Jugadores Anónimos Adaptada por Prieto y Llavota, (1998) Ficha Técnica	
Número de Ítems	▪ 20 preguntas dicotómicas.
Validación española	▪ Punto de corte probable del jugador patológico = 7 ó más ítems afirmativos. ▪ Fiabilidad: Coeficiente Alfa de Cronbach = 0,94; $p < 0,001$ ▪ Validez convergente: 0,94 (SOGS) ▪ Sensibilidad: 98,42% ▪ Especificidad: 99,29% ▪ Eficacia diagn´sotica = 98,88%

Fuente: Fernández, Pérez y Sicilia (2007).

4.- Inventory of Gambling Behavior (IGB). Este Inventario de Conducta de Juego fue desarrollado por la National Fountaion for the Study y and Treatment of Pathologiacal Gambling en 1992. Se estructura en 122 ítems, que examina características de la vida familiar, juego en la adolescencia, dificultades con la ley y problemas psicológicos como el insomnio, tentativas de suicidio y eneuresis. La mayoría de las preguntas proceden del trabajo de Custer (1982) con jugadores patológiocos. Algunos autores[1] encontraron que la fiabilidad de bastantes ítems, considerada individualmente era muy baja, por lo que se consideró oportuno llevar acabo una agrupación de ítems. Tras realizar una serie de análisis factoriales conservando 81 ítems que formaban 27 grupos. El análisis factorial de las correlaciones entre las puntuaciones de estos 27 grupos arrojó ocho factores que tras una serie de análisis discriminantes entre jugadores y no jugadores (en algunos de los cuales se mantenían constantes características demográficas), se consideró que sólo cinco de ellos eran relevantes para explicar las diferencias. En concreto: juego neurótico, juego psicopático, juego impulsivo, delitos de guante blanco y problemas con el empleo.

*5.- Cumulative Clinical Signs Methodo (CCSM) (*Culleton, 1989).Este autor desarrolló este cuestionario como alternativa al SOGS, basándose en el, ya descrito,

[1] Concretamente: Zimmerman, Meeland y Krug (1985).

Inventory of Glambing Behavior. Consta de 29 ítems del IGB organizados en cinco tests que recogen los ítems de contenidos similares: personal, interpersonal, vocacional, financiero y test de indicios graves. La calificación positiva en cualquier ítems de un test hace que la puntuación en este test sea uno. La suma de las puntuaciones de los cinco tests constituyen la puntuación total del cuestionario que tiene que estar comprendida entre cero y cinco. El diagnóstico del juego patológico se realiza con un "odds ratio" que es el cociente entre la probabilidad de identificar correctamente el juego patológico, cuando el desorden está presente y la probabilidad de identificar incorrectamente el juego patológico, cuando el desorden no existe. De manera general, una puntuación de de tres o más indicaría la existencia de un problema, pero los "odds ratio" y la precisión de la clasificación pueden variar según la población que esté siendo entrevistada. Este instrumento ha tenido un uso limitado y no se encuentran datos publicados con respecto a su validez y fiabilidad. (Salinas, 2004).

6.- National Opinion Research Center DSM-IV Screen (NODS). Fue elaborado para cumplir los requisitos que la National Gambling Impact Study Commision impuso al encargar la segunda encuesta nacional sobre el juego en Estados Unidos al National Opinion Research Center (1999) de la Universidad de Chicago. Una de las exigencias era que el criterio para identificar a los jugadores patológicos tenía que ser el establecido en el DSM-IV. Este requisito suponía la eliminación del SOGS como instrumento utilizable, ya que éste estaba basado en el DSM-III. Consta de 34 ítems distribuidos de la siguiente forma: 17 ítems dicotómicos que hacen alusión a problemas de toda la vida y otros 17 que repiten los contenidos de los anteriores, pero referidos al último año. La puntuación va de cero a diez, ya que se otorga un punto por cada criterio del DSM-IV que se cumple. A los criterios que tienen dos o tres ítems, se le asigna un punto, aunque haya un mayor número de respuestas afirmativas. Este cuestionario sólo se pasaba a aquellas personas que reconocían haber perdido cien dólares o más en un día de juego o haber tenido deudas de juego de al menos cien dólares. La clasificación que establece este cuestionario quedaría así: jugador de bajo riesgo (cero puntos); jugador en riesgo (un punto o dos); jugador problema (tres o cuatro puntos) y jugador patológico (cinco o más puntos) (Salinas, 2004).

7.- Cuestionario de Juego Patológico de FAJER. Este cuestionario fue desarrollado para satisfacer las demandas de la Federación Andaluza de Jugadores en Rehabiliatción (Salinas, 1999; Salinas y Roa, 2001). Está basado en el criterio diagnóstico del DSM-IV, pero en lugar de traspasar los 10 ítems en sus mismos términos, pretende recoger pensamiento, sensaciones y conductas experimentadas por los jugadores de nuestro entorno y que reflejan las formas en que ellos materializan los ítems del criterio del DSM-IV. Su construcción estuvo fundamentada en la información, que se recogió de una serie de entrevistas en profundidad realizadas a miembros y técnicos de FAJER, para analizar la validez de contenido de los ítems del DSM-IV entre los jugadores andaluces y las formas en que se manifiestan. Después, se redactaron 73 ítems que debían hacer mención a un único criterio y mostrar un gradiente de gravedad en el mismo. Para su redacción se recurrió a ítems ya existentes que cumpliesen con las condiciones anteriores y a expresiones utilizadas

por los jugadores para describir su comportamiento cuando eran jugadores activos. Su análisis redujo su número a 50 ítems. Cada uno de ellos presenta tres alternativas de respuesta con su respectivo valor: "nunca" (o puntos): "a veces" (1 punto); y "muchas veces" (2 puntos). La puntuación total se halla de la suma de las puntuaciones de los ítems y puede tomar valores entre 0 y 100.

CUADRO Nº62

Cuestionario de Juego Patológico FAJER Ficha Técnica	
Número de Ítems	▪ 50 preguntas con tres alternativas de respuesta: - Nunca (0 puntos) - A veces (1 punto) - Muchas veces (2 puntos)
Fiabilidad	▪ Fiabilidad: Coeficiente Alfa de Cronbach = 0,905 en la muestra de jugadores ▪ Fiabilidad: Coeficiente Alfa de Cronbach = 0,915 en la muestra de no jugadores ▪ Fiabilidad: Coeficiente Alfa de Cronbach = 0,972 considerando amabas muestras conjuntamente
Validez	▪ Punto de corte óptimo 21 ▪ Sensibilidad: 96,8% ▪ Especificidad: 99,2%

Fuente: Salinas (2004).

8.- Escala de Detección de la Adicción a las Máquinas Recreativas con premio (Becoña, 1996). Esta escala sirve para evaluar los problemas de juego derivados del las máquinas recreativas con premio y ceñido a un período temporal limitado a los últimos meses. Consta de 14 preguntas dicotómicas y su punto de corte está en 5 ó más ítems afirmativos para la "probable" persona jugadora patológica y de 3 ó 4 ítems para la "probable" persona jugadora excesiva o con problemas. Por el momento no existen estudios psicométricos.

9.- Cuestionario Electrónico de Juego Patológico. Supone una versión "on line" del Cuestionario de Juego Patológico de FAJER pero en versión reducida (20 ítems). La idea surgió para mitigar las dificultades que se tenían a la hora de poder obtener estos instrumentos en soporte papel. Para cada uno de los de los diez criterios del DSM-IV, se seleccionaron los dos ítems con correlación ítems, total corregido, más elevada y cuyo contenido fuese suficientemente diferente. La estructura de respuesta responde a tres posibilidades: "nunca" (0 puntos), "a veces" (1 punto) y "muchas veces" (2 puntos). Su puntuación total oscila entre 0 y 40[2].

[2] Este instrumento puede verse y cumplimentarse en la siguiente dirección web: http://www.urg.es/local/jsalinas/cudijupa.htm.

CUADRO Nº 63

Cuestionario Electrónico de Juego Patológico Ficha Técnica	
Número de Ítems	▪ 20 preguntas con tres alternativas de respuesta: - Nunca (0 puntos) - A veces (1 punto) - Muchas veces (2 puntos)
Fiabilidad	▪ Fiabilidad: Coeficiente Alfa de Cronbach = 0,83 en la muestra de jugadores ▪ Fiabilidad: Coeficiente Alfa de Cronbach = 0,73 en la muestra de población en general ▪ Fiabilidad: Coeficiente Alfa de Cronbach = 0,93 considerando amabas muestras conjuntamente
Validez	▪ Punto de corte óptimo es 5 ▪ Sensibilidad: 98,4% ▪ Especificidad: 93,5%

Fuente: Salinas (2004).

1.1.2.2.- Cuestionarios aplicados a niños/as y adolescentes

1.- El Cuestionario de Juego South Oaks Gambling Screen-Revised Adolescent (SOG-RA), fue realizado por Stinchfield y Fulkerson (1993) y es una adaptación del SOGS para uso en adolescentes. Resaltar que esta versión todavía se encuentra en fase experimental y sus autores no aportan información sobre su capacidad para identificar y clasificar correctamente a los jugadores patológicos adolescentes.

Cuadro Nº 64

Cuestionario South Oaks Gambling Screen-Revised Adolescent (SOAGS-RA) Winters, Stinchfield y Fulkerson (1993) Ficha Técnica	
Número de Ítems	▪ 16 preguntas referidas tanto a los últimos doce meses como a lo largo de la vida.
Rango	▪ 0-12 (12 preguntas a efectos de puntuación)
Punto de corte	▪ Probable persona jugadora problema = 3 ó más ítems afirmativos (criterio propuesto por los autores) ▪ Probable persona jugadora patológica = 5 ó más ítems afirmativos (criterio propuesto por Becoña, 1997)
Fiabilidad	▪ Coeficiente Alfa de Cronbach = 0,80; $p < 0,001$

Fuente: Fernández, Pérez y Sicilia (2007).

2.- El Cuestionario de Juego de Massachussets (Massachussets Gambling Screen, MAGS) de Shaffer, LaBrie, Scanlan y Cummings (1994). Está basado en los criterios del DSM-IV para identificar jugadores adolescentes patológicos y en riego de serlo. A partir de él se pueden identificar los diferentes estados asociados a los jugadores compulsivos como son los biológicos (tolerancia y la abstinencia), los psicológicos y los sociales. Se estructura en torno a 26 ítems divididos en dos escalas o subescalas de doce y catorce ítems respectivamente (Véase Cuadro 65).

La primera escala o subescala DSM-IV: incluye 12 preguntas que intentan los criterios diagnósticos del juego patológico. La segunda escala o subescala MAGS: está compuesta de 14 ítems que permiten valorar la propia conducta de juego, la percepción de la existencia de un problema con el juego y las posibles repercusiones de esta actividad. No discriminan entre personas jugadoras patológicas y sin problemas.

Cuadro Nº 65

Cuestionario de Juego de Massachusset (Massachusset Gambling Screen, MAGS) (Shaffer, LaBrie, Scanlan y Cummings 1994) Ficha Técnica	
Cuestionario	▪ Número de ítems: 26 divididos en dos escalas
Escala DSM-IV	▪ Número de ítems: 12 preguntas para valorar los criterios diagnósticos de juego patológico. ▪ Fiabilidad. Coeficiente alfa de Cronbach = 0,87
Escala MAGS	▪ Número de ítems: 14 preguntas (valoración de la propia conducta de juego, percepción de la existencia de un problema con el juego y posibles repercusiones del juego) para valorar los criterios diagnósticos de juego patológico ▪ Fiabilidad: Coeficiente alfa de Cronbach = 0,83 ▪ Eficacia diagnóstica: 96% ▪ Validez Convergente: 0,76 (Subescala DSM-IV)

Fuente: Fernández, Pérez y Sicilia (2007).

3.- Escala de las Diez Cuestiones de Jugadores Anónimos para adolescentes. (Adaptación de Secades y Villa, 1998). Elaborada por el grupo de Jugadores Anónimos, es un autoinforme de deteción. Consta de 10 preguntas dicotómicas con formato Sí /No. Se trata de una variación de las Veinte Cuestiones de Jugadores Anónimos, diseñada específicamente para aplicarla a este grupo de edad

4.- El Cuestionario DSM-IV-J de Fisher (1992). Esta autora adapta los criterios del DSM-IV para el diagnóstico del juego patológico en adultos, para su utilización con

jóvenes de entre 11 y 16 años. Está estructurado en 12 preguntas que permiten evaluar estas nueve dimensiones del juego patológico: progresión, tolerancia, abstinencia, pérdida de control, evasión o escape, engaños y mentiras, actos ilegales, problemas familiares y /o escolares y préstamos.

Esta autora encuentra contrastes estadísticamente significativos en las puntuaciones de los jugadores sociales frente a los probables jugadores patológicos. Diferencias que aparecen al valorar los siguientes aspectos: frecuencia de juego, tiempo invertido en el juego, dinero gastada la semana y máxima cantidad gastada en un día (Secades y Villa, 1998).

Si bien todos los ítems tienen capacidad de discriminación de un probables juego patológico en la población infantil y adolescente, Fisher (1992), especifica que son las preguntas relacionadas con el criterio de la tolerancia, la abstinencia y los engaños y mentiras, las que mejor pronostican un juego patológico. En cuanto a la capacidad de discriminación de las preguntas, serán las relacionadas con la preocupación, el escape, y los actos ilegales, las que tienen una mayor capacidad de discriminación; frente a los criterios de problemas familiares, y/o escolares, deudas y caza, que son los que la tienen una menor capacidad de discriminación (Fernández, Pérez y Sicilia, 2007).

El punto de corte se sitúa, para probables jugadores patológicos, a partir de cuatro o más respuestas afirmativas. También nos permite inscribir en la categoría de "jugador social" a los jóvenes que jueguen a las máquinas recreativas con premio y les dé una puntuación de dos y tres respuestas afirmativas. Asimismo, El cuestionario ofrece información relacionada con los hábitos de juego de los padres (Secades y Villa, 1996).

1.1.3.- Cuestionarios para Evaluar los Parámetros de la Conducta de Juego

1.- El Cuestionario de Evaluación de variables dependientes del Juego (Echeburúa y Báez, 1994a). Está constituido por cinco ítems que evalúan la presencia de conductas específicas del juego patológico como: la frecuencia de juego, la cantidad de dinero gastada, tiempo dedicado al juego, frecuencia con la que se piensa en el juego y necesidad de jugar; así como el nivel de gravedad en el caso de qué estas estén presentes. Sus puntuaciones oscilan entre 0 (nada) y 4 (muchísimo), con un rango de cuestionario de 0 a 20. La detección de estas variables nos permitirá realizar una evaluación individualizada de la conducta de juego. Aunque originalmente este cuestionario fue diseñado para utilizarlo con la población adulta, también ha sido aplicado a jugadores jóvenes.

La gran ventaja de este cuestionario es que, al haber dos versiones de él, una para el jugador y otra para la familia, permite comprobar la veracidad de la información aportada por el paciente y así paliar el problema de validez de los autoinformes, por medio de la información adicional obtenida de otras personas que conviven con el paciente. Otra de las grandes utilidades que tiene este cuestionario y que también destacan Fernández-Moltalvo y Echeburúa (2000) es que éste se muestra sensible al cambio terapéutico facilitando evaluar el nivel de mejoría conseguido por el paciente al acabar el tratamiento.

2.- *El Inventario de Pensamiento sobre el Juego* (Echeburúa y Báez, 1994a). Dado el papel fundamental que juegan las alteraciones cognitivas en el mantenimiento de las conductas de juego patológico estos autores diseñaron este instrumento. Cuestionario que tiene como finalidad evaluar cuáles son las distorsiones cognitivas que manejan los individuos y que actúan como reforzadores de la conducta de juego patológico. La exigencia de conocer las distorsiones cognitivas se fundamenta en la necesidad de llevar a cabo una reestructuración cognitiva, que ayude al jugador a analizar sus situaciones de juego de una forma más racional (Secades y Villa, 1998).

Este inventario se compone de 27 ítems binarios que están dirigidos a detectar los pensamientos irracionales del jugador patológico. Está formado por varias subescalas y el jugador deberá de señalar en cada una de ellas, qué pensamientos del inventario se corresponden a su forma habitual de pensar. Concretamente son tres, pero sólo contribuyen a la puntuación final las dos primeras (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2000):

- La primera subescala, está compuesta por 15 ítems, y con un rango que oscila entre 0-15. Se encarga de medir los sesgos cognitivos relacionados con la conducta de juego.

- La segunda subescala, está conformada por 6 ítems y con un rango que oscila de 0 a 6, detecta los sesgos cognitivos que presenta el jugador en relación con su percepción del problema de juego, o lo que es lo mismo, mide los sesgos cognitivos con respecto a la adicción al juego.

- La tercera subescala, compuesta también por 6 ítems, y con un rango de 0 a 6 (no figuran en la puntuación final), suministra información adicional sobre el estilo atribucional y el locus de control del jugador con respecto a su adicción y a la posibilidad de superarla.

Por su parte, Fernández, Pérez y Sicilia (2007) describen una cuarta, en la que el jugador podrá describir los pensamientos que pasen por su mente antes, durante y después de jugar. Al igual que la tercera, esta subescala no contribuye en la

puntuación total del inventario, aunque aporta una información adicional cualitativa muy valiosa.

De este inventario se destaca su alta capacidad para detectar los sesgos cognitivos que presentan los jugadores (se han comprobado que los jugadores patológicos obtienen una puntuación significativamente superior a la de la población normal); de ahí que sea considerado como un instrumento muy útil.

3.- *Inventario de Pensamiento* (Fernández-Alba, 1999). Este instrumento está diseñado para evaluar las distorsiones cognitivas que tienen los jugadores de máquinas recreativas con premio. Está formado por 30 ítems, de los cuales 22 reflejan los sesgos cognitivos más distintivos. Los 8 restantes describen los pensamientos racionales acerca de esta actividad. Los jugadores deben valorar en qué medida cada frase es válida para ellos en una escala de cinco puntos, donde1 equivale a "no lo pienso nunca" y 5 "lo pienso siempre". La validez de construcción se sustenta en tres factores: la ilusión de control, el heurístico de la representatividad y correlación ilusoria; su fiabilidad en coeficiente alfa de Cronbach =0,82 (si se excluye el ítems 9 - *creo que ganar es una cuestión de suerte más que de probabilidad*- cuyo índice de discriminación es negativo).

4.- *El Autorregistro de Juego* (Echeburúa y Báez, 1994a). De manera general, el autorregistro se configura como una fuente de información muy importante para valorar las condiciones, antecedentes y consecuencias de las conductas de juego, así como sus características topográficas. Es un instrumento fácil de completar y a través de él, el jugador recoge, en el mismo momento en que acontece, una serie de datos sobre su conducta de juego: fecha hora, pensamientos, lugares tiempo empleado, tipos de juego, compañía, dinero gastado, recursos de afrontamiento, etc.; así como las consecuencias experimentadas. Este instrumento ofrece varias ventajas (Secades y Villa, 1998):

- Proporcionan a los profesionales una información muy útil a la hora de planificar la intervención.
- Ayudan al jugador a auto-observarse, a percatarse con mayor exactitud de las pautas de su juego y a aceptar con más facilidad el programa de intervención propuesto
- Tienen un efecto terapéutico, ya que facilitan el control de la conducta en la dirección deseada.
- Proporcionan un feedback (información) muy precisa acerca de la evolución del paciente a lo largo de la intervención; a la vez que la información que recibe el jugador sobre sus progresos, funciona como un importante refuerzo, para

persistir en sus esfuerzos de controlar su conducta de juego (son considerados como un componente más en el tratamiento de juego).

5.-Registro de Circunstancias que ponen en marcha la conducta de juego (Echebúa, Báez, 1994a). Este instrumento resulta de mucha utilidad para obtener información sobre los desencadenantes de la conducta de juego, ya que recoge información sobre los estados emocionales, los estresores y las situaciones que la ponen en marcha.

A pesar de su eficacia, hay que tener cuidado con la información que en él se recoge. Cuando el jugador no quiere colaborar, se corre el riesgo de quedarnos sin información o, que la que dé, esté sesgada. De ahí que, si durante la línea-base y en la primera mitad del tratamiento el jugador no apunta nada en el autorregistro y comenta no acordarse en ningún momento del juego, es un indicio suficiente para comenzar a sospechar de la información proporcionada (Fernández, Pérez y Sicilia, 2007).

1.1.4.- Instrumentos de Evaluación de la Sintomatología Asociada

Como ya apuntamos, existe un alto nivel de comorbilidad del juego patológico con otros trastornos, de ahí que sea importante realizar una serie de pruebas de muestreo que nos permitan detectar esos otros problemas. Los instrumentos que se utilizan en cada caso son los mismos que se utilizan para evaluar estos problemas cuando no están vinculados al juego patológico (no son específicos para el juego).

1.- Cuestionario de Alcoholismo CAGE. Es muy breve ya que consta de cuatro ítems, pero resulta ser de gran interés para detectar a la población que tiene problemas con el alcohol. Es muy fácil de aplicar y sus ítems suelen ser alternados en el transcurso de la entrevista diagnóstica para evitar actitudes defensivas y garantizar una mayor veracidad en los datos recogidos. Si se detecta que la persona jugadora tiene problemas con le alcohol (haya emitido dos o más respuestas positivas del cuestionario), es conveniente aplicar el test de alcoholismo de Munich (MALT) de Feuerlein (1977).

2.- Cuestionario Breve de Alcoholismo (Feuerlein, 1976). Se diseñó para evaluar el consumo abusivo de alcohol. Costa de 22 ítems de respuesta dicotómica, con un rango de 0 a 22 y con un punto de corte superior a 5. Aunque no es una prueba diagnóstica como tal (no permite hacer el diagnóstico del alcoholismo), sí es de *screening,* permitiéndonos detectar (precozmente) los problemas que pudiera tener el jugador con el alcohol.

3.- Evaluación de la Sintomatología Ansiosa. Suelen utilizarse la *Escala de Ansiedad de Hamilton* o el *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo* (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). Éste último, consta de 20 ítems relacionados con la ansiedad-rasgo y de otros 20 ítems relacionados con la ansiedad-estado. El rango de las puntuaciones es de 0 a 60 en cada escala. Permite medir de una forma sencilla y rápida el estado y rasgo de ansiedad. La mejoría terapéutica está asociada a una disminución de la ansiedad-estado.

4.- Evaluación Sintomatológica Afectiva. Suelen aplicarse la *Escala de Depresión de Hamilton* y el *Inventario de Depresión de Beck (1979)*. Ambos sirven para valorar la intensidad inicial de la depresión y la evolución de los síntomas tras el tratamiento, dado que éstos son sensibles al proceso de recuperación o cambio terapéutico. No son excluyentes, pueden suministrarse de forma complementaria, ya que la escala de Beck pone más el acento en valorar los componentes cognitivos y la escala de Hamilton en los componentes conductuales y somáticos.

5.-Evaluación Sintomatológica Psicótica. Para evaluar cualquier posible trastorno en esta área pueden utilizarse las siguientes escalas: La Escala de los síntomas positivos y negativos (PANSS), La Escala para la evaluación de los síntomas positivos (SAPS); La Escala para la evaluación de los síntomas negativos (SANS).

6.- Evaluación de la Motivación. La *Escala para valorar los Estadios de Cambio*, es un instrumento utilizado por el modelo teórico de procesos de cambio de Prochaska y Diclemente. Se sabe que los sujetos jugadores pasan por diversas fases de cambio antes de asumir su adicción al juego. En concreto pasaría por una fase de pre-contemplación, de contemplación, de preparación para la acción, de mantenimiento o recaída o finalización. En cada una de ellas la percepción o actitud que tiene el jugador sobre su problema es diferente:

- Fase de pre-contemplación. La persona que juega cree que no tiene ningún problema con el juego por lo que tiende a rechazar cualquier indicación con respecto a la existencia de ese problema.

- Fase de contemplación. El jugador empieza a tener problemas derivados de juego y surgen las primeras reflexiones sobre la posibilidad de tener el problema. Intenta obtener información sobre él.

- Fase de preparación para la acción. La persona jugadora ya ha comenzado a tener graves problemas con el juego, por lo que intentará dejar de jugar y buscará ayuda.

- En las fases siguientes, el jugador ya ha dejado de jugar. Puede suceder que deje de jugar para siempre o que entre en un ciclo de recuperaciones y recaídas.

7.- Análisis Funcional. Cualquier instrumento utilizado, para llevar a cabo este tipo de valoración, nos va a servir para recopilar información de naturaleza clínica que nos parezca o creamos que sea de utilidad. Permite ejecutar un análisis detallado del problema, determinando las relaciones funcionales entre estímulos y respuestas del sujeto. Su finalidad es tener un diagnóstico, lo más completo posible, que nos facilite el establecimiento de propuestas de intervención efectivas.

Según manifiestan Fernández, Pérez y Sicilia (2007), el análisis funcional muestra, por un lado, las variables de las que la conducta problema es una función, y por otra, la naturaleza de la relación entre la conducta y esas variables. De ahí que tienda a considerarse la conducta en función de sus antecedentes y sus consecuencias. La secuencia funcional, no hace más que representar el comportamiento puntual del sujeto ante un ambiente o entorno estimular concreto y con unas consecuencias específicas.

A parte de todo esto, el análisis funcional nos permite analizar otros elementos de gran interés como son las relaciones sociales (familia, pareja, amigos, etc.), las repercusiones a nivel social, laboral y económico, la historia de aprendizaje, el estilo personal, las habilidades de afrontamiento y los tratamientos anteriores. Ejemplos de ello tenemos:

7.1.- La Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965). Consta de 10 ítems generales que puntúan de 1 a 4 en una escala de tipo Likert y sirve para evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Es de gran utilidad para calcular o valuar el nivel de interferencia de la ludopatía en la autoestima del sujeto. La mitad de sus ítems están planteados de forma positiva y la otra de forma negativa, con le objetivo de controlar la aquiescencia (tendencia a responder de forma positiva, con independencia de la pregunta). Su rango es de 10 a 40, coincidiendo una mayor puntuación con un nivel mayor de autoestima.

7.2.- *La Escala de Inadaptación* (Echeburúa y Corral, 1987a). Nos ofrece información sobre cómo el juego afecta a las diferentes áreas de la vida cotidiana del jugador: trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y de familia. Se estructura en 6 ítems que oscilan de 0 a 5 en una escala de tipo Likert. Asimismo consta de una subescala global que refleja el grado de inadaptación global a la vida cotidiana. Su rango de escala total es de 0 a 30, correspondiéndose la mayor puntuación con la mayor inadaptación.

7.3.- *El cuestionario de Apoyo Social* (versión reducida) (Sarason, 1983). Contempla 12 ítems que nos permiten valorar, por un lado, el apoyo social con el que cuenta el sujeto ante diferentes situaciones de la vida cotidiana (6 ítems con un rango de 0 a 54), y por otro, el grado de satisfacción que el sujeto siente con le apoyo social que tiene (6 ítems con un rango de 6 a 36).

7.4.- *El Test de Ajuste Marital* (Locke y Wallace, 1959). Está compuesto por 15 ítems de puntuación variable. Este Test nos ayuda a evaluar el grado de ajuste que puede darse en la pareja, atendiendo a la percepción de cada miembro. El rango es de 0 a 145 y el punto de corte de 100, siendo la mayor puntuación la que define el mayor ajuste. Nos sirve para diferenciar las parejas que congenian bien de las que no lo hacen.

7.5.- *La Escala de Expectativas de Cambio* (Echburúa y Corral, 1987b). Desde una perspectiva global, esta escala trata de evaluar la motivación que tiene el paciente ante el tratamiento; y desde una perspectiva más específica, el grado en que el paciente confía mejorar como resultado del tratamiento que va a recibir o está recibiendo. El jugador tiene que puntuar en una escala de tipo Licker que va de 1 (nada) a 6 (muchísimo).

7.6.- *El Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento* (Larsen, Attkinson, Hargreaves y Nguyen, 1979). Está constituido por 8 ítems relacionados con la calidad de la atención terapéutica, con la intensidad de la ayuda recibida y con la satisfacción que tienen con el tratamiento. Están organizados en un escala Licker, donde 5 están formulas en forma positiva y 3 en forma negativa pare le control de las aquiescencia; cada uno con una puntuación de 0 a 3. El rango total esde 0 a 24.

1.1.5.- Instrumentos de *Evaluación de la Probabilidad de Sufrir una Recaída*

La valoración de las recaídas puede hacerse a través de dos instrumentos: El Inventario de Situaciones Precipitantes de la Recaída y Estrategias de Afrontamiento en el Juego Patológico y El Registro de Situaciones de Alto Riesgo para la Recaída. Pasemos a verlos brevemente.

1.- El Inventario de Situaciones Precipitantes de la Recaída y Estrategias de Afrontamiento en el Juego Patológico (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1996). Está formado por 19 ítems que revelan diferentes situaciones de alto riego para la recaída. En la primera parte de cada ítems, el jugador debe señalar el nivel de peligrosidad de cada situación concreta con cuatro posibilidades de respuesta (“muy peligrosa”, “bastante peligrosa”, “poco peligrosa” y “nada peligrosa”); mientras que en

la segunda parte, éste debe indicar la estrategia de afrontamiento que ha utilizado cuando ha tenido que enfrentarse a cada una de ellas.

2.- Registro de Situaciones de Alto Riesgo para la Recaída (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1996). Se utiliza a lo largo de todo el proceso de entrenamiento en prevención de recaídas. Este instrumento permite al profesional conocer si el paciente es capaz de poner a prueba sus habilidades de afrontamiento aprendidas durante la terapia, De igual modo, ayuda al sujeto a adquirir conciencia de los progresos experimentados.

2.- EVALUACIÓN Y DIAGNOSTICO SOCIAL

Dada la dimensión social que tiene la problemática del juego patológico es necesario describir cómo se efectúa la evaluación social, ya que ésta se conforma como una parte más del programa de tratamiento.

¿Qué implicación tiene este tipo de evaluación en el continuo del tratamiento del juego? Si tenemos en cuenta que el diagnóstico social se concibe como la conclusión elaborada teniendo en cuenta toda la información relevante del usuario/a teniendo en cuenta todos los ámbitos posibles de su entorno (social, familiar, personal, laboral, etc.), éste nos va a permitir determinar *conjuntamente con el jugador* una serie de objetivos elaborados a partir de sus necesidades y así poder apoyar una buena recuperación y dejar la adición. Por tanto, el diagnóstico social ayudará a determinar el futuro tratamiento de la persona jugadora atendiendo a sus especificidades.

Teniendo en cuenta la importancia que adquiere este tipo de diagnóstico, dentro del proceso de intervención social, es necesario que los profesionales que se dedican a su elaboración (trabajadores sociales) tengan muy claro, cuáles deben de ser las actitudes y aptitudes que deben de mostrar para alcanzar un resultado objetivo y veraz de la situación de cada uno de los usuarios.

En relación a las *actitudes* que debe de mostrar el profesional se valoran sobremanera (Fernández, Pérez y Sicilia, 2007):

- Mostrar un intenso y veraz interés por los problemas del usuario que éste percibirá como empatía. Esta actitud puede determinar, para bien o para mal, la decisión que pueda tomar con respecto a un tratamiento futuro.

- Adecuado nivel ético, entendiéndolo como la honradez, la claridad y la exactitud de las respuestas a las preguntas que se le puedan formular como profesional.

- Escapar de los juicios de valor basados en las apariencias, críticas o depreciaciones que muchas veces van conexas a cierto tipo de grupos sociales (adictos).

Con respecto a las aptitudes que se cree puedan otorgar un mayor nivel de eficacia, Fernández, Pérez y Sicilia (2007), enumeran las siguientes: tener una adecuada formación en el tema a tratar; tener una buena capacidad de observación de la situación; ser buena en el trato y tener una buena destreza en el uso del lenguaje; dejar hablar al usuario y saberse contener; saber discriminar la información importante de la que no lo es; Poder ofrecer información adecuada al usuario en su momento; formar la autoexploración de la familia; aceptar la posibilidad de que el usuario llegue de una manera presionada por su entorno; redactar un informe claro.

2.1.- INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN SOCIAL

Dada la necesidad de tener que contar con una visión lo más rigurosa posible del problema, es necesario que la recogida de datos del jugador sea exacta y muy minuciosa. Entre los instrumentos que mejor resuelven esta situación está la historia/ficha social.

A.- La Historia/Ficha Social.

Es un documento dónde se recogen los datos básicos sobre la situación sociofamiliar del jugador, valorando posteriormente, junto con ellos, la evolución acaecida desde el inicio de la conducta de juego hasta su dependencia. A través de ellos se podrá evaluar cómo está la situación actual del jugador, cuáles son las creencias de la persona paciente a nivel individual, familiar y económico, así como otros datos de interés para el diagnóstico y posterior tratamiento.

La Historia/Ficha Social utilizada para el tratamiento del juego patológico, está diseñada para recoger los datos más relevantes del jugador; los personales y familiares irán compulsados en la Ficha Social y los que tienen que ver con los sucesos o acontecimientos más importantes en el desarrollo de la adicción al juego en la Historia Social.

Entre otros datos se recogerían: edad de inicio al juego, evolución de la dependencia, edad de inicio a otras dependencias (si las hubiese), antecedentes

familiares de la dependencia (parentesco), tipo de dependencia, tratamiento, intentos de deshabituación (si es primera vez o recaída), centros anteriores de asistencia con nombre, fecha y tratamiento, etc. Todos estos datos nos permitirán hacer una valoración conjunta de las consecuencias derivadas del juego (que pueden servir al usuario como primer elemento de motivación para su tratamiento) y sí poder realizar un buen diagnóstico social de la situación.

B.- El Informe Social

Es un documento básico de soporte individual con el que se trabaja la incorporación social de jugador patológico. En él se recogen los aspectos más relevantes del proceso de evolución individual y la situación actual en la que se encuentran los jugadores. De ahí que nos permita obtener toda la información para detectar las necesidades y poder hacer una valoración de las mismas. En él se recogerán: datos personales, características del grupo de convivencia (proceso de evolución individual y familiar relacionados con la adicción), relaciones con el entorno, situación socio económica, situación laboral, situación médica, diagnóstico social con una valoración profesional y las alternativas posibles e itinerarios de incorporación social.

C.- Hoja de Seguimiento

En este documento se anotarán todas las actuaciones individuales que se lleven a cabo con el jugador, los objetivos que se marcan en cada entrevista y la consecución de otros, así como las próximas actuaciones.

D.- Ficha Laboral

Aunque no existe un perfil claro de la persona jugadora patológica, en cuanto a sus características sociales, sí se suelen encontrar algunos elemento comunes en el diagnóstico que nos van ayudar a diseñar el tratamiento social. Suelen ser comunes a todos ellos:

- La mala o escasa relación familiar originada por las consecuencias de su adicción al juego. Normalmente, la pareja o familiares directos, suelen jugar un papel crucial en el desarrollo y afrontamiento del problema[3]. Dependiendo de la familia, el jugador puede tener diferentes respuestas ante el problema. Si la familia es protectora tratará de cubrir los problemas económicos y solventar el

[3] Al tener un capítulo centrado en el análisis de la familia (capítulo VII), aquí sólo apuntaremos la información más elemental.

problema, evitando que afloren las verdaderas consecuencias de la adicción. Otras, trataran de afrontar el problema desplegando una gran ofensiva contra él.

- Los problema conyugales son muy habituales, sobre todo la falta de diálogo, las ausencias en momentos importantes, dificultades en la convivencia, trastornos depresivos y psicosomáticos en la pareja, etc.

- Grandes dificultades con los hijos propiciadas por la falta de responsabilidad, pérdida de protagonismo en la educación, sentimientos de abandono y soledad, etc.

No es raro encontrase con verdaderas situaciones de desestructuración familiar favorecidas por la adicción de uno de sus miembros, que ponen a la familia al borde de la disolución, si no lo han hecho ya, debido a la desesperación de la situación y falta de apoyo para solucionar el problema. De ahí que, uno de los principales pasos que hay que hacer con las familias es hacerles ser conscientes de las consecuencias que tiene la ludopatía, relativizar los problemas, hacerles ver que no es algo personal, que no es una elección que es una enfermedad y aportar desde el Trabajo Social todos los elementos necesarios para la recuperación del paciente y por ende, la del entorno familiar.

3- PROPUESTA DE INTERVENCIÓN HOLISTA O SISTÉMICA EN EL JUEGO PATOLÓGICO

¿Es posible dejar de jugar? Esta es una pregunta que cada día se hacen muchas personas cuando su situación de juego les pone entre la espada y la pared, haciéndoles pensar si existe una salida real a su problema o si por el contrario es mejor acabar con todo porque su vida es sólo juego, juego y más juego. Como era de esperar la respuesta al interrogante es positiva -sí es posible dejar de jugar-. En la actualidad, como tendremos tiempo de ver en este capítulo) las posibilidades de tratamiento y prevención del juego patológico son claras y patentes, contándose con diversas opciones o alternativas. Independientemente de la opción elegida, debemos de tener claro tres pasos previos, la necesidad de hacer una correcta identificación del problema, una consideración profesional del caso y su remisión a los dispositivos especializados para su manejo y tratamiento.

Cómo es habitual la terapia del adicto al juego debe de ser individualizada, lo que va a exigir un plan curativo ajustado a las características de cada adicto. Se sabe que de la ludopatía se sale hoy en día a través de la aplicación de una serie de técnicas terapéuticas que cambiarán dependiendo del estado y de las características del jugador. De entre los tipos de tratamiento disponible se podrían citar los siguientes (Becoña, 1996):

- Técnicas psicológicas como las aversivas que consiguen que aquello que es agradable al jugador se haga desagradable utilizando elementos aversivos.

- Terapia psicofarmacológica especialmente con antidrepesivos.

- Tratamiento en régimen de internamiento, de modo similar a los programas de internamiento para personas con problemas de alcoholismo.

- Desensibilización imaginada en la que el jugador tiene que describir varias situaciones de juego, sin llegar a consumarlas. Luego s ele enseña a relajarse y en este estado se imagina las distintas escenas.

- Exposición en vivo con prevención de la respuesta y control de estímulos en las que se expone al jugador a su conducta problemática de juego y a las situaciones asociadas, como máquinas tragaperras y bares, entrenándole a prevenirse de su conducta habitual -jugar-. Tiende a combinarse con la técnica de control de estímulos, en la que el sujeto es entrenado para que no emita la conducta en aquellas situaciones en que las llevaba a cabo previamente.

- Terapia cognitiva que está orientada a cambiar las creencias y pensamientos irracionales.

- Grupos de autoayuda como Jugadores Anónimos en otros países, en España Jugadores en Rehabilitación.

- Terapia de grupo y programas multicomponentes.

Todos los expertos coinciden en anotar que la actuación más eficaz es aquella que tiene en cuenta la línea de una terapia basada en una *intervención biopsicosocial*, distribuida entre fármacos, psicoterapia y socioterapia. Más concretamente, en la psicoterapia, los profesionales suelen optar por la combinación de diferentes técnicas de tratamiento, cuyos componentes más utilizados giran en torno a: información sobre el juego; registro de la conducta de juego; restricción monetaria; y entrenamiento en el manejo del dinero; control de estímulos que incitan al juego; toma de conciencia de los pensamientos distorsionados y percepciones erróneas sobre el juego junto al cambio de las mismas; entrenamiento en solución de problemas; exposición a la situación de juego y entrenamiento en la prevención de la ejecución de dicha conducta; y entrenamiento en la prevención de la recaída. En los casos en los que se diagnostique otro trastorno asociado al del juego (depresión, ansiedad, adiciones, etc.) se le aplicará su tratamiento correspondiente.

El objetivo terapéutico de un adicto al juego debe de ser la abstinencia total. El apartarse de manera total del juego tiene que ser la meta primordial en torno a la cual el jugador debe de organizar su vida. Aunque hay jugadores que no admiten este principio, suele resultar accesible para el 70% de los casos. Frente a este principio,

surge el ideal de aprender a ser jugadores responsables, a controlar el juego. Aunque esto es posible, la práctica demuestra que esta terapia disminuye bastante el objetivo de resultados terapéuticos favorables e incrementa las recaídas (Alonso-Fernández 2003).

Sin embargo, el elemento principal para plantearse un proceso de intervención con el jugador patológico es que éste sea consciente de su problema y decida pedir ayuda. La experiencia ha demostrado que cualquier intento de rehabilitación que se acometa sin que el jugador sea conciente del problema que tiene y de su recuperación, tiende a caer en saco roto. Cuando el jugador es "pillado" por la familia y ésta le pone como condición para seguir unida que deje el juego y se le busca una alternativa, suele fracasar. Es más fácil acometer este problema, una vez que el ludópata haya reconocido que lo tiene y que quiere y puede solucionarlo. Salvado este obstáculo, hay que estar pendientes de otras dificultades que pueden ir parejas a la dinámica de cambio, entre ellas la idea de abandonar la terapia y las indómitas recaídas, la mayoría de las veces activadas por las emociones negativas, los conflictos interpersonales o la presión social.

3.1.- ENFRENTAMIENTO PERSONAL AL JUEGO

A partir de aquí el siguiente interrogante sería ¿qué tengo que hacer? En principio el jugador suele plantearse dejar de jugar por sí mismo sin buscar ayuda ya que cree que él mismo puede solucionarlo. En muchísimos casos, esta idea u opción va ligada a que no quieren que la familia se entere del problema que tiene. Aunque es muy difícil hablar de recuperación natural, la realidad muestra que algunos jugadores son capaces de dejar el juego sin que medie un tratamiento formal o la ayuda de un grupo de auto ayuda. Es muy difícil distinguir lo que es el tratamiento formal de lo que no lo es; sobre todo cuando se referencian los casos donde el jugador sólo ha asistido a una sesión de intervención.

Investigar esta forma de recuperación es muy importante por varias razones. En principio ayudaría a plantear hipótesis sobre los cambios que permitieran incrementar la eficacia de los tratamientos formales para establecer la búsqueda de ciertos factores o condiciones personales y ambientales que proporcionaran ayuda a los jugadores patológicos a recuperarse sin ayuda formal. De igual modo, ayudarían a seleccionar la mejor opción de tratamiento para los sujetos, pudiéndose convertir en un complemento efectivo y de bajo coste a los servicios de tratamiento formal.

Al día de hoy es muy escasa la literatura que muestra que la recuperación natural puede ser un hecho factible. Pese a esto, Carballo, Secades, Fernández, García y Sobell (2004) manifiestan que la recuperación natural en este tipo de problemas, es un fenómeno más habitual de lo que en un principio se pudiera creer. Hodgins y El-

Guebaly (2000) llevaron a cabo, durante un año, un estudio con jugadores patológicos cuyos resultados mostraron que el 80% había conseguido bajar de forma significativa su juego y el 25% consiguió llegar a la abstemia. De igual modo, estos autores mostraron que esta fórmula es mucho más eficaz en situaciones donde la problemática del juego no era muy grave.

Otro estudio que mostró que la recuperación natural no es una excepción, es el realizado por Slutske, Jackson y Sher (2003). En un período de 11 años, estos autores llevaron a cabo cuatro evaluaciones a adolescentes que pasaron a ser adultos y que tenían problemas de juego. Los resultados mostraron que sólo entre un 2% y un 5% mantuvieron sus problemas de juego. El juego llegó a significar más un trastorno episódico transitorio que crónico y estable.

Asimismo, el estudio longitudinal efectuado por De Fuentes-Merillas, Koeter, Schippers y Van den Bink (2004), cuyo objetivo fue evaluar la estabilidad temporal a lo largo de dos años de jugadores patológicos, concluyó con una tasa estimada (a partir de cifras de estabilidad de la adicción) de que entre el 57,1% y el 89,9% redujo su conducta de juego, y en muchos de ellos la recuperación tuvo lugar sin que mediara tipo alguno de tratamiento profesional.

Por su parte, la investigación llevada a cabo por Shaffer y Hall (2002) para evaluar los problemas de juego y alcohol que tenían una muestra de empelados de casinos, concluyó con que el 22,6% de los sujetos había reducido de forma sustancial su conducta de juego y el consumo de alcohol de forma natural. Además este trabajo mostró la existencia de un proceso a través del cual los sujetos podían pasar de unas categorías de severidad a otras (previamente los autores distinguieron tres niveles de dureza en función de la gravedad del problema) teniendo en cuenta la doble modalidad: de niveles más graves a patrones de juego de menor severidad y al contrario.

Es difícil comparar los niveles de recuperación operados entre ambas opciones. En parte, estas dificultades se deben, como bien apuntan Toneatto y Ladouceur (2003), a la falta de conocimientos fiables de los mismos, dado que muchos de los estudios realizados han carecido de importantes limitaciones metodológicas (muestras demasiado pequeñas o el empleo de programas poco estructurados). Tampoco se ha estudiado con ahínco si el resultado de la recuperación natural es estable o si se aperciben diferencias entre sus tasas de recaída. En relación a esto último, Nathan (2003) y Timko, Moos, Finney y Lesar (2000), pusieron de manifiesto que los jugadores que se recuperan sin tratamiento formal tienen mayores posibilidades de recaer que los que lo han hecho con ayuda profesional.

Aunque también resultaría de interés (sobre todo para diseñar la investigación) conocer el perfil de los jugadores que acuden y los que no acuden a tratamiento, al día de hoy tampoco existen muchos datos sobre este tema. Entre las posibles variables se barajan la "severidad del problema" (a mayor severidad más probabilidad de recurrir a un tratamiento de recuperación profesional) (Hodgins y El-Guebaly, 2000); una mayor frecuencia de "tratornos mentales" y "abuso de sustancias" en comparación con los sujetos que recurrían a la ayuda formal (Marotta, 1999): así como un nivel mayor de "trastornos afectivos" como la depresión (el 75% de los jugadores que acudía a tratamiento sufría de depresión) (Blaszczynski y Silove, 1995; Lyons, 1985), o el estrés psicológico causado por los propios problemas del juego (Marotta, 1999).

Prácticamente, la atención en este tema (recuperación natural) se ha centrado en valorar los procesos de cambio y mantenimiento de los logros obtenidos a largo plazo. Ambas cuestiones muy importantes para ayudar a la mejora de los tratamientos de la adicción al juego. Destacar que, apenas sí se han encontrado diferencias entre los jugadores que se recuperan por sí solos y los que acuden a tratamiento. Como estrategias de auto-cambio, Secades, Fernández, García y Sobell (2004), señalan a todas aquellas que tienen que ver con los problemas emocionales (estrés, pánico, depresión, y culpa) y financieros (pérdidas provocadas por el juego). Por su parte, los eventos vitales no parecen jugar un papel importante como precipitante del cambio, sino que éstos aparecen una vez recuperado el jugador, ayudándoles a mantener la abstinencia.

Dentro de las estrategias o factores que avalan el mantenimiento del cambio, Hodgins y El-Guebaly (2000), apuntan sobre todo a las habilidades conductuales y a las cognitivo-motivacionales. Entre las primeras resaltan el control de los impulsos (evitación de los lugares que implican situación de riesgo) y la realización de actividades no relacionadas con el juego (ejercicio, lectura, estar con la familia e implicarse más en el trabajo). Entre las segundas se recogen principalmente: recordar los problemas que les causó el juego en el pasado, anticipar los problemas que les volvería volver a jugar y el uso de la fuerza de voluntad.

En referencia a los procesos de cambio, Hodgins (2001), mostró que los más usados por jugadores patológicos recuperados por sí mismos, fueron los de tipo cognitivo, en concreto la *autorreevaluación* (sentirse alterado cuando pensaba en sus problemas de juego, sentirse avergonzado de las cosas que hacía cuando jugaba y resistirse a la auto-imagen de jugador), *reevaluación ambiental* (reconocimiento del impacto negativo del juego sobre otras personas), el *relieve dramático* (experimentación de fuertes sentimientos negativos sobre la implicación personal con el juego) y la *auto-liberación* (proceso de compromiso con uno mismo para la acción y el recordatorio de que el éxito es posible); mientras que los menos utilizados fueron el *manejo de contingencias* y la *liberación social*. Mientras que el grupo de recuperados con ayuda profesional, referían mucho más un aumento de la concienciación, la

autorreevaluación, la liberación social, las relaciones de ayuda, el control de los estímulos, la reevaluación ambiental y el relieve dramático.

Otro de los factores de mantenimiento más adoptado, por el grupo de recuperación natural, es el apoyo social por parte de la familia y los amigos. En un estudio llevado a cabo por Hodgins y El-Guebaly (2000), destacaron que el 30% de los casos de recuperación sin tratamiento establecieron el apoyo como un factor definitivo en su proceso de mantenimiento hacia el cambio.

En cuanto los factores que pueden obstaculizar los procesos de cambio, en ambas formas de recuperación, se localizan las distorsiones cognitivas, las atribuciones erróneas sobre el azar, la desinhibición (impulsividad y la búsqueda de sensaciones), los trastornos afectivos y la vulnerabilidad biológica.

¿Cómo consigue un jugador patológico que carece del apoyo profesional dejar de jugar? Para estos casos los especialistas recomiendan que el jugador utilice el método de los doce pasos. Auque no son muchos los que consiguen salir de la adicción por si mismos, es posible hacerlo con este modelo. El programa se caracteriza por ser pasos sencillos, viables, jerarquizados, encadenados entre sí, realistas y efectivos. Pero como todo proceso de des-adicción el camino no es fácil. Este programa consistiría en (Becoña, 1996):

1. *Reconocer que se tiene un problema grave*. Cunado un adicto la juego pide ayuda o cuando es consciente de que necesita esa ayuda, es el momento en que reconoce que tiene un problema grave. El problema tiene que ser visto como un problema personal y no económico, del que necesita salir. Independientemente del tipo de juego, lo importante es dejar de jugar, reconocer que ha perdido el control y a partir de ahí reestructura su vida, reorganizarla para que vuelva a ser normal. Como vemos esto obliga al ludópata a destaparse a quedar desnudo ante la realidad a confesarse ante los demás. Pero este cambio de vida radical lleva su tiempo; un jugador patológico no soluciona su vida en cuestión de días o semanas, su recuperación es una carrera de fondo, donde poco apoco va ir adquiriendo pequeños logros y superando metas.

2. *Comunicar a las personas cercanas que se tiene ese problema*. Es fundamental que las personas que rodean la ludópata sepan de su problema. Situación difícil de comunicar, ya que acarrea sufrimiento y desasosiego, pero muy necesaria para poder abordar con eficacia el problema, dado que los familiares son los que mejor pueden ayudarle. Se dice que cuando la persona quiere cambiar y superarse, tiene la mitad del camino ganado; faltaría sólo la otra mitad para conseguir la meta propuesta. Querer es poder.

3. *Dejar de manejar dinero*. Este es uno de los puntos claves, ya que el dinero es el instrumento que utiliza el ludópata para jugar. Aunque dedique mucho tiempo a pensar como conseguir dinero, la verdad es evidente: si no tiene dinero no puede jugar. Vencer l atentación de jugar, después de tantos años habituado a ello es difícil, por lo que la mejor forma de controlar ese impulso pasa por no disponer de dinero. Para ello tendrá que ceder el control de su dinero a su pareja o a alguien de confianza a la que tendrá que pedirle el dinero que precie cada día y justificar su gasto. Aunque difícil, este paso es muy necesario.

4. *Autoprohibición del juego*. Si se es jugador de bingo o casino la autoprohibición de entrada a esos locales es un paso imprescindible para controlar la conducta de juego patológica. Esta puede hacerse ante cualquier comisaría de policía, puesto de la Guardia Civil, Gobierno Civil, en las delegaciones autonómicas que tienen competencias sobre el juego o en la Comisión Nacional del Juego. En las asociaciones de Jugadores en rehabilitación también tienen impresos normalizados para que los jugadores se autoprohiban el juego. Aunque la ley deja abierta la posibilidad de prohibición del juego a otros locales, actualmente sólo incluye la prohibición expresa en salsas de bingo y casinos. Pueden solicitarla el propio jugador, su cónyuge (salvo separación), hijos mayores de edad, o padres para hijos que convivan con ellos y dependan económicamente de ellos. También se puede hacer por orden judicial en la Comisión Nacional del Juego, dependiente del Ministerio del Interior. Puede tener alcance provincial, autonómico o estatal.

5. *Asumir las consecuencias del propio pasado*. Por mucho que quisiéramos no podemos cambiar lo vivido, pero sí se pueden asumir las consecuencias de ello, aunque sea una tarea tediosa y ardua. El ludópata tiene que ser capaz de asumir su pasado, pero a partir del presente, superar su problema. El jugador tiene que hacer frente a todos los costes dejados por su adicción: deudas, créditos pendientes, temas legales, etc. De ahí que sea recomendable pedir ayuda y para ello las asociaciones de Jugadores en Rehabilitación cobran una gran relevancia, ya que ofrecen diferentes tipos de asesoramiento (legal, laboral, familiar).

6. *Observar detenidamente lo que se hace.* Observarse, ofrece al ludópata, la posibilidad de conocer cómo se es y cómo se comporta. Por ello es necesario que éste lleve a cabo un control exhaustivo, objetivo y riguroso de todo lo que va haciendo. En este proceso el jugador debe de tener presente tres aspectos fundamentales: tendrá que anotar todo el dinero que gasta, especificando en qué se lo gasta y a que hora hace el gasto; las tentaciones que ha tenido sobre el juego, sobre todo cuando ha pasado cerca de algún local de juego; y qué ha hecho para superar las dificultades acaecidas a lo largo del día relacionadas con el juego. El objetivo de todo esto está centrado en conocer mejor la conducta de juego y a verla de otro modo. Como complemento a las anotaciones se recomienda escribir una pequeña biografía acerca de cómo considera que ha sido su vida, especialmente con respecto al juego.

7. *Estar permanente alerta.* Es muy importante que el ludópata tenga claro que, aunque lleve varios días o semanas sin jugar, su problema con el juego no ha terminado. No puede dejar de pensar falsamente que el problema ha desaparecido o remitido. Dejar de jugar es el primer paso pero ha de venir seguido de su consolidación. Es necesario estar en continuo estado de alerta para no confiarse en los avances y en lo conseguido, porque sino se puede recaer. Esta etapa es de las más peligrosas, porque los altibajos aparecen sobre todo, cuando se llevan varios mese sin jugar y se cree que todo está controlado y superado. Si en este momento se produce la recaída la sensación de frustración será mayor que en otras, porque el jugador cree que ya controla su conducta y no ve que no es precisamente así.

8. *Cambiar el estilo de vida.* Aunque reorganizar la vida requiere de mucho esfuerzo y tiempo, el ludópata necesita hacer un cambio en su estilo de vida, en su modo de funcionar y de comportarse diariamente. Si además tiene pareja este cambio debe de llevar a reorganizar la relación. Si hay hijos deben de dedicarle más tiempo y atención. El tiempo que antes invertía en jugar y en pensar en jugar debe de revertir en otras actividades.

9. *Buscar apoyo.* Aunque no es imposible superar solo el problema, es difícil. La ayuda de otras personas (familia, amigos, profesionales, afectados por el mismo problema, etc.) es crucial para el jugador cuando este ha tomado la decisión de cambiar. El apoyo no es fácil; hay que ganárselo. En principio, suele haber una cierta reticencia a confiar en él. El ludópata necesita dar muestras de que quiere superar y vencer el problema y a partir de ahí podrá ir ganándose, poco a poco, la confianza de los que le pueden ayudar.

10. *Estar atento al desánimo*. Es uno de loa mayores obstáculos con los que puede batirse un ludópata. El optimismo del juego se difumina cuando éste se enfrenta a la dura realidad dejada por su adicción (deudas, fracaso matrimonial, pérdida de empleo, etc.). Cuando éste aparece es necesario que el jugador sea capaz de reflexionar sobre las desventajas que le proporcionaba le juego y sobre los beneficios que le produce el haber dejado de jugar y a partir de ahí decantarse por lo segundo. Es importante saber que la desesperanza o el desánimo suelen estar presentes en varias de las etapas del proceso de superación de la adicción al juego para que cuando ésta aparezca se vea como normal. El desanimo debe ser contrarestado con los elementos positivos que genera la nueva situación de “no juego”. Si este sentimiento persiste es necesario que el jugador acuda a un profesional para que le preste su ayuda.

11. *Controlar las tentaciones*. Los pensamientos recurrentes sobre el juego, el desánimo, encontrase con antiguos amigos de juego, pasar por lugares donde se jugaba, pueden ser algunas de las razones que provoquen nuevas tentaciones a jugar. El jugador tiene que tener claro que la tentación es el mayor obstáculo que tiene y si no se controla, puede reaparecer de nuevo el problema, de ahí que se vea en la necesidad de afrontarla y abatirla.

12. *Formarse una visión optimista de la vida.* El objetivo que un ludópata debe de tener es querer llevar una vida futura mejor. Después de todos los problemas vividos a causa de la adicción el jugador debe de aspirar a ver la vida de forma optimista. Mejorar en aquellos puntos problemáticos y consolidar sus soluciones, conseguir que las cosas vaya mejor, ayuda a logra el objetivo propuesto.

Cómo podemos ver sí se puede dejar de ser ludópata, pero no de forma inmediata, el proceso es largo. Cuando haya dejado de tener pensamientos relacionados con el juego, cuando no tenga tentaciones y no le apetezca jugar, entonces se podrá decir que esa persona ha dejado e ser un jugador patológico. En un ex-jugador el juego debe de quedarse a un lado, desaparecer de su proyecto de vida y de su vida cotidiana.

3.2.- ABORDAJE PROFESIONAL DEL JUEGO PATOLÓGICO

3.2.1.- Intervención Psicológica

Desde que, hace más de medio siglo se empezaran a desarrollar y aplicar las primeras fórmulas para salir del jugo, hasta nuestros días, se han dado grandes pasos. Hasta la década de los cincuenta, del pasado siglo, el enfoque predominante fue el psicoanalítico, pero dados sus limitados resultados dejó de aplicarse en los problemas relacionados con las adiciones. A partir de los años sesenta hacen su incursión los primeros tratamientos conductuales que resultan ser en la práctica más efectivos que los anteriores. Esta nueva línea favorece que durante las siguientes décadas (70 y 80) se diseñen programas de amplio espectro para modificar distintos aspectos desordenados del jugador patológico, centrados esencialmente en procedimientos de modificación de conducta, ya que ninguno por sí solo resultaba ser una respuesta definitiva. Es a partir de los noventa cuando todo el interés va a situarse en los enfoques cognitivos-conductuales y en los programas multicomponentes, centrados en trabajar las áreas principales del sujeto: personal, familiar, laboral y la social. Igualmente, se recurren a los tratamientos multimodales que combinan un grupo de técnicas que han demostrado ser muy eficaces, bien de forma independiente o conjunta, ya que tienen la ventaja de abarcar a los tres niveles de respuesta: motora, cognitiva y la fisiológica (Fernández, Pérez y Villahoz, 2007); y se comienza a estudiar la posibilidad de aplicar programas psicofarmacológicos específicos.

Como veremos, la mayoría de los tratamientos, ya sean ambulatorios o en régimen de internamiento[4], están orientados hacia el consejo profesional, las

[4] Se suele recurrir al internamiento cuando la persona jugadora carece de apoyo familiar y social, con ideas de suicidio o con una desorganización conductual grave debido a un trastorno adictivo múltiple. De lo contrario, la modalidad ambulatoria se configura como la alternativa más eficaz.

psicoterapias grupales y la asistencia a grupos de autoayuda como “Jugadores en Rehabilitación”.

En España el primer programa estructurado que se diseñó fue el de González Ibáñez (1989), que sobre la base de un tratamiento cognitivo conductual ha ido sufriendo variaciones, hasta convertirse en una perspectiva grupal. Este cambio viene marcado, según establece Barroso Benítez (2003: 206), por las siguientes particularidades:

- El juego patológico pasa a ser considerado con problema adictivo.
- Consideración muy positiva de la aplicación de técnicas grupales en el tratamiento de las adicciones.
- Las técnicas de elección para el tratamiento de las conductas adictivas son las de autocontrol y las cognitivas.
- Los programas grupales permiten atender a un número mayor de pacientes, siendo la relación coste-eficacia superior a los individuales.

Con este programa se pretende conseguir seis objetivos muy claros: la abstinencia definitiva de todo tipo de juego que implique apuesta de dinero; la reducción de la urgencia de la necesidad de jugar; la adquisición del autocontrol para conseguir la abstinencia definitiva; un cambio en ele estilo de vida, proponiéndose actividades alternativas; detección de situaciones de riesgo y propuesta de estrategias efectivas de afrontamiento; y la reestructuración del funcionamiento familiar y social.

Con el tiempo se han ido añadiendo nuevos objetivos de tratamiento, ya que los profesionales se han ido dando cuenta que el único objetivo no reside en el control de los impulsos, sino que se debe de ir más allá, si se quieren conseguir resultados a largo plazo. Como sabemos la adicción al juego acarrea problemas sociales, deudas aislamiento social, consumo de otras sustancias adictivas, fuerte disminución de la autoestima, etc. que deben de ser tenidos en cuenta en el proceso terapéutico si queremos llevar a cabo un abordaje integral del problema de la ludopatía. Según establece Blaszczynski, (1993), un programa de intervención amplio debe de integrar los siguientes componentes:

1. Técnicas de control de estímulos que permitan evitar la exposición a los indicios asociados al juego (llevar dinero, compañías, lugares, etc.).

2. Llevar a cabo una programación de la economía personal y familiar realista eliminado los gastos innecesarios; y secuenciación de la devolución de las deudas contraídas, así como un análisis y mejora de la situación laboral.

3. Técnicas de control del estrés., como la relajación, el ejercicio físico, las actividades manuales, etc., que le ayuden a hacer frente al exceso de activación.

4. Técnicas de reestructuración cognitiva para tratar las expectativas y creencias irracionales que se dan en el juego, así como para superar el estado de ánimo disfórico (en algunos casos llevará medicación antidepresiva).

5. Programación de actividades de ocio y recreativas incompatibles con el juego y que ofrezcan al paciente una estimulación satisfactoria.

6. Instauración de nuevas relaciones sociales, lo que implica el abandono de amigos jugadores, la recuperación de antiguos amigos no jugadores y la adquisición de nuevas fuentes de reforzamiento social.

7. Terapia de pareja en los casos en que la relación conyugal esté deteriorada. El objetivo va orientado no sólo a trabajar por una mejora de la convivencia familiar, sino también para dotar a la pareja de habilidades para modificar la conducta d el jugador.

8. Asistencia a grupos de autoayuda (Jugadores en Rehabilitación) que pueda fortalecer la abstinencia y hacer menos probables la aparición de recaídas.

9. En casos de comorbilidad con otros trastornos adictivos (consumo de alcohol u otras drogas), ofrecerle una alternativa de tratamiento específico.

10. Estrategias de prevención en las recaídas con arreglo a los criterios que establecen Echeburúa y Corral (1986) y que veremos cuando analicemos esta parte específica del problema.

De manera general, el tratamiento de un jugador conlleva tres grandes partes, que nosotros también consideraríamos como retos: motivar y sensibilizar a la persona jugadora hacia el tratamiento, conseguir la estabilización de los logros conseguidos y prevenirle de las recaídas. Como ya sabemos, en los inicios de la intervención, el jugador tiende a negar que tenga un grave problema y rechazará cualquier intento de ayuda. Si es así, el primer objetivo de la intervención debe estar centrado en ayudarles a superar la ambivalencia, la ambigüedad y a aumentar la motivación para que se produzca el cambio. El jugador tiene que asumir el problema y comprometerse con un tratamiento para que opere el cambio deseado. Para estos casos, Millar y Rollnick (1999), proponen como intervención más adecuada la aplicación de la *entrevista motivacional*.

Otra alternativa terapéutica eficaz es ayudar al jugador a que reconozca sus problema, se reconozca a sí mismo y a partir de ahí, sepa resolver su problema de juego. Para ello, De la Gándara, Fuertes y Álvarez, (2000) proponen que se utilicen las *medidas de promoción del autocontrol*. Estas parten del principio de que los jugadores pueden aprender a mejorar su capacidad de autocontrol. Para ello sólo se necesitaría "fortalecer la voluntad, ya que la toma de decisiones (incluso en el caso de padecer impulsos tan coaccionantes como es el juego patológico), se pueden llegar a controlar mediante la utilización correcta de los resortes de la voluntad, que son los afectos y las razones. Sabemos que el principal problema al que tienen que enfrentarse un ludópata es que ha perdido la libertad. Las claves para recuperarla pasarían por ordenar adecuadamente sus emociones y su raciocinio, y saber compaginar lo que quiere con lo que debe hacer, y a partir de ahí mejorar su capacidad para tomar decisiones de forma autónoma y libre. Aquí no vale la riña o el buen consejo del amigo o de la familia; aquí se exige el conocerse a uno mismo y conocer la enfermedad (juego patológico); de hacer valoraciones, de establecer las preferencias de que cada uno dispone y de practicar un correcto entrenamiento de la voluntad, a través de unos ejercicios guiados a modo de "gimnasia de la voluntad" que es lo que, en definitiva, suelen hacer los psicoterapeutas. Todo esto no sirve si el jugador no confía en su propia voluntad de no jugar. Para ello deberá aprender y a practicar con asiduidad la decisión voluntaria y opciones como la de desobedecer los impulsos, desatender las llamadas del riesgo y la excitación, valorar las alternativas propias y examinar las posibles ayudas que tenga a su alrededor.

Salvado este escollo, el programa de tratamiento a elegir dependerá de la actitud que demuestre el paciente y de la evaluación diagnóstica realizada por el profesional. De manera general, las técnicas a emplear vendrán definidas por los objetivos establecidos en el proceso de tratamiento. Por tanto éstas estarán encaminadas a la superación del juego patológico, a la deshabituación del juego patológico, para el mantenimiento de la suspensión de la conducta de juego patológica y para el tratamiento de los trastornos y psicopatologías asociadas.

3.2.1.1- Técnicas encaminadas a la Suspensión de la Conducta Adictiva de Juego

Para este caso las técnicas que se proponen son aquellas que tienen que ver con la modificación de la conducta. Desde esta perspectiva se entiende que el juego patológico como una conducta desadaptativa que puede ser desaprendida o sustituidas por otras más adaptativas y no patológicas. Estas técnicas operantes tratan de controlar la realización de la conducta a través del control de sus consecuencias. Las primeras que se utilizaron fueron las técnicas aversivas que luego fueron sustituidas por las técnicas de reductoras de la ansiedad como la desensibilización imaginada o el entrenamiento en relajación, técnicas de control de estímulos y técnicas de exposición en vivo con prevención de recaídas. Pasemos a describirlas:

1.- Las técnicas aversivas. Están basadas en la teoría del condicionamiento clásico y fueron la primeras técnicas utilizadas en el juego patológico (años 70). Se utilizaron descargas eléctricas que, aunque en un principio se observó su gran capacidad para reducir o interrumpir la conducta de jugo en un periodo corto, a largo plazo se mostraron inoperantes; por ello cayeron en desuso.

2.- La desensibilización imagianda o el entrenamiento en relajación. Estas técnicas son utilizadas dentro de programas multicomponentes. Parten de la teoría del "mecanismo de ejecución conductual" (McConaghy, 1991). Aquí la conducta de juego se asocia a alteraciones de la activación fisiológica, como puede ser la ansiedad, entendiendo que una conducta que se repite habitualmente establece un mecanismo neurofisiológico de ejecución. De ahí que cualquier estímulo que preceda a la ejecución de esa conducta puede activarlo. Si no se lleva a cabo la conducta (porque sea prohibida) se incrementará el estado de activación produciéndose un malestar, por lo que sería necesario reducir la activación.

Se utilizan en la adicción al juego para reducir el malestar subjetivo que se produce cuando el sujeto siente el impulso de jugar ante la presencia de un estímulo interno (pensar en el juego) o externo (entrar en los bares donde jugaba) y pueda controlar su conducta (Ibáñez y Saiz, 2001). Por ello, su principal objetivo es reducir la ansiedad en situaciones imaginadas relacionadas con el juego mediante el uso de alguna técnica de relajación. La finalidad es conseguir que la persona sea capaz de trasladar estas estrategias a su vida diaria cuando se vea afectada por este tipo de situaciones.

Se cree que con la utilización de esta técnica se demuestra la hipótesis de que la conducta de juego está mantenida por la ansiedad suscitada por la anticipación cognitiva de una conducta de juego (Blaszczynski, 1993). Estas técnicas han demostrado tener un cierto éxito terapéutico[5].

[5] Entre otros estudios Ibáñez y Sáiz (2001)resaltan los llevados a cabo por: McConaghy, Armstrong, Blaszczynski y Allcock (1983) y McConaghy, Blaszczynski, y Frankova (1991), cuyos resultados fueron:

El primer estudio, se efectuó sobre una muestra de 20 pacientes en régimen de internamiento, en los que diez fueron tratados con las técnicas aversivas con choque eléctrico siguiendo la modalidad aversión-alivio y otros diez utilizaron la desensibilización imaginada. Al cabo de un año de seguimiento el éxito terapéutico fue significativamente superior en el grupo entrenado en desensibilización sistemática, mientras que ninguno de los que habían sido tratados con las técnicas aversivas se encontraba abstinente.

En el otro estudio, se investigaron las respuesta de 120 jugadores patológicos de los que la mitad fueron asignados de forma aleatoria a recibir desensibilización imaginada y la otra mitad a técnicas conductuales (ambos a lo largo de la semana). Del grupo inicial, 63 (de un total de 120) fueron contactados entre 2 y 9 años después del tratamiento. En el seguimiento encontraron que 26 de los de los 33 que habían realizado desensibilización imagina se mantenían abstinentes o con una conducta controlada de juego, mientras que estos resultados sólo los encontraron en 16 de los 30 que recibieron otro tipo de terapia.

3.- Técnicas de Control de Estímulos. En principio anotar que su utilidad en forma de monoterapia no ha sido contrastada, ya que su aplicación se enmarca generalmente dentro de un contexto de un programa terapéutico más amplio. Son técnicas muy utilizadas en el tratamiento de la adicción al juego, porque se presentan muy eficaces en la etapas iniciales del tratamiento. Fundamentalmente se centran en dificultar al máximo la posibilidad de jugar mediante el control estricto del dinero que puede manejar el sujeto, así como la evitación de todas las situaciones que el adicto asocie con el juego. Como pautas se establecen:

- Dejar de manejar dinero, pidiendo a su pareja, familia o amigo que le controle. Para ello se recomienda que:

    a. Entregue todas las cartillas, tarjetas de crédito, cuentas corrientes, etc., de manera que el paciente no pueda tener acceso al dinero ni a ninguna fuente de financiación directa (banco, cajero).

    b. En el caso de que el jugador tenga trabajo se recomienda que se tenga un control sobre sus retribuciones, ya sea domiciliando la nómina o acompañándole a recoger el cheque o dinero en metálico.

    c. No llevar dinero encima, salvo lo imprescindible para gastos diarios. Gastos que también deberán ser controlados mediante la entrega de un recibo o ticket.

- Evitar los lugares y recorridos que el jugador solía frecuentar cuando jugaba.

- Evitar la entrada a los establecimientos donde solía jugar, recurriendo a otros donde no tenga posibilidad de jugar (bares que no tengan máquinas tragaperras).

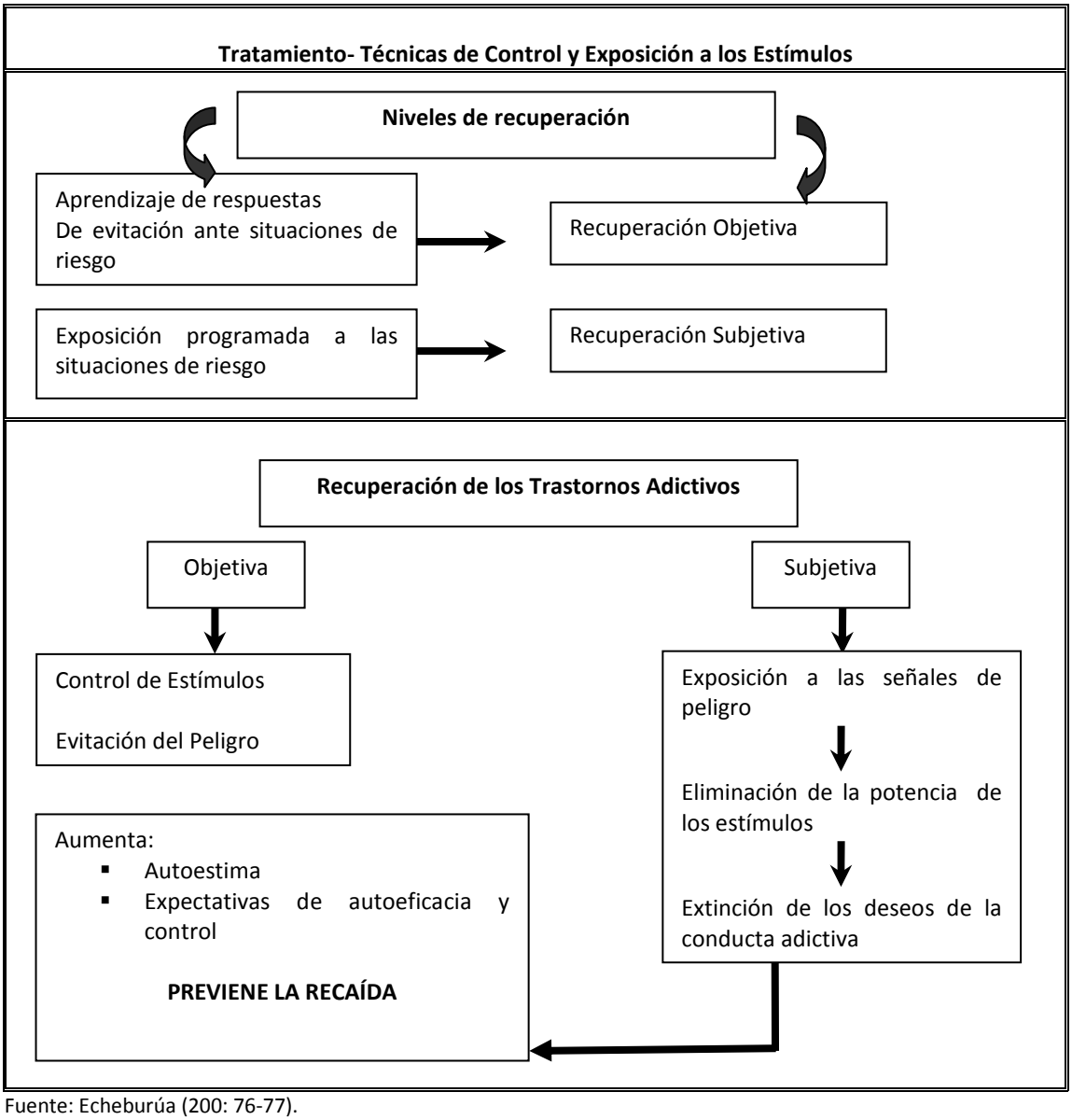
- Evitar las compañías de otros jugadores o de aquellas personas con la que tenía costumbre jugar.

- Autoprohibirse la entrada en las salas de juego de ámbito nacional, llevando a cabo las gestiones oportunas, según marca la legislación vigente.

A medida que pasa el tratamiento, el control de los estímulos tiende a ser menos estricto, a excepción de la pauta que hace referencia a juntarse con otros jugadores, ya que como muy bien anotan Echeburúa y Báez (1994) ésta siempre va a constituir un factor de riesgo para el jugador. El control de los estímulos tiene que ser considerado siempre como un paso necesario pero no suficiente para reanudar el control del juego. Por ello se aconseja que estas técnicas no se apliquen solas sino que, vengan acompañadas con otras, ya que al ser técnicas de evitación sólo producirán en el jugador una mejoría objetiva pero no podrán acabar con la zozobra de los pensamientos subjetivos. A criterio de Echeburúa (2000) (Véase Cuadro 66),

quedarse indefinidamente en esta estrategia sería un gran error ya que esto impediría la recuperación total del jugador. La reparación integral (objetiva y subjetiva) sólo es factible cuando el jugador se expone a una segunda fase del tratamiento, cuando es capaz de resistir todos los indicios del juego sin adoptar conductas de escape.

CUADRO Nº 66



Fuente: Echeburúa (200: 76-77).

4.- *Técnica de Exposición en Vivo con Prevención de Respuestas*. Según apuntan Ibáñez y Saiz (2001) y Fernández, Pérez y Villahoz (2007), esta técnica es especialmente útil para trastornos fóbicos y el trastorno obsesivo-compulsivo donde la impulsividad es un componente muy importante. Se centran en reducir la ansiedad y controlar aspectos importantes implicados en el desarrollo y mantenimiento del juego patológico. Concretamente, consistiría en exponer al jugador de forma regular y progresiva a situaciones asociada con el juego pero sin permitirle jugar ni retirarse de la situación hasta que no haya sido capaz de controlar, al menos, parcialmente la

ansiedad y el malestar psicológico que le provoca la situación (previamente se le ha entrenado en el manejo de algunas técnicas de relajación).

Con ellas se pretende que el jugador sea capaz de aprender a enfrentarse a situaciones de riesgo y a aliviar su malestar mediante otras estrategias distintas al juego. Le servirán para manejar la intranquilidad subjetiva, provocada por el ansia de lo prohibido. Se parte de la idea de que, al extinguirse el deseo de jugar, es cuando verdaderamente el jugador estará preparado para enfrentarse a las situaciones de juego, sin tener que escapar de ellas y afrontarlas con normalidad. Para afrontar esto con naturalidad, como bien enuncian Fernández, Pérez y Villahoz (2007), es necesario tener que jerarquizarse y graduarse las señales de peligro, eliminar el potencial licitador de esas señales y extinguir el deseo de la conducta.

Aunque existen pocos estudios controlados que contrasten su eficacia, en comparación con otras técnicas[6], lo cierto es que en los últimos años, estas técnicas, han adquiriendo un cierto interés por parte de los terapeutas. De ellas el único inconveniente que se señala, es el requerimiento de la participación activa del terapeuta o de otra persona que intervenga como coterapeuta, que pueda acompañar al jugador en sus exposiciones.

3.2.1.2- Técnicas Encaminadas a la Deshabituación de la Conducta Adictiva de Juego

Como veremos, son varias las técnicas que se utilizan para la deshabituación de la conducta de juego patológico. Estas pueden emplearse a dos niveles: el individual y el grupal. A nivel individual las técnicas más empleadas son la *cognitivo conductual*, la *prevención de recaídas* y el *juego controlado*. En el grupal también se aplicarían la cognitivo conductual, la prevención de recaídas y los programas multicomponentes.

1.- La Terapia Cognitivo Conductual. En los últimos años ha cobrado especial renombre la investigación dedicada a la los procesos cognitivos que subyacen en la conducta humana, sobre todo cuando ésta es considerada como anómala o patológica. De ahí que se haya propiciado el uso de técnicas cognitivas en el tratamiento de los problemas mentales, en general. Concretamente, este tipo de terapia se centra en la detección de los pensamientos o creencias inadecuados para conseguir su cambio. Como hemos podido apreciar, a lo largo del anterior capítulo, se sostiene que el inicio y el mantenimiento de la conducta de juego derivan como consecuencia de variables cognitivas entre las que se incluyen los pensamientos irracionales, la ilusión de control

[6] En la revisión de McConaghy, Blaszczynski, y Frankova (1991), de la eficacia de diversa técnicas conductuales en la ludopatía, de los 14 pacientes tratados con esta técnica, dos consiguieron mantenerse abstinentes y otros siete redujeron de forma significativa su conducta de juego. (Ibáñez y Saiz, 2001)

y las distorsiones cognitivas. Todo esto conduce al ludópata a pensar que no tienen ningún problema, sino que simplemente están pasando por una racha de mala suerte o que necesita más dinero para remontar la situación creada por su juego.

Las técnicas cognitivo conductuales más aplicadas han sido las propuestas por Beck que se centra en trabajar las diferentes distorsiones cognitivas y la terapia racional emotiva de Ellis que a través del modelo A-B-C-D-E la persona va aprendiendo a detectar cuáles son los pensamientos irracionales, identificándolos, debatiéndolos y así poder interrumpir la conexión que se da entre el sistema de creencias y las consecuencias emocionales para obtener otras más ajustadas. Suelen formar parte de un modelo multicomponente y no suelen aplicarse como una finalidad en sí mismas. Por ejemplo la propuesta establecida por Ladoceur y sus colaboradores comprende seis fases: análisis de los hábitos de juego; información sobre el juego: explicación de la noción de irracionalidad; identificación de los pensamientos irracionales; comprensión de la noción de racionalidad; y corrección cognitiva.

2.- Prevención de Recaídas. Las recaídas es un tema muy importante cuando se trabaja con la adicción al juego, ya que dificultan la instauración de un tratamiento eficaz a largo plazo (casi el 90% recae en los seis primeros meses)[7]. Por ello, la recaída no sólo va a suponer un nivel de fracaso en el mantenimiento de la abstinencia, sino que también, va a minar la actitud positiva del jugador frete a su recuperación dado que, a medida que se prolonga el efecto sobre la conducta aumentan las expectativas de éxito.

Por definición las recaídas sólo ocurren cuando existe disponibilidad para llevar a cabo la conducta adictiva, y a menudo vienen asociadas con el deseo de jugar provocado por estímulos externos (ambientales) e internos (cognitivos) que previamente han sido asociados con la realización de dicha conducta en el pasado. Asimismo también se las relaciona con algunas situaciones de alto riesgo como son: estados emocionales negativos, conflictos interpersonales, presión social, deseo de probar la capacidad de control y el estrés psicosocial (Ibáñez y Saiz, 2001).

Antes de seguir, es importante hacer una aclaración fundamental. Es fundamental que distingamos el término de caída con el de recaída, ambos importantes y presentes en el proceso de tratamiento. Echeburúa (2000) define la caída como un episodio descontrolado aislado (un solo error). Sufrir una caída no implica que el trabajo realizado hasta ese día haya sido huero. Más bien se trataría de aprender de la caída para evitar sucesos posteriores. Para ello el jugador tendrá que preguntarse qué lo ha provocado, qué se pudo hacer y no se hizo y qué precauciones deben de tomarse en adelante. Sin embargo una recaída implica una vuelta a la

[7] Echeburúa, De Corral y Amor (2004) determinan que los procesos de recaída en las adiciones se produce habitualmente en los tres primeros meses después de la terminación del tratamiento. Por ello plantean que el control de la recaída debe hacerse, de media, durante uno o dos años.

conducta descontrolada de juego anterior al tratamiento. De nuevo la persona va a sentirse incapaz de controlar la conducta de juego y necesitará ayuda del terapeuta.

Sorprende la rapidez con la que una caída inicial puede desembocar en una recaída total (días o semanas). Para Echeburúa (2000) la transición se produce porque se activa un proceso cognitivo denominado el "efecto de la trasgresión o violación de la abstinencia" que consta de dos componentes, que sumados aumentarían la probabilidad de tener nuevas recaídas y de llegar a perder el control del todo (Véase Cuadro 67):

1. La disonancia cognitiva o incompatibilidad de objetivos. Jugar de nuevo es incompatible con el objetivo terapéutico de la conducta controlada. Al llevarla a cabo el jugador suele experimentar un estado emocional negativo de malestar y decirse a sí mismo mensajes negativos (ejemplo: no tengo solución). Esto genera una situación de desasosiego que, tiende a ser calmada recurriendo de nuevo al juego, debido al alivio inmediato que le produce.

2. La responsabilidad de lo ocurrido o la atribución de la causa interna. Los jugadores suelen atribuir la recaída a una debilidad interna (a la falta de fuerza de voluntad o a la insuficiente capacidad de control). Se sienten culpables y en esta culpa se aminora considerablemente su resistencia a las tentaciones posteriores, de donde puede derivarse fácilmente la pérdida de control.

Aunque existen pocos estudios en este sentido, los que hay se hacen eco de la gran necesidad de conocer cuáles son los elementos precipitantes que provocan las situaciones de caídas y recaídas. Por ejemplo el estudio llevado a cabo por Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez (1999) mostró como principales: el manejo inadecuado de dinero (48,6%), sobrevenido principalmente por la disponibilidad de unos ingresos económicos inesperados, por la terminación del pago de deudas, etc.; los estados emocionales negativos (25,7%), como el aburrimiento, la tristeza, la ansiedad, el estrés, la ira, las discusiones, etc.; el consumo abusivo de alcohol (14,3%); la avidez por el juego o *craving* (5,7%); y la presión social (5,7%), aquí juegan un papel crucial las invitaciones a jugar y el seguir manteniendo amigos jugadores.

En cuanto a las variables que pronostican las recaídas o el fracaso terapéutico, estos mismos autores[8], establecen, a partir de estudios propios (1994, 1999, 2001) que la mayor edad del paciente, la poca satisfacción con el tratamiento, el consumo de alcohol y el neuroticismo (como variable de personalidad) son los predictores de

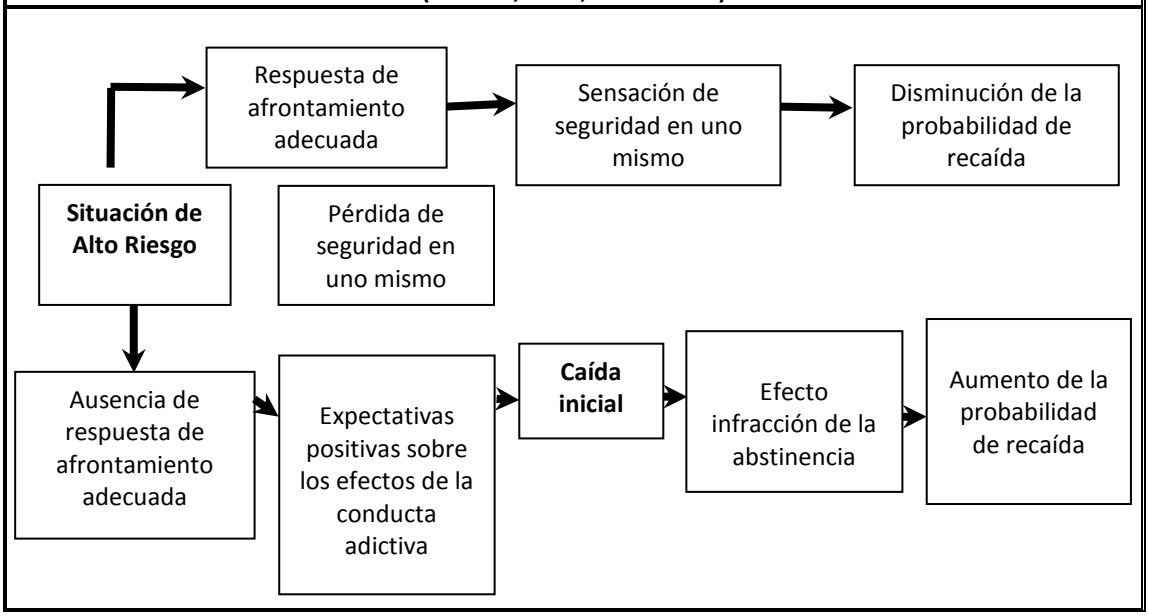
[8] Resultados que han sido obtenidos en estudios llevados a cabo por ellos.

fracaso terapéutico a largo plazo más importantes. Otras variables encontradas por otros autores son el bajo nivel de inteligencia (McCormick y Taber, 1991) y la mayor implicación en otras conductas adictivas en el pasado (no en el presente) (Zion, Tracy y Abell, 1991).

Hay que tener en cuenta que no todos los episodios de caída se viven por igual. La intensidad de estas reacciones emocionales frente a la caída inicial van a depender, según marca Echeburúa (2000), de varios factores: la duración del período de abstinencia, al grado de compromiso personal o público alcanzado con la terapia, la importancia del objetivo de recuperación en la vida del sujeto, el esfuerzo realizado para mantener la meta de abstinencia y la reacción de la familia. Para este mismo autor, las respuestas a la recaída no hay pensarlas en términos de predestinación, en la debilidad del carácter o del azar, sino que esta responde a un proceso psicológico determinado (Véase Cuadro 67)

CUADRO Nº 67

Modelo Psicológico del Proceso de Recaída
(Marlatt, 1993, modificado)



Fuente: Echeburúa (2000: 95) y Echeburúa, De Corral y Amor (2004: 101).

Todo esto justifica la necesidad de tener que llevar a cabo, como paso previo, una evaluación e identificación de las situaciones concretas que son peligrosas para cada paciente, así como la percepción subjetiva que el sujeto tiene respecto a su capacidad para afrontarlas. Para ello se utilizan dos instrumentos de evaluación[9] que son muy útiles, el *Inventario de Situaciones Precipitantes de la Recaída y de Estrategias de Afrontamiento en el Juego Patológico* (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997); y el

[9] Ambos explicados en la parte relativa a los instrumentos de evaluación del juego patológico.

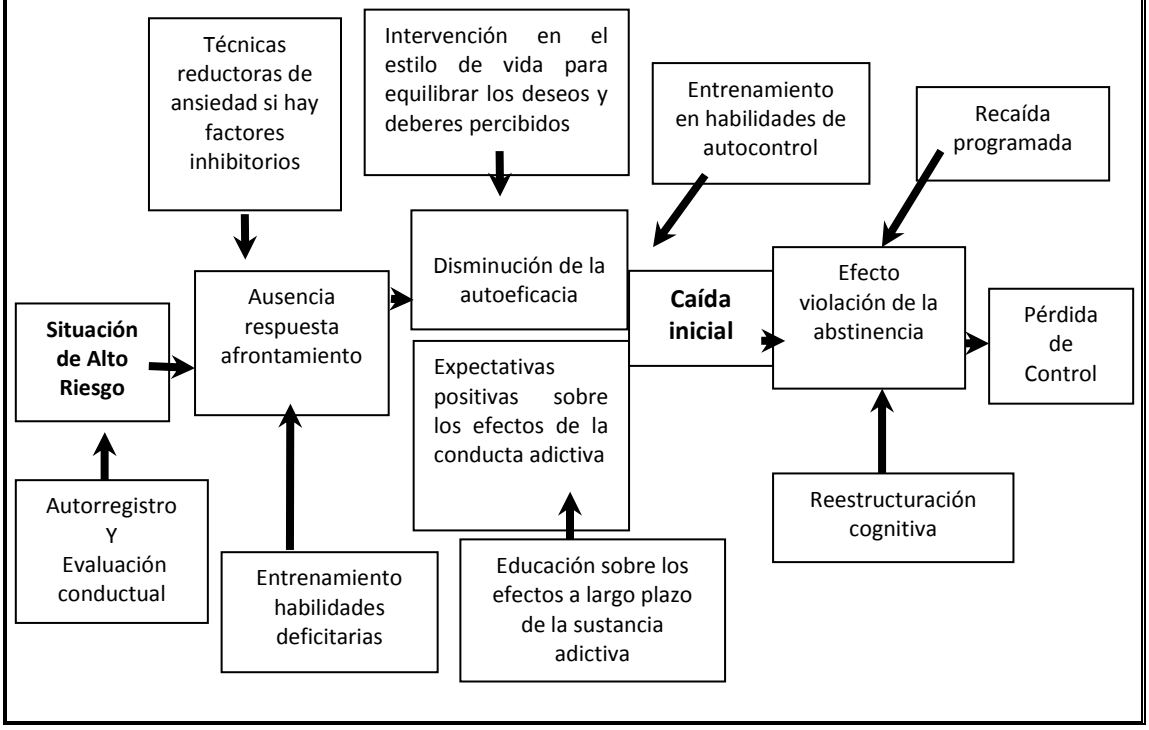
Registro de Situaciones de Alto Riesgo para la Recaída (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997).

Dada la importancia que tienen las recaídas en el proceso de recuperación, éstas siempre deberán estar contempladas en el diseño del plan de trabajo que se realice con el ludópata (Véase Cuadro 68). Las estrategias de intervención tienen que ir encaminadas a ayudar al sujeto a verbalizar la caída y recaídas. El ludópata tiene que tener una actitud de no ocultamiento de lo que ha sucedido, sino todo lo contrario, debe de hablar de ello y pedir ayuda y no ocultarla ni justificarla ni adoptar conductas negativistas.

Tampoco podemos perder de vista las diferencias que existen entre las expectativas originales para dejar la adicción y las que se activan en el momento en que aparece la tentación, De hecho se ha observado que, los jugadores cuando surgen sus primeras dificultades, tienen a olvidar la motivaciones iniciales para dejar el juego y a sobreestimar las consecuencias positivas a corto plazo del juego, mientras que tienden a olvidar o minimizar las negativas (Fernández-Montalvo, Báez y Echeburúa, 1996). Se cree que, la clave de la eficacia terapéutica de las técnicas de exposición en el tratamiento de las conductas adictivas, está en el cambio de las expectativas de eficacia personal, más que en la extinción (Laberg, 1990). De igual modo se ha comprobado (Salomon y Annis, 1989) que la generación de expectativas de autoeficaica sobre el control de las conductas adictivas correlaciona altamente con la conductas futuras de abstinencia.

CUADRO Nº 68

Modelo de intervención para la prevención de la recaída (Marlatt, y Gordon, 1985)[10]



Fuente: Fernández-Montalbo y Echeburúa (2000: 196).

Es común a todos los expertos[11] el pensar que cualquier estrategia de intervención o actuación terapéutica adecuada implicaría, por un lado, el desarrollo de habilidades específicas para impedir la caída inicial o la recaída y, por otro, la solución de los problemas específicos (ansiedad, depresión, problemas de pareja, etc.), así como una intervención motivada al cambio global del tipo de vida del paciente. De ahí que, los aspectos más importantes a tener en cuenta, en cualquier programa de tratamiento sean:

1. Informar abiertamente sobre los riesgos de recaídas como una parte más de la evolución natural del trastorno, siempre que no se tomen medidas. La necesidad de informa viene determinada por las consecuencias que esta

[10] Este modelo de intervención en la prevención de recaídas ha sido utilizado principalmente en el alcoholismo. Aunque parece muy adecuado su utilización en el tratamiento del juego patológico, todavía no existe ninguna investigación sobre su eficacia en este ámbito. En algunos estudios (Echeburúa y Báez, 1994a) se ha conseguido el 100% de abstinencia en el postratamiento, pero se desconoce todavía cómo mantener los resultados a largo plazo (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2000).

[11] Entre otros: Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997); Echeburúa (2000); Ibáñez y Saiz (2001); Fernández, Pérez y Villahoz (2007)

situación puede acarrear al paciente. Si no se le informa puede pensar que su episodio se debe a un fracaso personal y ampliará su margen de abandono.

2. Ayudar al paciente a identificar las situaciones de alto riesgo que van a favorecer en cada caso la probabilidad de que se produzca una recaída.

3. Enseñar al jugador estrategias de que pueden poner en marcha cuando se encuentre en situaciones de riesgo o problemáticas. Entre otras: las reductoras de la ansiedad, el entrenamiento en habilidades de autocontrol, entrenamiento en resolución de problemas y técnicas de reestructuración cognitiva.

4. Cambios de expectativas sobre las consecuencias positivas del juego. Esto implica la información sistemática al paciente sobre los efectos a medio y largo plazo de la dependencia al juego, así como la actuación sobre algunos errores cognitivos (ejemplo: por una vez que juegue no va a pasar nada malo). Muchas personas tienen expectativas positivas sobre las conductas adictivas, basadas en el recuerdo selectivo de algunas experiencias pasadas. Desde un planteamiento de costes, una recaída puede entenderse como la obtención de una gratificación inmediata, independientemente de que los resultados a medio o largo plazo se prevean como muy negativos (Echeburúa, 2000).

5. Solución de problemas específicos. Es muy difícil mantener una abstinencia del juego sino se interviene en otros problemas que trae el jugador. Aunque estos cambian en función de la propia persona, la mayoría de los jugadores arrastran situaciones de ansiedad, depresión, problemas laborales, familiares, legales, etc.

6. Cambio en el estilo de vida. Es necesario estimular al paciente para que realice cambios en sus hábitos y estilo de vida. Reorganizar su vida implica un cambio sustancial en los objetivos y las metas. La apatía, como bien apuntan Echeburúa, De Corral y Amor (2004), facilita la añoranza del juego, los sentimientos de culpa y el estado de ánimo deprimido. Es bueno sugerir al paciente que haga un balance del antes y del después del tratamiento, ya que esto va a contribuir a mantenerlo motivado en su largo proceso de abstinencia. También es necesario fomentar que busque conductas gratificantes que le sirvan como alternativas al juego, ya que es muy normal que un jugador después de haber dejado de jugar se sienta “vacío”.

7. Es importante inducir en el jugador la idea de que una recaída puede suceder en cualquier momento de la evolución, aunque hayan pasado varios años, para que así no se confíe y termine por pensar, con el paso del tiempo, que el problema está solucionado y que ya puede desarrollar una conducta de juego normal, como cualquier persona que no hubiese tenido el problema.

8. Por último, es necesario aprovechar la caída o recaída como elemento terapéutico. Es muy útil analizar todas las circunstancias en las que se han

producido y enseñar estrategias que le permiten afrontar en un futuro este tipo de situaciones.

Dejar el juego implica todo un proceso de aprendizaje, dónde los errores se dan y hay que saber utilizarlos como elementos pedagógicos. El jugador debe ser consciente de que el aprendizaje de un modelo de vida sin la adición al juego facilita la recuperación, mientras que la precocidad en la reanudación de la conducta descontrolada eclipsaría cualquier auspicio de recuperación positiva.

3.- El juego controlado. En el análisis del juego patológico, uno de los puntos más debatidos actualmente (tanto desde el ámbito científico como el asociativo) se centra en estimar si es más útil trabajar la adicción tomando como referencia terapéutica la abstinencia o el juego controlado. Desde siempre, el modelo de abstinencia había sido el más utilizado en el campo de las adicciones, siendo extrapolado al área específica del juego patológico. Sin embargo se ha empezado a reconsiderar la abstinencia como único objetivo terapéutico. Para Echeburúa y De Corral (2008), esta reconsideración surge causada por dos hechos: con la idea de dar respuesta a la escasa motivación que existe para el tratamiento, constatada en muchos adictos; sólo un 10% de los sujetos identificados como jugadores patológicos en los estudios de prevalencia en la población en general acuden a tratamiento (Ladouceur, 2005); y por la constatación de que había algunos ludópatas tratados con éxito que juegan de forma esporádica sin haber recaído en la adicción (Blaszczynski, McConaghy y Frankoya (1991). Por ello se piensa que el juego controlado, para determinados casos, puede ser una terapia más realista, con mayor retención y puede facilitar que un mayor número de personas soliciten ayuda profesional.

Pero esta nueva propuesta plantea varios problemas, entre ellos establecer el reto de su propia definición y su aplicación. En cuanto al primero, Echeburúa y De Corral (2008) explicitan la necesidad de detallar con exactitud qué se entiende por juego controlado. Esto conllevaría definir o al menos tener en cuenta los siguientes parámetros:

- *Las pautas de juego.* Instaurar los límites de tiempo invertido y de dinero en relación con la disponibilidad económica para el ocio; y establecer los días de juego en relación con los días sin juego.

- L*a relación social.* Definir si el juego se realiza de forma solitaria o en compañía.

- *La motivación*. Aclarar los objetivos que se esconden detrás de la conducta de juego, por ejemplo, si se juega con el propósito de divertirse, de ganar dinero, de interactuar con amigos, para evadirse, para hacer frente a problemas económico y deudas, etc.

- *La interferencia con la vida cotidiana*. Marcar si esta puede ser inexistente o por contra es significativa en cuanto a la falta de atención a sus obligaciones diarias, al abandono de sus aficiones o de las amistades.

- *El control sobre el juego*. Definir la capacidad para ponerle freno diferenciando cuando es oportuno o cuando es descontrol manifiesto, por ejemplo: si gasta más dinero de lo planteado, si se ve incapaz de parar el juego o de apostar para recuperar lo perdido.

- *Los pensamientos sobre el juego*. Si son realistas y limitados al tiempo de jugar o si por el contrario son distorsionados y omnipresentes, incluso cuando el sujeto se ocupa de sus obligaciones diarias)

En cuanto a su aplicación, (al margen de las propuestas optimista[12]), aunque no se ha conseguido establecer de forma operativa o con exactitud quiénes podrían beneficiarse, algunos autores consideran que este objetivo terapéutico puede ser plausible para algunos pacientes, en concreto para los jugadores problemas, pero no para los jugadores patológicos. Estos últimos necesitan tener como meta la abstinencia total del juego; sólo cuando no sea posible, se intentará el *reaprendizaje* del control de la conducta de juego (Echeburúa, 2005; Echeburúa y De Corral, 2008).

Pese a las reticencias o resquemores existentes, se considera positiva la posibilidad de contar con varias herramientas terapéuticas, para poder conjugar varios tipos de intervenciones. Las actuaciones breves con el objetivo del control del juego que puedan inducir al tratamiento, facilitar la disposición para el cambio y reducir el riesgo de adicción en jugadores problemáticos y en jugadores más jóvenes. Mientras que los programas de abstinencia sólo se ofrezcan como alternativa específica para los adictos al juego y para aquellos pacientes que hayan fracasado en un programa de juego controlado, haciéndoles ver (estos últimos) que la alternativa del juego controlado no es válida para ellos, y a partir de ahí, conseguir que sean ellos mismos los que opten por dejar de jugar.

Sin embargo los resultados obtenidos bajo este criterio no son concluyentes en cuanto a la validez de su eficacia y no parece que vaya a superar los logrados con los tratamientos de abstinencia. Se ha probado el control de estímulos con apoyo del cónyuge (Dickerson y Weeks, 1979) y las técnicas de autocontrol con el apoyo de jugadores activos no problemáticos (Stewart y Brown, 1988). Rosecrance (1988) propone un programa alternativo al utilizado convencionalmente en Jugadores Anónimos, en el que el objetivo sea conseguir un juego controlado y recomienda la participación de jugadores activos como consejeros en el grupo de autoayuda. Blaszczynski et al. (1991) estudiaron después de 5 años a un grupo importante de jugadores que se había sometido a tratamiento. Concluyeron que tanto los que habían

[12] Varios autores muestran un gran interés por analizar la viabilidad del juego controlado como objetivo terapéutico en el tratamiento de la ludopatía, entre otros: Ladoucer, Sylvain Butin, Lachance, Doucet y Leblond (2003).

conseguido la abstinencia total, como los que habían conseguido un juego controlado mostraban una mejoría progresiva, tanto subjetiva como en la psicopatología que presentaban al inicio del tratamiento y en los índices de funcionamiento psicológico y social, comparado con los jugadores que seguían jugando de forma descontrolada.

Otros sustentan este objetivo terapéutico en la necesidad de ofrecer alternativas al tratamiento más atractivas para los jugadores, sobre todo para los que se encuentran en las fases iniciales. El uso controlado puede elevar el sentimiento de autoeficacia y con ello la probabilidad de que continúe el tratamiento e incluso acepte la suspensión total como objetivo último. Bajo este parámetro, Dickerson (1990), advirtió que aquellos jugadores que se proponían como meta el juego controlado, dejaban de jugar completamente en una proporción mayor que los que se habían marcado, desde el principio, dejar de jugar.

El concepto de juego controlado se relaciona con el que se tenga de recaída. Quienes apoyan la abstinencia indican que en el marco terapéutico es deseable y necesario mantener una actitud flexible y comprensiva ante las posibles recaídas o conductas de juego que mantenga el paciente a lo largo de su evolución. A criterio de Ibáñez y Saiz (2001) es preferible marcar el objetivo terapéutico de la abstinencia total, encuadrar estas eventualidades y utilizarlas como situaciones que permiten aprender estrategias de afrontamiento en el contexto de un abordaje individualizado de tratamiento.

El abordaje individualizado, tanto en tratamiento individual como grupal, debe estar abierto a todos los objetivos posibles. De poco nos sirve un objetivo considerado muy importante (abstinencia) si se pierden muchos pacientes o usuarios que podían beneficiarse de otro objetivo (juego controlado). Aquella persona que presenta un juego abusivo puede ser candidato al objetivo del juego controlado, especialmente los más jóvenes, como se ha comentado anteriormente. En aquellos jugadores patológicos que se prevé riesgo de abandono del programa por no aceptar el objetivo de la abstinencia sería aconsejable trabajar el objetivo del juego controlado, aunque entendemos que será muy complicado conseguirlo, pero esa imposibilidad podrá ayudar al jugador a plantearse el objetivo de la abstinencia a medio o largo plazo. Y siempre será preferible retenerlo en el recurso asistencial, para posibilitar cambios, que perderlo al no habernos ajustado a su demanda inicial.

Sobre todo se cree que el juego controlado puede se una alternativa terapéutica para los jugadores jóvenes que no presenten una adicción severa. Por ello se plantea que puede ser de mucha utilidad aplicarlo en los programas de prevención en la escuela en el marco de la educación para la salud, como forma de enseñar a los adolescentes a hacer frente a su exposición al juego, bien en la calle o en Internet. (Echeburúa y De Corral, 2008)

Para Prieto Ursúa (1999), debe de ser el jugador quien elija su objetivo terapéutico. Controlar el juego debe ser algo importante en cualquier tipo de tratamiento. Si sólo se le enseña a no jugar o a huir del juego, en cierto momento supondrá un suicidio para el jugador. Al igual que se le entrena para otras competencias, debe de preparársele para que aprenda a controlar el juego. Hay que trasmitirle al jugador que puede controlar el juego, que puede decidir dejar completamente el juego, así después del tratamiento el jugador no estará desprotegido ante el juego: "*sólo cuando tiene a su disposición los recursos suficientes como podrá decidir con libertad si su objetivo es dejar de jugar o hacerlo de forma controlada*" (1999: 77-78).

4.- Programa Multicomponentes. Estos programas surgen como estrategias globales para el tratamiento de la adicción al juego. De manera general, las técnicas descritas suelen centrarse en alguno de los múltiples factores que interviene en la conducta de juego, sin tener en cuenta aspectos afines o conexos a esa conducta, que en cierta manera van a determinar la eficacia del tratamiento. El pensar que solucionando sólo el tema del juego todo va a ir bien es un craso error. Los problemas de índole familiar (pareja), legal, económico, laboral, etc., juegan un papel determinante en muchos de los episodios de caída inicial y recaídas.

Con el fin de abordar diferente conductas y problemas en el jugador patológico. Ladouceur (1993), diseñó un programa donde se abordaban cinco componentes fundamentales. Concretamente:

1. *Información sobre el juego*. El jugador debe de ser informado sobre el juego, el azar, cómo surge la percepción ilusoria de control y cuál es el fin del juego.

2. *Corrección de las creencias ilusorias o erróneas*. Con ello se le indica al jugador que piense en voz alta cuando juega, para registrar sus creencias erróneas y verbalizaciones improcedentes, en situaciones de juego real en e laboratorio, para luego poder corregirlas en la consulta. Para modificar esta distorsión cognitiva, Ladouceur (1993) propone que se lleve a cabo un análisis de los hábitos de juego, una información sobre el juego de azar, una explicación de la noción de irracionalidad, una identificación de los pensamientos irracionales, una comprensión de la noción de racionalidad y una corrección cognitiva.

3. *La solución de problemas*. Es imprescindible hacer ver al jugador que muchos de sus problemas derivan de su implicación en el juego. Se le instruirá para que tenga una orientación general del problema; para que sepa definir los problemas; para que sea capaz de generar varias alternativas o soluciones; para que ponga en marcha soluciones; y para que sea capaz de establecer criterios para valorar las alternativas, sea capaz de elegir la más adecuada y compruebe su eficacia. También se le deberá animar a que extienda sus actividades sociales y a organizar un presupuesto y un plan de devolución de deuda.

4. *Entrenamiento en habilidades sociales*. Se debe clarificar al jugador la conexión que normalmente existe entre déficit de habilidades sociales y la implicación en el juego. Por ejemplo entrenamiento en habilidades de afrontamiento como la resolución de problemas, manejo de conflictos y la asertividad, habilidades de autocontrol como la reestructuración cognitiva y la exposición al juego de forma gradual y controlada. Habilidades de comunicación, etc.

5. *Prevención de recaídas*. El tratamiento de la adicción al juego es básicamente un proceso de aprendizaje orientado hacia la abstinencia del juego, por ello es necesario que el jugador tenga adquirido toda una serie de habilidades y estrategias que le ayuden a no caer de nuevo en el juego.

Los resultados que se obtienen con esta modalidad de tratamiento suelen ser muy positivos por que permite que, al mismo tiempo que se trabaja la adicción al juego, se puedan tratar los trastornos asociados al juego (otras adiciones, problema de pareja, organización del dinero y el tiempo, etc.,). Estos programas deben de ser diseñados individualmente, teniendo en cuenta el tipo específico de juego, a mantener su suspensión y a prevenir la recaída. Con ello se consigue abordar el problema real y no un aparte de él, asegurándose mejor la garantía de que se mantenga alejado del juego. Para ello el tratamiento debe de tener implícitos los siguientes aspectos fundamentales: las técnicas de control de estímulos, las técnicas de control de estrés, medicación antidepresiva, terapia cognitiva, terapia de pareja, se deben restituir las deudas, se debe ofrecer un ocio adaptativo, deben de atenderse las posibles adicciones y debe de asistirse -de forma continuada- a las asociaciones de Jugadores en Rehabilitación ya que ayudan a mantener la abstinencia.

3.2.1.3- Técnicas Encaminadas al Mantenimiento de los Logros del Juego

Para conseguir mantener los logros obtenidos en el proceso de deshabituación al juego, es necesario complementar los programas multicomponentes (descritos anteriormente) con otras medidas. En este caso es imprescindible someter al jugador, no sólo a una serie de terapias, como las de grupo y de familia o pareja, sino también a que asista a un grupo de autoayuda.

1.- Terapia de Grupo. Estas terapias son de frecuente uso en el campo de las adicciones y dependiendo del caso, pueden ser consideradas como un elemento más del tratamiento o su componente principal. Su origen viene definido por la importancia de separar a las distintas partes (por ejemplo: al ludópata de la pareja) implicadas en la conducta del juego. Si se quería tener éxito en el tratamiento, era necesario, dados los graves problemas que acarrea el juego, que la primera fase del tratamiento se abordase por separado, formando grupos para jugadores y grupos para familiares.

Indistintamente de su aplicación (técnica sola o combinada con otras), a esta técnica se le atribuyen una serie de ventajas. En principio incrementa la dificultad de que un jugador pueda seguir manteniendo los mecanismos de autoengaño; el hecho de tener que acudir de forma regular a las sesiones facilita el mantenimiento del control sobre el juego; proporciona apoyo social, jugando a beneficio de la reducción de la soledad; y le dota de modelos de actuación durante el tratamiento, pero sobre todo, para después de él.

2.- Terapia de Pareja o Familia. Siempre se ha recomendado que, cuando se averigüe que algún miembro de la familia pueda estar teniendo un problema de adicción al juego, no haya que actuar solos, sino que es muy conveniente acudir o bien a un profesional o bien a algunas de las asociaciones que hay para tratar este tipo de problema. Desde el primer momento que se encauza la rehabilitación el papel de la familia como agente activo es determinante, tanto para incentivar al jugador a seguir adelante, como para revisar y contrastar las tareas y animarle en los progresos que vaya consiguiendo. Pero no podemos olvidar a la familia como objeto "paciente" dentro del propio tratamiento. Cada día se tiene más claro que a la vez que enferma un jugador enferma la familia y ésta necesita ayuda para poder ayudar al jugador. De ahí que en la mayoría de las asociaciones contemplen esta ayuda y ofrezcan, dentro de su modalidad de tratamiento, grupos de autoayuda para familiares (sobre todo para la pareja y las madres).

Casi siempre las familias suelen sorprenderse con el diagnóstico de este tipo de problemáticas (la mayoría no saben de su existencia) y no saben como actuar. De ahí que las primeras sesiones de trabajo con las familia se dedique a informarles sobre todo lo que tiene que ver con el problema (qué es, en qué consiste, cómo evoluciona, el tratamiento, las posibilidades de recuperación, etc.). Informada la familia, será más fácil que ésta se adhiera a cualquier propuesta o medida que vaya encaminada a superar la adicción del familiar. Salvada esta dificultad, se intentará llegar a un consenso y a un acuerdo donde se registre los objetivos y las estrategias de intervención para logarlos. Para ello habrá que tener en cuenta aspectos tales como: la necesidad de reforzar todos los esfuerzos y logros para cambiar y mantener el cambio de la persona jugadora; también se tendrán que resaltar los comportamientos de las familias que faciliten los cambios de conducta y la adquisición de otras alternativas; mientras que se reducirán o se eliminarán aquellos que puedan estar facilitando la conducta de juego; será necesario concretar normas en la familia con respecto al dinero, a la organización de su entorno, horarios, participación en los actos familiares; se le adiestrará en nuevas formas de tomar decisiones y se la instruirá como coterapeuta.

Cuando el problema se centraliza en la pareja (se deja a un lado a los otros miembros de la familia, como pueden ser los hijos) ya que afecta a uno de sus miembros, y así lo han decidido, se trabajará con ella desde lo que se conoce como "contrato de contingencias" (terapia cognitiva y terapia conductual). Esta técnica se

basa en la idea de que la disfunción matrimonial aparece cunado los miembros de la pareja mantienen expectativas irreales sobre la misma y hacen evaluaciones muy negativas cuando no logran obtener una satisfacción. Para planificar de forma eficaz la intervención, el profesional va a necesitar conocer las bases del funcionamiento de la pareja (creencias que fundamentan la relación de pareja), de ahí que sea imprescindible verificar o ejercitar una serie de estrategias cognitivas como la modificación de las expectativas irreales que mantienen la relación, la corrección de atribuciones falsas establecidas en las interacciones, y la disminución de la interacción destructiva con procedimientos auto instructivos.

Generalmente los avances en la pareja aparecen una vez se ha superado el estrés inicial del problema. Pero esto no significa que el obstáculo se haya vencido ya que, a la vez que van saliendo todos los problemas y el conflicto va aflorando, la mejoría va dando paso a un deterioro o empeoramiento de la relación. En estos casos, el terapeuta tiene que apelar a la esperanza y trasmitir la idea de que se pueden arreglar las cosas. Si pese a todo el trabajo realizado con ella no se ven resultados positivos, será ella la que decida si quiere separarse o no. El profesional sólo les podrá ayudar a evaluar las ventajas o los inconvenientes de esa decisión, para que la realicen de forma madura y adulta.

3.- Grupos de Autoayuda. En España la mayoría de los jugadores patológicos acuden a este tipo de grupos (asociaciones) para dejar de jugar. Tenemos que tener claro que no todas las asociaciones se sustentan en los mismos principios filosóficos, objetivos terapéuticos y líneas de intervención.

El origen de estos grupos hay que situarlos en Estados Unidos, concretamente el primero se fundó en 1957 en California, bajo el envión de dos jóvenes jugadores arruinados y deseosos de prestarse ayuda mutuamente en un grupo de autoconciencia del problema y de ayudar a otros jugadores patológicos. Con el tiempo estos grupos se fueron ampliando por toda Norteamérica (incluida Canadá), extendiéndose más tarde por Europa. El modelo de Jugadores Anónimos sigue el modelo de recuperación de Alcohólicos Anónimos con algunas variaciones. Su línea de intervención está basada en unos principios muy sencillos, tales como: reconocerse como un adicto al juego, hablar de su vida de juego y reforzar su abstinencia convirtiéndose en un modelo de identificación de los demás. Para pertenecer a estos grupos, basta sólo con identificarse como jugador patológico, incapaz de controlar el juego por si mismo, y querer cambiar esa situación. A partir de ahí se seguirá el programa de recuperación de los doce pasos ideado por Alcohólicos Anónimos. Aunque es difícil establecer una comparativa con otras medidas de tratamiento, éstos se muestran bastante eficaces en el logro de la abstinencia, ya que, como bien apunta González Duro (2005), casi de inmediato el paciente recibe ayuda y asesoramiento para resolver prácticamente todos sus problemas.

En España los Jugadores Anónimos existen desde el año 1987, contando además con grupos de apoyo denominados como GAM-ANON, compuestos por familiares y amigos de los pacientes. En ellos los familiares toman conciencia de su situación y de cómo pueden ayudar al jugador patológico y ayudarse a sí mismos. Para ello tendrán que aceptar y aprender a vivir con el hecho de que el juego patológico es una enfermedad emocional, animando al jugador, y así mismos, a asistir a las reuniones y aceptando el hecho de que la recuperación no ocurrirá de la noche a la mañana, puesto que la codependencia es una enfermedad emocional de profundas raíces.

La *solidaridad* es la clave que fundamenta la existencia de estos grupos. Vivir la experiencia del juego significa cohabitar con una experiencia agotadora, y muy demoledora, de ahí que necesiten la ayuda de otras personas que hayan pasado o estén pasando lo mismo que ellos. En estos grupos aprenden a enfrentarse con los problemas a través de la práctica, con la experiencia de otros y sabiendo que hay esperanzas en la recuperación del problema.

A parte de estos grupos, en los últimos años han ido proliferando en España otros grupos y asociaciones de autoayuda, algunas con apoyos y conexiones profesionales o institucionales. Aunque con grandes diferencias de fondo, con respecto a los primeros, en todos ellos se obliga a que sus miembros se declaren jugadores patológicos y que se apoyen mutuamente en el logro de la abstinencia, lo que debe de seguir haciendo por tiempo indeterminado. El jugador nunca va a dejar de ser un jugador; simplemente se produce un cambio de rol: del rol de jugador al rol de ex-jugador. La misiva está en mantenerse siempre en estado de alerta para no volver a caer en las redes del juego, y en parte esto se consigue recordando lo que fueron y lo que no quieren volver a ser (González Duro, 2005).

Para entender esto es necesario comprender, como anota este mismo autor, que cuando el juego se va de la vida de un jugador éste se queda huérfano. Abandonar el rol de jugador es como dejar el yo desprovisto de significado y con una gran sensación de vacío; de ahí que deba llenarse ese huero y que mejor manera de hacerlo que adquiriendo el rol de ex-adicto al juego, que al final le va a permitir seguir con las mismas representaciones, aunque en valor contrario. En este sentido, González Duro (2005), describe muy bien esta situación cuando establece que el desarrollo del rol de ex-adicto queda marcado fundamentalmente por el establecimiento de una serie de estrategias encaminadas a dar un significado a lo anteriormente rechazado: la voluntad, la sinceridad, cuidar y dar apoyo a otro, enfrentarse a las consecuencias de sus acciones.

Aunque estos grupos parecen ser efectivos en el logro del control del juego y la abstinencia[13], no son suficientes por sí mismo. Necesitan de la ayuda de otras modalidades de tratamiento profesional, de ahí que muchos de ellos incorporen dentro de su proyecto rehabilitador a profesionales para que se hagan cargo de las directrices del tratamiento, aunque ellos sigan manteniendo sus propios grupos de autoayuda (jugadores y familiares). La incorporación profesional ha ayudado mucho al éxito de este tipo de modalidad terapéutica. El problema de Jugadores Anónimos es que la gran mayoría de las personas que acuden a él suelen abandonarlo a las pocas sesiones[14], cosa que parece no ocurrir cuando introducen la ayuda profesional. Entre las explicaciones posibles, González Duro (2005) atribuye el hecho a la falta de restauración de unos patrones de relación saludables ya que precisarían de una terapia grupal, familiar o de pareja muy completa. Aunque los jugadores hayan cambiado su conducta a fondo y desaparezcan las consecuencias negativas de sus comportamientos, los problemas intrínsecos siguen intactos, quedando reducidos a meros ex-jugadores, siempre en riesgo. Por su parte, Fernández, Pérez y Villahoz (2007), creen que el fracaso viene propiciado por la filosofía que subyace bajo este tipo de grupos. Considerar que el jugador tiene un problema incurable puede abocar a las personas jugadoras en sus primeros fracasos a un concepto negativista y poco útil, sobre todo, para aquellos jugadores que se encuentran en las primeras fases del problema.

Echeburúa (1994) anota que, en estos grupos, los mejores resultados se obtienen con pacientes con una adicción al juego muy arraigada y con muchos problemas y con aquellos que no tiene recaídas o éstas son muy escasas. También se cree que estos pueden ser de mayor utilidad apara los pacientes con un locus de control externos. Se desaconseja el uso de estos grupos para pacientes que busquen ayuda en las primeras fases del problema.

Para Alonso-Fernández (2003), la razón de ser de las sociedades de autoayuda se encuentra en el apoyo que prestan a la resocialización del jugador, que como sabemos es un factor clave en la socioterapia. La resocialización implica una reorganización del plan de vida del jugador en torno a la familia, las relaciones sociales, el trabajo y las actividades recreativas. Este autor, compendia la rehabilitación del jugador en tres etapas sucesivas análogas a las de los alcohólicos: la etapa seca, la de

[13] En su contra juega el hecho de tener pocos datos que demuestren la eficacia de estos grupos de autoayuda, ni estudios comparativos con otras modalidades de tratamiento.

[14] Custer (1984) estimó que el abandono en estos grupos en muy alto (el más alto de todos los grupos de autoayuda) se debía fundamentalmente por la resistencia a asumir el modelo de enfermedad.

En un estudio llevado a cabo por Stewart y Brown (1988) descubrieron que el 22% de los sujetos abandonan tras la primera reunión, el 50% tras la segunda y el 70% y tras la décima, lo que acabo e diez reuniones sólo quedan el 30% de la muestra original. De igual modo, se consigue ver que el éxito terapéutico (abstinencia total) es del 8% de los casos al cabo de un año y en un 7% al cabo de dos años. Resultados que son muy desalentadores si tenemos en cuenta que en algunos países esta modalidad es la única disponible.

abstemia y la de rehabilitado. Cuando el jugador deja el juego en él sigue perdurando la misma mentalidad que cuando jugaba; sin ser consecuente ha dado un paso adelante. Es como un adicto sin objeto adictivo. Al cabo de un tiempo esta mentalidad empieza a mutar y a reorganizarse en torno a una actitud abstemia; empieza a tomar conciencia de la necesidad de mantenerse sin recurrir al juego llegando a sentir una cierta hostilidad hacia él como consecuencia de apercibirlo como el culpable de los trastornos y los sufrimientos que ha padecido, una vez que el jugador se ha beneficiado, en grado suficiente, con las experiencias aportadas por un proyecto de vida totalmente apartado del juego, es cuando se puede hablar de jugador rehabilitado o ex adicto. Esta condición se alcanzará después de haber vivido sin el juego durante al menos dos o tres años (si todo cursa con normalidad, es el tiempo de tratamiento estimado en este tipo de asociaciones).

3.2.2.- Intervención Médica. Farmacología de la Adicción al Juego

El uso de fármacos en la adición al juego es una modalidad de tratamiento de reciente introducción en la intervención terapéutica, por lo que todavía se encuentra en pleno proceso de investigación. Desde esta dimensión interesa conocer, no sólo, la eficacia de su uso, sino también hallar el fármaco más apropiado para cada caso concreto.

Para Ibáñez y Saiz, (2001) la justificación del uso de medicamentos en esta patología viene dada por las alteraciones biológicas encontradas, hasta ahora, en jugadores patológicos y en otros trastornos del control de los impulsos. Los psicofármacos empleados a lo largo de la terapia se corresponden, principalmente, con la familia de los serotoninérgicos, estabilizadores del ánimo y antagonistas opiáceos.

1.- Fármacos Serotoninérgicos. Dentro de los antidepresivos la máxima eficacia corresponde a la clomipramina (dosis de aumento progresivo hasta estacionarse en los 150 gr/día). Ibáñez y Sáiz (2001) subrayan que los fármacos que han tenido algún resultado positivo sobre la ludopatía han sido la: *clomipramina*, un tricíclico con acción preferentemente serotoninérgica; la *fluvoxamina*[15] ha sido el primer fármaco de la

[15] Este fármaco ha sido el primero que se ha mostrado eficaz en un estudio con diseño simple ciego, en el que 16 jugadores entraron en una fase inicial de lavado con placebo durante ocho semanas. Posteriormente 10 jugadores se incluyeron en la segunda fase del fármaco activo, recibiendo una dosis diaria de 100-300 mg/día durante ocho semanas. Al finalizar el estudio seis pacientes estaban abstinentes y otro más que había dejado de jugar antes de entrar en la fase de tratamiento activo, permanecía sin cambios.

Asimismo, este mismo fármaco, ha sido objeto del primer estudio aleatorizado con diseño doble ciego controlado con placebo. Con seis meses de duración se incluyeron un total de 37 pacientes procedente de la Unidad de Ludopatía del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. Aunque no se observaron diferencias globales al comparar con placebo, la fluvoxamina a dosis de 200mg/día se mostró mucho más eficaz en la reducción de las conductas relacionadas con el juego cuando se consideraban sólo los varones. Diferencias que también se apuntan desde los datos obtenidos de la investigación genética. Se ha

familia de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotionina (ISRS) y está en estudio la eficacia de la *sertralina* otro ISRS. Todos ellos poseen la virtud de sumar a su acción antidepresiva un cierto efecto antiadictivo (Alonso-Fernández, 2003).

2.- Estabilizadores del ánimo. Dentro de estos fármacos, Alonso-Fernádez (2003), enumera a la carbamezapina, el carbonato de litio, el valproato y la gabapentina, con una indicación selectiva de aquellos enfermos que presentan una fuerte impulsividad, una oscilación ciclotímica con cierta asiduidad o trastorno bipolar.

En cuanto la eficacia del *carbonato de litio*, Ibáñez y Sáiz (2002) resaltan que éste ha sido una de las primeras referencias sobre la respuesta de los fármacos al juego patológico que se conocen a nivel bibliográfico, aunque se tratan de observaciones sobre casos aislados que presentan además diagnóstico asociado a trastorno bipolar. No obstante, debido a la enfermedad no se pudo establecer si la mejoría en la conducta de juego se debe a un efecto específico sobre ésta o si depende de un abordaje adecuado de su trastorno de base. Asimismo, todavía se desconoce los efectos del litio en cuanto a su efecto estabilizador del ánimo, si tiene un resultado serotoninérgico como agonista presináptico.

De la *carbamacepina*[16] además de tener una acción estabilizadora, se ha apuntado que ésta pude tener efectos sobre el sistema serotoninérgico central, ya que el estudio farmacológico llevado a cabo por Elphick y Cowen(1988) indicó que este fármaco tiene una acción potenciadora de la función serotoninérgica en humanos.

3.- Antagonistas opiáceos. Los antiadictivos son una medicación básica para este tipo de problemas. El fármaco más utilizado es la *naltrexona*, que bloquea los efectos de las endorfinas, y la *fluoxetina* operativa a dosis elevadas mediante la activación serotoninérgica. Varias investigaciones ha hecho evidente que los antagonistas opiáceos pueden resultar útiles para reducir la precipitación en la respuesta, la impulsividad de las conductas, elemento común en los trastornos de

---

señalado la presencia de variantes específicas que conllevan un funcionamiento deficitario en el transportador de serotonina en ludópatas varones pero no en la mujer (Pérez de Castro, Ibáñez, Sáiz Ruiz y Fernández-Piqueras, 1999).

[16] Ibáñez y Saiz (2001) destacan que la carbamacepina a dosis elevadas (600mg/día) se ha mostrado eficaz en un jugador patológico con una historia de problema de juego de 16 años de evolución y fracaso de otras opciones terapéuticas. Se le administró este fármaco con un diseño doble ciego controlado con placebo, de manera que el paciente recibió durante las primeras 12 semanas placebo, sin que se observara mejoría y a continuación se inició un tratamiento con 200mg/día de carbamacepina, aumentando de forma progresiva a 600mg/día. En la segunda semana de tratamiento activo se observó una mejoría con cese de la conducta de juego y permaneció en remisión a lo largo de los 30 meses de tratamiento con el fármaco administrado en forma de estudio abierto. Sus autores (Haller y Hinterhuber, 1994) creen que la eficacia del tratamiento puede deberse al efecto *antikindling* de la carbamacepina en el sistema límbico, así como a un efecto noradrenérgico de ésta.

control de los impulsos. En concreto se ha puesto de manifiesto que la naltrexona es eficaz en el tratamiento de la ludopatía y el alcoholismo (Crockford y el-Guebaly, 1998b). Kim (1998), también destacó los efectos positivos de la naltrexona a dosis superiores de 50mg/día en diversos trastornos en el control de los impulsos, entre los que se incluía el juego. En España un estudio llevado a cabo por Turón, Salgado, González y Vicente, (1990), arrojó que el 56% de una muestra de 30 jugadores patológicos permanecían abstinentes tras 10 meses de tratamiento con una dosis media de 150mg/ 48 horas de naltrexona.

Ibáñez y Saiz (2001) señalan que las hipótesis más actuales marcan que la eficacia de los antagonistas opiáceos en estos trastornos se explicaría por su capacidad para inhibir la liberación de dopamina en el núcleo *accumbens*, de manera que actuaría modulando las vías implicadas en la patogenia de las conductas adictivas. En la actualidad se están llevando a cabo estudios con naltrexona, controlados con placebo, en pacientes con ludopatía.

Últimamente se viene utilizando el *topiramato* en el tratamiento de todas las adicciones. Se ha comprobado sus buenos resultados en el tratamiento de tabaquismo, el alcoholismo, cocaína y más recientemente en la ludopatía. Se ha demostrado que la utilización del fármaco a dosis de 2oomg/día disminuye el impulso de jugar. Su mecanismo de acción, a nivel del sistema limbito cerebral, avala el buen resultado del fármaco.

4.- Los ansiolíticos. Aplicados sobre todo en la etapa inicial del tratameinto. Alonso-Fernández (2003) apunta que el fármaco más utilizado es el *halacepán*, una benzodiazepina de acción prolongada. Aunque actualmente se da la tendencia a sustituir la acción ansiolítica proporcionada por las benzodiazepinas por la activación del autocontrol aportada por los neurolépticos atípicos debido a su efecto antidopaminérgico.

5.- Los Betabloqueantes. Dentro de esta familia Alonso-Fernández (2003) señala el *propanolol* de administración dilatada, como fármaco más utilizado, cuya acción es regular la excitación vegetativa y emocional.

3.2.3.- Intervención Social

Dentro de los tratamientos que se diseñan para atender el problema del juego patológico, cada vez se tiene más presente la parte correspondiente al tratamiento social que tiene como objetivo la plena incorporación social del jugador a su contexto. Aunque esta intervención, de atención directa, está diseñada en tres fases

(desintoxicación, la deshabituación y la incorporación), cuando se aplica a la adicción al juego ésta queda concretada en dos: la deshabituación y la incorporación.

1.- La Deshabituación. Consiste en trabajar para conseguir que la persona adicta pierda los hábitos que le condujeron al juego, a favor de conseguir otros que le permitan llevar una vida más saludable que favorezca sus recuperación. También se trabajará para identificar todos los tratamientos pertinentes que le ayuden a mejorar sus situación y por ende todos sus problemas (médico, psicológico, socia, terapéutico, jurídico, etc.). Aunque es un proceso generalizado, es necesario adaptarla a las situaciones individuales de cada usuario.

2.- La Incorporación.- Esta etapa debe ser entendida como un proceso activo de cambio donde el jugador representa un papel muy especial ya que en ella se procede a diseñar los itinerarios de incorporación de forma individualizada y flexible, adaptados a las circunstancias personales de cada uno de los usuarios. En esta fase juega un papel fundamental el trabajador social, que será el encargado de hacer de enlace entre los recursos existentes (instituciones, organismos, programas tanto públicos como privados, que pueden ser de utilidad para el usuario y su familia)con las necesidades y características específicas de cada uno de ellos.

La incorporación social aglutinaría a todas aquellas acciones e intervenciones encaminadas a facilitar y posibilitar que las personas puedan desarrollar sus capacidades personales y sociales asumiendo un papel activo en su nuevo proceso de socialización. Fundamentalmente hay que entenderlo como un proceso de cambio personal y social, simultáneo y progresivo.

Es simultáneo ya que al mismo tiempo que se trabaja con el usuario los cambios sociales, éstos provocarán un cambio en el área personal. La progresividad viene definida por el hecho de que este tipo de cambios no se producen de forma inmediata sino que suelen conseguirse poco a poco de forma paulatina.

De vital importancia se manifiesta el hecho de conceder al dependiente un papel activo en su proceso hacia el cambio. Al jugador le debe de quedar muy claro que el profesional sólo es un instrumento del que puede valerse, convirtiéndose en su apoyo o punto de referencia, pero el proceso a seguir debe ser propuesto de forma clara por el usuario. El profesional no puede decidir por el usuario, simplemente debe de *ayudar al usuario a que se ayude*. Señalar también que la incorporación social lleva asociada la valoración de las necesidades sociales de la persona. Previa entrevista inicial y posterior diagnóstico, dónde se señalarán las necesidades, se marcará su itinerario personalizado de incorporación. Cómo vemos este tipo de intervención lleva implícita una percepción global de la realidad. No se puede actuar sobre una sola área

de la persona. La intervención debe de estar claramente marcada por una visión holística.

Si tomamos como referencia el Nuevo Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, veremos que en él se señala que el objetivo principal tiene que ir encaminado a favorecer los procesos de cambio en personas con problemas de drogodependencias y adiciones, incidiendo sobre los factores que generan y potencian su problema de adicción, promoviendo la participación y una incorporación social normalizada. Entre los factores más comunes de la ludopatía se cuentan con (Fernández, Pérez y Villahoz (2007): las necesidades o dificultades económicas; Dificultades en el acceso al mercado laboral; posesión del tiempo libre sin ocupar; problemas en las relaciones familiares, sobre todo a nivel de pareja; Necesidad de prestaciones sociales y económicas; falta de formación y cualificación; e inexistencia de relacione sociales o grandes dificultades para mantenerlas.

Aunque se aprecien rasgos comunes en los procesos de incorporación, no se puede hablar de itinerarios iguales, sobre todo en lo tocante al tema de género. Son muy diferentes las necesidades, y los factores que condicionan la adicción al juego de un hombre y el de una mujer. Sobre todo en lo que concierne al tema familiar. Aunque durante la adición, ambos sufren un alejamiento y descuido de las obligaciones familiares, el sentimiento de culpabilidad en la mujeres es mucho más magno que en los varones. De ahí que durante el proceso de incorporación en los hombres se establezca la recuperación progresiva del núcleo familiar; mientras que en la mujer la recuperación del núcleo familiar es lo prioritario.

Debemos de tener en cuenta que cualquier intervención que se proponga en este campo tiene que tener como punto de referencia o marco general el Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, donde se recoge de forma explícita la importancia que tiene el diagnóstico del problema, la implicación activa del dependiente en su problema, el papel del movimiento asociativo como mediador entre el entorno social y las personas con problemas de adicciones y la adquisición en hábitos formativos y habilidades laborales para que los afectados puedan desenvolverse en la sociedad de una manera normalizada, de ahí que las medidas de formación y empleo ocupen un lugar cardinal en el proceso de incorporación social del adicto al juego. En general las actuaciones de incorporación social se dirigen a diferentes áreas: la laboral, la formativa, la de atención a las necesidades básicas, los recursos sociales y económicos y las relaciones sociales.

- El área laboral. El trabajo en esta área se centra en varios puntos como es la *orientación profesional* a través de la cual se le aportan pautas de búsqueda de empleo, se le orienta en la elaboración del curriculum vitae y se le ayuda a elaborar entrevistas laborales. También se habilita una *bolsa de trabajo*, donde no sólo se deposita el curriculum vitae, sino que se les enlaza con ofertas

laborales que lleguen a la institución. Este servicio se pone en conocimiento de las empresas, informándoles de los posibles beneficios que pueden obtener si contratan a personas con esta problemática. De igual modo, se lleva a cabo una *exposición de las ofertas laborales* encontradas, bien a nivel particular, prensa o internet, procediéndose a su renovación periódica. Se trabaja en *coordinación con instituciones dedicadas a la orientación* (Andalucía Orienta) y *colocación laboral* (Empresas de Trabajo Temporal). Se les puede tramitar el *Programa Arquímides* que consiste en ofrecer beneficios económicos a aquellas empresas que contraten a personas dependientes en fase de incorporación social, para el desempeño de un puesto laboral normalizado. Por último dentro de este ámbito, también se trabajar la cualificación profesional, en coordinación con algunos programas, como es el caso del *Programa Red de Artesanos*. Es un programa de formación laboral (no de colocación) gestionado a través de la Federación Andaluza de Drogas y Adicciones, al objeto de dotar a la personas de destrezas propias para el desempeño de una profesión determinada. Ambos se verán compensados con una pequeña gratificación económica.

- El área de formación. En principio, y previa valoración de las necesidades, se le *orientará* a cerca de las diferentes opciones de formación que se les puede ofrecer. Se le tramitarán Cursos de Formación Profesional. Se establecerán cauces de coordinación con el SAEY. Así mismo se ofrecerán los Cursos de Formación Profesional del Centro Provincial de Drogodependencia que como norma gestiona cursos de formación profesional con compromiso de contratación.

- El área de necesidades básicas. Aunque esta línea de trabajo es muy limitada. Entre otras cosas lo que se hace es que para familias con graves apuros económicos se les ofrece los productos procedentes del *reparto de alimentos de primera necesidad* que gestionan algunas instituciones. En los casos donde se diagnostique un problema de vivienda se les podrá tramitar una estancia en *Casas de Acogida o Albergues para Transeúntes*. En los casos de personas adictas con expectativas de Incorporación Social Laboral la estancia no se limita a tres días, que es lo que marca la norma, sino que existen convenios especiales que permiten que estas personas puedan quedarse más tiempo. Algunas asociaciones o instituciones cuentan con *pisos de acogida* en el que residen personas con problemas de juego que por diferentes motivos familiares o sociales no pueden continuar en su núcleo familiar.

- El área de recursos sociales y económicos. Previa valoración de sus necesidades económicas y sociales, se informará al usuario de todos aquellos programas y recursos económicos públicos a los que puede acogerse. Entre otros podría beneficiarse del *Salario Social* que es una ayuda pública gestionada por la Delegación de Igualdad y Bienestar Social para familias con ingresos mínimos, no superables al 75% del Salario Mínimo Interprofesional; también se tendrá en cuenta el número de miembros de la unidad familiar. Puede ser gestionada, bien por la propia institución o por el trabajador social de la zona. Otro

recurso es la *Renta Mínima de Inserción* que es una ayuda dada por el SAE (Servicio Andaluz de Salud) para la incorporación al mercado laboral de grupos de población concretos (parados mayores de 45 años, parados de larga duración, mujeres víctimas de violencia de género, personas con minusvalía, ex-reclusos, emigrantes retornados y otros casos especiales) en búsqueda activa de empleo.

- El área de relaciones sociales. Cómo una gran parte de las personas aquejadas de ludopatía han perdido el entorno social o no es el más indicado para su recuperación, se trabaja con ellos (en el tratamiento terapéutico) la socialización para instaurar lazos sociales y grupos de iguales. Por regla general, las Asociaciones de Jugadores en Rehabilitación trabajan este aspecto a través de la realización de actividades de convivencia, formación, ocio y tiempo libre durante todo el tratamiento (comidas compartidas, convivencias, gestión de cantinas, talleres de autoestima, talleres manuales, salidas culturales, grupos terapéuticos ocupacionales, etc.).

Previo diagnóstico, es fácil encontrarse con situaciones de grave desestructuración familiar, por lo que se hace urgente una intervención integral con la familia. De manera general, esta intervención puede durar entre tres y doce meses, ya que va a ir ligada al grado de afección familiar y del ritmo de recuperación y de aceptación del problema por parte del jugador. No obstante, desde el planteamiento del Trabajo Social el trabajo con las familias se asentará, principalmente, en dos perspectivas:

- El trabajo con el jugador: valorando con él, el tipo de relación que va tejiendo durante su recuperación, haciéndole partícipe directo de su recuperación. A partir de ahí, poco a poco, se trabajarán los objetivos familiares marcados hasta llegar a obtener un tipo de relación totalmente normaliza.

- El trabajo con la familia: se trabajarán las carencias que han tenido durante el proceso de juego, se marcará las pautas de actuación y sobre todo se pondrá a disposición de la familia los recursos sociales que sean necesarios para paliar esas carencias familiares: terapias grupales familiares, asociaciones o grupos con afines motivaciones, asesoramiento hacia recursos, etc.

El tiempo de evolución de la dependencia es crucial para el tratamiento, por ello se debe saber, con exactitud, a que edad se inicio el problema del juego. Está comprobado que la adquisición de hábitos, que con el tiempo son arraigados, juegan un papel determinante en la recuperación de la persona: cuanto más tiempo lleve, más dificultades planteará su eliminación, puesto que, la persona una vez abandonan el mismo tiende a sentirse desubicada, desmotivada, vacía y carente de sentido. Debe de dársele la oportunidad de poder sustituir los hábitos que tenía adquiridos por otros

que no le comporten ningún problema; si no es así, corremos el riesgo de que pueda sustituirlos por otra adicción.

Aunque es difícil trabajar los antecedentes familiares, es necesario hacerlo debido a que éstos suelen manifestarse como uno de los factores que predisponen las conductas de juego. Si bien, no está clara la relación biológica entre dependientes, ni una disposición genética al juego patológico (como pudimos ver en la parte explicativa de las hipótesis biológicas formuladas para este tema), sí se puede afirmar que existe un componente de aprendizaje social, que puede provocar que una dependencia mal entendida pueda desembocar en un hábito incorrecto de conducta adictiva. De ahí que, sea necesario buscar alternativas para que este problema no vuelva a repetirse en generaciones futuras.

De igual modo, debemos de tener presente que muchos casos de ludopatía cursan acompañados por otros tipos de dependencia. El jugador tiende a beber mucho para compensar la soledad que sufre frente al juego, como desinhibidor de su conducta, como anestésico ante las pérdidas y como potenciador de las ideas mágicas que mantienen su conducta de juego. Ante esta situación el trabajo social tiene que ser capaz de hacer ver al jugador las dependencias que se derivan de su adicción al juego y aceptar éstas como parte de su enfermedad.

Otra cuestión clave que hay que estudiar con el jugador es el tema de las deudas adquiridas a lo largo de su conducta de juego. Sabemos que cuando la adicción vence a la voluntad, el jugador buscará, infatigablemente, dinero para seguir jugando, aunque para ello tenga que realizar actos ilegales. De ahí que, la "asimilación de deudas" y la "aceptación de las mismas" sea un paso fundamental en el proceso de tratamiento. Identificadas éstas, se empezará a trabaja con el usuario su proyección de pago. Esto ha de hacerse con mucho cuidado y con pequeños objetivos. Hay que conseguir que la persona se haga responsable de sus actos, pero sin que esto pueda provocar una recaída en el juego, por lo que se debe de estudiar con la persona sus posibilidades reales de afrontamiento.

La pérdida de trabajo o el cambio regular de empleo, suelen ser parte de su "historia de juego". Bien por el uso indebido del dinero (robo), o por las consecuencias que el juego tiene en el trabajo (desmotivación, falta de implicación, depresión, absentismo laboral, agresividad e impulsividad en el trabajo, etc.), la cuestión es que esta es una de las áreas afectadas que hay que trabajar. En principio la tarea consistiría en hacer ver al jugador cuáles han sido las causas que han provocado la pérdida de su empleo. Más tarde se trabajará la incorporación progresiva al mercado de trabajo. Mientras tanto, se orientará de los recursos económicos y sociales que puedan servir de ayuda a la familia para salir de la situación de precariedad y que permita al jugador empezar su recuperación con cierta serenidad.

Pero, no se puede hablar de recuperación total del jugador sin tener en cuenta cambios en otros hábitos generados durante su proceso de adición, como pueden ser: las formas de relacionarse, los problemas de comunicación, la falta de autoestima, la pérdida de control del tiempo libre, etc. Por tanto, el trabajo social con ludópatas tiene que ser prudente y comenzar por establecer objetivos pequeños a corto plazo, que puedan modificar situaciones concretas, que nos ayuden a encarar objetivos más regios.

Antes de empezar cualquier tratamiento, se estima necesario efectuar una evaluación de las necesidades del jugador, cuando éste llega por primera vez a tratamiento. El esquema de valoración de las necesidades respondería, al clásico propuesto por Maslow y que empezaría por un reconocimiento de las necesidades fisiológicas, para pasar a las de seguridad, a las de permanencia y amor, las de estima y por último las de autorrealización. Veámoslas:

- Necesidades Fisiológicas. Necesidad de la deshabituación y superación del deseo a jugar. A parte del deseo, es importante tratar el deterioro psicofísico con el que suele llegar la persona a la etapa de su tratamiento.

- Necesidad de Seguridad. Recuperado físicamente, el jugador necesita sentirse seguro de su decisión y para ello va a necesitar conocer un grupo de iguales que le puedan aportar la motivación necesaria para seguir siendo abstinente. Esto se trabaja a través de las terapias grupales de nivel.

- Necesidad de Permanencia y Amor. Identificada su problemática con el grupo, el jugador necesitará comenzar a ver gratificado su esfuerzo y comenzará a buscar el afecto perdido por su familia. Es en esta fase cuando se comienza a trabajar con la familia y se necesita la implicación total de todos los miembros.

- Necesidad de Estima. Superado lo anterior, es cuando el jugador empieza a preocuparse por las consecuencias que ha tenido su adicción y comienza a tener conciencia real de su situación social. A partir de aquí, se puede empezar a trabajar algunos aspectos importantes como es el manejo del dinero, del pago de sus deudas, de buscar trabajo (si lo ha perdido), de comenzar a tener relaciones sociales, etc.

- Necesidad de Autorrealización. Se produce el desapego al tratamiento y vuelve a prosperar su parte personal, a ser estable su situación familiar, a sentirse útil, ha recuperar la confianza en sí mismo, ha ganarse su respeto y el de los suyos. Es la hora de comenzar a disfrutar y beneficiarse de su recuperación.

Para terminar recordar, que el proceso de intervención social está marcado por el diagnóstico social que tendrá que ser complementado con el diagnóstico médico y clínico, todos ellos necesarios para encarar el proceso de toma de decisiones que

sellen las líneas del tratamiento a seguir para deshacerse de la adición al juego. Como vemos, debe de existir una estrecha relación entre la evaluación y la intervención teniendo en cuenta el eje analítico -*bio-psico-social*- pues cada vez queda más claro, que reducir este tema a una cuestión meramente bio-psicológica, sin tener en cuenta los procesos sociales en los que se ve inmerso un jugador patológico, implicaría la reducción de la comprensión y complejidad de un fenómeno tan relevante como es la ludomanía adictiva.

4.- LA PREVENCIÓN COMO MODELO PRIORITARIO DE INTERVENCIÓN EN LA ADICCIÓN AL JUEGO

¿Puede prevenirse la adicción al juego? Desde que se legalizó el juego hasta ahora, la adicción al juego ha ido incrementándose de manera considerable, empezando a ser reconocida como un problema de salud pública. Cómo ya anotamos, España es probablemente el país europeo en el que más se juega y en el que existen más tipos de juego sin que esto haya derivado en la toma de medidas específicas de prevención. No sólo no se han tomado disposiciones restrictivas, sino que es el propio Gobierno quien edita la propia publicidad a favor del juego.

Vistos los datos epidemiológicos (recordemos que la prevalencia en España -según datos aportados por Fernández-Montalvo y Echeburúa (2000)- se sitúa entre el 1,67 y el 1,73 por 100 de la población con un aumento considerable entre los adolescentes, además del porcentaje adicional que oscila entre el 1,60 y el 5,18 por 100 de personas que presentan un juego problemático), las implicaciones sociosanitarias (enfermedades médicas, comorbilidad psiquiátrica, conducta suicida, comisión de delitos, etc.), y que a parte del jugador se ven afectados otros personas (familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc.), parece necesario que se piense en la prevención como un instrumento fundamental que termine por dar forma al puzzle de la intervención social de este problema social.

Aunque en el campo general de las adicciones se han llevado a cabo programas preventivos, en lo tocante al juego patológico, esto ha sido olvidado de manera flagrante. De la prevención se habla, se discute, se acepta como medida a tener en cuenta en cualquier proceso de intervención, pero la realidad nos muestra que ésta ha sido y aún sigue considerándose como el último eslabón de la cadena a la hora de abordar cualquier fenómeno clínico o social.

A parte de los ya clásicos problemas de prevención, Fernández-Montalvo Y Echeburúa (2000), añaden a esta lista otros de tipo adicional que vendrían a dificultar más la implantación de medidas preventivas. Entre ellos estarían las resistencias sociales a admitir que el juego, al igual que el alcohol, el tabaco u otras drogas, es nocivo para la salud. Cuesta trabajo desvestir al juego de sus vestimentas morales,

hecho que retrasa considerablemente la aceptación de que la adición al juego sea un verdadero problema adictivo y comportamental. A esto habría que añadir el dato de las bajas tasas de violencia y delincuencia asociadas a este grupo (si las comparamos con otro tipo de adicciones); y los altos beneficios económicos que el juego reportar a la economía de un país.

Todos los expertos coinciden en señalar que la prevención tiene que ser contemplada como un aspecto más a considerar cuando se examine el tema de la adicción al juego. Idea que adquiere un mayor valor, si tomamos en consideración la amalgama de trastornos que van conexos a la ludopatía y cuyo tratamiento integral es bastante complejo. Esta modalidad de intervención hay que establecerla desde sus tres tipos o niveles conformados por la fase en la que se encuentra el fenómeno y la población diana a la que se dirige: Prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria.

2.1.- PREVENCIÓN PRIMARIA

Es el tipo de prevención que tienen que ver con el desarrollo de medidas que impidan el surgimiento del problema. Cronológica o secuencialmente debe de ser previa a la aparición del problema como tal, de ahí que sea la modalidad más pretendida desde el punto de vista social. Echebrurúa (1993) la define como el intento de modificar los factores ambientales y personales relacionados con la aparición de la conducta problemática esforzándose por dotar a los sujetos de recursos múltiples para poder hacer frente a las situaciones difíciles. Ésta suele llevarse a cabo en el ámbito comunitario y va dirigida a tres tipos de sujetos: a la población en general, a grupos específicos de la comunidad y a sujetos con un alto nivel de riesgo.

Dentro de la prevención primaria, Secades y Villa (1998), proponen una doble vía de actuación: medidas legislativas y la implantación de intervenciones educativas. Como disposiciones útiles y complementarias en el primer nivel se plantearían las normativas como fórmula que reduzca la oferta de juego. Limitar la oferta de juego y regular la facilidad con que se acceden a algunos juegos son claves para conseguir reducir la oferta de juego. Por ello es de crucial importancia que se controle a la industria del juego si queremos reducir la incidencia de la adición al juego. Esto se valora como una tarea difícil dada la gran importancia que tiene esta actividad en la financiación pública.

Como ejemplo de medidas concretas que vayan encaminadas a disminuir el acceso al juego, Secades y Villa (1998), proponen las siguientes:

- El cumplimiento estricto de la legislación que prohíbe jugar a los menores de 18 años.

- Creación de lugares específicos para jugar con máquinas tragaperras, donde se pueda impedir la entrada a los menores de edad. La legislación actual sobre las máquinas tragaperras regula la existencia de locales de juego comunes, y aunque la normativa exige una separación entre el lugar que ambas ocupan, la falta de vigilancia en algunos locales no evita que menores puedan pasar de una sala a otra.

- La modificación de las características técnicas de las máquinas que incrementan su nivel adictivo. Como acciones posibles a realizar aquí estarían: aumentar el tiempo de latencia entre apuesta y premio, reducir la cuantía de los premios y suprimir los estímulos asociados a algunos juegos (luces o la música).

- Eliminar toda la publicidad del juego, que provenga de los medios de comunicación y de los organismos públicos.

- Regular los espacios que, dentro de los medios de comunicación social, fomentan la idea de que se puede ganar dinero de forma fácil vía concursos, llamadas de teléfono u otros juegos en general, que consolidan mensajes relacionados con la idea de que jugar es una actividad rentable y sin riesgos. Es muy importante que la información que se dé desde los medios de comunicación sea seria ya que esto determina que muchas personas que tienen el problema se identifiquen con él y terminen por pedir ayuda.

Tenemos que tener claro que las medidas legislativas de poco sirven, si no se ven complementadas con otro tipo de acciones de carácter informativo y educativo. Dentro de este nivel, estos mismos autores, estiman como acciones necesarias las siguientes:

- Informar a la población sobre los riesgos que conlleva el juego, así como explicarles con detalle que significa y que implicaciones comporta la adición al juego. Sorprende el grado de desinformación que existe sobre este tema, sobre todo a nivel de algunos agentes sociales claves como los profesores, el personal sanitario y los padres.

- Promocionar actitudes, valores y estilos de vida que no sean compatibles con el juego (ejemplo: la cultura del trabajo frente a la del pelotazo).

- Desarrollar todas aquellas habilidades que se consideren necesarias para afrontar de manera útil las situaciones de presión social vinculadas al juego (ejemplo: saber decir no).

- Fomentar actividades de ocio y tiempo libre que sean incompatibles con el juego y que estén adaptadas a cada edad.

La mejor arma de la prevención es actuar antes de que aparezca el problema, por ello es tan importante que el grupo de adolescentes y jóvenes esté, además de bien informado, muy formado formado; de ahí que sea vital establecer un programa de intervención con la familia y la escuela. En este sentido, Secades y Villa (1998), proponen intervenir en diferentes ámbitos, como el comunitario, el familiar y la escuela.

Respecto del primero (comunitario), las acciones deberán estar centradas en dar información que cambie actitudes, creencias y hábitos arraigados en el imaginario social. Es necesario cambiar la percepción social que se tiene del juego y esto es posible gracias a los programas de prevención comunitaria. Cambios que deben afectar también a los organismos e instituciones sociales para que puedan establecerse programas específicos de prevención en el ámbito escolar. Como recursos inestimables se tienen las campañas de información realizadas a través de los medios de comunicación. En concreto la televisión ofrece muchas posibilidades encaminadas a modificar el valor social del que goza actualmente el juego.

En estos casos suele ser de gran validez la aplicación de medidas llevadas a cabo con otro tipo de adicciones, en concreto con programas de prevención de drogodependencias. Teniendo en cuenta lo realizado en campos similares, Secades y Villa (1998) proponen que se adapte el programa de prevención de consumo de drogas, de Froján y Santacreu (1993), al campo de la ludopatía. Esta intervención se estructura en las siguientes diez etapas:

1. Análisis de las necesidades e identificación de la población en riesgo.

2. Establecimiento de las metas de prevención. Éstas tienen que ser ajustadas, realistas y a largo plazo.

3. A la hora de establecer los objetivos, éstos deben de ser muy concretos para que nos posibiliten conseguir las metas propuestas previamente. Deben de ser específicos, realistas y cuantificables.

4. Planificación y establecimiento de estrategias de cambio. Éstas deben de tener siempre en cuenta a la población diana y a los agentes sociales, así como a todos los recursos disponibles (medios comunicación, escuela familia, etc.).

5. Identificación de recursos. Para poder llevar a cabo las estrategias diseñadas es necesario saber con que recursos humanos y materiales podemos contar.

6. Adecuación entre los recursos y las necesidades. Aquí deben de establecerse lo costes de la intervención preventiva.

7. Instauración de los canales de comunicación y asignación de tareas.

8. Implementación o puesta en marcha del programa sobre la población diana.

9. Evaluación del programa. Concretamente de la consecución de objetivos, del nivel de participación y satisfacción alcanzados.

10. Revisión del programa con la finalidad de realizar posibles modificaciones para aplicaciones futuras.

Dentro del ámbito familiar es muy importante actuar ya que, no debemos olvidar que las relaciones y las pautas de interacción familiar determinan junto con otros factores la aparición de la ludopatía. Por ello es conveniente que los padres tengan en cuenta una serie de consideraciones con la finalidad de evitar la aparición de este problema. Entre ellas, Secades y Villa (1998) destacan:

1. Es necesario que los padres dispongan de una información adecuada sobre los distintos elementos que comporta este problema con el fin de contrarrestar los efectos de la aprobación social que existe con respecto al juego.

2. Instaurar un estilo democrático de educación (ni permisivo, ni autoritario), donde las normas estén claras y consensuadas, para que ayuden a aprender cómo se deben de resolver los problemas.

3. Evitar que lo hijos entren en contacto con el juego a edades temprana, evitando que éstos toquen las máquinas tragaperras y no dándoles dinero para jugar, etc.

4. Los padres deben de ser buenos referentes para sus hijos. Por lo que deberán evitar jugar delante de ellos.

5. Proporcionar actitudes, valores y estilos de vida que sean incompatibles con el juego, inculcando a sus hijos el valor del esfuerzo y del trabajo como únicas formas de mejorar la vida.

El ámbito escolar es un lugar imprescindible para trabajar este tipo de situaciones dado que en él, tanto el niño como el adolescente, desarrollan una serie de conocimientos, actitudes, valores, hábitos y habilidades que pueden protegerle o disponerle para la génesis de conductas problemáticas, entre ellas el juego patológico. El marco educativo ofrece muchas ventajas, entre ellas Secades y Villa (1998) resaltan las siguientes:

1. Contar con el cien por cien de la población diana, dada la obligatoriedad de la educación hasta los 16 años.

2. Las edades de iniciación a ciertos comportamientos problemáticos (drogas, alcohol, jugo) se sitúan dentro de la edad de escolaridad obligatoria.

3. Este ámbito cuenta con infraestructura adecuada y necesaria para llevar a cabo la prevención.

4. Al haber aprendido que la escuela es necesaria para su formación, será más fácil que acepten la puesta en marcha de cualquier programa preventivo como parte de su aprendizaje.

5. El personal docente puede ser formado en las materias específicas de los programas de prevención.

6. Desde le marco educativo es fácil establecer convenios de colaboración con otras entidades o instituciones sociales que faciliten la labor preventiva. De hecho, algunas asociaciones de Jugadores en Rehabilitación llevan a cabo charlas en los colegios e institutos para informarle de los peligros que suponen el uso de del juego, internet y el teléfono móvil.

7. En este marco se pueden detectar de forma precoz la aparición de los problemas relacionados el mundo adictivo.

8. Desde la escuela se pueden orientar y promover actividades alternativas saludables.

Pero informar no puede ser lo único que se debe de hacer para soluciona este problema, de hecho se ha demostrado que esta labor es insuficiente si no va acompañada de otras estrategias que incrementen los recursos y las habilidades de los más jóvenes. Aunque la oferta de programas de prevención en juego patológico es muy escasa, en algunos países se han puesto en marcha programas dirigidos, tanto a escolares que todavía no han tenido ningún contacto con el juego (como es el caso del programa de Ladoceur, 1993), como a los que sí lo han hecho (programa definido por Gaboury y Ladoceur, 1993).

A la hora de diseñar y tomar medidas preventivas, Fernández-Montalvo y Echeburúa (2000), nos avisan de los peligros que implican el excesivo prohibicionismo e higienismo aplicados al marco de la prevención primaria. Concretamente, si el prohibicionismo va acompañado de una implicación institucional suelen generar reacciones emocionales individuales y sociales que deben ser tenidas en cuenta con prudencia. El higienismo no es sino un exceso en la búsqueda y potenciación de comportamientos y estilos de vida positivos. Este exceso puede llevar aparejado un intervencionismo excesivo, una alarma innecesaria y la interferencia de los

mecanismos naturales que regulan el comportamiento y en la libertad de las opciones individuales.

2.2.- PREVENCIÓN SECUNDARIA

Cómo sabemos el juego es un problema de difícil detección, de ahí que desde sus inicios se la conozca como la "enfermedad escondida" (Lesieur. 1986) ya que son pocos los signos externos detectables y los jugadores suelen esconderla de forma férrea. A los adictos al juego se les conoce como personas muy resistentes a pedir ayuda y cuando tiene la oportunidad de hacerlo, no admiten la existencia del problema. En muchas ocasiones, tienen que ser los propios profesionales del ámbito de la salud (psiquiatras, psicólogos, médicos de familia, enfermeros y trabajadores sociales) los que den con él, por lo que se vislumbra la necesidad de formación específica como requisito imprescindible para hacer un buen diagnóstico. De igual modo se pide que cuando se tiene delante a un paciente con problemas de alcohol o drogas, por prevención se le haga, de forma sistemática, una prueba de *screening* o de detección del jugo patológico, ya que suelen instituirse como una población de alto riesgo (comorbilidad).

Señalar como otra línea de prevención secundaria la relacionada con el mundo de la investigación. Es muy necesario potenciar el desarrollo de investigaciones clínicas que valoren la eficacia diferencial de tratamientos para el juego, ya que con ellas se podrían contar con tratamientos mucho más adecuados y eficaces.

2.3.- PREVENCIÓN TERCIARIA

Es un nivel muy poco desarrollado, ya que apenas existen investigaciones dirigidas a la prevención de las recaídas una vez se ha finalizado el tratamiento (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2000). Cada vez más, la práctica clínica, recoge la necesidad de llevar a cabo intervenciones eficaces para prevenir las recaídas de los jugadores patológicos, una vez hayan terminado el tratamiento y dejado de jugar.

Cómo hemos visto, aunque es muy difícil, la adicción al juego si se puede prevenir. Esto pasa por desarrollar medidas útiles de inmediata implementación que tengan como resultado la reducción de las cifras de jugadores patológicos, sobre todo en las fases iniciales de la adición, y de jugadores problemas, que desde los organismos públicos competentes se lleven a cabo mediadas que regulen todo lo que tenga que ver con la oferta de juegos, así como con su localización; subvencionar investigaciones y centros especializados en la prevención y tratamiento, para que la población en general esté totalmente informada, y en caso de necesidad pueda ir a tratamiento.

Desde este terreno también es muy importante contar con el papel que cumple todo el entramado asociativo, que con tanto ahínco se ha desarrollado a nivel internacional.

CAPÍTULO VI

Contexto Familiar y Asociacionismo: Referentes claves para el Análisis de los Procesos de Intervención Psicosocial en la Adición al Juego

1.- FACTORES QUE DETERMINAN LA RELACIÓN DE LA FAMILIA CON EL JUEGO PATOLÓGICO

De manera general hemos podido comprobar, que la aproximación que se hace al problema de la ludopatía se enfoca tomando como referencia al individuo y casi siempre intentando entender los mecanismos que han originado, mantenido y extinguido la adicción al juego. Sin embargo, la conducta de juego resulta ser mucho más compleja de lo que a simple vista pueda parecer. Su análisis requiere de un enfoque multidimensional que aglutine y explique todos los elementos que inciden en ella, dado que ningún factor por sí solo puede hacerlo. Además, también hay que tener en cuenta que los factores implicados no van a tener siempre la misma importancia, sino que ésta va a ir cambiando en función de los individuos y del desarrollo de la conducta de juego.

Concretando un poco más esta idea, se podría decir que dentro de la gama de posibles factores influyentes, los sociales y culturales se establecen como una de las causas que mejor explicarían el origen o adquisición de las conductas de juego. La aceptación social del juego, su legalización, la fácil accesibilidad, la presión social ejercida por los valores sociales predominantes, el bombardeo constante de los medios de comunicación y la alusión al dinero fácil predisponen no sólo, la aparición de esta adicción sino que también, obstaculizan el proceso de tratamiento.

Lo anterior nos remite al hecho de que estamos ante una enfermedad mental de carácter social. El juego patológico, al igual que el resto de conductas adictivas, puede generar y de hecho genera, unas situaciones-problema con importantes implicaciones sociales. Nadie vive en el vacío. Al contrario, constantemente nos movemos en distintos ámbitos sociales dónde van tejiéndose o configurándose toda una red de interacciones complejas y multidireccionales entre el individuo, la familia, el grupo y la sociedad de tal manera, que cualquier persona afectada por una patología influirá en los diferentes ámbitos sociales en los que se mueve.

Desde esta perspectiva existe una completa unanimidad a la hora de afirmar que el ámbito familiar es el que más se resiente puesto que, en mayor o menor grado la desestructuración de la familia está presente en el entorno del jugador patológico. Esta patología no sólo va a afectar a la convivencia conyugal y paterno-filial sino que también va a cambiar su funcionamiento. Aunque frecuentemente se ha señalado la necesidad de estudiar y ahondar en este tema, al día de hoy siguen siendo muy pocos los documentos que han tratado sobre el tema de la familia del jugador[1].

[1] Como tema afín a las adiciones, algunos autores han intentado trasladar parte de la información obtenida en otras tipologías adictivas (por ejemplo el alcoholismo u otras drogas) a la ludopatía. Entre otros, Jaén y Garrido (2004) destacan: los trabajos que sobre comportamiento antisocial llevó a cabo Minuchin (1979); las investigaciones sobre terapia familiar y conyugal en el alcoholismo realizadas por Steinglass (1993); la aplicación del modelo Estructural-Estratégico en el tratamiento de las toxicomanías

A este respecto, Fernández-Montalvo y Castillo (2004), con el objetivo de valorar las repercusiones psicológicas que el juego patológico provoca en la familia del jugador, llevan a cabo una minuciosa revisión de los estudios que hay sobre este tema llegando a la conclusión de que no existen, hasta la fecha (2004) investigaciones rigurosas sobre esta problemática. De manera general se trata de trabajos imprecisos, no sólo en cuanto al tipo de variables estudiadas sino también, en cuanto a la sistematización que se han hecho de los datos recogidos. Aun siendo importantes, dado el estado actual de las investigaciones sobre este tema, hoy por hoy resultan claramente insuficientes para obtener conclusiones dado que la mayoría responden a meras descripciones clínicas. Sin embargo, resulta claramente necesario su estudio y por ello se convierte en cuestión central para cualquier tipo de intervención, puesto que presentan una parte importante para poder ofrecer un análisis integral del juego patológico. Además no hay que perder de vista, que en la mayoría de los tratamientos existentes para esta problemática, se cuenta con la participación de la familia que a modo de "*coterapeutas*" colaboran en la rehabilitación del jugador y ello implica la necesidad de tener que valorar en qué medida la familia está preparada para llevar a cabo la responsabilidad de esta complicada tarea.

Aunque somos conscientes de que la familia no es el único contexto en el que se mueve el adicto, ya que estarían el laboral, el social, etc., no podemos olvidar que la familia es la matriz en la que el individuo se desarrolla como ser humano y en el que la persona se expone a las experiencias vitales más importantes y significativas (Jaén y Garrido, 2004) y por ello se conforma como un potente recurso en la solución del problema, por lo que nos obliga a hacer una valoración global de ella, para poder analizar los puntos débiles y fuertes que ésta tiene y así saber que podemos esperar de ella a la hora de iniciar un proceso de rehabilitación.

A partir de aquí pueden ser muchas las preguntas que surgen con respecto a los aspectos familiares que deben ser tenidos en cuenta, a la hora de analizar este problema. Haciendo nuestros, los interrogantes expuestos por Prieto Ursúa (1999), podríamos citar: ¿Qué tiene que ver la familia en el origen del problemas de juego?, ¿Favorece la familia que el adicto al juego empiece a jugar y/o continúe jugando?, ¿Qué repercusiones tiene el juego en los hijos y en la pareja del jugador?, ¿Hay posibilidades de reconstruir una familia tan desquebrajada¿, ¿Qué puede hacer la familia para ayudar al jugador?.

Siendo consecuentes con los enunciados expuestos, surge la primera línea de análisis que responde a ¿qué papel desempeña la dinámica familiar en los procesos de

realizados por Staton y Todd (1990); los realizados por Cancrini (1987) y Onnis (1997) que con gran acierto han unido los factores individuales, familiares y comunitarios en el tratamiento integral de las toxicomanías; Abeijón (1987) y los estudios coordinados por Espina (1994, 1995).

instauración y retroalimentación de las conductas problemáticas?[2]. Sin ánimo de responsabilizar, de manera unilateral, a la familia de la aparición o del mantenimiento y desarrollo de la adicción, lo que nos interesa es describir y valorar el mapa relacional que se da dentro de la estructura familiar y que en cierto modo nos daría una idea del grado de responsabilidad que cada miembro tiene y asume en el problema. Pasemos a ello.

1.1.- LUDOPATÍA Y FAMILIA: EL PAPEL DE LA FAMILIA EN LAS CONDUCTAS ADICTIVAS DE JUEGO

Si queremos contemplar con rigurosidad este tema es necesario hacerlo desde un planteamiento sistémico, ya que éste se perfila como el modelo que mejor responde a nuestro objetivo de estudio. A través de él, podremos contemplar tanto las influencias como las repercusiones y las interpretaciones que el jugador y la familia hacen sobre la conducta de juego. Interesa porque, desde esta perspectiva la familia es concebida como un sistema abierto de asignación de significados y todo comportamiento debe de ser entendido en este sistema común, dado que éste tendrá una función y un sentido en el mantenimiento y funcionamiento de la familia. De ahí que, el problema acabe afectando a todos: tanto a los sujetos que de forma directa tienen el problema, como a los familiares que indirectamente también se ven imbuidos por la problemática.

Es imposible negar que el problema de la ludopatía sea un hecho que afecte sólo al sujeto que la padece, ya que ésta lleva implícita una gran afluencia de complicaciones en el contexto familiar. De siempre la familia había sido vista como un factor colateral al problema, por lo que sólo era tenida en cuenta como informadora clave de la problemática del jugador. Por ello su papel no era contemplado como principal en el proceso de tratamiento, ya que los modelos seguían basándose en el principio de que la adicción al juego sólo era entendible a partir de las características propias del sujeto afectado.

Favorablemente esto ha cambiado y cada vez son más las posturas que contemplan a la familia como pieza clave en los procesos de mantenimiento o de regulación de la conducta de juego patológico. Basta con saber la importancia que adquiere el contexto familiar en la adicción, para que la orientación cambie y no se tomen los elementos individuales como independientes del contexto familiar, sino todo lo contrario, ya que no debemos obviar que desde el momento en que se construye una familia sus miembros quedan a merced del propio sistema creado.

[2] Dada la escasa literatura que hay publicada sobre el tema, tomaremos como referencia bibliográfica básica lo publicado por: Jaén, Garrido y Domínguez (2004), Prieto Ursúa (1999) y Fernández Montalvo y Castillo (2004); ya que todos ellos, en mayor o menor medida, llevan a cabo un análisis pormenorizado de esta temática.

1.1.1.- Elementos familiares que predisponen al juego patológico

Empezando a deshilvanar cada uno de los elementos que entran a formar parte de este tema vemos que existe una gran unanimidad a la hora de manifestar que la familia, además de funcionar como lugar donde la conducta adictiva ocupa un sitio relevante dentro de su dinámica interna[3], también puede desempeñar un papel muy importante en la adquisición de hábitos de juego[4].

De igual modo se ha intuido que, un cierto grado de desestructuración familiar y de conflicto familiar suelen funcionar como variables mediadoras de la adicción al juego. El déficit comunicacional, la dificultades en la conformación de relaciones de pareja en la vida adulta y la pobreza relacional en algunas familias, son las causas que más se barajan cuando se intenta explicar el porqué algunos de los miembros de la familia se dejan atrapar por las redes de la adicción al juego. A este respecto, Garrido, Jaén y Domínguez (2004), hacen explícito que la conducta de juego patológico y las influencias familiares se hallan vinculadas en dos sentidos:

- Un primer sentido de orden *etiológico* y *precipitante*. Desde este enfoque, se plantea que la familia de origen es la que estaría fomentando un marco de relaciones donde el juego es contemplado como una conducta adecuada, ya que a través de ella el individuo cree resolver los problemas vitales que le acechan. De ahí que el juego sea visualizado como una solución posible para afrontar sus dificultades familiares.

- Un segundo sentido que sitúa el problema en el *marco de la propia familia*. En este caso los problemas de comunicación y los estilos disfuncionales serían las causas que contribuirían al desarrollo de la conducta de juego dentro de la familia. Aunque la sintomatología es idéntica en los dos casos, en éste no se contemplaría los antecedentes familiares de juego.

Cómo era de esperar, esta nueva visualización del problema (concepción sistémica) lleva aparejada nuevas formas de afrontar la situación. Los nuevos modelos de intervención tienen como base el análisis de la dinámica familiar que se instaura en las familias y cómo ésta retroalimenta la conducta problemática de juego. De hecho en los programas que se llevan a cabo para tratar la ludopatía, la familia ya es considerada como un factor de gran influencia en la terapia y en muchos casos se recurre a ellos como terapeutas de gran influencia en los cambios hacia la abstinencia del juego. Faltaría por mejorar la parte relativa a las variables relacionales (muy importantes en

[3] Algunos datos sitúan, la proporción de jugadores patológicos que han tenido o tienen antecedentes familiares de juego u otras adicciones, en cerca del 40% (Jiménez y Fernández de Haro, 1999).

[4] Garrido, Jaén y Domínguez (2004) se hacen eco de los datos aportados por Gupta y Dervensky (1997) que revelan que un 86% de los adolescentes que juegan, lo hacen con sus familiares.

esta problemática), ya que son pocas las ocasiones en las que las intervenciones terapéuticas centran su atención en los procesos relacionales que se establecen en torno a la adicción.

Centrándonos en como la *familia puede predisponer una conducta de juego patológica*, Jaén y Garrido (2004) explicitan que una de las ideas que actualmente se barajan es la posibilidad de que exista una cierta predisposición de factores genéticos que determinan la adicción; creencia que emana de los nada despreciables porcentajes de casos (40%) de jugadores que así lo hacen patente.

Aunque hay que ser cautos con esta hipótesis, (ya que aún no está del todo validada), al día de hoy la vulnerabilidad genética como factor de predisposición en la aparición del juego patológico, se ha abierto como una línea de investigación de gran interés. En este sentido cabría preguntarse si el juego se hereda, se aprende o contiene la posibilidad de ambas cosas. La cuestión no resulta nada fácil ya que el juego no es un rasgo físico o psíquico, como plantean de la Gándara y Álvarez (2001), sino que es una conducta socialmente determinada que puede ser o no practicada y si se lleva a cabo, hacerlo de manera normal o excesiva. Estos autores también resaltan que según estudios recientes y fiables llevados a cabo, tanto en Estados Unidos (Dra. Comins) como en España (J. Sainz), es muy posible que un determinado defecto genético[5] hereditario aumente la vulnerabilidad de ciertas personas a acabar siendo jugadores patológicos, en el caso de que jueguen.

Sin embargo, para Jaén y Garrido (2004) lo que sí parece factible o comprobable es que cuando una familia convive con la ludopatía durante mucho tiempo sus miembros parecen aprender determinadas pautas de relación que son internalizadas y trasladadas progresivamente a las generaciones posteriores. En este caso estaríamos hablando de *aprendizaje social* y no de *determinación biológica*.

¿Cómo puede el sistema familiar predisponer a sus miembros hacia este tipo de problemática? Si tenemos en cuenta el planteamiento de la Sociedad Americana de Psiquiatría[6], ésta establece como posibles factores familiares que pueden actuar como predisponentes los siguientes:

- Disciplina familiar inadecuada, ausente, inconsistente o excesivamente permisiva.

[5] Concretamente hacen referencia al gen D2A1 que es de elevada frecuencia en jugadores en comparación con los controles y mayor aun si se trata de jugadores patológicos graves o con consumo de alcohol asociado. Véase la parte de este trabajo donde se ha recogido esta hipótesis de estudio.

[6] A partir de aquí utilizaremos la abreviatura APA para denominar a la American Psychiatric Association.

- Exposición al juego durante la adolescencia.
- Ruptura familiar.
- Valores familiares basados en símbolos materiales y financieros.
- Falta de planificación y despilfarro económico.
- Antecedentes de juego o de otras dependencias en familiares cercanos.
- Padres ausentes de manera real (muerte o abandono, etc.) o virtual (presencia insuficiente, ineficaz o inadecuada).
- Progenitores con personalidad inestable, muy competitivos y enérgicos.

Ciertamente en muchas familias los juegos de azar han sido positivamente aceptados lo que ha conllevado en muchos casos que los primeros contactos con el juego y el dinero se produzcan durante la adolescencia a través de los padres. Por otro lado, también influye el hecho de que alguno de los padres sea jugador, ya que esto puede facilitar a los hijos un modelo de comportamiento adulto que no sólo tolera la falta de control sobre el juego, sino que también da por válidas todas aquellas acciones negativas que la propia conducta adictiva lleva implícitas como por ejemplo: la negligencia, el engaño, la astucia mal entendida, etc.

Por otro lado, estos autores también explicitan que algunos estudios han puesto en evidencia que en las familias de origen de los jugadores se han encontrado sucesos vitales, como separaciones, infidelidades, muerte prematura de algún miembro y vivencias de importancia relacionadas con la presencia del juego en la infancia, que podrían explicar (no de manera exclusiva) las estructuras relacionales que aparecen posteriormente en las familias creadas. Por ello, suele suceder que durante el proceso evolutivo, tanto el jugador como su cónyuge interiorizan determinados valores que les sirven de base en la formación y el desarrollo de la familia propia. Se establece un tipo de dinámica relacional que determina la posición de cada miembro familiar y aún siendo disfuncional no resulta extraña a ninguno de los miembros, pues no deja de ser una repetición de situaciones vividas en la familia de origen o bien una hipertrofia de los roles familiares esperados.

Aunque todos estos factores se contemplan como facilitadotes de potenciales conductas patológicas de juego, eso no quiere decir que acaben por determinar la conducta adictiva de juego. Nos podemos encontrar situaciones en las que el sujeto -aún teniendo a su favor esta predisposición familiar- no ha desarrollado el problema; mientras que otros, sin contar con ellas, sí han desplegado la conducta patológica de juego.

Dado el camino que llevamos andado del tema, es fácil entender el sentido que adquiere cada uno de los elementos que han sido enumerados. Prieto Ursúa (1999) arguye que, tanto la inadecuación de la disciplina, como la ausencia del padre (ambas por carecer de modelos adecuados) van a suponer un obstáculo a la hora de adquirir estrategias de autocontrol de naturaleza adaptativa. Por su parte el despilfarro o la falta de planificación y ahorro económico, así como la prevalencia dentro de la familia de valores materiales, contribuyen a fomentar el descontrol en el manejo del dinero del jugador, la idea irracional de que existen formas de ganar dinero fácil y sin esfuerzo y que la valía de uno resida únicamente en lo material.

De igual modo argumenta que la ruptura familiar y los problemas familiares en general, incrementan la necesidad que las muchas veces tienen los sujetos por evadirse o escaparse de problemas que les afectan porque no saben o no tienen los recursos adecuados para afrontarlos del modo más correcto. Así mismo, la presencia de familiares con problemas de juego provee el modelado y la facilitación de estas conductas desviadas. En palabras de Prieto Ursúa: *es operable el aprendizaje de conductas por el simple hecho de haberlas visto ejecutar. Las personas no elegimos lo que aprendemos* (1999: 99). En la realidad, esto operaría de la siguiente manera: en el juego este factor tiende a poner en práctica las reglas de asociación o de aprendizaje que terminan por establecer relaciones inadecuadas tales como "tengo problemas-juego", en lugar de proceder a instaurar pensamientos racionales que relacionen "juego con futuros problemas o sufrimiento". Aunque en la comprensión de estos razonamientos suelen esconder muchos quizás (quizás, porque el alivio o la distracción que proporciona el juego es más rápido; quizás, porque uno nunca se vea jugando de manera patológica; quizás, porque crea que controla la conducta, etc.), lo cierto es que cuando el juego entra en casa de una familia, este pasa a convertirse en un elemento que facilite el desarrollo de conductas futuras de juego.

1.1.2.- Elementos familiares desencadenantes de conducta de juego patológico

De igual manera, es necesario preguntarse por ¿cuáles son los factores familiares que pueden desencadenar conductas patológicas de juego? Aunque se sabe, que el desarrollo de la ludopatía exige habitualmente un período de tiempo, sin embargo es muy difícil determinar cuáles pueden ser los factores que desencadenen la pérdida de control ante el juego. No obstante, una fuente fiable es el análisis de las historias realizadas a jugadores que nos van a permitir detectar algunos de los aspectos que pueden haberles hecho vulnerables. Para dilucidar este hecho, de nuevo Jaén y Garrido (2004) aluden a los criterios citados por la APA que son:

- Intento de escapar a los problemas o aliviar la disforia (sentimientos de ansiedad, de culpa, de desesperanza). Como ya hemos mostrado, el juego aporta toda una serie de sensaciones y emociones estimulantes y atractivas que le hacen irresistible, de ahí que el jugador acabe jugando, no sólo cuando

objetivamente lo haga, sino también en los intermedios de juego, dentro de u pensamiento arguyendo estrategias, fórmulas y modos para llegar a inmortalizar momentos o rachas positivad de juego.

- Incapacidad de gestionar situaciones de tensión y conflicto: en parte debido a la propia personalidad del jugador. Rasgos que aluden a una carencia de habilidades comunicacionales, inmadurez afectiva, inestabilidad emocional, escasa tolerancia a la frustración, etc. Los sujetos con problemas de juego tienden a formar parte de una familia que permite y facilita el crecimiento de esta conducta desviada.

- Sucesos significativos del ciclo vital que funcionan como estresores y que ponen en crisis la estructura familiar y actúan como precipitantes en la aparición de conductas sintomáticas como el juego patológico. Como por ejemplo: encuentro y fundación de la pareja, el ser padres, familia con niños en edad preescolar, con edades escolares, adolescentes, independencia de los hijos, etapa del nido vacío, jubilación, etc. Las fases del ciclo vital ponen a prueba la capacidad de la familia y de cada miembro para evolucionar y al mismo tiempo la resolución de cada momento aporta a los individuos y a la familia mayores recursos para seguir creciendo. Por ello el juego patológico puede ser entendido como una manifestación de las dificultades para afrontar esos momentos significativos y que a nivel de contexto familiar, éste hecho va a depender del estilo comunicacional de la pareja, de las creencias que ambos tengan de la relación, de los mitos y las creencias familiares.

1.1.3.- La familia como factor mantenedor de la conducta adictiva de juego

Llegados a este punto, cabría preguntarse, sobre todo *¿qué sucede una vez instaurada la conducta de juego?***.** Jaén y Garrido (2004) explicitan que este comportamiento lleva aparejado una serie de cambios o de modificaciones, sobre todo, en el contexto que rodea al jugador, dado que éste reacciona tomando determinadas posturas y eliminando otras ante la conducta desplegada por el jugador. Bajo este prisma hay que señalar algunos aspectos que pueden actuar facilitando el mantenimiento y el progreso de la adicción. Como situación tipo, estos autores, toman como ejemplo la de un *jugador adulto casado y con hijos* y como escenarios diferencian, en primer lugar entre los factores que surgen de la relación con la *familia de origen* y en segundo de los que surgen de la relación con la *familia propia*, especialmente con la esposa.

A.- Cómo puede actuar la familia de origen:

Es importante conocer cuáles suelen ser las actitudes y las conductas que normalmente suelen esconderse en las familias y que facilitan que la conducta de

juego pueda perpetuarse en el tiempo. El hecho de conocer y ocultar a la pareja del jugador la adicción, pagar sus deudas sin previa consulta al cónyuge, culparle de la mala situación económica y de su comportamiento de descontrol o boicotear la terapia emprendida por el jugador, son considerados como errores que suelen llevar a cabo las familias movidos por sentimientos próximos a la no aceptación del problema o a la vergüenza social que supone de cara a la comunidad en la que vive.

También hay que tener en cuenta que el hecho de formar una nueva familia implica por un lado, no romper los lazos con la de origen y por otro, trasladar el modelo de referencia familiar aprendido en la construcción del nuevo y ambas cuestiones pueden generar conflictos en la pareja. En muchas ocasiones suele ocurrir que tras el matrimonio los cónyuges siguen manteniendo vínculos que escapan a los códigos de relación del matrimonio y que se traducen en alianzas secretas con la familia de origen que pueden constituirse frecuentemente en motivos de disputa o de desencuentro en el matrimonio. Siendo consecuentes con esta idea, Jaén y Garrido (2004), toman como referencia *el modelo de complementariedad familiar* aportado por Canevaro (1995), para explicar el tipo de familia en la que aparece un jugador. Básicamente este modelo establece dos tipos de familia: la *centrípeta* y la *centrífuga*. La primera responde a un perfil que tiende a expulsar a sus miembros y la segunda sin embargo, se caracterizaría por lo contrario, es decir por intentar mantener unidos a sus miembros. Aplicados a la familia del jugador, normalmente éste viene precedido por una familia que no expresa emociones y que niega el problema para evitar enfrentarse a él. En cambio la familia del cónyuge estaría definida por la demostración de los afectos, las emociones y la unión.

¿Cómo encajar estos dos modelos contrapuestos de familia? Difícil tarea, que quizás no reporte conflicto al inicio del matrimonio, pero según va pasando el tiempo y se van anexando o incorporando nuevos miembros y obligaciones, surgen los problemas y con ellos formas distintas de afrontarlos, que normalmente responden a formas o pautas aprendidas en las familias de origen. Normalmente el jugador tiende a refugiarse en el juego y la esposa en los hijos. No obstante, a la ya difícil tarea que supone sacar para delante el proyecto "familia" para cualquier matrimonio, en los casos donde se da esta problemática esta labor se acrecienta, dado que suelen aparecer sentimientos contradictorios en la familia de origen. Por un lado los familiares delegan en la pareja la responsabilidad de que su "hijo cambie", pero por otro se muestran reacios a esa posibilidad ya que ello supondría reconocer el fracaso de no haber podido hacerlo ellos mismos, con el consiguiente miedo a ser valorados de manera negativa y por ello ser tildados de negligentes, y como solución optan por callar y responsabilizar a la pareja de los problemas que vayan apareciendo, a la luz de la conducta de juego.

B.- Elementos que tienen que ver con la familia creada:

Estudiosos del tema de relación de pareja destacan como posibles áreas de conflicto las que tienen que ver principalmente con el tema de la sexualidad y la economía. El nacimiento de los hijos la independencia de éstos y la jubilación también pueden introducir aspectos interesentes de analizar, sobre todo esta última. Aunque de manera general la *sexualidad* es vista como una temática que genera conflicto dentro de la pareja, desde que ésta se constituye, esto no significa que el tener problemas de esta naturaleza lleve aparejado automáticamente el desarrollo o la manifestación de la adicción. El tema es mucho más complejo, dada la gran cantidad de factores que influyen en su génesis.

Sin embargo, desde un planteamiento teórico este tema ha sido abordado fundamentalmente desde el psicoanálisis y tomando como referencia el ámbito o la perspectiva individualista. Concretamente se habla de la relación simbólica que puede haber entre el juego y los conflictos primarios infantiles[7]. Además de esta vertiente, Jaén y Garrido (2004) señalan también la idea estudiada por Rosenthal y Rugle (1994) que consiste en conectar las teorías dinámicas y la relación de pareja. Basándose en los postulados del psicoanálisis, este planteamiento hace hincapié en la relación que puede establecerse entre las fantasías masturbatorias y conflictos sexuales con el juego y que se hacen explícitas a través de la semejanza que hay entre la actividad sexual y la apuesta de juego. Base que también sirve, según otros autores[8], para explicar problemas de erección, impotencia y falta de apetito sexual manifestados por algunos varones adictos al juego.

Por otra parte, también pueden relacionarse esta conducta patológica con la vivencia de una situación matrimonial poco gratificante. Concretamente este hecho tiene que ver con la idea de que el jugador decide huir de esa realidad no querida buscando e implementando actividades y experiencias que le reporten estímulos positivos. Según Jaén y Garrido (2004) esta interpretación coincide con lo que se ha denominado como la *teoría del desplazamiento de los impulsos sexuales hacia el juego*. Principalmente se centra en explicar el porqué una persona elige el juego como válvula de escape explicitando que esto puede ser debido a varios factores. Por un lado, la persona encuentra en el juego no sólo la satisfacción personal, sin tener que pensar en la otra persona[9], sino que también le brinda la oportunidad de liberarse de sus sentimientos de culpa por estar traicionando a su pareja. Por otro, el cambio de interés lleva aparejado la retirada de la atención de la actividad sexual de la esposa. La idea

[7] Concretamente, Paniagua, C. (1990).

[8] Entre otros: Lorenz y Yaffee (1988); Tabor y Chaplin (1988).

[9] En el juego el goce es unidireccional, el "otro" (máquina tragaperras) no disfruta de la relación. Se trata de una actividad placentera muy parecida a la masturbación o a la relación con prostitutas, donde el otro sólo existe como objeto usado para la satisfacción de los impulsos sexuales.

sería liberar a la esposa de la *"*pesada carga*"* que supone el tener relaciones sexuales con la pareja.

¿En qué medida esta situación de inactividad sexual repercute en la relación de pareja? Según Jaén y Garrido (2004) al principio puede tener un efecto equilibrador al no ser solicitado por ninguno de los miembros. El jugador desplaza parte de sus impulsos sexuales a través del juego, con lo que la actividad sexual de la pareja se reduce al mínimo. Más tarde, se pasaría a una situación de silencio, no se habla de él; pero el problema está ahí poniendo en evidencia no sólo, la incapacidad que muestra la pareja de resolver este conflicto, sino también ocultando una conducta de juego que logra mantenerse en el tiempo. A pesar de ello, la mujer suele tener una imagen de su marido positiva, como un individuo incapaz de serle infiel, bien porque crea que éste le tiene un gran respeto o lealtad, o bien porque crea que para los dos la sexualidad es un elemento muy secundario. Todo esto lleva a pensar que la pérdida de interés sexual, al igual que las mentiras, la pérdida de dinero y los problemas familiares, es algo circunstancial que con el tiempo se resolverá por sí solo. Normalmente, esta situación suele prolongarse mucho en el tiempo, por lo que la pareja va a mantener latente el conflicto sin ser capaz de afrontarlo.

En cuanto al área *económica* destacar que ésta puede llegar a convertirse en un auténtico problema dentro de la pareja. El dinero dentro de una familia puede administrarse de formas distintas. Bien el marido se hace cargo unilateralmente de esta tarea, puede delegar en la mujer o articular formas intermedias dónde ambos se responsabilicen de determinados aspectos económicos. ¿Qué situación caracteriza a una familia dónde existe un jugador? Algunos autores[10] ponen de manifiesto que generalmente en la familia de origen de un jugador no suelen existir patrones claros de administración económica. Normalmente ha vivido alternando períodos de abundancia con escasez y problemas económicos. Situación que suele contrastar con la que ha vivido la mujer donde el ahorro y el control de gastos es la tónica habitual. Por ello cuando la conducta de juego se va manteniendo y agravando en el tiempo y empiezan a aparecer los problemas económicos, cada miembro suele articular medidas diferentes de supervivencia. El jugador invertirá todas sus energías intentando hacerse con todas las fuentes posibles de ingresos familiares para costearse su adicción y la mujer sin embargo estudiará todas las formas posibles de ahorrar más y gastar menos para poder llegar a fin de mes habiendo pagado todos los gastos imprescindibles. Sin pretenderlo, ambas formas se convierten en complementarias, dado que se potencian mutuamente: cuanto más gata el marido, mayor es la tendencia a ahorrar de la mujer, hecho que va a seguir permitiendo que el jugador siga gastando con la tranquilidad que le confiere el saber que su esposa se encarga de planificar el futuro y el ahorro (Coria, 1991).

También suele pasar que esta situación enfrentada en la forma de controlar el dinero derive en el jugador en una actitud déspota con respecto a él (gasto

[10] Entre otros: Secades y Villa (1998); Bellringer (1999).

descomedido). Al saberse controlado, sometido y perdida su independencia, tiende a reaccionar gastando sin control, con la idea de demostrar la *imposibilidad de ser dominado*. No sólo gasta de forma desmesurada en el juego, sino también comprando compulsivamente e invitando en los tabernas o restaurantes.

Podríamos atrevernos a decir que este factor es el que suele determinar el tiempo que dura esta problemática. Principalmente el mal *"estado de salud"* de la cuenta bancaria familiar suele ser en muchos casos el elemento delatador de la conducta ludópata. La incapacidad de hacer frente a los préstamos bancarios, a las facturas y a las deudas familiares, ayudan a sacar a la luz el problema que hay. Bien porque la mujer acabe enterándose por algún acreedor, familiar o amistad; o porque el jugador atrapado por su adicción no le quede más solución que confesar que es lo que está pasando.

Otro de los elementos esbozados al inicio de este epígrafe tiene que ver con el tema del *nacimiento de los hijos*. Concretamente nos interesaría analizar cómo este suceso, en principio positivo, puede convertirse en una fuente de conflicto en algunas familias. Sobre este tema Jaén y Garrido (2004) explicitan la idea de que los hijos aportan a la familia la oportunidad de crecer, pero también ponen a prueba la capacidad de los cónyuges para adaptarse individualmente y como pareja, mantener la identidad y al mismo tiempo crecer como grupo social. Por tanto la aparición de los hijos va a exigir por una parte, una reestructuración de la pareja para incluirlos y mantener al mismo tiempo el vínculo conyugal y, por otra, una revisión de los sistemas externos a la familia. Pero puede suceder que los cambios exigidos a esta nueva situación no se hagan factibles y la familia no evolucione favorablemente. Quizás esto ocurre, porque previamente al nacimiento de los hijos, existen graves deficiencias comunicacionales instaladas en la relación de pareja y este acontecimiento puede agravar la situación o solaparla.

Estos autores también reseñan el hecho de que el aumento de la tensión en el sistema familiar queda equilibrado mediante la formación de síntomas a cargo de uno de los miembros de la familia. Concretamente esto se hace visible cuando el jugador es un adolescente o joven. Éste puede desarrollar síntomas desplazando la atención de los padres del conflicto marital hacia la situación problemática creada por su adicción. Concretamente la situación es descrita por Haley (1989) de la siguiente manera: el desarrollo del síntoma puede ser entendido como un intento de mantener la estabilidad familiar ya que al quedar éste impedido para desenvolverse por sí mismo necesitaría de la ayuda de los padres. Esta situación permitiría que los padres sigan comunicándose a través de él y mantener así unas condiciones, que de lo contrario tendrían que cambiar. Por tanto, los problemas del joven ayudan a mantener unido el matrimonio con el objetivo de ayudarle a superar el problema. Superada la adicción puede ocurrir que de nuevo aflore el conflicto entre la pareja y se hable de separación y esto conlleve una recaída y consiguientemente la amenaza de la ruptura familiar.

La búsqueda de un nuevo equilibrio familiar se consigue no sólo haciendo que desaparezcan los síntomas, sino llevándose a cabo una reestructuración de la propia familia, lo que a menudo puede conllevar cambios sistémicos tales como el abandono de premisas, reglas y normas antiguas por otras nuevas. De ahí que sea importante, no sólo tener en cuenta la importancia que adquiere el contexto en la aparición y mantenimiento de los síntomas del juego, sino también tener presente el momento del ciclo vital por el que pasa una familia a la hora de entender y tratar los problemas que presenta. Para ello es necesario conocer la posición que ocupa cada miembro (teniendo en cuenta el significado de sus conductas) dentro de la familia y la repercusión o el efecto que tienen las intervenciones terapéuticas.

Por otro lado, la *independencia de los hijos* del hogar familiar puede llevar aparejado, en algunos progenitores, el desarrollo de algunas patologías como es el caso que estamos estudiando. La argumentación de esta idea se establece en torno al concepto de *apego*. Se cree que el desarrollado en exceso de esta conducta tiene que ver con el distanciamiento emocional de la pareja. La independencia de los hijos no es vivida como un hecho natural que forma parte del ciclo vital de la familia, sino como un problema de pérdida de identidad familiar e individual. Reencontrarse de nuevo no es fácil para una pareja que ha volcado toda su atención a la crianza de los hijos y que además no sabe como afrontar la nueva etapa en común. Por tanto, la inestabilidad conyugal unida al vacío que sienten ante la marcha de los hijos, puede ser el detonante para que aparezcan patologías, como por ejemplo la ludopatía. La adicción al juego, en principio, puede conseguir dejar las cosas como están. Por un lado, el hijo ante el problema puede posponer su salida del hogar en el intento de ayudar, bien al que posee el síntoma o al que tiene que apoyarlo; y por otro, puede posponer el problema que a la pareja le supone la adaptación a la nueva situación, ya que toda la atención va a estar puesta en resolver el nuevo problema acaecido.

Por último reseñar que *la jubilación* también puede convertirse en un factor de riesgo principalmente para el varón[11]. De nuevo se le exige al sistema familiar un gran esfuerzo para adaptarse a otro escenario desconocido. Esta nueva situación exige cambios difíciles de asumir para algunas personas, ya que supondría jugar con conceptos esenciales como “utilidad”, “poder” y “tiempo”. No trabajar para muchos hombres significa dejar de ser útiles para la familia y para la sociedad en general y pueden vivirlo como una pérdida de status y poder. Pero además se les une la preocupación de que hacer con su tiempo. En la búsqueda de llenar ese tiempo libre algunos pueden elegir, erradamente actividades, que aunque en principio pueden resultar gratificantes e inofensivas, con el tiempo pueden generar en complejas patologías como es el caso de la adicción al juego.

Resumiendo podemos decir que una vez empezada e instalada la conducta de juego, y la familia es conocedora de la situación, ésta tiende a mantenerse porque aparece lo que Prieto Ursúa (1999) denomina como el *ritual.* El ambiente familiar se

[11] Esta situación vital, cada vez es más señalada, como causa de la aparición de la adicción al juego.

recrudece, el jugador entra en la espiral de reproches y preguntas, se le añaden más problemas a los que ya tiene, situación que le lleva a jugar más y a estar menos en casa y cuando lo hace su relación con la familia tiende a ser mínima (prácticamente de ausencia) para evitar tener más problemas. La primera reacción que suele tener la familia cuando esta se entera del problema es de comprensión: Si el jugador deja de jugar ésta se hace cargo del problema asumiendo el pago de las deudas y ocultando el problema a los demás. Con esta posición, la familia sin quererlo, está cometiendo el error más grave. Está demostrado que esa actitud sólo lleva a perpetuar la conducta adictiva de juego, ya que crean en el jugador la ilusión de que nada le puede pasar, de que sus problemas pueden ser siempre solucionados. El jugador descubre una nueva manea de ganar dinero fácil: si hasta ahora su fórmula era mentir y engañar, a partir de aquí será confesar y prometer; situación que le va a sumergir todavía más en la espiral destructiva del juego.

La ayuda económica tiene en la mente del jugador los mismos efectos que el dinero ganado en el juego: dinero fácil y rápido, a fin de cuentas, dinero que va a solucionar todos sus problemas. De ahí la importancia que tiene el hecho de que la familia se conciencie de que todo dinero prestado es dinero para jugar.

Concluida esta primera parte, otro punto de interés sería valorar qué consecuencias se derivan de la conducta de juego y que afectan al contexto familiar no solo, a nivel relacional (mujer, hijo, padre, etc.) sino también, en lo que respecta a otros espacios o áreas que mantienen una relación directa con ésta (económica, salud, legal, etc.) y que dependiendo del estado en que se encuentren marcaran en un sentido u otro (proximidad/distanciamiento) el mapa de relaciones familiares.

2.- REPERCUSIONES O CONSECUENCIAS FAMILIARES DEL JUEGO PATOLÓGICO

Sucintamente expuestos algunos de los factores que tienen que ver con el contexto familiar en relación a esta problemática, en este epígrafe nos detendremos a explicar las consecuencias que el juego patológico conlleva en este mismo contexto. Tener en cuenta este parámetro implica reconocer, como varios autores[12] así lo han hecho, que las repercusiones que se derivan del juego patológico van más allá del mero escenario personal. Dentro del radio de implicación la familia es, sin la menor duda, uno de los que se lleva la peor parte. Aunque este fenómeno no ha sido abordado con la suficiente profundidad, estudios del tema coinciden en resaltar el enorme impacto que este problema tiene en la vida familiar y conyugal. Entre otros, Fernández-Montalvo y Castillo (2004) señalan que el descubrimiento repentino del problema, la desesperada situación económica en la que viven y la aparición de grandes deudas desconocidas hasta ese momento, influyen en la aparición de sintomatologías disfóricas dentro de la pareja, en la incapacidad para recuperar la

[12] Sirva de referencia por ejemplo: Fernández-Montalvo, Báez, Echeburúa (2000); Jaén y Garrido (2004).

confianza en el jugador o en el desarrollo de constantes sentimientos de duda que a veces se vuelven obsesivos. Tener un jugador dentro de la familia presupone tener una fuente continúa e importante de estrés. La pareja tiende a sufrir un gran deterioro físico y mental, haciendo que muchas de ellas acaben separándose o pidiendo el divorcio.

Aunque, medir el grado o la intensidad que las consecuencias tienen en el contexto familiar va a variar en función del tipo de relación que ésta haya establecido, no cabe duda, que la pareja y los hijos del jugador siempre van a ser los que más van a sufrir sus efectos. Incluso algunos autores, como Heineman (1994), resaltan el dato de que en algunos casos el cónyuge puede encontrarse más afectado psicológica y físicamente que el propio jugador. La explicación que se arguye tiene que ver con el hecho comprobado clínicamente de que el jugador una vez confesado el problema siente alivio y liberación y sin embargo la familia (sobre todo la pareja) se encuentra ante una realidad, aunque muchas veces intuida, no conocida y sin saber que hacer para resolverla.

Independientemente de este análisis también hay que tomar en consideración los efectos que la ludopatía tiene en otras áreas y que es imprescindible conocer cuál es su alcance si queremos obtener una panorámica completa de cómo el juego afecta al contexto familiar. Concretamente Gaudía (1987) señala el área económica, la social, la médica y la legal. Abreviadamente, los efectos económicos se reflejan en una bajada brutal del nivel económico y con el afrontamiento de incalculables deudas económicas. Socialmente se enfrentan a continuos sentimientos de vergüenza y exclusión social motivados por el problema del juego y por las deudas contraídas con personas conocidas (amigos). Médicamente, la familia se ve arrastrada por el estrés crónico llegando a ocasionar, en algunos de sus miembros, distintos problemas de salud (depresión, ansiedad, etc.). Legalmente, la familia tiene que hacer frente a juicios pendientes con la posibilidad de encarcelamiento del jugador, ante la consecución de algunos delitos (desfalco, robo, emisión de cheques sin fondos, etc.); hecho que va a incrementar, no sólo la tensión dentro de la familia (sobre todo la pareja), sino que va a incrementar el estrés y la vergüenza social ante la posibilidad de que el jugador acabe hiendo a la cárcel. La situación podría fotografiarse de la siguiente manera: familia endeudada con escaso poder adquisitivo, sin apenas relaciones sociales por las deudas contraídas, con problemas de salud derivados de la situación estresante en la que están inmersos y en los casos más graves con juicios pendientes debido a delitos por robo o desfalco.

Aunque la información que se tiene de las consecuencias que el juego acarrea en la pareja (mujer) no están avaladas por estudios científicos (se trata de descripciones clínicas), sí nos sirven para hacer una valoración del coste que éste tiene para la familia. Centrándonos en la esposa, Fernández-Montalvo y Castillo (2004) tomando como referencia a Wexler (1981) describen los efectos teniendo en cuenta las etapas por las que ésta suele pasar y que aluden a: negación, estrés y agotamiento.

En principio la mujer tiende a negar la situación. No reconoce el problema, cree que no hay peligro y por consiguiente, no hay de que preocuparse. Esta actitud puede conllevar a que el problema se dilate en el tiempo, siempre y cuando éste no repercuta o interfiera en demasía a otros niveles. Con el tiempo acaba dándose cuenta de la gravedad del problema y aparece el estrés. Fase que viene determinada, no sólo por la aceptación de las justificaciones que el jugador le da, sino que se culpabiliza de la conducta desarrolla por éste. Intenta ayudarle facilitándole dinero para que resuelva sus problemas económicos (mantienen su conducta de juego), pero el esfuerzo casi siempre resulta estéril y emergen los sentimientos de frustración, rechazo y culpabilidad. Finalmente, esta situación desemboca en la fase del agotamiento y del miedo. La mujer empieza a exacerbarse, a tener trastornos de sueño, de irritabilidad, pérdida de apetito y un consumo excesivo de fármacos, pudiendo desencadenarle conductas disfuncionales como el alcoholismo, tabaquismo, trastornos alimentarios, etc.

Datos más empíricos[13] nos llevan a las mismas conclusiones que las establecidas en los datos clínicos. Los primeros que llevaron a cabo un estudio dirigido a valorar los impactos del juego en la esposa del jugador fueron Lorenz y Shuttlesworth (1983)[14]. Con una muestra de 144 mujeres, los resultados mostraron que un alto porcentaje de ellas (84%) manifestaron haberse sentido emocionalmente enfermas como resultado del juego de sus parejas; el 78% padecía un claro problema de insomnio y el 50% había recurrido a pautas de conducta disfuncionales (beber en exceso, trastornos alimentarios, compras compulsivas, etc.), como una maniobra inadecuada de afrontamiento del problema. También resaltaron los hechos graves de que el 43% de las mujeres encuestadas se habían sentido, en algún momento, maltratadas (bien física o psicológicamente) por su pareja como consecuencia de las discusiones que habitualmente tenían por el juego; y que un 12% había recurrido al suicidio como forma de acabar con la desesperada situación.

De igual modo, un segundo estudio realizado por Lorenz y Yaffee (1988) sobre una muestra de 214 mujeres de jugadores que estaban en tratamiento, puso de manifiesto que la mayoría de ellas sufría de un gran número de problemas físicos y

[13] Resaltar que, en lo que respecta a esta temática, se cuenta con muy pocos estudios, por lo que los datos existentes son escasos, lo que resultaría arriesgado aventurar conclusiones concretas sobre ellos. Pero también expresar que, tanto los datos clínicos como los empíricos obtenidos van en la misma línea explicativa.

[14] Aunque este estudio constituye un primer intento valioso de evidenciar las repercusiones que el juego tiene en la familia del jugador (sus resultados se siguen utilizando en las descripciones actuales), se le han encontrado algunas limitaciones. Concretamente Fernández-Montalvo y Castillo (2004) resaltan, por una parte, el problema de no haber utilizado un grupo de control con el que poder comparar los datos obtenidos, por lo que no se sabe en qué medida los resultados hallados obedecen estrictamente al juego; por otra, los criterios de selección de la muestra no fueron lo suficientemente rigurosos lo que se traduce en la presencia de variables importantes que no están controladas y que sin embargo, pueden interferir los resultados encontrados, entre ellas los antecedentes psiquiátricos o la antigüedad de la adicción al juego.

psicológicos derivados del problema de juego de su pareja. En concreto el 74% reflejaba sintomatología disfórica (ira y resentimiento), el 47% de presión, El 44% soledad, El 30% se sentía culpable del problema, el 27% sentía confusión, El 14% había intentado suicidarse, el 13% sufría de sentimientos de inefectividad como madre, y el 5% se sentía desamparada, desesperanzada y en la ruina. La mayoría de los problemas físicos van asociados al estrés crónico que la situación les produce y que se revelan mayoritariamente en: el 41% padecía dolores de cabeza, el 37% problemas intestinales y diarreas, el 37% desfallecimientos con vértigos, frío, manos sudorosas y el 23% hipertensión y problemas respiratorios. Otros problemas manifestados fueron la gran insatisfacción que sentían con respecto a sus relaciones sexuales (58%) y como consecuencia de la situación familiar generada por la adicción al juego, un 86% se planteó la separación, aunque sólo la hicieron efectiva el 29%.

Utilizando el mismo instrumento de evaluación pero un año más tarde, Lorenz y Yaffee (1989), llevan a cabo un estudio basado en una comparación entre síntomas experimentados por 151 mujeres de ludópatas con los sufridos por los propios jugadores. En cuanto a las mujeres, los datos coincidían con los encontrados en el anterior estudio ya que revelaban, prácticamente, la misma sintomatología psicológica y física (el 70% revelaba sentimientos de ira, el 42% tenía depresión, el 38% manifestaba sentirse aislada, el 26% se culpabilizaba del problema, el 23% se sentían muy confusas por la situación, el 14% presentaba ideas suicidas, el 40% tenían repetidos dolores de cabeza, el 31% sufría de problemas estomacales, el 20% de hipertensión, el 17% de dolores de espalda, el 13% de alergias y el 72% de insatisfacción sexual).

El primer estudio que aborda el tema de pareja fue el efectuado en Australia por Crips, Thomas, Jackson y Thomason en 2001. Bajo una muestra de 440 parejas (309 mujeres y 131 varones), la investigación trató de valorar la existencia de alteraciones en nueve áreas concretas (situación económica, situación laboral, actividades de ocio, problemas interpersonales, problemas intrapersonales (ansiedad, depresión, et.), alteraciones familiares, problemas legales, síntomatología física e implicación en el problema de juego de la pareja. Como novedad revelaron datos importantes hasta ahora no mostrados como fueron que el 17% de las parejas estaban también implicadas en un problema de juego patológico y que apenas sí existiese diferencias entre ambos grupos en las repercusiones negativas (excepto el tema económico que es más sentido por la mujer con un diferencial de 11,8%), refutando la creencia generalizada de que la pareja del jugador sufre más que la de la jugadora. Siempre se ha considerado que la adicción al juego afectaba de manera diferente cuando se trataba se maridos de mujeres ludópatas. Como bien pudimos ver en el apartado de características de la mujer jugadora (Ver páginas número: 356-362) Becoña (1997) explicaba esta situación aludiendo, tanto a la distinción de roles, como a la propensión diferencial del problema en la mujer. La mujer empieza a jugar más tarde que el hombre, aunque su agravamiento se produce más rápido y la familia no está preparada para los cambios que se producen en el comportamiento de la jugadora y que afectan de lleno a la dinámica familiar.

Por último destacar el estudio llevado a cabo en Italia por Savron, Pitti y De Luca (2003) ya que fue el primero que contó con un grupo de control. La muestra estuvo configurada por 56 mujeres dividas en dos grupos: el de mujeres de jugadores con un total de 28 y el de control con un total de 28 mujeres de la población normal. Los resultados mostraron diferencias significativas entre ambos grupos, sobre todo en lo concerniente a la sintomatología psicopatológica (estrés, ansiedad, inhibición verbal, timidez, etc.).

Otro de los problemas que pueden derivarse de la situación de juego patológico y que suele aparecer más vinculado a la mujer, es el relativo a la *coodependencia*[15]. Una persona coodependiente es aquella que tiende a relacionarse afectivamente con personas que desarrollan algún tipo de adición. De hecho este tipo de vínculo es visto también como una forma de adición; circunstancia por la que también se ha pedido que sea incluida dentro del DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) ya que, según establece Cermak (1991), ésta cumpliría los siguientes criterios diagnósticos:

a. Inversión continúa de la autoestima en la capacidad para controlar sentimientos y conductas de sí mismo y de los otros frente a serias consecuencias adversas.

b. Asunción de responsabilidad para satisfacer las necesidades de los demás obviando las propias.

c. Ansiedad y distorsión de los límites en situaciones de intimidad y separación.

d. Tendencia a involucrarse en relaciones con sujetos de personalidad químicamente dependientes, desordenada e impulsiva.

e. Exhibición de tres o más de los siguientes ítems: tener excesiva dependencia de la negación; retracción de las emociones; sufrir depresión; hipervigilancia; compulsiones; ansiedad; consumo de sustancias; ser víctima recurrente de abusos físicos y sexuales; padecer enfermedades médicas relacionadas con el estrés; y haber permanecido en una relación primaria con una persona adicta a sustancias por lo menos dos años sin pedir ayuda externa.

A parte de todo esto, una persona codependiente suele caracterizarse también por su tendencia asumir la responsabilidad de lo *negativo* que les ocurre a otras personas; por anticiparse a satisfacer las necesidades de los otros aún cuando no se les haya pedido ayuda; suelen tener grandes problemas para ser asertivos (nunca dicen no por miedo a decepcionar a otros); por sentirse muy atraídas por personas conflictivas e

[15] Término que surge al amparo de poder describir las situaciones por las que pasaba una persona que se emparejaba con otra que tenían problemas de toxicomanía o alcoholismo.

irresponsables, porque consideran que pueden ayudarlas por medio de sus cuidados y de su afecto; por estar muy necesitadas de valoración externa dada su absoluta falta de autoestima; por tender a desarrollar una hipertolerancia frente a situaciones abusivas dado que se muestran incapaces a terminar relaciones debido a su gran dependencia emocional: por tener la sensación de no ser suficientes y de no hacer nunca lo suficiente; por mostrar serias dificultades para conectar con el bienestar y el placer; por tender a obsesionarse con la vida de los demás; por intentar ejercer el control por cualquier medio (culpa, lástima, coerción, etc.); por no querer reconocer su propia realidad y mentirse sobre ella; y por minimizar, justificar y negar lo que acaece en su relación.

En el caso de los hijos[16], las pocas investigaciones llevadas a cabo[17] muestran que éstos tienen mayor riesgo (en comparación con hijos de no jugadores similares en edad, sexo y lugar de residencia) de sufrir psicopatologías infantiles y de presentar un mayor nivel de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Por otro lado, Lesieur y Rothschild (1989) añaden además problemas de abuso, tanto psicológico como físico y Lorenz y Yaffee (1986) destacan sintomatologías de tipo psicosomático como por ejemplo problemas digestivos, asma, alergias, y dolores de cabeza.

A otros niveles, la separación o el divorcio de los progenitores, pasar por grandes dificultades para cubrir las necesidades básicas, sentirse no queridos y abandonados (sobre todo por el padre jugador) son los problemas que más suelen poner de manifiesto los hijos de los jugadores patológicos. También se subraya que los hijos de jugadores que crecen en un ambiente de carencia emocional, aislamiento, abuso paterno, rechazo, pobres modelos de rol y énfasis en el dinero, tiene muchas probabilidades de desarrollar historias de vida con problemas, incluso los mismos que tiene el padre jugador. Fernández-Montalvo y Castillo (2004) reseñan que estudios llevados a cabo en España[18] demuestran la elevada frecuencia de antecedentes familiares de adicciones (ludopatía y alcoholismo, sobre todo).

No obstante estos datos hay que tratarlos con cierta cautela, puesto que han sido obtenidos de forma transversal con muestras de jugadores. Apenas si existe algún estudio (el realizado por Darbyshire, Oster y Carrig, 2001) que haya contado directamente, en la muestra, con hijos de jugadores. Los datos que se manejan proceden del testimonio de la pareja del jugador (madre) y de la observación clínica,

[16] Temática aún más olvidada que la anteriormente descrita (efectos en la pareja). Fernández-Montalvo y Castillo (2004) se hacen eco de que, los pocos estudios realizados, están centrados en evaluar las repercusiones que tiene la adicción en hijos de jugadores, sin que se conozca realmente qué ocurre cuando es la madre la que está implicada en un problema de juego.

[17] Principalmente por: Jacobs, Marston, Singer, Little y Veizade (1989).

[18] Destacar los llevados a cabo por: Becoña y Getal (1996); Bombín (1992); Fernández-Montalvo, Báez y Echeburúa (1996); Sáiz, Moreno y López-Ibor (1992).

de ahí la dificultad de poder llegar a dilucidar conclusiones concretas y definitivas sobre este tema.

Antes de concluir, recogemos el dato de la incidencia (cada vez más alta) de casos de ludopatía que está dándose entre la población joven y adolescente. Esta situación ha permitido abrir un nuevo frente o dimensión, ya que va a permitirnos estudiar las repercusiones que en los padres y hermanos tiene la conducta de juego de sus hijos[19]. Aunque apenas hay estudios sobre esto[20] se apunta a que la adicción del hijo trae como consecuencia la presencia de constantes disputas y relaciones de pareja deterioradas (Lorenz, 1987). En cuanto a la respuesta de los padres es frecuente observar que el padre es el primero que da la espalda al hijo y al problema. La madre, sin embargo suele apoyar de forma más cercana al hijo jugador. Actitudes muy distantes que traen como consecuencia que cada miembro, por separado, culpabilice al otro de la continuación de la conducta de juego del hijo (Heineman, 1989).

Faltos de cierta certeza empírica, estos datos coinciden con la apreciación obtenida por muchos profesionales a nivel clínico. A propio criterio (Fernández-Montalvo y Castillo, 2004) expresan que cuando un joven acude a consulta con problemas de juego, sus padres suelen mostrar actitudes de irritación y rabia ante el problema, pero compartidas con sentimientos de gran culpabilidad. Hecho que permite aprovecharse al joven para manipular a su antojo la situación y así poder seguir jugando.

En síntesis podemos decir que, hoy por hoy, el ámbito de la familia constituye una parcela del juego patológico muy poco estudiada y sin embargo resulta ser de gran importancia, dadas las numerosas implicaciones sociales y repercusiones clínicas que tiene, si se quiere abordar el tratamiento integral de la enfermedad o problemática. Por consiguiente, la familia debe de ser considerada no sólo, como una unidad de prevención sino también como factor de rehumanización frente a la problemática de las adicciones.

Vistos los estragos que causa la adicción del juego dentro del contexto familiar y siendo conscientes de que, para salir de esta situación patológica se precisa de un modelo de intervención sistémico, nos surgen las siguientes reflexiones ¿Hay posibilidades de reconstruir una situación, de partida, tan menoscabada? ¿Sobre qué bases puede hacerse? Sabemos que en todo conflicto relacional cada una de las partes implicadas tiende a tener su propia visión de cómo ha sucedido el problema y a partir de ahí crear sus propios mecanismos de defensa y de supervivencia.

[19] Principalmente el perfil del joven responde a ser menor de 25 años, estar soltero y no tener hijos.

[20] Fernández-Montalvo y Castillo (2004) expresan que los únicos datos existentes sobre este tema son las observaciones clínicas descritas por Lorenz (1987) y el estudio de Heineman (1989).

Como cualquier situación conflictiva, la adición al juego impone su propio estilo comunicacional y de relación dentro de la familia (principalmente en la pareja) que con el tiempo acaba siendo aceptado como normal y habitual, aún siendo una fuente continua de conflicto y de sufrimiento. Desde el comienzo de la relación ambos cónyuges tienen que valorar si en su modo de construir su relación con el otro, ésta va a estar determinada por su propia forma de ver la vida o no. De partida, Jaén y Garrido (2004) plantean que las parejas suelen definir mucho los aspectos que van a caracterizar su relación teniendo en cuenta los siguientes constructos: "responsabilidad versus irresponsabilidad", "impulsividad versus reflexividad", "sacrificado versus egoísta", "arriesgado versus necesidad de seguridad", "maduro versus inmaduro", "ahorrador versus despilfarrador", "casero versus callejero". .

Si aplicamos esta idea al tema que aquí nos ocupa, vamos a encontrarnos, según explicitan estos mismos autores, con que el hombre jugador suele adoptar desde la adolescencia toda una serie de conductas que van a definirle como un potencial jugador patológico. Su personalidad suele estar impregnada de ciertos rasgos que le hacen inclinarse más hacia los atributos de: *callejero*, *derrochador*, *arriesgado*, *irresponsable* que a sus contarios. Pero estas construcciones no nacen de la nada, normalmente van ligadas al núcleo familiar ya que suelen ser compartidas por varios miembros, tanto en el sentido de asemejarse a él (puede ser que el padre sea jugador) como en la parte que los diferencia. Desde esta perspectiva la atracción por el otro operará teniendo en cuenta el significado que para cada uno adquieren dichas construcciones. Generalmente, esta idea sólo es aplicable desde el punto de vista de la pareja no jugadora, aunque en el *dejarse atraer por el otro* y en el a*mor* tendrán que incluirse otros fundamentos que impliquen la persistencia, el apoyo constante, la necesidad de ayuda y la no renuncia a cambiar al otro, como aspectos importantes en la definición de su propio Yo. Si esto no sucediera, la relación podría romperse en el momento en que empiecen a aparecer los primeros elementos perversos del juego, como pueden serlas mentiras, los engaños, y la desconfianza hacia el jugador. No obstante, estas conductas tienden a reforzar la postura adquirida por el cónyuge que se va a ver "obligado" a aumentar la vigilancia sobre el jugador, a resolver los problemas del otro, a saber aguantar y esperar, a perdonar y a seguir intentando cambiar al otro. Como vemos son actitudes que emanan de una personalidad construida desde el sacrificio, la responsabilidad, la madurez y el cuido de los hijos, y que tienden a presentarse en casi toda las parejas donde se convive con una situación adictiva.

En familias afectadas por la adicción al juego, es muy común encontrase con dinámicas relacionales basadas en patrones del tipo: *control/descontrol*, *perseguidor/perseguido*, *reproche/perdón*, y que suelen hacerse presentes a lo largo de muchos años. Esto sucede porque la base principal de la relación está regida por las órdenes de la adicción. El jugador y sus conductas de juego se convierten en el único marco de referencia desde el que poder construir la identidad familiar. Cada decisión y/o cada acción van a estar mediatizadas por el momento en que se encuentre las *rachas* de juego. Como sabemos, este problema va a prolongarse hasta el momento en

que algún acontecimiento impida seguir manteniendo esta situación. Según establecen Jaén y Garrido (2004) esto puede acaecer porque ambos cónyuges (de forma independiente) así lo decidan. Normalmente esto sucede porque alguno de los dos llega a lo que coloquialmente se ha denominado como "tocar fondo". El cónyuge toca fondo cuando descubre que su abnegada dedicación o su sacrificio con el jugador han llegado a una posición de máxima alerta propiciada por las repercusiones dañinas que se derivan de la conducta de juego (sensación de abandono, depresión, ansiedad, abandono por parte de la familia, amenaza de la integridad de los hijos, etc.). También puede suceder que ese espíritu de abnegación se traslade a otros miembros de la familia -hijos- por lo que decide abandonar su compleja labor de tener que *curar* al jugador y coacciona con la ruptura del vínculo matrimonial. Es el momento en que se desquebraja la relación construida al amparo del juego. El jugador ve como se desmorona su "coartada" teniendo que repensarse si le interesa seguir así o perder su relación de pareja y su estabilidad familiar.

Esta pérdida del rol complementario adquirido por la pareja, lleva irrenunciablemente a una revisión del papel desempeñado por el jugador. A partir de ahora es necesario instalar al cónyuge desde otra posición: el jugador interesa como padre y/o marido pero no como jugador. Este cambio, como bien enuncia Jaén y Garrido (2004), va a permitir una revisión profunda de los significados dados al Yo del sujeto, pudiéndose mantener todos aquellos utilizados en la definición del Yo jugador, siempre y cuando estos sean compatibles con el nuevo rol. De manera general el jugador pasa a adoptar el *papel de enfermo* o de *adicto*, roles que van a permitirles seguir (tanto a él como a la pareja) manteniendo muchos de los antiguos significados en esta nueva posición, porque el juego -*configurado como no juego*-, va a seguir dirigiendo sus vidas.

El jugador toca fondo cuando la práctica incontrolada del juego le lleva a una situación de alienación de su propio yo. La persona queda anulada por el jugador dando lugar a una crisis de identidad. Situación que lleva al jugador a tener que revisar tanto su base cognitiva como los constructor o asociados a ella. Es un momento crucial para la familia, pero sobre todo para el jugador, ya que es aquí dónde el peligro del suicido aparece con más fuerza. Es el momento del cambio y de la búsqueda de ayuda profesional.

3.- LA FAMILIA COMO SOCIEDAD PREVENTIVA Y REHUMANIZADORA DE LAS ADICCIONES

¿Qué debemos de tener en cuenta cuando realizamos esta afirmación? Concretamente aludimos al hecho de que la familia tiene que ser considerada, no sólo como un pilar fundamental en los procesos de recuperación del problema, sino también uno de los principales agentes de prevención de las adicciones por su papel educador, fundamentalmente por:

1.- La adicción es un problema que se inserta en familias de todos los niveles sociales, económicos y culturales.

2.- Porque la persona adicta suele implicar a su familia en su situación, porque logra convertirse en el centro de preocupación familiar e intenta servirse de todos los miembros de la familia, creando tensión y confusión para conseguir, la mayoría de las veces beneficiarse.

Por ello se insta a que, es importante analizar la estructura familiar, la calidad de sus relaciones y el tipo de actitudes y valores transmitidos por la familia, por que muchas veces la familia, junto con los modelos educativos y sociales, no han sabido favorecer el desarrollo y el crecimiento de la identidad personal. Por ejemplo: cuando la familia no ha sabido trasmitir o ha favorecido la erosión de la ética del estudio y el trabajo, del esfuerzo y la disciplina. Su sustitución por el consumismo y el ocio permanentes, dan lugar a situaciones de riesgo adictivo claras y, en todo caso, propician situaciones que generan gran malestar en la convivencia diaria, en casa y en el contexto escolar (Cañas, 2004)

Por tanto, hablar de prevención es referenciar a la familia como contexto fundamental en la que poder basar cualquier programa de intervención preventiva en materia de adicciones, dado que la educación de un niño estará siempre vinculada a sus referencias familiares, hayan sido éstas acertadas o no. ¿Cómo previene la familia las conductas adictivas? Lo primero que hay que tener en cuenta es que para poder prevenir y ayudar de verdad a los jóvenes que se inician en las adicciones, hemos de situarnos en la realidad de las circunstancias familiares previas.

Pensar en las adicciones implicaría, según marca Cañas (2004), situarnos en un bis a bis con la propia persona adicta, es decir, preguntarnos por las motivaciones que le llevan a la adicción, relacionar la adicción con su contexto familiar y social en que se desarrolla; en definitiva indagar sobre ¿cuáles son los valores preponderantes de esa persona, de esa familia y de esa sociedad? y ¿cuál es su estilo de vida?. También se debería de examinar algo tan principal como qué pasa en la persona, en la familia y en la sociedad para que se vean atraídos por las adicciones, y se produzca un proceso de desorientación y de carencias valorativas que lleven a caer en las dependencias. Lo mismo sucede para comprender al adicto que ha llegado al límite, hemos de situarnos en la realidad de su circunstancia personal anterior. Basta con echar la vista atrás y ver cómo fue su niñez y su juventud para descubrir las causas primeras que le llevaron al estado inicial de su desestructuración personal actual. A partir de aquí, podremos considerar que los hijos de las familias conflictivas, a menudo han sido sometidos a algún tipo de trauma, especialmente al de la adicción de uno de sus padres, o de los dos, como han puesto de manifiesto algunos estudios llevados a cabo por Washton y Boundy (1991)[21].

[21] Estos autores concluyeron que el 65% de los adolescentes que consumen drogas y alcohol tiene por lo menos un progenitor adicto.

Las ideas que nos formamos acerca de nosotros, de los demás y del mundo que nos rodea nacen al principio del ejemplo que recibimos de nuestros padres. ¿Pero qué pasa en una familia de esta tipología? Los padres en una familia adicta están ocupados en tratar de satisfacer sus propias necesidades emocionales, antes que la de sus hijos. Sin darse cuenta se relacionan con sus hijos como si éstos fueran objetos, como si fueran extensiones de ellos mismos y no personas independientes con necesidades distintas a las suyas. Serían incapaces, por tanto, de brindar la aceptación que los hijos necesitan para crecer, y hablamos de crecimiento personal y convertirse en personas autónomas (Cañas, 2004).

Generalmente la familia de la persona adicta se mueve por lo que se conoce como fenómeno de la triangulación. Siguiendo a Minuchin (1988) comprobamos que dentro de una estructura familiar pueden establecerse tres tipos de triangulación perversa:

- Triangulación manipulada por los padres en conflicto cuando cada uno de los padres quiere que el hijo se una a él en contra del otro. En estos casos el hijo suele ser percibido como *agresor que lo ataca*, por parte del progenitor que queda fuera de la diádica.

- Se establece un rodeo cuando los padres en conflicto utilizan al hijo, sin aliarlo claramente a ninguno de ellos, para poder mantener la relación de pareja aparentemente armónica y equilibrada (técnica del rodeo). Concretamente convierten al hijo en un problema (el hijo síntoma), sin tener presente de que son ellos mismos los que refuerzan cualquier aspecto anómalo para poder desviar o tapar sus propios problemas.

- Se da una coalición estable (triangulo perverso o mortal) cuando se origina una coalición transgeneracional rígida contra el otro progenitor.

De estas tres, la que suele formarse en familias aquejadas por algún tipo de adicción es la denominada como *triangulo perverso* o *mortal*. En él los vértices estarían representados por el hijo (pude ser adicto o no), una madre sobreprotectora y un padre ausente o adicto. En pos de esa coalición tiende a construirse una relación que genera una dinámica familiar de gran dependencia hacia la madre y de una notable repulsa hacia el padre. Esta triada debe ser entendida como una situación en la que tres miembros de un mismo sistema relacional se disponen de tal modo que forman alianzas que unen a dos de ellos contra un tercero. Tales alianzas vienen caracterizadas, según indica Zuk (1988), por:

- La existencia de dos niveles generacionales. Las personas que componen el triángulo no son iguales (padres/hijos, abuelos/hijos, abuelos/nietos, etc.).

- La coalición es de dos (situados en distinto nivel jerárquico) frente a un tercero que se ubica en el mismo plano generacional. Las más comunes suelen ser: madre/hijo frente a padre y padre/hija frente a madre.

- La coalición se mantiene oculta. Esto implica que el comportamiento que indica que existe la coalición será negado a nivel meta-comunicativo.

A parte de ser una situación que se provee de forma velada o subrepticia, es un sistema que tienden a repetirse de forma reiterada, siguiendo un cierto patrón o modelo, que termina por convertirse en una situación relacional patológica, dando lugar a familias con un alto potencial de conflictividad.

No podemos obviar el hecho de que una función vital de la familia es servir de parachoques entre los hijos y el ambiente social. La familia es el lugar de entrenamiento para afrontar los problemas de la vida, y el lugar al que uno puede acudir para restaurar la confianza en sí mismo. Los hijos necesitan que la familia refuerce su autoestima, no que la deprima. Para la mayoría de las personas adictas o propensas a la adicción, quizá lo definitivo es que su hogar no fue un sitio en el que pudieron renovar la confianza en sí mismos, sino un lugar en el que la autoestima era atacada. Cuando los padres valoran más la imagen que la honestidad, el engaño más que la verdad, el tener más que el ser, muestran su incapacidad o cada vez son más incapaces de estar presentes para sus hijos de las maneras que verdaderamente importan, es decir, de hacer encuentros de verdad con ellos. En palabras de Washton y Boundy:

El abandono (de los propios hijos) es el principal problema modular de la familia que subyace a nuestra actual epidemia de adicciones (1991: 114).

La experiencia terapéutica demuestra que las adicciones entran en todas las familias: ricas, pobres, numerosas, pequeñas, jóvenes, adultas, cultas o ignorantes. El desconcierto viene sobre todo cuando nos encontramos con una persona adicta que proviene de buena familia, o al menos de una familia considerada socialmente normal. Si nos preguntamos como puede suceder esto, estos mismos autores, dirán que eso sucede porque aún en una familia que parece ser cariñosa y atenta, la personalidad del hijo puede ignorarse tanto como en una familia visiblemente caótica. Sólo que en este caso, la situación queda oculta tras una apariencia de corrección social. El efecto de este hijo o progenitor adicto puede ser demoledor para toda la familia que, aparentemente, se mantenía con bases firmes de convivencia.

Cañas (2004) arguye que en ambos tipos de familias, aquellas en que hay una desatención y un abuso evidentes, y aquellas en las que el abandono es más sutil y oculto, el hijo llega a la edad adulta sin que sus necesidades, como persona, hayan sido satisfechas. El hijo se hace prematuramente independiente, es decir paradójicamente

más dependiente. Y esta dependencia existencial es la que abona un terreno fértil para la conducta adictiva. En la familia generadora de la adicción, las personas rara vez dicen lo que realmente quieren decir, los canales de comunicación directa prácticamente están rotos. En vez de ello, la comunicación tiende a ser indirecta y a estar cargada de manipulación. Las personas están en gran medida ajenas a sus sentimientos y deseos por haberlos enterrado hace mucho tiempo. Además en la familia adictiva los sujetos suelen darle más importancia a mantener la imagen familiar que a ser sinceros (Washton y Boundy, 1991).

Por tanto no es inverosímil que, en una familia de este tipo, los hijos terminan por sentirse incapaces de afrontar los retos de la vida, ya que no se les ha enseñado a resolver conflictos ni a emprender acciones constructivas, y cuando se encuentran con problemas que deben afrontar se sienten incapaces de resolverlos y comienzan a eludir su responsabilidad. Por ello, ante un estado de ánimo abatido y/o de estrés se tiene acceso al alcohol, al juego a la droga, etc., y mientras están bajo los efectos de la adicción dejan de sentir tensión interior y pueden olvidarse de sus problemas que tienen con los estudios, con la pareja, con el trabajo, etc. Y si además le anexamos el hecho de que algunos ya han visto a alguno de sus progenitores afrontar las cosas de este modo, tanto más convincente les resulta esta vía de escape.

Todas las carencias de la vida familiar y afectiva, padres conflictivos, falta de comunicación en el hogar, televisiones nocivas, videojuegos en exceso, uso inapropiado del dinero, etc., inciden decisivamente en el enanismo psicológico personal de los hijos y en tantas situaciones de su desajuste interno que constituyen el caldo de cultivo apropiado para terminar en las adicciones. ¿Qué tipo de familia es la que fomenta la adicción, aunque sea inadvertidamente? No es sólo el hogar dividido por el divorcio o la separación, el pilar principal que subyace en el modo global en que los miembros de la familia se relacionan entre sí, en el clima que una familia es capaz de crear. De modo que una persona no desarrolla una personalidad adictiva por casualidad, sino que ciertas experiencias de su infancia la predisponen a hacerse adicta. Y a menos que se interrumpan esos patrones familiares generadores de adicción, estos patrones adictivos pasarán a sus hijos, y de éstos a los suyos, formando parte de la historia intergeneracional.

No es raro creer que los niños que crecen entre padres adictos o con hermanos adictos corren el riesgo o el serio peligro de ser personas adictas a su vez. Pero el peligro no sólo está en la familia, el hecho de educarnos en una sociedad regida por la adición (sociedad adictiva), de alguna manera también nos afecta a todos. Todo esto nos lleva a determinar que tanto la familia como la escuela tienen que ser los elementos claves desde donde poder situar el escenario de la prevención en el campo de las adicciones.

4- FAMILIA Y MOVIMIENTO ASOCIATIVO. ELEMENTOS CLAVES EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

Llegados a este punto, se hace necesario poner sobre la mesa, un punto que ha quedado muy claro y es que la familia debe de ser considerada, o al menos tenida en cuenta, como centro estratégico para el tratamiento de las adicciones. Si como bien apunta Cañas (2004), las adicciones son un problema que se da en las familias de todos los niveles sociales, económicos y culturales, es necesario *pensar* a la familia como *centro de solidaridad* capaz de unirse con otras familias, pues una familia puede fenecer o sucumbir en un ambiente adicto sencillamente porque le ha faltado el apoyo de otras familias a su alrededor. Así como la persona adicta ha sido influida por la sociedad en la que vivimos, y puesto que la familia es el principal vehículo de transmisión de los valores de nuestra cultura, debemos vigilar qué influencias sociales en las familias son las que están perpetuando la epidemia de las adiciones.

Para el movimiento rehumanizador, (perspectiva antropológica de las adicciones), la familia ocupa un lugar privilegiado que necesita la sociedad para su regeneración, no sólo porque la rehumanización[22] es ya de por sí preventiva, sino también porque, como bien explicita Cañas (2004), en el seno de la familia es donde se puede curar mejor las heridas cuando ha fallado la prevención. Es necesario involucrar a la familia de forma paralela en todo programa terapéutico rehumanizador, lo cual significa ayudar a ser protagonista activo y no sociedad pasiva que se limita a asumir los cambios o que reacciona recelosa respecto del trabajo realizado por el conjunto o por los demás.

Las familias representan un apoyo fundamental, directo y concreto como puente que une los programas terapéuticos-educativos con el contexto general. La familia debe de ser vista como un recurso ya que puede aportar energías, cariño y solidaridad que otras personas son incapaces de dar. Los familiares tras haber pasado por la experiencia de la adicción en su propia casa y haber superado las dificultades, a menudo se hacen portadores de un mensaje de sensibilización y de información correcta. Su entusiasmo, su disponibilidad, su espíritu de sacrificio, les llevan a desarrollar también una gran obra de prevención y asistencia, extendiendo la idea de que la adicción no es invencible con tal de que uno se esfuerce de verdad para salir de ella sin demoras. No hay que olvidar que la participación de la familia ha representado una novedad cultural de gran importancia en la lucha contra los problemas y las adicciones, y así lo reconoce Picchi (1998: 54) cuando establece que:

[22] Entendemos la rehumanización como la capacidad que tiene el ser humano de encontrar sentido a su vida. Aplicada al mundo de las adicciones, estamos de acuerdo con Cañas (2013) cuado explicita que la adicción no es la causa de la frustración existencial del sujeto, sino un de los síntomas de su deshumanización, de ahí que el hombre necesite una rehumanización.

El núcleo familiar, que con frecuencia ha sido cómplice involuntario de una historia de adicción, puede convertirse en un recurso utilísimo en el proceso de rehabilitación (1998: 54).

Si partimos de la idea de que la persona adicta germina en medio de una estructura familiar invadida por la fragmentación, la nuclearización y el aislamiento, el proceso de reconversión humanizador debería de centrase en poder devolver a la persona de nuevo, el sentimiento de saberse vinculado a un contexto familiar estructurado y equilibrado, y para ello hay que trabajar, no sólo con el sujeto adicto sino también con la familia.

En el plano social la familia supone un gran aporte dado que, ésta tiene mucho que decir del fenómeno de las adicciones. El movimiento asociativo, frente al problema de la adicción al juego, funciona gracias al esfuerzo y la labor que desempeñan de manera desinteresada las familias. Bajo el amparo o la filosofía de la ayuda mutua, se ha podido aglutinar a toda una fuerza renovadora que presta una ayuda impagable encaminada a transformar situaciones de desesperación vital en historias de vida renovadas donde el juego pasa a ser pasado y el presente y el futuro son encarados bajo un nuevo lenguaje de vida.

Actualmente la red asociacionista se muestra como el mejor recurso que trabaja tanto en la recuperación y rehabilitación de personas adictas al juego, como con sus familias. Se cree que una gran parte del éxito que tienen los grupos de autoayuda en el mantenimiento de la abstinencia reside en el efecto que éstos tienen sobre la construcción de la identidad del Yo del jugador y del Yo del familiar (Jaén y Garrido, 2004).

Como ya apuntamos el proceso de abandonar el juego por voluntad propia puede instaurar en la persona la sensación de “quedarse vacío”. Se deja huérfano al Yo porque éste es vaciado de su rol de jugador, que le venía copando por completo todas sus estructuras identitarias. Por ello es normal, como bien apuntan Jaén y Garrido, que al jugador le asalten los sentimientos de angustia cuando piensa que *si ya no juego, si ya no soy jugador, entonces ¿qué soy?, ¿quién soy?* (2004: 156)

Pero la pareja tampoco se escapa de pensar en estos mismos términos. El cónyuge tiende a experimentar lo mismo que el jugador puesto que, la supresión permanente de la conducta de juego le va a imposibilitar seguir manteniendo la relación que tenía hasta ese momento. El yo del cónyuge también queda cuestionado. En el momento en que el jugador deja de jugar, a la pareja ya no le sirve cavilar en términos de *sacrificio*, *abnegación*, *responsabilidad*, *desconfianza o control*; es el momento de pensar con otras claves nuevas, de desplegar un nuevo rol.

Vemos que en ambos surge la necesidad de ejercitar un nuevo rol. Para el jugador esta tarea implica menos dificultad (en comparación con la pareja) ya que su nuevo rol el de *jugador en rehabilitación* le va a permitir funcionar en los mismos términos que cuando el juego estaba presente, aunque la conducta de juego haya desaparecido. Como bien apuntan, Jaén y Garrido (2004), la identidad el sujeto va a seguir construyéndose en torno a la conducta de juego, aunque esta vez en otro sentido: *el no juego*. Es el momento en que el jugador en rehabilitación empieza a fusionarse con significados opuestos al rol de jugador mantenido hasta ahora. Su nueva meta "la abstinencia" le obligará a establecer nuevas estrategias y conductas movidas por otros valores como por ejemplo la sinceridad, la voluntad, el dar apoyo o el saber enfrentarse con las consecuencias de sus actos. Toda esta metamorfosis es más fácil vivirla si se está respaldado por un grupo de "Yoes" que sufren la misma situación y con los que la identificación surge de manera inmediata. La adscripción a un grupo de autoayuda facilita enormemente esta nueva tarea, ya que ayuda a eliminar la angustia de tener que enfrentarse al vacío existencial y a saberse capaz de afrontar su nuevo camino fuera de las titilaciones del juego.

De partida la situación de la pareja, como ya hemos adelantado, no suele ser tan dable. En parte esto se debe, según apuntan Jaén y Garrido (2004), a que el rol del "cónyuge de un jugador en rehabilitación" no está tan bien definido como el de "jugador en rehabilitación". Cabalmente, la identidad del jugador en rehabilitación viene delimitada por la pauta de "no jugar", situación que fuerza al cónyuge a ser independiente de esa nueva conducta. Estos autores describen muy gráficamente la situación en la que se encuentra el familiar al reflexionar sobre: *el jugador tiene el no jugar pero y la pareja ¿qué tiene?* (2004: 158). El cónyuge de un ex-jugador debe de aprender a volver a estar en ella misma, a ser ella misma; la definición de su identidad no debe depender ya del rol del otro, ya que su nuevo papel no ensambla con la situación de no juego. Ante esto debe abrirse a buscar fundamentos que le ayuden a encarar este nuevo acontecimiento sin angustia y sin miedo y el saberse participante de un grupo de autoayuda puede servirle para llevar a cabo el acomodo progresivo a todo lo que está viviendo. Al igual que le sucediera al ex-jugador, este tipo de grupo le va a permitir ponerse en contacto con otros "Yoes" que le van a facilitar el poder incorporar y recuperar toda una serie de significados que conlleva la asimilación de una nueva forma de vivir, tanto con su pareja como con el resto del mundo.

Esta neófita forma de entender y aplicar los modelos de intervención en el contexto familiar permite introducir un nuevo estilo de "cultura familiar" impulsada por el naciente estado relacional devenido por la desaparición de la conducta de juego y por la necesidad de que esta nueva forma de relación cobre un sentido al margen de la *no conducta de juego* impuesto en esta etapa familiar. De ahí la necesidad de que el nuevo escenario de la pareja deba cimentarse en mecanismos que impidan una nueva complementariedad patológica y así evitar volver a emular la situación vivida cuando el juego era tomado como el principal factor relacional de la dinámica familiar. La nueva construcción de esta realidad no debe de negar el juego -él sigue estando ahí- pero

éste debe de ser incorporado como un aspecto más, al igual que lo pueden ser también otros, como por ejemplo la paternidad, etc.

Lejos de introducir un océano de limitaciones entre el mundo de la ayuda profesional y el del afectado por la adición, es necesario promover la necesidad de admitir que tanto la terapia familiar aplicada por los primeros, como los grupos de autoayuda dirigidos por los segundos, son imprescindibles para poder llegar a restablecer una situación de partida tan difícil como es la ludopatía. Para Jaén y Garrido (2004) la particularidad está en saber que ambos recursos son complementarios en cuanto que, los grupos de autoayuda se inclinan por la prolongación en el tiempo de la adquisición de un nuevo rol sobre el que se identifica el sujeto, y la terapia de pareja puede ayudar a normalizar la imagen que la pareja tiene de sí misma ya que ésta permite incorporar nuevos constructos y significados que van más allá de la conducta de juego o de su ausencia. De igual modo, aunque ambas perspectivas persiguen objetivos concretos distintos, éstas están muy concectadas. Los grupos de autoayuda, al poner su acento en la abstinencia, resultan ser un instrumento muy útil en la fase de control del juego y en la resolución de los problemas directos que se derivan de él. Por su parte la terapia familiar (sistémica-constructivista) busca una regeneración global en la relación conyugal y en la imagen de uno mismo a través de la transformación narrativa de lo vivido para lo cual la ausencia de juego es imprescindible.

Pese a las posibles dificultades que algunas veces pueden darse en lo tocante a la articulación de los recursos profesionales en un contexto de una asociación de autoayuda, esto no quita para que las dos partes implicadas tengan muy claro su simbiosis. Al día de hoy, los grupos de autoayuda se han convertido en la primera puerta a la que llaman la mayoría de las personas que quieren encontrar una solución para su problemas de juego; vía principal que va a facilitar a los profesionales poner en práctica todas aquellas modalidades psicoterapéuticas de tratamiento para conseguir llegar al objetivo último que se concreta en: “lograr salir de la ludopatía”.

En consecuencia debemos de considerar que si queremos alcanzar el objetivo último propuesto, tanto la familia, como el movimiento asociativo, deben de erigirse como los dos elementos fundamentales que rijan, tanto los procesos de prevención de la ludopatía, como el de la *rehumanización* de los sujetos que se han visto tocados por las vicisitudes de esta adicción.

5.- MOVIMIENTO ASOCIATIVO Y ADICCIÓN AL JUEGO. BASES PARA EL APOYO SOCIAL Y LA AUTOAYUDA

Bajo la idea expresada, en el epígrafe anterior, consistente en abogar por una profunda articulación entre el movimiento de la ayuda mutua y los servicios

profesionales, dentro del campo de las adicciones y más concretamente en el de la adicción al juego, nace el último epígrafe de este apartado. Capítulo que es fundamental para nuestra tesis ya que, una buena parte de la investigación ha estado centrada en considerar a la familia y al asociacionismo como elementos claves en la recuperación social del adicto o adicta al juego. De igual forma ha sido importante, ya que el trabajo de campo ha tenido como único enclave, una entidad perteneciente al movimiento asociativo como es AONUJER y que hoy por hoy se manifiesta como uno de los recursos más útiles de los que pueden disponer todas aquellas personas que se vean afectadas por esta problemática[23].

Aunque el apoyo y la ayuda mutua existen, como muy bien nos recuerda Gracia (1998), desde los mismos orígenes de la organización social, no son ampliamente operativizados, hasta que no se produce un cambio en el paradigma convencional que sustentaba la forma en cómo debían de provisionarse los recursos referentes al ámbito de los servicios sociales y de la salud.

Si partimos del hecho de que la conceptualización de la ayuda mutua está cimentada sobre la idea del doble poder que tienen la personas en cuanto que son *capaces de ayudarse a sí mismas y de ayudar a otras a ayudarse a sí misma*, es fácil entender como esta forma de pensar es capaz de encajar en el complejo mundo de la intervención social. Si grandes dilaciones, la filosofía que encarna este tipo de apoyo social ha sabido hacerse un sitio, encontrado numerosas aplicaciones en el campo de lo social, siendo las *adicciones* uno de sus principales ámbitos de atención.

Para entender qué son y cómo funcionan los grupos de autoyuda, es necesario partir de una serie de consideraciones generales que tiene que ver con la aclaración de terminología relacionada con el tema del Apoyo Social y que nos permiten fundamentar el porqué de la creación de los grupos de autoayuda, entendiendo éstos cómo una estrategia fundamental de proporcionar este tipo de apoyo, en cuanto que se basan en la forma especial de *dar ayuda en grupo y con el grupo*.

A la hora de abordar el tema del apoyo social nos encontramos con que es complicado establecer una conceptuación claramente definida del propio término, ya que ésta va a estar determinada por cada una de las tres líneas que configuran el propio apoyo social: la estructural, la funcional y la contextual. De entre estas tres perspectivas de análisis, nos quedamos con la cualitativa o funcional, ya que es la que mejor representa nuestro enfoque de estudio. Esta dimensión se basa en el análisis de las funciones que cumplen las relaciones sociales. Desde este posicionamiento, Caplan

[23] En principio este movimiento de apoyo social surge al amparo de trabajar con familias afectadas por el juego patológico, pero la nueva realidad social manda. La aparición e incremento de nuevas tipologías de adicción social, ha hecho que este tipo de organizaciones tengan que diversificar el perfil de los usuarios que atienden (compras compulsivas, adicción al teléfono móvil, a Internet, etc.).

(1976), define el apoyo como una guía y feedback que proporcionan otras personas y que permite al sujeto manejar emocionalmente un hecho estresante.

De forma general, existe un consenso entre los investigadores de este campo, en considerar que son tres las funciones que, este tipo de ayuda, debe de procurar. Concretamente:

- Función de apoyo emocional. Mediante esta función las personas tienden a compartir experiencias, procurando la aceptación de los demás.

- Función de apoyo instrumental o material. Esta función lleva implícito el intercambio de ayuda que sirve para resolver problemas prácticos y cotidianos. En los grupos de autoayuda, este tipo de apoyo, suele darse en las fases avanzadas del grupo.

- Función de apoyo informacional. A través del proceso grupal los sujetos reciben información, guía y orientación.

Como vemos el apoyo social viene a reflejar toda una amalgama de posibilidades que, independientemente a la estrategia que se utilice, puede convertirse en un gran sistema de refuerzo para todas aquellas personas que sientan una necesidad de ayuda; y es en este contexto donde los grupos de autoayuda, como red de apoyo informal, surgen como un sistema de ayuda natural organizada.

Los grupos de autoayuda deben ser contemplados como una estrategia de intervención social centrada en el apoyo social que surge como alternativa al sistema tradicional. Un sistema cuya responsabilidad queda centralizada en torno a la figura del profesional. Independiente de su campo de aplicación práctica (enfermedad mental, adicciones, problemáticas sociales, etc.), la finalidad de este tipo de grupos queda circunscrita a la consolidación, la ampliación y la complementación de la red social que toda persona tiene cuando se ve sometida a momentos de dificultad, no siendo adecuado el apoyo recibido por los sistemas formales de ayuda (salud, servicios sociales) o por carecer de él.

Sabemos que la génesis de estos grupos camina pareja a un problema y a las relaciones asimétricas que se establecen entre los afectados por el problema y los profesionales de la salud en el proceso terapéutico formal. Generalmente, la entidad de este tipo de grupos se debe, según apunta Rivera (2005: 3), a que son considerados como una solución sincrética compuesta por una amalgama de elementos tan dispares como:

- Pretender reconstruir funciones que la dispersión de las relaciones de parentesco y la fragmentación social han dejado sin estructuras de soporte.

- Los grupos de autoayuda suelen vincularse a organizaciones cuyos rasgos suelen ser los propios de los movimientos asociativos típicos de las sociedades industrializadas avanzadas tales como: la incorporación de conocimientos técnicos especializados, la voluntad de presión sobre el entorno social y las administraciones públicas.

- Estos grupos destacan por intentar hacer factible el principio de la *reciprocidad horizontal*, requisito ineludible a la hora de hablar de *ayuda mutua*, de ahí que intenten conformarse como organizaciones igualitarias.

- Aunque no siempre, los grupos de autoayuda suelen ir unidos a situaciones relacionadas con los campos clásicos de la marginación y la exclusión social, como son el mundo de las adicciones.

De manera general un grupo de autoayuda viene a definirse como un *grupo pequeño y voluntario estructurado para la ayuda mutua y la consecución de un propósito específico* (Doménech, 1998). Están integrados por iguales que se reúnen bajo el visor de prestarse ayuda, bien para la satisfacción de una necesidad común, bien para superar un problema, y conseguir una serie de cambios deseados. De ahí que este tipo de grupos tiendan a poner el énfasis en la responsabilidad personal de cada uno de sus miembros, enfatizando la interacción social cara a cara, y proporcionando tanto ayuda material como emocional.

A parte de lo anteriormente subrayado, este tipo de grupos, como bien señala Gracia (1997) suelen caracterizase principalmente por:

- Tienden a mostrarse como una gran plataforma capaz, no sólo de intercambiar un mismo problema y similares sentimientos hacia él, sino que también refuerzan la valía personal, en cuanto que dejan de verse como personas *raras* o *anormales*.

- Suelen proporcionar información muy valiosa a la hora de ayudar a los afectados a enfrentarse con su problema. Bien sea directa (entre los propios afectados) o indirectamente (indicándoles dónde pueden recibir ayuda), este tipo de información les resulta muy útil o ventajosa, sobre todo para los nuevos miembros, dado que al obtener información de otros miembros, que van superado las etapas del proceso, no sólo les ayuda a visualizar el suyo propio, sino también a adquirir la convicción de que sí es posible salir del problema que tienen.

- Ayudan a reforzar la reestructuración cognitiva, dado que éste les ofrece la posibilidad, de enfocarlo desde perspectivas diferentes de análisis, a la vez que pueden incorporar fórmulas de afrontamiento más eficaces, consiguiendo de este modo, ampliar su mermada valía personal.

- Sin pretenderlo este tipo de grupos tiende a cumplir funciones de socialización, ya que la mayoría de las personas que terminan formando parte de estos grupos, adolecen de serios problemas de aislamiento social.

- Formar parte de este tipo de grupo lleva implícito un mínimo nivel de participación, de ahí que la implicación personal en las acciones colectivas del grupo, sea condición imprescindible para avanzar de forma positiva en su proceso de tratamiento o rehabilitación.

- De todo lo anterior se puede entresacar una última característica y que tiene que ver con el hecho de que este grupo ayuda a sus miembros a incrementar los sentimientos de control sobre su propia vida y a desarrollar los niveles de confianza y autoestima tan importantes para reforzar la imagen que ellos tienen de sí mismos y que en este caso les ayudará a solucionar sus problemas de adicción.

De todo esto podemos concluir diciendo que los grupos de autoayuda se posicionan como un recurso, prácticamente imprescindible, para solucionar problemas relacionados con el tema que aquí nos ocupa -las adicciones- dadas sus ventajas y los buenos resultados que éstos están teniendo desde que fueron implementados en todas las áreas de la intervención social, incluida la de las adicciones. A parte de su valoración como recurso que intenta dar solución a un problema, no podemos pasar por alto otra de las grandezas que aporta y que está relaciona con la capacidad de *empoderamiento* que éstos tienen al lograr que sean los propios usuarios quienes de forma directa participen, no sólo en su propio proceso de cambio, sino que también sean capaces de ayudar a otros a conseguirlo.

De igual modo debemos resaltar la encomiable labor que desarrollan dentro del ámbito de la solidaridad, dado que una gran parte de sus ex-miembros (cómo bien veremos en la parte relativa a los resultados obtenidos en nuestro proceso de investigación) tienen la posibilidad de convertirse en voluntarios sociales dando apoyo a personas que se encuentran en la misma situación que ellos, ya que gracias a su esfuerzo y a la ayuda de otros, con la que ellos también contaron, hoy han sido capaces de dejar atrás su problema.

5.1.- LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA Y SU POSICIÓN EN LOS PROCESOS DE AYUDA EN SITUACIONES DE ADICCIÓN AL JUEGO.

Aunque los Grupos de Ayuda Mutua en España tienen poca tradición, dado que es un modelo importado de otros países (tienen su origen en Estados Unidos), desde que hicieron su aparición no han dejado de crecer copando prácticamente la totalidad de las áreas que tiene que ver con el ámbito de lo social. Concretamente, en nuestro país, el desarrollo y la potenciación de este tipo de grupos nace a la luz de los profesionales sanitarios, que siendo críticos con los modelos formales de atención existentes fueron capaces de ver esta opción como una alternativa a los sistema tradicionales del bienestar (Rivera, 2005).

Sin querer, hablar de grupos de autoayuda implica tener que referenciar de manera casi automática el vasto mundo de las adicciones. Como tal, los grupos de autoayuda organizados surgen a partir de la publicación en 1939 del libro de Alcohólicos Anónimos en Estados Unidos. El valor de esta obra debemos situarla en dos aspectos importantes: Por un lado su *filosofía* que está centrada en determinar que quien mejor puede ayudar a una persona a dejar una adicción (en este caso el alcohol) es otra que haya pasado por el mismo problema o experiencia; y por otro su *metodología* basada en un programa compuesto por 12 pasos a seguir en grupo para poder rehabilitarse. Bajo estos dos principios básicos y teniendo en cuenta las peculiaridades del problema en sí, surgen un sinfín de grupos entre ellos el de Jugadores Anónimos. En España, y de la mano de los familiares, este tipo de grupos se hacen perceptibles a partir del año 1987. Con ellos se intenta tomar conciencian, no sólo, de cómo pueden ayudar al jugador, sino también de cómo pueden ayudarse a sí mismos, ya que la *enfermedad del juego* les afecta a los dos y ambos tiene que recibir ayuda.

Al igual que ha sucedido y sucede con otro tipo de adicciones, como apunta Rivera (2005), el asociacionismo que arropa el movimiento de lucha contra la adicción al juego tiende a situarse en la periferia del sistema socio-sanitario. Entre las causas que determinan esta situación, este mismo autor, alude a la naturaleza con la que se ha contemplado el problema. Como bien hemos podido ver a lo largo de los capítulos centrados en el análisis de la adicción al juego (capítulos 4 y 5) la no consideración de este problema como una verdadera enfermedad adictiva ha determinado su inadecuada forma de encarar todo lo que tiene que ver con sus procesos de intervención. De hecho, el reconocimiento institucional de este problema, no se ha hecho evidente o ha sido real, hasta que las medidas relativas a la lucha y prevención de las drogodependencias han tenido en cuenta o han contemplado el tema de las adicciones en su más amplia concepción (adicciones sociales).

Si bien, el problema de la adición al juego empieza a tratarse siguiendo el procedimiento del médico de familia facilitando su derivación, o bien hacia el

tratamiento ambulatorio que ofrecen los Centros Provinciales de Drogodependencia, o hacia el Servicio de Psiquiatría y/o Unidades de Juego ubicadas en algunos hospitales, la falta de resultados óptimos hace que las familias y los afectados se planteen buscar otras alternativas de solución a su problema. Es en este proceso de indagación donde hacen su incursión los grupos de autoayuda que, de la mano del movimiento asociativo de lucha contra este problema, se formulan como un nuevo recurso a tener en cuenta, y que con el tiempo y con ayuda de diversos profesionales, han terminado por convertirse en mejor recurso posible o en el recurso más óptimo.

Aunque en sus inicios, la relación que entre el ámbito profesional y el de las asociaciones de ludópatas venía a ser muy exigua, ya que la visión que imperaba entre ellos era más de rivalidad que de complementariedad, con el tiempo esto ha ido cambiando, ya que si analizamos los modelos o procesos de intervención que llevan a cabo este tipo de asociaciones, la mayoría cuenta con programas de ayuda dirigidos por profesionales (psicólogos y trabajadores sociales). Por ello es importante apelar a la unión de ambas fórmulas, ya que, aunque queda probada la buena posición o la importancia que tienen los grupos de autoayuda dentro del proceso de ayuda, dado que éstos tienden a establecer una serie de pautas adecuadas para poder vencer la adicción, la experiencia demuestra que por sí sola ésta es insuficiente, de ahí que cada vez estén más convencidos de la necesidad de contar con el apoyo y el asesoramiento del ámbito profesionales, puesto que los resultados tienden a ser bastante mucho más efectivos.

Tanto el nuevo estatus dado al problema del juego, como sus formas de afrontarlo, han logrado sacar a la luz un problema oculto bajo el estigma de la vergüenza social consiguiendo que éste pase a ser un problema más al que hay que hacer frente. En gran parte, todo esto debemos achacárselo a la gran labor realizada por las personas que forman parte del engranaje asociativo y que han sabido marcar la diferencia a la hora de tener claro que algo había que hacer para salir del problema y que era necesario, no sólo contar con la ayuda que otorga la experiencia de haber vivido y compartido un problema similar, sino también con el respaldo o la ayuda de profesionales que les ayuden a solucionar aquellas partes del problema que ellos no pueden dada su nula capacitación técnica.

Hemos podido apreciar que la posición que ocupan los grupos de autoayuda en los procesos de atención contra la ludopatía es muy importante, dada la gran afluencia de asociaciones que, en los últimos años se han originando. Si ojeamos el mapa relativo a este tipo de asociacionismo veremos que son pocas las provincias españolas en las que no se haya creado una asociación que luche por la rehabilitación de un jugador o jugadora patológica. Con el fin primordial de unificar criterios y acciones entre todas las asociaciones existentes en aras de conseguir una mejor defensa de los intereses de los afectados por la adición al juego surge en el año 1991 la Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR). Aunque, todas las asociaciones que aglutinan esta Federación buscan el mismo fin -rehabilitación del ludópata- no sucede

lo mismo a la hora de aplicar la forma de cómo llegar a conseguirlo, ya que está va a estar supeditada a la forma en cómo cada una es capaz de conceptualizar el problema (la adicción como enfermedad o no). Con una fórmula común a todas ellas que es el *sistema de autoayuda y ayuda mutua* que les otorga su razón de ser, todas ellas tienden a compatibilizarlo con la ayuda terapéutica de distintos profesionales (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, abogados, etc.). De igual forma son conscientes de la necesidad de hacer suya la palabra prevención (haciendo especial hincapié en el sector de los jóvenes), ya que la apuesta por esta forma de intervención, tiende a conseguir unos buenos resultados al lograr disminuir el número de jugadores adictos.

En Andalucía podemos fechar los primeros pasos del movimiento asociativo en 1988, con el nacimiento de la Asociación Cordobesa de Jugadores en Rehabilitación (ACOGER). Poco después, en el año 1989, se crean la Asociación Sevillana de Jugadores en Rehabilitación (ASEJER) y la Asociación Malagueña de Jugadores de Azar en Rehabilitación (AMALAJER). Marcadas por la práctica inexistencia de la intervención institucional en materia de juego patológico (La cordobesa es la primera asociación de esta naturaleza que se crea en España), inician su andadura estas asociaciones. Sin apenas referentes relativos al problema que tenían entre manos, pero guiados por el modelo y la andadura que tenían las asociaciones de alcohólicos rehabilitados (principalmente ASAJER), empiezan su trabajo teniendo como base los siguientes referentes: la idea de la ludopatía como enfermedad, la necesidad de atender los problemas familiares y sociales que se derivan del problema de juego, la inserción del grupo de ayuda mutua en un abordaje psicoterapéutico más amplio, convertir al afectado en el verdadero protagonista de su rehabilitación y generar espacios renovados de sociabilidad.

La Federación Andaluza de Jugadores en Rehabilitación (FAJER) surge en 1990 de la mano de las tres asociaciones existentes en esa fecha: ACOGER (Córdoba), ASEJER (Sevilla) y AMALAJER (Málaga). Aunque el número de asociaciones creadas en Andalucía es más amplio, FAJER sólo representa la unión de diez asociaciones andaluzas de Autoayuda y Ayuda Mutua para el jugador y sus familiares. Concretamente la componen: ACOGER (Córdoba), AGRAJER (Granada), ALUJER (Jaén), ALSUBJER (Lucena-Córdoba), AMALAJER (Málaga), AONUJER (Huelva), APLIJER (Linares-Jaén), ASEJER (Sevilla), INDALAJER (Almería) y JARCA (Algeciras-Cádiz). La Federación nace al amparo de tres fines fundamentales: 1.- tratar de defender los derechos de las personas que tenían problemas de adicciones no tóxicas, 2.- sensibilizar a la sociedad con su situación, y 3.- prestar la ayuda necesaria a las asociaciones en su labor diaria de prevención y atención de las adicciones no tóxicas. A fin de que las personas afectadas y sus familiares puedan recibir el tratamiento adecuado. Para ello, se marca como principales objetivos:

- Aunar los esfuerzos de las diferentes asociaciones con el fin conseguir que sus resultados sean más igualitarios, duraderos y eficaces.

- Concienciar a la población andaluza de que la adicción al juego es una *enfermedad* y no un *vicio,* como una gran mayoría pensaba en ese momento.

- Dotar de medios, de forma equitativa, a sus asociaciones para que posean la infraestructura necesaria, con el fin de poder llevar a cabo su labor terapéutica en las mejores condiciones.

- Solicitar a las Administraciones Públicas las ayudas necesarias para obtener los recursos económicos adecuados para satisfacer las distintas necesidades, tanto de los profesionales que llevan a cabo su labor terapéutica, como de todas aquellas que tienen que ver con el mantenimiento y equipamiento de sus instalaciones.

- Suscitar o promover la labor investigadora que ayude al buen desarrollo del quehacer profesional. Para ello, crea un Cuerpo Consultivo, donde diferentes profesionales puedan adquirir los conocimientos necesarios para realizar su labor en las asociaciones que dependan de la Federación.

- Elaborar un programa conjunto de reinserción a fin de lograr que todos sus esfuerzos tengan una salida socio-laboral y familiar acorde con sus necesidades psicológicas ayudando, si así fuera necesario, con recursos económicos a quien lo precise para conseguir su total reinserción.

Centrándonos en Huelva, podemos decir que actualmente existen dos asociaciones que se dedican al tratamiento de las adicciones sociales, principalmente de la ludopatía o adicción al juego. La primera asociación - AONUJER-se crea en junio de 1991 de la mano de dos familias que estaban recibiendo tratamiento en la asociación sevillana ASEJER. Su origen está estrechamente vinculado a las grandes dificultades que este hecho les comportaba, tanto a nivel económico (un gran gasto dada su minada economía), como a nivel de desplazamiento (disponibilidad de transporte) y de tiempo (posibilidad de compatibilizar los horarios marcados por la terapia con los familiares y laborales). Bajo el nominativo de -Asociación Onubense de Jugadores de Azar en Rehabilitación (AONUJER)- y con un carácter eminentemente social y sin ánimo de lucro, empieza su andadura. Su modelo de intervención[24] está basado en la complementación o combinación de las dos formas anteriormente descritas: el tratamiento a través de *terapias de autoayuda* y *ayuda mutua*, tanto para jugadores como para familiares, monitorizados por el grupo de voluntarios pertenecientes a la asociación (ex-jugadores/as y familiares) y la *psicoterapia*, tanto individual como grupal, a cargo de los profesionales. A esto hay que sumarle toda la labor de prevención, que a través de campañas de sensibilización y charlas coloquio, tienen como principal objetivo hacer visible un problema, prácticamente velado por la permisividad -que a nivel social- tiende a concederse a este tipo de acciones.

[24] Modelo que aplican todas las asociaciones adscritas a la Federación Andaluza de Jugadores en Rehabilitación (FAJER), así como la mayoría de las asociaciones de ámbito nacional que trabajan esta problemática.

Es imprescindible destacar el papel que cumplen el *voluntariado* dentro de todo este entramado organizacional. Generalmente, los voluntarios suelen constituirse como el *alma mater* de la asociación. Además de formar parte de la Junta Rectora, son los encargados de moderar los grupos terapéuticos de *inicio* y de *rehabilitación*, a excepción del grupo de *terapia de rehabilitación conjunta* que es dirigido por el profesional (psicóloga) aunque en él también participan los dos monitores (el de jugadores y el de familiares). *El nivel de inicio*, tanto para afectados como para familiares, está basado en un modelo de terapia de carácter testimonial, con la que se pretende conseguir que el adicto/a tome conciencia de su problema, que vea que se siente acompañado por personas que tiene el mismo problema y que es posible vencer a la adicción; mientras que con los familiares se trabaja el tema de concienciación a dos niveles: el referente a la naturaleza del problema, dejándoles claro que la adición al juego es una enfermedad y no un vicio, y el hacerles ver que, al igual que su familiar adicto, ellos también necesitan ponerse en tratamiento, ya que sin pretenderlo van a convertirse en un elemento más del proceso de deterioro por el que pasa todo o toda adicta al juego.

Al igual que el anterior, *el nivel de rehabilitación* viene determinado por la terapia de la autoayuda y la ayuda mutua de carácter testimonial, convirtiéndose en una continuación del tratamiento recibido en los grupos de inicio. Con él se pretende, profundizar tanto, en la recuperación del jugador y del familiar, como en la superación definitiva de la dependencia, para lo cual es necesario llevar a cabo un proceso de intervención en las áreas personales, familiares y sociales, que puedan haberse deteriorado. Como ejemplos de objetivos a trabajar en esta fase estarían: la mejora en la convivencia familiar y en la competencia social; llegar a identificar claramente actividades y situaciones de riego; eliminar conductas familiares que sean excusas para jugar; y que ambos intenten aprender a afrontar y adaptarse a los continuos cambios que su estado anímico puede sufrir mientras dura su proceso de rehabilitación.

De forma conjunta y teniendo como referencia los objetivos trabajados por separado en cada uno de los grupos de rehabilitación, se organiza la terapia de rehabilitación que aunará en un mismo grupo a adictos y a familiares. Su finalidad está centrada en trabajar, de una forma más minuciosa, todos aquellos aspectos que están relacionados, tanto con el tema de los déficit encontrados en el campo de las habilidades sociales, como con el que tiene que ver con el hecho de cómo deben de afrontar los posible problemas y/o conflictos que puedan ir apareciendo en al ámbito familiar y social.

Por último, anotar que la Psicoterapia corre a cargo de un profesional de la psicología y tiene como principios fundamentales que, tanto el familiar como el enfermo restablezcan los lazos emocionales rotos a causa de su adicción al juego, así como la recuperación de su vida social. En esta fase del tratamiento se intervienen en las parcelas ya tratadas en el Grupo de Rehabilitación, incidiendo en las áreas personales de forma totalmente individual. Entre los objetivos a alcanzar en esta etapa

estarían: conseguir mejorar las relaciones interpersonales, promover el auto-conocimiento personal, aprender a expresar sentimientos y a tener empatía con los sentimientos ajenos, saber cómo afrontar y resolver problemas, mejorar el nivel de autoestima, y conseguir instaurar nuevas conductas de ocio como alternativa al juego.

Discrepancias en la forma en cómo debería de ser encauzado y tratado el tema de la adicción al juego, lleva a que algunos de los integrantes de esta asociación (AONUJER) en el año 1998 decidan marcharse y formar una nueva. Bajo la naturaleza de asociación sin ánimo de lucro surge en mayo de 1999 la *Asociación para la Prevención y Rehabilitación de los Jugadores de Azar* (APREJA). Entidad que desde 2005 y hasta el día de hoy permanece inscrita, en la Federación Española de de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR). Bajo la misma insignia de la Autoayuda y la Ayuda Mutua se intenta planificar todo el programa de rehabilitación. Concretamente, las terapias se organizan a tres niveles: el de *inicio*, formando parte de lo que ellos denominan el "grupo de inicio", el familiar a través del grupo de familia, y el de *maduración* que se llegaría una vez el usuario esté completamente rehabilitado y deseen seguir participando y colaborando en la asociación. Entre otras funciones, este grupo tienen como labor formar a los futuros monitores encargados de conducir o dirigir los grupos de inicio.

Con respecto al papel que tiene la ayuda profesional dentro de esta organización diremos que ésta se lleva a cabo de forma individualizada. Confirmada la decisión de querer rehabilitarse, el usuario pasa a manos del trabajador social que será el encargado de recoger (entrevista) toda la información necesaria (incluida la familiar) y dónde el usuario tendrá que dejar firmado su compromiso de participación en el proceso de rehabilitación. Valorada la información recogida en esa primera entrevista, el trabajador social tendrá que decidir si el usuario tiene necesidad de recibir ayuda psicológica o no. Si el diagnóstico es positivo, el usuario será derivado al psicólogo, empezando así la terapia psicológica. Iniciado el proceso, y tras varias semanas de tratamiento, se llevará a cabo una entrevista de seguimiento por parte del trabajador social o el psicólogo, para valorar cómo trascurre todo el proceso de rehabilitación; seguimiento que volverá a realizarse pasados los tres meses de tratamiento.

Para terminar anotar que, aunque actualmente ambas siguen ofreciendo tratamiento para Huelva y su provincia, desde 2009 -AONUJER- desempeña su labor bajo la titularidad de Centro de Tratamiento Ambulatorio exclusivo de Juego Patológico, tras recibir en diciembre de ese mismo año la acreditación de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social por un período de cuatro años[25]. Por su parte -APREJA- está a la espera de obtener dicha acreditación.

[25] Véase: Resolución del 16 de Abril de 2009 de la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

BLOQUE III

Las Ciencias Sociales como Referente General Básico desde el que situar el Análisis de las Adicciones Sociales como Fenómeno Social

CAPÍTULO VII

Las Adicciones Sociales. Una Aproximación desde la Sociología. Marcos Conceptuales desde dónde poder llevar a cabo el Análisis y la Comprensión de este Fenómeno

1.- POR UNA SOCIOLOGÍA DE LAS ADICCIONES SOCIALES

El arribo de la llamada Posmodernidad ha traído consigo una amalgama de cambios socioculturales que nos ayudan a entender la génesis y el desarrollo de nuevas formas de patología o problemáticas sociales, entre ellas las extrañas y casi inexploradas formas de adicción que responden al nombre de *adicciones sociales*. Aunque lozanas en el tiempo y cambiantes en las formas, nos damos cuenta que no lo son tanto cuando ahondando en ellas descubrimos que sus razonamientos e inferencias (*el cómo* y *los porqués),* siguen atadas a viejas rémoras o pretéritas disyuntivas.

Sin muchas dilaciones cabe preguntarnos ¿Qué sabemos de las adicciones sociales desde una perspectiva sociológica? Se hace necesario partir de la idea de que el fenómeno de las adicciones sociales no es un hecho aislado, sino todo lo contrario. Es una expresión social muy bien interrelacionada con el resto de los hechos sociales. Todo lo que tiene que ver con ellas (causas, riesgos, consecuencias) tiene un trasfondo colectivo y/o social. Cañas Fernández (2004: 295) nos las presenta como una *forma más, entre otras, de las diversas patologías sociales que existen, síntomas de un malestar social más profundo*. Sabemos que la sociedad a través de su entramado y funcionamiento organizacional ejerce una gran influencia sobre la forma de pensar y el comportamiento de los sujetos que la conforman. Por ello, se hace necesario analizar, no sólo la génesis socio-cultural de las adicciones, sino que también nos interesa conocer cuáles son las implicaciones que, al final terminan por abatir o alienar el desarrollo y el bienestar de la sociedad en la que están inmersas.

Aún a poco interés que tuviéramos, si nos dejáramos llevar, un instante, por la inquietud de querer conocer esta temática bajo el prisma sociológico, lo primero que afloraría sería la exigüidad teórica que, al día de hoy, hay sobre ella. Aunque se reconoce la dimensión social que albergan las adicciones[1], la realidad nos conduce a admitir que éstas sólo terminan viéndose testificadas o significadas bajo la óptica de la Psicología Clínica o la Psiquiatría Social.

No obstante, el tiempo y los cambios sociales, han jugado a favor de la perspectiva sociológica. En su avance por conocer el fenómeno de las adicciones comportamentales, tanto la Psicología como la Psiquiatría, se han dado cuenta que es necesario ampliar el *campo de mira* hacia otros ámbitos de observación, en concreto hacia la Sociología[2]. No basta con comprender los mecanismos neurofisiológicos

[1] Giddens (1997), por ejemplo, así lo atestigua cuando establece que más que un fenómeno fisiológico (que no lo es, según él) la adicción es fundamentalmente un fenómeno social y psicológico.

[2] Creemos que una de las pistas que puede estar detrás del cambio operado en este tema tiene que ver con el hecho de que, de forma indistinta, se utiliza para nombrarlas tanto la nomenclatura de "adiciones comportamentales" como la de "adicciones sociales".

cerebrales que sustentan los síntomas, ni la comprensión psicodinámica que da cuenta de la complejidad mental de ser humano. Dar una explicación a los cambios que se producen en la perspectiva clínica implica establecer una relación con el contexto. Analizarlo, conocerlo y a partir de ahí poder establecer lo que Ferrer i Balsebre (2008) ha denominado como la *Ecología del enfermar*.

Aceptar la idea de transversalidad, es decir, considerar el fenómeno de las adicciones, no sólo como un hecho biológico sino también como una construcción social, no debe de llevarnos a la aceptación de visiones fragmentadas que lleven aparejadas lecturas parciales dependiendo de la perspectiva desde dónde uno se sitúe (psicológicas, biomédicas, sociales o culturales). Por ello, más que una visión social reduccionista, basada en dar una explicación del fenómeno desde mecanismos exclusivamente sociales (que también), la Sociología tendría que interesarse más en centrar esta temática desde el análisis sociológico. En concreto, debería focalizar sus esfuerzos en intentar ensamblar los disímiles fragmentos de explicación presentes, facilitando de este modo, una interpretación mucho más completa y holística. Tarea que, como muy bien explica Comas Arnau (1994), tendría que estar centrada, no sólo en garantizar la multidimensionalidad, sino también, en contemplar lo social como realidad y no como proyección, donde permanezca la visión del sujeto como un elemento fundamental.

Aún siendo consciente de la parca investigación empírica que hay sobre este tema, no nos queda más cavilación que indagar sobre los dables motivos que pueden justificar, en cierto modo, la falta de una teoría sociológica específica sobre esta temática. Entre las razones encontramos la idea que intenta justificar que tal carencia proviene de la *falta de especificidad del propio fenómeno*, al considerar las adicciones como un mero *síntoma* de otros fenómenos sociales que únicamente tienen identidad por el poder destructor de su disociabilidad (Comas Arnau, 1994) ¿Qué implicaciones tiene esta aseveración? Aceptar esta afirmación nos obligaría a admitir irreflexiones tales como que no cabría estudiar, por ejemplo la pobreza, porque también sería un síntoma de los diferentes sistemas de estratificación o desigualdad social, por lo que nunca podríamos estar de acuerdo con este planteamiento.

Por su parte, Comas Arnau (1994) vincula las razones de la inexistencia de un referente teórico a las dificultades con las que tiene que bregar. Para este autor, uno de los grandes problemas, reside en la permanente presión institucional para reconvertir la investigación sociológica en una mera recopilación epidemiológica de datos sobre el número de personas que tienen el problema y sus características demográficas. Somos conscientes del interés que despiertan las cifras o las estadísticas cuando se trata de cuantificar un problema de semejante dimensionalidad pero, no basta con esto. Eso sólo refleja una parte del fenómeno, el campo de las adicciones sociales es mucho más rico y complejo que eso.

Como segunda limitación (creemos que la de más peso) este autor nos sitúa la cuestión en la tradicional adscripción, que de este tema se hace, al campo de las *teorías de la conducta desviada*. Aunque es cierto que múltiples investigaciones sobre *conducta desviada* tiene que ver con este fenómeno (sobre todo con la tipología de las adicciones que tienen que ver con la ingesta de sustancias o drogas), éstas no representan una incursión teórica en el tema de las adicciones. El proceso por el que se llega a ser, por ejemplo, consumidor de droga, ludópata o sexoadicto, es una cosa y el análisis sociológico de las adicciones es otro.

Además, también hay que tener en cuenta que en el mundo de las adicciones no todas tienen la misma identidad o estatus jurídico. El atributivo de *legal* o *ilegal* podría delimitar el ámbito teórico recurrente dentro de la amplia teoría de la *desviación social*, quedando una gran parte de ellas, en principio, fuera de su alcance analítico. Este sería el caso de las consideradas como *legales*, dado que éstas más que representar lo contracultural, tienden a ser consideradas como la expresión de los patrones culturales propios de la sociedad actual, de ahí que se las denomine como las adiciones del *lujo*, la *opulencia* y el *sistema*. No obstante, tampoco podemos perder de vista el hecho de que es fácil encontrase con situaciones donde se combinan ambos tipos de adicciones, como puede ser el caso de la adicción al sexo con la estupromanía. Esta anotación nos llevaría a deducir que sólo sería factible o válida la aplicación del modelo teórico de la desviación social a los comportamientos adictivos tildados de ilegales y los de combinación mixta.

Aunque, si es posible llevar a cabo la representación teórica de las adiciones sociales dentro de algunas de las perspectivas, hoy presentes, en la Sociología deberíamos de tener en cuenta dos factores fundamentales a la hora de establecer esta adscripción: dónde situar el origen y cómo sistematizar sus consecuencias. Si tomamos como referencia el primer elemento, nos veríamos casi obligados a tomar como punto de partida el enfoque teórico que ubica la génesis de las adicciones sociales desde el análisis social del consumo y de las transformaciones sociales. En cambio, si la remisión es el segundo elemento, la opción iría encaminada hacia el análisis de las teorías sociales de la desviación social y del conflicto social. Aclarar, que aunque vamos a seccionar el análisis bajo el marco de estos dos elementos, según vayamos adentrándonos en él, nos daremos cuenta como ambas perspectivas terminan por unirse y formar parte de un razonamiento holístico necesario para la comprensión de este fenómeno social.

2.- APROXIMACIÓN A LOS ENUNCIADOS SOCIALES DE LA DESVIACIÓN SOCIAL COMO MARCO EXPLICATIVO DE LAS ADICCIONES SOCIALES

Como bien hemos determinado, el fenómeno de las adicciones sociales no ha sido abordado de forma específica por la teoría sociológica, aunque si es posible aventurar un marco sociológico vinculado a la tradicional visión de la desviación social.

No obstante, habría que introducir algunos matices necesarios en este perspectiva, que van a permitir favorecer, no sólo la comprensión del fenómeno, sino también la canalización de gran parte de las paradojas que nuestro sistema social se esfuerza por ocultar o disfrazar. Si contemplamos la desviación social, o más concretamente la conducta desviada, como aquel comportamiento que no sigue o va en contra de las normas sociales, podemos encontrarnos con uno de los problemas que, a nuestro entender, surge cuando intentamos aplicar esta definición al extenso campo de las adicciones sociales.

"Salirse del camino" marcado a nivel sociocultural no sería el caso de las adiciones sociales que están más directamente vinculadas a la sociedad del exceso o la sobreabundancia, porque como ya hemos comentado éstas, más que representar lo contracultural, encarnan o personifican los valores socioculturales privativos de la sociedad actual. La adición a la comida, a las compras, al trabajo o a las nuevas tecnologías, podrían convertirse en los ejemplos más ilustrativos. En principio, nada puede hacernos pensar que este tipo de conductas puedan ser consideradas como anómalas o fuera de la norma, sino todo lo contrario. Constantemente se nos pone en aviso de que si queremos formar parte del entramado social, debemos de prestar atención a sus requerimientos, de ahí la reticencia a considerar estas conductas como comportamientos peligrosos capaces de desembocar en una adicción.

Por tanto ¿dónde está el problema? En este caso la intencionalidad no debe de ser contemplada como una opción personal pensada, sino más bien como un dejarse llevar hasta el límite. El sujeto es incapaz de hacer una reflexión madura teniendo en cuenta las continuas contradicciones sociales en las que se ve envuelto actualmente. A la misma vez que la sociedad acosa u hostiga para que sus exigencias sean cumplidas, penaliza por no ser capaz de encontrar el equilibrio en la práctica de la conducta. Te exige que consumas, que trabajes, que participes del mundo virtual, pero también te reclama cordura en la forma en como debes de llevar a cabo o implementar la acción, puesto que no debemos olvidar que los hombres se hallan sujetos a la influencia de un sistema social ordenado y armónico (equilibrio social).

Otro de los matices que habría que tener en cuenta en la aplicación del concepto al fenómeno de las adicciones sociales, sería el hecho de que éste siempre va precedido de una connotación negativa. Si tenemos presente lo descrito, vemos que esta vinculación no es válida, pues a priori, se opera siempre con la naturaleza positiva que a estas conductas se le otorgan socialmente. No obstante, tampoco podemos perder de vista que la aplicación de la desviación social es relativa, dado que ésta opera bajo una serie de factores que la pueden hacer variar en función del tiempo, el lugar o el tipo de entramado sociocultural. De hecho, si volvemos en nuestros pasos, podemos confirmar que cuando se empezó a hablar seriamente, o con conocimiento de causa, del tema de las adicciones sociales casi nadie era consciente de lo que este tema podría dar de sí, sino todo lo contrario, en principio se intentó acallar las voces o no dar valor a los que lo pusieron de manifiesto, criticándoles su afán por querer

patologizar cualquier tipo de comportamiento humano, tildando su actitud de moralistas[3]. Sin embargo el tiempo les ha dado la razón. Cada vez son más las víctimas (afectados y familia) y los estudiosos del tema que ponen de manifiesto, no sólo su existencia, sino la dureza del fenómeno. Dureza que viene agravada tanto por la consideración social, que al día de hoy, aún se tiene de este fenómeno, como por las resistencias a que esto cambie y que se ven reflejadas en la forma en como se está intentando abordar y atajar la problemática derivada de su existencia.

Como vemos, estas apreciaciones vienen a confirmar la idea ya adelantada, de que sólo podría tener sentido la aplicación de este marco teórico a la clasificación de las adicciones sociales adjetivadas de ilegales y las de combinación mixta, pues como ya hemos visto (capítulos anteriores), el tema de la comorbilidad está muy presente en el mundo de las adicciones, permitiéndonos introducir elementos nuevos de análisis.

Pese a esto, no dejamos de ser conscientes y mucho menos infravaloramos la perspectiva general que nos otorga este modelo teórico, sobre todo cuando se trata de dar una visión sociológica global del fenómeno de las adicciones sociales. De ahí que veamos, no sólo la necesidad, sino también la idoneidad de establecer a lo largo de este epígrafe, una serie de delineaciones teóricas que nos permitan aprehender y distinguir las distintas aristas que perfilan esta problemática social. Para ello, seguiremos el esquema teórico argüido por Barroso Benítez (2003)[4], que tendrá como base de demarcación clasificatoria, los siguientes modelos globales: El Consensualista (estructural-funcionalista), el Pluralista (interaccionista simbólica), y el Conflictivista (visión del conflicto).

2.1.- MODELO CONSENSUALISTA. VISIÓN ESTRUCTURAL- POSITIVISTA DE LA DESVIACIÓN SOCIAL

2.1.1- Perspectiva Clásica de la Teoría de la Anomia de Emile Durkheim

A poco que profundicemos en este tema, nos daremos cuenta que el enfoque que cuenta con una mayor consolidación sociológica es la *perspectiva durkheniana de la desviación social*. A Durkheim se le ha atribuido el establecimiento del marco teórico, sobre todo gracias al acuñamiento del concepto de *anomia*. Bajo esta expresión se describen situaciones, tanto de inexistencia de normas, como de vacío normativo, o de conflicto normativo. De hecho el concepto de *anomia* va más allá de lo enteramente individual -situación de dificultad que encuentra un individuo para ajustar sus expectativas en relación a los estándares sociales establecidos-, sino que

[3] Idea muy asentada en Francia.

[4] La elección puede ser argumentada bajo la base de la exhaustividad con la que esta autora desgrana los distintos modelos teóricos que ayudan a entender el fenómeno de la desviación social.

también es aplicable a lo social como tal, ya que con él se intenta reflejar los cambios o transformaciones que toda sociedad experimenta y cómo éstos pueden convertirse en la génesis de conductas denominadas como impropias o incorrectas a nivel social.

Apuntar que, aunque Durkheim no escribió mucho sobre la conducta desviada, abrió la puerta al desarrollo de nuevas teorías, dada la gran influencia que ejerció su pensamiento. Realmente -este autor-, como bien anota Comas Arnau (1994), no incluyó dentro de los procesos de desviación y del concepto de anomia el fenómeno de las adicciones ya que él consideraba que las adicciones (refiriéndose fundamentalmente a las drogas) sólo reflejaban un estado psicopático difícil de traducir o redactar en un hecho social[5]. Sin embargo, la importancia de su pensamiento radica en el análisis que lleva a cabo del orden y de la cohesión social y que le permiten formular la idea de que la conducta desviada puede desempeñar o cumplir un importante papel en la sociedad (función útil) al ofrecer un motivo, en torno al cual, las personas podrían organizarse en comunidades desarrollando lazos de solidaridad (interacción). Para este autor, el acto desviado suele generar una gran conmoción que permite activar la interacción grupal, dado que permite crear un clima en el que los sentimientos aislados de muchas personas pueden terminar fundiéndose en un sentimiento común de moralidad social; de ahí, que sea considerada como imprescindible para el mantenimiento del sistema social. Como vemos, Durkheim contempla las situaciones anómicas como elementos latentes de la estructura social moderna, que bajo la condición de amenazas, tienen asignadas la función ontológica de impulsar o imponer la cohesión social (Durkeim, 1982)

Según subraya Barroso Benítez (2003: 232) la idea de anomia en Durkheim (1982) aparece ligada al proceso de destrucción o de pérdida de calidad moral que tuvo lugar en el tránsito de la sociedad tradicional a la sociedad moderna. Tomando como referencia los cambios acaecidos en la sociedad francesa de su época, este autor, observó una situación de inutilidad y vacío normativo, al darse cuenta que los valores tradicionales perdían su significado ante la nueva situación social y que los que parecían ser los nuevos carecían del insuficiente impulso articulador de las diversas ideologías o convicciones sociales. La anomia pasa a convertirse e un factor de estructuración del sistema social que cumple una función de amenaza pero con el fin de forzar la necesaria cohesión social.

Como vemos, este marco teórico puede ser fácilmente extrapolable a cualquiera de las situaciones sociales resultantes de procesos de cambio social, que a lo largo del tiempo se han ido dando entre ellas la realidad en la que hoy nos vemos inmersos -*las adicciones sociales*-.

[5] Según este mismo autor (Comas Arnau, 1994) fue Parsons quien convirtió la obra de Durkheim en la base para una teoría de alcance general. De hecho los conceptos durkhenianos comenzaron a aplicarse a una serie de fenómenos entre los que algunas veces se incluía el tema de las drogas.

Aunque, las teorías iniciales sobre la desviación social (enfoque integracionista-positivista) señalaban al individuo como el motor de la desviación (tara biología o mental), la visión que más afianzamiento ha tenido dentro de la Sociología ha sido, sin duda, la que considera a la desviación como un *producto social*. De ahí, que impere la necesidad de enfocar el análisis de esta realidad bajo el prisma de la dimensión social que tiene como pilar fundamental las transformaciones y los cambios sociales, ante los cuales los individuos o los grupos manifiestan dificultades de adaptación social.

2.1.2.- Perspectiva de la Anomia en Robert K. Merton

Otra de las grandes perspectivas dentro de este enfoque se la debemos a *Robert K. Merton*. Es en su obra *Teoría y estructura social,* escrita en 1957, donde aborda el tema de la anomia como elemento creador de procesos de desviación social. Sin perder de vista, la idea básica de la anomia asociada a los estados de desorganización social, gestada por Durkheim, Merton avanza en la producción teórica dotándola de un cierto aporte empírico, que ayude a contextualizar el concepto y así poder discernir, no sólo las contradicciones internas dadas en la estructura social, sino también sus repercusiones sociales. Para ello, toma como realidad referente a la sociedad americana de su tiempo.

En realidad, Merton (1992) lo que intenta explicitar, es que los procesos anómicos sólo son factibles de aparecer en aquellos sistemas sociales modulados bajo formas de estratificación conformadas sobre la rivalidad entre grupos de poder y clases sociales en pugna por el dominio social[6]. Concretamente este autor relaciona la conducta desviada con la disimilitud de oportunidades que se dan entre los fines culturales y los medios legítimos para obtenerlos. Consecuentemente, el problema descansa en la dificultad de poder equilibrar los dos términos de la ecuación: Como los fines son ilimitados y la propia estructura de desigualdad restringe el acceso a aquellas personas o grupos sociales peor situados en la escala social, en consecuencia estos grupos se verán avocados, si quieren conseguir sus fines, a idear medios considerados como ilegales. De esto es fácil argüir que, realmente lo que sucede es que la falta de integración social y cultural decreta la gestación de conductas desviadas. Determinación que se ve materializada en la presión que el propio sistema inyecta en estos grupos y que termina por encauzarles bajo la senda de la desviación social. Es por esto por lo que creemos que Merton (1992), según nos apunta Barroso Benítez (2003), considere el acto desviado como una respuesta previsible ante las contradicciones sociales.

[6] Según Barroso Benítez (2003) esto es explicable si tenemos en cuenta que la *anomia* quedaría vacía de contenido si se aplicara a estructuras sociales autoritarias, dado el sistema coercitivo que avalaría las relaciones sociales surgidas de la división del trabajo. Del mismo modo, tampoco tendría utilidad en sociedades igualitarias donde la división solidaria del trabajo mitigaría la confrontación social.

A diferencia de Durkheim (1982), este autor nos ofrece una concepción menos integradora de la dinámica social y más orientada hacia el condicionamiento estructural, ya que considera que las necesidades no surgen de manera natural sino culturalmente, es decir, son gestadas e impuestas por la estructura sociocultural. De ahí, la idea del autor a considerar el acto desviado como un mecanismo de respuesta o de defensa contra una sociedad llena de contradicciones. No obstante, el fallo o réplica va a estar determinada por la posición y la condición que el propio sujeto o grupo adopte ante ella. Como posibilidades, Merton (1992) nos ofrece cuatro tipos de conducta que, en mayor o menor grado, son contempladas como comportamientos fuera de la norma: la innovación, el ritualismo, el retraimiento y la rebelión. De estas conductas nos interesa pararnos en la denominada como *retraimiento*, ya que es la que mejor se adecua o ajusta a nuestros objetivos temáticos.

Si conceptualizamos el *retraimiento* como una conducta consistente en renunciar tanto a las aspiraciones o fines sociales, como a los medios legítimos para obtenerlos, vemos que, sin ninguna dificultad, concuerda con la idea que se tiene del sujeto adicto. Socialmente la figura del adicto se equipara a la del desertor, ya que este comportamiento implica querer escapar o evadirse de una realidad que se considera ajena o extraña y de la que no se espera absolutamente nada. Más bien, el adicto, lo que pretende conseguir es liberarse de cualquier intento de búsqueda fallida que le añada más infortunio a la ya inicial frustración sentida al verse, no sólo expulsado, sino también rechazado por no ser, ni útil ni económicamente rentable para el sistema social (cuesta dinero su diagnóstico, su tratamiento y su reincorporación social).

El modelo de Merton es fácil visualizarlo si en nuestra mente tenemos la figura del sujeto adicto a una sustancia tóxica (droga) o a un comportamiento sexual desviado e ilegal, e incluso el tiempo también ha permitido ampliarlo a la conducta de juego patológico (al día de hoy es la única adición social reconocida y recogida en el manual DSM IV), pero la falta de visibilidad social (suelen ser denominadas también como las adicciones invisibles y de la negación), de la mayoría de las adicciones sociales, impide que éstas sean consideradas como una problemática social, y mucho menos alcanzar la etiqueta de acto desviado cuando su práctica, como bien hemos señalado con anterioridad, no contrarresta o desaviene los fines culturales socialmente establecidos.

Destacar que, aunque el uso que se hace de estas teorías (y por ende de su utilidad) casi siempre responde a un proceso de extrapolación teniendo en cuenta el hecho social a estudiar, el modelo mertoniano de la desviación hay que circunscribirlo o contextualizarlo en un tipo de sociedad afín a la americana al ser esta la referencia tomada por este autor. Aún así deberíamos de ser prudentes, ya que como bien anota Comas Arnau (1994), para confirmarse este modelo debería de cumplir tres supuestos que en realidad no se cumplen según muestran los estudios llevados en Norteamérica y que responden a: - deberían de darse mayores tasas de desviación según más bajo estuviera situado el grupo en la escala social (dato que no está del todo probado); -

toda la sociedad debería compartir los mismos objetivos finales (esto no suele ser así, de hecho, dentro de una misma sociedad la cuantificación de la desviación diferirá teniendo en cuenta la adhesión o divorcio que se de entre los fines que las personas interioricen como suyos y las oportunidades sociales con las que dispongan para conseguirlos); y –sería la realización de un simple acto desviado primario lo que convertiría a uno en desviado, situación que por sí sola lleva al absurdo, dado que si aplicamos la Teoría del Etiquetamiento de Lemert faltaría la fase secundaria, es decir, las reacciones sociales que reafirman la conducta primaria como desviada y de este modo configurar en el sujeto la identidad de desviado social.

2.1.3.- La Perspectiva Ecológica de la Escuela de Chicago

Otra de las perspectivas que concibe la desviación como un producto social se sitúa en el *enfoque ecológico de la Escuela de Chicago*. Fiel a la clave interpretativa (defendida por los anteriores autores descritos -Durkheim y Merton-) que propugna que la génesis de la desviación tiene un *alma* social; llevan la investigación empírica a un marco social muy concreto -*la ciudad*- como elemento generador o potenciador de conductas desviadas. La base de esta idea surge motivada por los efectos que tiene el acentuado proceso de urbanización en Estados Unidos.

Fundada en Chicago por Robert E. Park, se destacó por analizar la conducta desviada desde una perspectiva ecológica, conectando el fenómeno de la desviación (criminalidad) con la estructura social, sobre todo teniendo en cuenta el ambiente de desorganización social que suele rodear a este tipo de acciones. Básicamente, se centra en aplicar lo que se ha denominado como *ecología humana* consistente en trasladar lo que acontece en el mundo animal y vegetal al humano. Esta analogía puede concretarse, según apunta Barroso Benítez (2003: 236), en tres aspectos:

1. Una pugna por la vida que responde a un orden que trasciende al individuo.

2. Un proceso de dominio por el que los individuos y comunidades más fuertes tienden a ocupar los espacios de mayor valor.

3. Un proceso secuencial de cambios por los que pasa una comunidad biológica en el transcurso de su desarrollo.

La ciudad era considerada por Robert E. Park como un lugar excepcional donde llevar a cabo estudios relativos a la vida social (ecología social de la ciudad). Aunque los estudios de su pionero, estuvieron más centrados en la perspectiva individual y la inserción social de las conductas desviadas, ya que fue su acólito Ernest W. Burgess (1886-1966) quién mejor supo llevar esta analogía a un nivel espacial, el análisis que esta posición hace de la desviación se centra, fundamentalmente, en presentar

modelos urbanos de comportamiento desviado y en localizar el conflicto espacial en las ciudades[7].

Bajo el concepto principal de -*hipótesis zonal*-. Ernest W. Burgués presenta en 1925 el modelo de *Círculos Concéntricos* como arquetipo ideal de crecimiento o expansión urbana[8]. Concretamente la estructura de la ciudad queda comprendida en cinco círculos concéntricos: 1.- *Distrito comercial o de negocios central*; 2.- *La zona de transición*, es un área deteriorada donde pueden localizarse fábricas, suburbios y el barrio chino; 3.- *La zona de residencia de obreros industriales* (muchos de los cuales han escapado de la zona 2); 4.- *La zona de alta residencia*; 5.- *La zona exterior*. Como conclusión determina que la zona más problemática era la de transición (desorden social) ya que era un área con grandes carencias de integración, dado los altos niveles de población inmigrante procedente de diversas culturas.

No obstante, serán los estudios realizados por Shaw Clifford R. y Henry D. Mckay (1972), los que mejor lleven a cabo la aplicación de la sociología urbana diseñada por la Escuela de Chicago. Metodológicamente, se basaron en interrelacionar tres cuestiones claves: 1.- las zonas donde viven los delincuentes juveniles (spot maps); 2.- el porcentaje total de la población juvenil, y los datos específicos de quienes se han relacionado con la justicia criminal (rate maps); y la distribución de la delincuencia a lo largo de las distintas zonas de la ciudad (zone maps). Como conclusión aportaron que lo que realmente distingue a un joven delincuente de otro que no lo es, no se basa en atributos o rasgos individuales (personalidad, condición física, condición mental, etc.), sino en las características de los barrios donde viven. A parte de darse los niveles más altos de criminalidad, en ellos se concentraban otro tipo de problemáticas como, por ejemplo: altos flujos de inmigración, deterioro urbanístico (edificios), gran concentración de fábricas, enfermedades, mortalidad infantil y población con el nivel económico más bajo de toda la ciudad. De ahí, que describan tan claramente los orígenes de la delincuencia urbana*:*

En las áreas de rentas bajas, donde hay una gran miseria y frustración; donde, en la historia de la ciudad, grupos de inmigrantes y emigrantes han traído juntos una gran variedad de instituciones y tradiciones culturalmente divergentes ; y donde existen grandes disparidades entre los valores sociales a los que aspira la población y la disponibilidad de facilidades de

[7]Cómo ejemplo clásico de estudio de área destaca el denominado como *The criminal area* realizado por T.P. Morris en 1957 en un barrio de Londres. Aún no pudiendo confirmar el vinculo entre área y conducta desviada, sí dio por válido el dato de que potencialmente la desviación tiende a concentrarse más en áreas de viviendas públicas, impulsadas, fundamentalmente, por las políticas de segregación que las autoridades de la zona llevaban a cabo con las familias más conflictivas.

[8] Según este autor, esta estructura intra-urbana responde a los conceptos de *expansión/sucesión* que supone la tendencia de cada zona interior a extenderse mediante una invasión de la zona exterior más próxima; y de sus antagónicos *concentración/descentralización* que implica que los grupos que puedan competir optarán por ocupar los lugares centrales, mientras que los que no puedan, serán segregados hacia las zonas exteriores.

adquirir esos valores de forma convencional, el desarrollo del crimen es una forma de vida organizada muy marcada (Sahaw y Mckay, 1972: 319)

Pese a la importancia e influencia que ha tenido y aún sigue teniendo (sobre todo en Estados Unidos) este enfoque, no podemos perder de vista las limitaciones que este tipo de estudios pueden presentar en la realidad. Entre ellas destacar, las que Barroso Benítez (2003) y Comas Arnau (1994) contemplan en sus escritos doctorales. La primera tiene que ver con el rechazo a la noción de *área cultural* justificándola en la inaceptabilidad de hablar de áreas desviadas como si el comportamiento desviado fuera una actividad cultural central y distintiva. A la ciudad puede atribuírsele, (sobre todo al factor tamaño) un cierto peso, pero no la determinación de la conducta desviada. La segunda se centra en aclarar que este enfoque (ecología social) otorga una visión meramente descriptiva y muy limitada a determinadas realidades urbanas, lo que hace muy difícil la posibilidad de querer intentar establecer *leyes generales* o una generalización de los datos.

2.1.4.- Perspectiva de las Teorías Subculturales

Dentro de este enfoque destacar como teorías fundamentales la elaborada por Albert K. Cohen (1955) y que responde al nominativo de *Teoría de las Subculturas* y la confeccionada por R. Cloward y L. Ohlin (1960) conocida como *Teoría de la Oportunidad Diferencial o Desigualdad de Oportunidades*.

2.1.4.1.- Teoría de la Subculturas de Albert K. Cohen

Otra de las aportaciones teóricas, que desde el marco sociológico se ha hecho al tema de la desviación, es el que tiene que ver con la *perspectiva subcultural*. Retomando la imagen determinista de Merton, *Albert K. Cohen* elabora su teoría de las subculturas añadiéndole un factor cultural. Este autor reinterpreta el concepto de anomia utilizándolo para explicar el mundo de las bandas juveniles delincuenciales. Concretamente su objetivo estaba centrado en comprobar la capacidad o el grado de influencia que puede ejercer la estructura social en la conducta desviada. De sus estudios concluye, fundamentalmente, que se establece un antagonismo entre los valores de los jóvenes de clase obrera con los valores sociales generales. Conflicto cuyas soluciones pueden resolverse, o bien, a través de lo que se conoce como una *adaptación forzosa,* o a través de un mecanismo que llama *frustración de status* y que lleva al joven de clase obrera a construir o a integrarse en una subcultura propia, cuya rivalidad con las normas sociales generales, instiga a que todos sus integrantes sean considerados como sujetos desviados, no olvidemos que la subcultura valora por reacción aquello que fuera de ella es condenado intentando, además, hacer valer su código de valores frente a los demás.

¿Por qué eligen una alternativa desviada? Para Cohen (1955) La clave de la respuesta está en los *grupos de referencia* que tengan a su alrededor. El proceso consistiría, primero en buscar las soluciones que sean compatibles con las expectativas de sus grupos normales de referencia, pero cuando no las encuentran o no son las oportunas, tienden a explorar otros grupos cuya cultura sí sea capaz de ofrecerles lo que quieren. De ahí que este autor sitúe el origen de una subcultura en la agrupación de sujetos con similares problemáticas de adaptación, para los cuales, ni existen soluciones institucionalizadas, ni grupos alternativos de referencia.

Al situarse como referente básico -el sistema cultural de la clase media-, los jóvenes que proviene de las capas sociales bajas, van a encontrarse, desde el principio con un obstáculo difícil de derribar y que responde a la igualdad de medios económicos, educativos y culturales. Realidad que va a desencadenar un proceso de frustración (status frustration) al ver que no tienen posibilidades reales, si se comparan con la clase social dominante. Situación que intentarán resolver uniéndose a otros grupos -subculturalmente establecidos- con los que compartan valores y estatus y por tanto una cierta identidad. En concreto, en su obra *Delinquent Boys* (1955: 28-31), Cohen identifica cinco características que definen la delincuencia de bandas de clase social baja:

1. *No utilitarista (nonutilitarianism)*: Sus hechos no persiguen un beneficio económico, más bien una utilidad que les permita realizar proezas y alcanzar la gloria.

2. *Es maliciosa (maliciousness)*: Su propósito está centrado en hacer daño o causar problemas a los demás.

3. *Carácter negativo (negativism)*: En realidad, la subcultura no posee unos valores y reglas diferentes de las marcadas socialmente, lo que incurre es un proceso denominado como *polaridad negativa* con las normas de la clase media. Esto queda traducido de la siguiente forma: la subcultura adquiere las normas establecidas pero los invierte haciendo que lo justo para ellos sea lo injusto para los demás. Por tanto, su sentido, prácticamente, deviene de acatar o convenir con lo prohibido.

4. *Hedonismo inmediato (short-run hedonism)*: Buscan una gratificación inmediata, por lo que las metas a largo plazo, para este tipo de grupos, son insistentes.

5. *Autonomía (group antonomy):* Desafían cualquier autoridad impuesta desde fuera de su propio grupo. Sólo permiten el control que proceda de su propia estructura interna (compañeros de grupo), dado que ésta les proporciona un estilo de vida que reclama acatamiento, correspondencia y colaboración mutua.

Dentro de la teoría de Cohen hay que resaltar el papel fundamental que le otorga a la escuela. Para él, el fortalecimiento de la autoestima y prestigio de un menor va a depender de esta institución. Según su pensamiento el rendimiento escolar estaba relacionado con la delincuencia, dado que éste es el resultado de un conflicto entre los valores dominantes de la institución escolar (los de la clase media) con los de la clase baja. De ahí que este autor proponga tres medios de reacción del menor frente a la exclusión:

- *Collage boys:* Los menores que van a la escuela están más cerca de aceptar los valores convencionales. Esta alternativa implica incorporarse al ámbito cultural de los jóvenes de la clase media (es el relevante y dominante en una sociedad), aunque ello suponga no jugar en las mismas condiciones (competir en inferioridad).

- *Corner boys*: Manifiestan una aceptación intermedia a los fines convencionales. Suelen optar por integrarse en la cultura de otros jóvenes de la calle, con la contrapartida de renunciar a sus aspiraciones (tienden a consumir drogas).

- *Delinquent boys*: Optan por integrarse en una subcultura delincuente. Son los que hacen uso de medios ilícitos para conseguir sus fines.

En realidad, lo que este autor intenta demostrar es, de qué manera y en qué grado las tensiones estructurales prefijan o delimitan la conducta desviada. De su análisis concluye que es la propia naturaleza de la cultura, la que sin querer, favorece la formación de subculturas delincuentes. Como vemos su análisis está más centrado en el conocimiento de la conducta desviada desde su perspectiva grupal que en la individual. De hecho, esta es una de las claves diferenciales que se establecen cuando se realiza la comparativa entre esta teoría y la ya tratada teoría de la anomia de Merton.

Además de este aspecto diferenciador, Barroso Benítez (2003: 253), nos hace partícipes de otras diferencias esenciales, a la vez que nos permite visualizar el núcleo central de cada una de estas teorías. Bajo un modelo de orden social de concepción monolítica (negando la posibilidad de un pluralismo axiológico en el seno de la sociedad), Merton otorga a la conducta desviada una naturaleza utilitarista, de carácter positivo y de respuesta individual. Centrada en el éxito económico, es valorada como un medio de adaptación frente a las presiones de la estructura social, cuyo fin consiste en hacer "normal" una forma de acceder -ilegítimamente- a los objetivos culturales de las clases medias. Por contra, Cohen nos sitúa el análisis bajo un modelo de existencia de sistemas de valores divergentes creados por los respectivos subgrupos, en torno a los cuales, se organizarían los individuos. De ahí, que considere la naturaleza de este tipo de comportamiento como simbólica, con un carácter negativo y destructivo que responde a un acto de rebelión, fruto de la frustración,

frente a los valores de las clases medias y cuya única pretensión se centra en alcanzar el status y/o prestigio del propio grupo.

2.1.4.2.- Teoría de la Oportunidad Diferencial o Desigualdad de Oportunidades

Otra de las perspectivas subcultarales consideradas de interés es la *Teoría de la Oportunidad Diferencial o Desigualdad de Oportunidades* elaborada por *R. Cloward y L. Ohlin* (1960) Esta formulación teórica puede interpretarse como la articulación teorizante entre la teoría estructural-funcionalista de la anomia de Durkheim y las tesis de la asociación diferencial de Sutherland, en la que también intervienen elementos de la teoría de las subculturas de Cohen. Este enfoque centra su atención en explicar que la probabilidad de ser un delincuente vendría determinada por las posibilidades de integración que tienen los jóvenes dentro de un sistema social. Posibilidades que hay que entenderlas no sólo desde la parte del acceso a los medios legítimos, sino también ilegítimos[9].

Aunque, estos autores aceptan de Merton la idea de que en la sociedad norteamericana se establecen profundas desigualdades, entre las diferentes clases sociales, en lo que respecta al acceso de modo legítimo a las metas culturales socialmente aceptadas, amplían el marco de análisis al contemplar como clave el hecho de que el *desigual acceso a las oportunidades ilegítimas* es la que, en sí, va a determinar la carrera desviada. Por ello matizan que el crimen operará como un fructífero campo de aprendizaje en el medio ambiente de los jóvenes, cuando éste esté institucionalizo en el barrio, o por lo menos se dé, de forma estable. De ahí que esta teoría contemple la existencia de subculturas integradas por marginados. En concreto establece tres tipos:

1. *La Subcultura Criminal (criminal subculture)*: Estaría agrupada por personas que utilizan los medios ilegítimos como fórmula para alcanzar objetivos materiales (económicos). Suele localizarse en barrios de clase baja relativamente estables, donde todos sus miembros se conocen y la delincuencia es contempla y aceptada como algo normal. Aquí, los jóvenes tienen la posibilidad de emular el rol delincuente del adulto, produciéndose lo que se conoce como *adoctrinamiento en el delito* o *socialización de la criminalidad*.

2. *La Subcultura Conflictiva (conflict subculture)*: A diferencia de la anterior, esta subcultura tiende ubicarse en barrios menos estables, caracterizados por una gran desorganización social. La mayoría de sus habitantes viven en grandes

[9] De sus estudios, sobre bandas juveniles, estos autores llegaron a la conclusión de que la conducta desviada debe ser circunscrita a comunidades (barrios) en las que las oportunidades para triunfar de forma legítima son escasas, de ahí que establezcan, en la falta de oportunidades, el pilar diferenciador que determine quien puede o no desarrollar un comportamiento criminal.

edificios que generan y potencian el anonimato y el aislamiento social (escaso contacto entre generaciones de delincuentes). Fundamentalmente se caracterizan por el uso de la violencia como técnica o pauta para obtener estatus o representatividad.

3. *La Subcultura Evasiva o Abstencionista (retreatist subculture)*: Formada por jóvenes de clase baja que han fracasado en ambos sistemas de oportunidades -legítimo e ilegítimo-. Eligen una forma de vida fuera de su comunidad centrada en el consumo de drogas, alcohol, o cualquier otro mecanismo de evasión.

Aunque las teorías subculturales han sido bien acogidas (en su conjunto) de ellas tiende a censurarse, como muy bien expone Barroso Benítez (2003: 256), cuestiones que tienen que ver, tanto con el nivel metodológico como con el epistemológico. Metodológicamente se le achaca la imprecisión de algunos de sus términos fundamentales, (oportunidad, aspiración, estructura social, etc.), la carga especulativa que encierran algunos conceptos, como es el caso de *función integradora*, así como un cierto déficit empírico. Epistemológicamente, esta misma autora señala, como crítica esencial la tendencia que tienen a situarse en posiciones de neutralidad axiológica con proclividad a caer en un relativismo poco comprometido, cuya carencia de criterios impide distinguir entre sí las diferentes conductas desviadas que tienen a darse.

2.2.- MODELO PLURALISTA. VISIÓN INTERACCIONISTA DE LA DESVIACIÓN SOCIAL

A diferencia del modelo anterior, la importancia de éste radica en situar el origen de la desviación social en los procesos e interacciones sociales en las que los individuos se ven inmersos. De ahí que pongan en entredicho parte de las tesis, del paradigma anterior, que afirmaban que la desviación social era un comportamiento exclusivo de las clases sociales más desfavorecidas. De forma global, los autores adscritos al modelo interaccionista, defienden que cualquier persona, independientemente de su clase social, puede desarrollar una trayectoria desviada, dado que potencialmente todos poseemos la capacidad de responder de forma desviada ante las restricciones o coerciones impuestas por el sistema social.

Bajo esta orientación se han posicionado diferentes teorías, pero aquí sólo nos detendremos en esbozar las que han adquirido mayor relevancia como son las *Teorías del Aprendizaje Social*, la *Perspectiva Naturalista y Fenomenología Norteamericana* de David Matza y las *Teorías de la Reacción Social*.

2.2.1.- Teorías del Aprendizaje Social

La relevancia sociológica de estas teorías hay que situarla en la gran capacidad de respuesta múltiple que otorgan para el estudio y comprensión de los comportamientos desviados. De todas ellas las que mejor responden a nuestro propósito (explotan más lo social que lo individual) son las aportaciones que Edwin Sutherland realiza a través de su *Teoría de la Asociación Diferencial* o de los *Contactos Diferenciales* y la propuesta de *Identificación Diferencial* argüida por Daniel Glaser.

2.2.1.1.- Teoría de la Asociación Diferencial de Edwin Sutherland

Esta teoría maneja como postulado teórico central la idea de que el comportamiento desviado es el resultado de procesos de aprendizaje en el contexto de grupos sociales específicos. El vivir en sociedad lleva implícito, para este autor, el tener que relacionarse inexorablemente con otros individuos. Si la convivencia trascurre dentro del ámbito establecido por la ley, el comportamiento no incurrirá en desviación, mientras que si se hace desde la violación de la misma, la conducta si adquirirá visos de desviación social. De ahí que una de las conclusiones a las que llega Sutherland, según expone Barroso Benítez (2003: 260) sea: *que el ser humano actuaría de acuerdo con las reacciones que su propia conducta recibe de los demás, de modo que el comportamiento individual se halla permanentemente modelado por las experiencias de la vida cotidiana*.

Sutherland reconoce que no existen grupos sociales puros, ya que toda persona, dependiendo del momento (historia personal), tenderá a elegir más un modelo que otro. Del mismo modo considera que dentro de un sistema social coexisten, tanto modelos de conducta desviada como conformista, y que la proporcionalidad de su manifestación estará supeditada a la cifra real de las conductas computadas o contabilizadas.

Esta teoría puede sistematizarse en nueve proposiciones o postulados que reflejan o hacen referencia a las situaciones mediante las cuáles un sujeto puede llegar a desarrollar y a participar en conductas desviadas o delictivas:

1. La conducta criminal o desviada puede ser aprendida. Al igual que se pueden aprender otros comportamientos (no desviados), la desviación no responde a un hecho hereditario, sino a un proceso de aprendizaje y entrenamiento en las técnicas delicuenciales o criminales.

2. Esta conducta se aprende en interacción con otros sujetos mediante un proceso de comunicación, generalmente verbal, aunque también incluye la no verbal.

3. La parte principal del aprendizaje ocurre dentro de grupos personales íntimos (familia, amigos, etc.). La posibilidad que ofrecen los grupos íntimos, en cuanto a la asunción de los valores desviados (contribución e interpretación) y superación del control social, no la dan las agencias de comunicación interpersonal, tales como los medios de comunicación. (películas, programas, noticias, etc.).

4. El aprendizaje de la conducta desviada incluye, además de las técnicas o *modus operandi* para la realización del crimen, los impulsos, racionalizaciones o actitudes que deben motivar las acciones delictivas (argot y simbología criminal).

5. Los motivos e impulsos se aprenden a partir de las definiciones favorables que otros hacen de la conducta desviada. El vivir rodeado de personas que defienden la violación de los códigos legales facilita enormemente su aprendizaje.

6. Uno se torna o convierte en desviado cuando adquiere un exceso de contenido positivo al comportamiento desviado, en detrimento de los contenidos que penalizan estas conductas.

7. Las asociaciones diferenciales pueden conmutar en función de una serie de variables como: la frecuencia, la duración, la prioridad o la intensidad.

8. El proceso de aprender una conducta desviada, por asociación con modelos delictivos y no delictivos, va más allá del mero proceso de imitación, ya que en él deben de darse todos los mecanismos inherentes al propio proceso de aprendizaje.

9. Los dos tipos de conducta -la desviada y no desviada- pueden explicarse bajo las mismas necesidades y motivos (búsqueda de placer, de poder o de estatus), de ahí que se concluya que éstos (motivos y necesidades generales) no expliquen la conducta desviada.

Todo esto nos lleva a pensar que para Shuterland, el principal pilar que fundamenta y sostiene el comportamiento desviado, estaría en la pertenencia a un grupo que asuma y ejerza la conducta desviada, dado que, por sí misma, la desigualdad social no define ni determina la desviación. De ahí, que ésta pueda ser explicada como un proceso de socialización que tiene lugar, dentro de los agentes primarios (familia, amigos, escuela) y a través de la comunicación o de la interacción simbólica. No en vano este autor construyó dos términos esenciales para el análisis y comprensión de su teoría: *organización diferencial*[10] y *asociación diferencial*. Según explicita Comas Arnau (1994), ambos conceptos hay que entenderlos de forma paralela, ya que el primero referencia la posibilidad de una pluralidad de normas y valores en el seno de una sociedad, y el segundo alude a los mecanismos mediante los cuales las personas aprenden el comportamiento exigido para ser miembro de una organización criminal.

[10] Shuterland elabora este concepto -*organización diferencial*- como opuesto al de -*desorganización social*- (principal base explicativa). De ahí, que a partir de este momento se introduzca una nueva perspectiva teórica en el análisis de la desviación social.

Entre las objeciones realizadas a este enfoque teórico destacamos la llevada a cabo por Binder y Bruce (2001) y que se centra, en hacer visible, la falta de capacidad explicativa que justifique los comportamientos criminales de carácter causal, ocasional o episódico. En esta misma línea, Barroso Benítez (2003) censura las pretensiones generalizadoras de esta teoría, al querer explicar o reconducir toda actividad desviada a un proceso normal de aprendizaje social. De hecho argumenta que, aunque este enfoque puede explicar, tanto actos propios de la conducta desviada (actividad delictiva sistemática y profesional), como otros que puedan ser cometidos por "personas normales" con cierta aprobación social (adicciones, corrupción, defraudaciones fiscales, etc.), dejan sin respuesta otros hechos difíciles de dilucidar bajo los fundamentos del aprendizaje, ya que algunas experiencias pueden no ser aprendidas o estén e influenciadas por factores ocultos e inconscientes.

2.2.1.2 - Teoría de la Identificación Diferencial de Daniel Glaser

Esta teoría se nos muestra como un intento de reformulación o reconducción de las tesis de Shuterland[11]. En concreto, Daniel Glaser (1960) afirmaba que la conducta desviada no tiene porque darse a través de un proceso de aprendizaje por contacto directo con los grupos de subculturas criminales. La aceptación de modelos y pautas desviadas criminales puede producirse por un procedimiento indirecto de aprendizaje mediante la observación de la conducta de otros individuos. Un sujeto puede convertirse en desviado en la medida en que se identifique con personas que acepten como admisibles o tolerables este tipo de comportamientos. Bien se podría decir que, para este autor el término *de identificación diferencial* equivale al de *elección diferencial*: una persona tiende a elegir a otros sujetos o a ciertos grupos sociales porque se identifica, o por lo menos, tiende a identificarse con ellos. En palabras del propio autor: *Un individuo persigue el comportamiento criminal en la medida en que se identifica con personas reales e imaginarias, desde cuyas perspectivas su conducta reprobable resulta aceptable"* (Glaser, 1960: 44)

Como base de esta reformulación teórica, Glaser (1960), incorpora la teoría de los roles según fue expuesta por George H. Mead (1934). Conceptos como *self*, *yo* y *mi* resultan fundamentales para analizar el proceso de interacción, ya que éstos a su vez, pueden explicar los mecanismos de identificación diferencial establecidos por este autor. El término *self* viene a reflejar la *conciencia que uno*, en el ejercicio de disímiles roles y con el paso del tiempo (desde la infancia a la adultez), *toma de sí mismo*. A su vez, la idea que uno tiene de sí mismo se estructura mediante la interacción y contraposición de los otros dos conceptos fundamentales: el yo y el mi. El primero

[11] Anotar que, a parte de esta reformulación, la Teoría de la Asociación Diferencial de Shuterland ha tenido otras reformulaciones dignas de mención, como es la propuesta por R. L. Burges y R. L. Akers (1966), pero que aquí no abordaremos, dado su *enfoque comportamentista* -estudios behaviorista de los *estímulos reforzados* que configura un modelo de interpretación de las variables que intervienen en la producción de la delincuencia individual-.

representaría *la respuesta que el organismo da a las actitudes de los otros*, mientras que el segundo alude a *la serie estructurada de las actitudes de los otros como nosotros las percibimos*. De ahí que el *self* se configure como un proceso que conecta dos corrientes cognoscitivas: como toma de conciencia y como la posibilidad responsable de la acción. (Bergalli, Bustos y Miralles, 1983: 120).

Pero ¿Cómo se produce el proceso de identificación diferencial? En concreto, esta teoría reseña el proceso de la siguiente manera: los individuos dirigen sus acciones, según la imagen del comportamiento como desempeño de roles, sobre la base de las concesiones que ellos se hacen según como los demás los ven. Por ello la selección de *otro* (desde cuya perspectiva se observa el propio comportamiento), constituye el proceso de identificación que puede tener lugar con los *otros* cercanos a nosotros inmediatamente o con *otros* lejanos quizás -generalizados abstractamente-, que pertenecen a nuestro grupo de referencia. De ahí que, la elección del comportamiento, para Glaser (1960), esté condicionada por dos factores fundamentales -*el grupo de referencia y los mecanismos de racionalización*-, dado que ambos permiten extender los límites dentro de los cuales puede acontecer el proceso de asociación diferencial. (Bergalli, Bustos y Miralles, 1983: 120).

Una de las críticas que se le pueden hacer a este enfoque teórico es que al asumir que la conducta criminal deriva de un proceso intelectual previo (guiada racionalmente), ya que introduce la *racionalización* como factor necesario del comportamiento voluntario, constriñe o anula la posibilidad de *casualidad* sobrevenida que puede darse en algunos actos o situaciones de desviación social.

2.2.2.- La Fenomenología Norteamericana: David Matza

David Matza nos acerca a una nueva perspectiva sociológica en el análisis del fenómeno de la desviación social. Ni afín al Enfoque Subcultural propuesto por Cohen, ni a la Teoría Diferencial dada por Shuterland, en 1961 este autor junto a Gresham Sykes, arguyen un nuevo planteamiento explicativo conocido como la *Teoría de los Valores Subterráneos y de las Técnicas de Neutralización (Theory of neutralization and drift)*.

La base de las discrepancias se argumenta bajo la concepción de que los valores sociales convencionales y los valores de las subculturas criminales se hayan, de alguna manera, interrelacionados y no separados y en oposición, como tradicionalmente se pensaba o ideaba. En contra de esta separación, Matza y Sykes[12], arguyen que la cultura predominante tiene por debajo de ella unos *valores subyacentes* que coexisten cara a cara con los *valores aceptados formalmente*. De ahí, que determinados grupos,

[12] Citados por: Vázquez González, C. (2003: 86).

como es el caso de los delincuentes juveniles, opten por realzar los valores soterrados, en detrimento de los valores convencionales[13].

Además de esta idea, también critican la ingenuidad funcionalista (naturaleza simplista y determinista) de la que hacen gala estas teorías. Presentar a los adolescentes bajo la dicotomía de -*delincuentes o no delincuentes*- cuando la realidad señala que éstos no son tan distintos, dado que los delincuentes juveniles, en parte, están comprometidos con el orden social dominante (una gran parte del tiempo actúan de forma convencional) por lo que la delincuencia pasaría a ser un modo de vida, tan sólo, para una minoría de jóvenes.

Esta nueva teoría desarrolla una serie de técnicas denominadas como de neutralización y que son puestas en práctica por los jóvenes delincuentes como fórmula que autojustifique, de alguna manera, unas conductas consideradas como contrarias a la ley. De ahí que pretendan ser argumentadas, a través de una serie de mecanismos, que tienen como función reparar y liberar la carga moral. Sencillamente lo que hacen estos jóvenes es crear una serie de *racionalizaciones mentales* para neutralizar las normas sociales interiorizadas y que entran en conflicto con su comportamiento desviado. Concretamente, estos autores establecen un modelo de técnicas de neutralización agrupadas en cinco tipos (Vázquez, 2003: 87-88):

1. *Negación de responsabilidad*. La estrategia consiste en hacer responsables de sus delitos, a factores externos a ellos, tales como las drogas, las malas compañías, etc.

2. *Negación del daño o perjuicio causado*. Al ser delitos que no tienen una víctima concreta (drogas, prostitución, juego ilegal etc.), suelen justificar su acción a través de la expresión *nada ni nadie resulta herido*.

3. *Negación de la víctima*. Esta fórmula se da cuando la acción va dirigida hacia una víctima por la que se tiene un cierto resentimiento, al sentirse a su vez, víctima de la situación (crímenes por odio, venganza, violencia racista, etc.).

4. *Condena de los denunciantes*. La estrategia consiste en llevar a cabo una condena moral de los que le condenan, ya que tienden a considerarlos como personas corruptas que no merecen ningún respeto. Sencillamente, lo que se produce es un cambio en la atención del problema: se olvidan de su conducta para centrarse en la de sus denunciantes. De ahí que rechacen todo tipo de autoridad (padres, policías, jueces, etc.).

[13] Estos autores esgrimen, como posible causa que justifique la idea de coexistencia de los dos mundos -el subcultural y el convencional-, algo tan sencillo como valorar las *manifestaciones o reacciones* que tiene la persona desviada cuando es detenida. Sentir *vergüenza* o *culpa* es síntoma de que no emanan de una subcultura opuesta a la general, porque sino no serían capaces de demostrar esos instintos o sensaciones.

5. *Apelar a grandes lealtades*. En general muchos delincuentes suelen justificar sus comportamientos desviados recurriendo a una lealtad superior, como suele ser la de los amigos o bandas a las que pertenecen.

En realidad, estos autores anuncian que los delincuentes suelen estar un poco a la *deriva*[14] entre dos mundos -convencional y el delictivo- respondiendo de forma alternativa a las exigencias de ambos, pero postergando todo compromiso y responsabilidad. Lo innovador del pensamiento de estos autores es que reconocen, o no distorsionan, la realidad de los comportamientos desviados, es decir, admiten que *los sujetos desviados tienen conciencia del significado de sus actos*. Con esto, la propuesta de este autor, resalta la necesidad de que exista una fuerza motivadora como preludio al acto desviado. En palabras del propio Matza (1981): *la voluntad (will) es el elemento perdido que proporciona el empuje o ímpetu por el que el acto delictivo es realizado*.

A esta nueva forma de ver la realidad desviada, Matza (1981) la designó como *naturalismo* que implica *permanecer fiel a la naturaleza del fenómeno que se investiga*. Para ello es imprescindible mantener la integridad significante o el punto de vista del propio sujeto. Hay que tener en cuenta, que para este autor, las personas construyen su sentido de la realidad, a través de las diversas y sucesivas interrelaciones que a lo largo de la vida se van dando (interaccionismos simbólico). De ahí que le confiera al sujeto la plena capacidad de tomar decisiones y anticipar posibles consecuencias.

El logro de esta perspectiva radica, según apunta Barroso Benítez (2003,) en sostener que la desviación -mayoritariamente- es la traducción de creencias en actos. Dar valor a la visión apreciativa del sujeto desviado implica abrir el campo de la dialéctica de la motivación desviada; hecho realmente importante si tenemos en cuenta que a partir de él, se podrán eliminar parte de los obstáculos que bloquean el desarrollo de una buena teoría sociológica de la desviación. Resaltar que, bajo los criterios de naturalismo y desviación, este autor, observa las distintas teorías de la desviación situándolas bajo un eje imaginario (Véase Cuadro 69) en el que se van formando diversas dualidades, tales como:

[14] En realidad la idea de *deriva*, según especifica Serrano Maíllo (2011: 61-63), pretende ser ante todo una nueva visión del delincuente en contraposición a las teorías influyentes del momento.

Cuadro Nº 69
Eje imaginario. Dualidad de la Desviación

Apreciación frente a Corrección ⇒	*Punto de vista del sujeto frente al de las agencias de control social*
Patología frente a Diversidad ⇒	*Identidad del fenómeno frente a relativismo cultural*

Fuente: Elaboración propia.

Quedándose más en un esbozo que en una teoría general, Matza (1981), intentó construir una teoría etiológica de la desviación. Aunque, como apunta Comas Arnau (1994), esta pretensión no aporta nada nuevo sobre lo ya escrito por él, resulta de interés señalarla, ya que nos permite resumir de forma clara su esquema teórico (Véase Cuadro 70). Esta idea o apunte tiene como base fundamental la superposición o intercalación de tres procesos básicos -*afinidad, afiliación y significación*- los dos primeros extraídos de otras perspectivas teóricas y el tercero argüido por él mismo.

Cuadro Nº 70
Esquema Teórico. Etiología de la Desviación

1º proceso	Afinidad Traduce en →	• Funcionalismo • Ecología social
		• Circunstancias favoritas (pobreza o desorganización social)
2º proceso	Afiliación Traduce como →	• Teorías Subculturales • Interaccionismo
		• Contagio o conversión de un sujeto que está dispuesto a convencerse
3º proceso	Significación Incluye →	• Propias Teorías
		• Trasgresión consciente • Transparencia de la conducta desviada • Ventajas de una identidad precisa • Imposibilidad de ocultamiento

Fuente: Elaboración propia.

Matza (1981) rebate el argumento que correlaciona el origen social con la desviación. El sujeto no tiene porque estar predestinado para la desviación ni ésta puede ser adquirida por contagio. Para llegar a ser un desviado es necesario pasar por un proceso que se iniciaría con la *afiliación* y que debe de ser entendida como la situación mediante la cual el sujeto hace suyos nuevos comportamientos a partir de la elección entre varias probabilidades, además debe estar dispuesto a adoptar alguna de esas posibilidades y verse así mismo capaz de llevarla a la práctica.

Para la implementación de la acción deberá tener en cuenta, o por lo menos tantear, las posibles *reacciones sociales* que la acción provocará, aunque será en su transcurso cuando el sujeto realmente irá atribuyendo significados reales y concretos,

teniendo la posibilidad de reflexionar sobre su conducta y juzgar sobre su reincidencia. Si no decide reconsiderar sus actos, el comportamiento será visto como un primer paso hacia la carrera desviada, dado que cada acto va añadiendo conciencia al proceso de trasgresión y la afiliación irá consolidándose.

Pese a la importancia que tiene la gestación de la autoconciencia desviada (primer paso), la verdadera trascendencia la sitúa este autor en la *significación social*. Es decir, los elementos fundamentales del proceso de desviación son la *sociedad* y el *Estado*, ya que son los encargados de atribuir el sentido a los actos de sus ciudadanos. En una palabra, son los que otorgan la *significación*. Para que este proceso tome sentido, Matza (1981), introduce los conceptos de *prohibición* y *culpa*. El primero se valora como momento inicial en el proceso de la significación, dado que es el encargado de otorgar un nuevo significado a la conducta. Por su parte el segundo, desarrolla una función de carácter preventivo, dado que la finalidad va encauzada a evitar la reincidencia. La culpa dota a las conductas de estatus moral, lo que permite segregar comportamientos en función de si son de naturaleza desviada o conformista. La desviación lleva implícito un doble proceso: desafiliación con lo conformista y afiliación con lo desviado. La asunción de lo prohibido permite al sujeto tomar conciencia de la dualidad en la que vive y decidir a cual de los dos mundos quiere pertenecer.

Como posibles discusiones a este autor, señalar las apreciaciones que establece en su tesis Barroso Benítez (2003: 272) y que tienen como fondo las implicaciones que se derivan de su Sociología de la Motivación. En concreto esta autora alude, tanto a la escasez como a la ambigüedad de las pruebas empíricas que puedan apoyar la idea de la neutralización del vínculo moral de las normas sociales. Las motivaciones que se esconden debajo de un comportamiento desviado pueden ser múltiples y de grado muy variable, hecho que implicaría un esquema de la *neutralización moral* mucho más complejo que el establecido por este autor, ya que según argumenta esta misma autora, éste está basado en una *noción simple de la relación entre el individuo y su cultura*.

2.2.3.- Teorías Interaccionistas de la Reacción Social

Estas teorías ponen su acento en la semántica que adquiere el término de *control social*, de ahí que en algunos libros nos las encontremos rubricadas bajo la disposición taxonómica de *teorías del control social*. De forma global esto marcos teóricos parten de la inferencia de que las normas y su aplicación no constituyen una realidad objetiva y neutral, sino todo lo contrario, éstas se configuran bajo una forma de control cultural y socialmente determinado. De ahí que su finalidad se centre, no tanto en comprender el porqué una persona quebranta la norma, sino como los mecanismos institucionales creados para ello (instituciones de control social) definen y sancionan a los sujetos titulares de conductas desviadas.

Independientemente de su entramado estructural (más simple o más complejo), toda sociedad tiende a dotarse de una serie de mecanismos que les permitan mantener bajo control o dominio a sus conciudadanos. Bajo el *ethos* de la conformidad social, la sociedad ejerce su dominio a través de lo que se conoce como *reacción social*. Término que a efectos sociológicos está vinculado con la respuesta reprobatoria que la opinión social otorga a la conducta que, en aplicación de sus criterios, se aparta de lo social y formalmente establecido. De ahí, que desviación y reacción social se tornen como dos conceptos prácticamente interdependientes o indisolubles.

Para los teóricos del control social los mecanismos de contención social, representados bajo la signatura de las instituciones socializadoras, encuentran su justificación en el paradigma básico de que el individuo de manera natural tiende a la desviación social, dado que el deseo humano no tiene límites. Esta idea alimenta la necesidad de legitimar las estructuras de control y de dominación, que tan bien supo expresar Thomas Hobbes en su obra *El Leviatán*. Este filósofo inglés estableció la necesidad de que el hombre, una vez era consciente de su inseguridad, tenía que prescindir o renunciar a una parte de su derecho para transferírselo a un poder absoluto (poder del estado) que le garantizase un estado de quietud u orden.

¿Cómo se puede garantizar el orden social? Esta orientación teórica centra su atención en analizar la naturaleza de la relación que debe de establecerse entre el individuo y la sociedad. Se es consciente de que, cuánto más débil sea el lazo social creado entre ambos, mayores serán los niveles de desviación. De ahí, que la solidez de la vinculación social, el compromiso con la legitimidad, la implicación en funciones legales y la identificación con los principios o valores predominantes, sean considerados como los elementos que introduzcan mayores garantías de integración social.

Parte de la importancia de esta perspectiva reside en darnos unas claves conceptuales que nos permiten comprender porqué algunas personas muestran una capacidad mayor de acatamiento de la norma que otras, aún teniendo las dos las mismas oportunidades para hacerlo. Los argumentos clásicos nos llevan a dar como razones fundamentales la capacidad de *recompensa social* y el *temor a la pena*. La conformidad a las normas ofrece más posibilidades de obtener recompensas sociales lo que hace que estas actúen como verdadera fuerzas de contención. El temor al castigo o la pena hacen que muchos sujetos reflexionen si les compensa convertir sus deseos en actos desviados. No obstante, la decisión puede estar ligada a otro tipo de condicionamientos individuales, sociales y morales.

2.2.3.1.- Teorías del Etiquetamiento (Labeling)

A estas teorías se les reconoce la valía de ser las primeras en estudiar los procesos, a través de los cuales los mecanismos de control social consiguen la estigmatización y exclusión de los sujetos desviados. Para ello se centran en analizar tanto los efectos negativos, que sobre las conductas tienen, los procesos de reacción social; como en las transformaciones que se dan en la identidad del sujeto una vez es etiquetado o estigmatizado como desviado (el *self* interaccionista). Su línea de razonamiento se basa, como bien expone Herrero (1988), en desligarse de cualquier formulación que tengan que ver con la etiología de la desviación, ya que consideran la desviación como algo no ontológico o real, sino definitorial[15]. Más que criminalidad, para los teóricos del *labeling*, lo que se produce es un proceso de incriminación, ya que son los sistemas de control social (organismos legislativos, ejecutivos y judiciales) los que clasifican a las personas en función de una estigmatización binaria: "desviado/no desviado".

Esta orientación teórica ha sido desarrollada por la nominada como *Nueva Escuela de Chicago*[16] cuyos autores más importantes han sido *Edwin M. Lemert* (1972) que aporta una línea teórica considerada como más moderada y *Howard S. Becker* (1971) despliega la visión más radical.

La perspectiva teórica del *labeling* de *Edwin M. Lemert* (1972) está estructurada bajo un doble marco conceptual: desviación primaria y desviación secundaria. Dentro del proceso de etiquetamiento la *desviación primaria* se manifiesta como el primer paso hacia la carrera delictiva, donde el sujeto, todavía, no se siente identificado como desviado. La *desviación secundaria* implica la reafirmación de la desviación ya que en esta fase se produce la afirmación de las reacciones sociales. En un intento de reparar la desviación primaria, la reacción social actúa consiguiendo una transformación en la identidad del sujeto (autopercepción), asignándole un nuevo estatus con efectos estigmatizadores -*desviado*-. Para llegar a este estatus Lemert (Vega, 1989: 422-424) establece un modelo secuencial que explica como se da el paso hacia la desviación secundaria. En concreto lo denomina como *modelo de desviación de rotulación de secuencias* y que consiste en:

1. *Desviación primaria:* Está producida por una inadaptación escolar potenciada por el escaso capital cultural.

2. *Castigo:* Contempla, tanto la penalización de los malos resultados a nivel de calificaciones, como las advertencia y amonestaciones de los maestros.

[15] Realmente lo desviado de una conducta depende de un proceso de *definición* -atribuir a la conducta el carácter de delito- y de *selección* -etiquetar al autor de la conducta. De ahí que este enfoque determine de que es el propio control social el que crea la criminalidad, además de ser altamente discriminativo y selectivo, ya que tiende a etiquetar en base a un criterio de rol o estatus social.

[16] Denominada también como Segunda Generación de la Escuela de Chicago.

3. *Nueva desviación primaria*: Reincidencia en el comportamiento desviado.

4. *Mayor castigo y tentativa de exclusión de la escuela*: amenaza de expulsión o salida temporal de la escuela.

5. *Desviación ulterior u hostilidad por el castigo recibido*: Normalmente traducida en enfrentamientos con los compañeros y docentes.

6. *Refuerzo de la conducta desviada*: Como reacción al castigo y proceso de etiquetaje.

7. *Aceptación de su estatus de desviado y esfuerzo para perfeccionarse en este nuevo papel de desviado.* Producción del efecto estigmatizador en la persona que acaba por asumir y organizar su vida en torno a su nueva identidad de desviado.

Debemos señalar que la palabra clave, a tener en cuenta, en este enfoque teórico es la de *reincidencia*. La desviación debe de contemplarse como un proceso que toma afianzamiento a través de las continuas interacciones[17] que va llevando a cabo el sujeto con los significados, que tanto él, como los que interactúan con él les otorgan. La reincidencia en el comportamiento desviado determinará no sólo la verdadera identidad desviada del sujeto, sino que consolidará la nueva valoración que la sociedad hace de ella. Adjudicada la identidad de desviado será muy difícil desprenderse de ella, sintiéndose en muchas ocasiones atrapado por ella. Puede darse el caso que por mucho que intente desempeñar un nuevo rol, la conducta de esa persona será apreciada como un intento de simular lo que *no se es*. Autocumplida la profecía, la persona desviada acaba colaborando en su propio proceso de estigmatización y exclusión social. De una comprensión abstracta se pasa a una comprensión concreta, ya que en la representación de la conducta entra a formar parte un nuevo actor -*el control social*- dando un nuevo giro semántico a la acción. Ser representante de un colectivo lleva implícito el afianzamiento de un sistema social dual y la conformación de un sofisticado aparato represivo como respuesta a la reacción social originada por las conductas establecidas fuera de la norma. De ahí, que podamos resumir el proceso metodológico en la siguiente ecuación: "Acción desviada - Reacción social - Identidad desviada - Personificación de la desviación - Etiquetaje - Estigmatización social".

Por su parte *Howard S. Becker* (1985) establece una visión más radical al inferir que los que realmente crean la desviación e instauran la legalidad de la desviación

[17] Debemos de tener en cuenta que este enfoque casa, como bien expone Barroso Benítez (2003: 277), con las tesis interaccionistas de G.H. Mead. La coincidencia reside tanto en *destacar la relevancia de las condiciones sociales en la génesis del comportamiento humano, como en el papel que le corresponde al propio sujeto respondiendo a aquellas e interpretándolas como protagonista activo de un proceso de recíproca interacción en el que es tanto creador como producto o resultado de su medio social, sujeto y objeto de un mismo proceso*.

(sistema normativo) son los grupos sociales. Para este autor, la atribución de la responsabilidad no reside en el acto cometido, sino en la consecuencia derivada de la propia aplicación que los demás hacen, teniendo como punto de inflexión la norma: *El desviado es aquel que ha sido etiquetado como tal, y el comportamiento desviado es aquel que la colectividad califica con esa etiqueta* (Vázquez, 2003: 104).

El planteamiento de Becker (1985) puede resultar sencillo si tenemos en cuenta que para él, las causas de la desviación tienen que ver con las formas que revisten los ordenamientos sociales de cada época. Él parte del hecho de que toda sociedad está organizada bajo la polarización de bloques opuestos tratando de imponer su política moral, manejando para ello, los mecanismos de control social, por lo que las definiciones de la desviación siempre van a estar sujetas a disputas y negociaciones. En este esquema cualquier acto de disenso, delito o desviación es valorado como un modo de hacer frente al poder, la dominación y la autoridad. Cómo orígenes mediatos de la desviación, este autor, muestra al contexto general de desigualdades económicas y políticas y como inmediatos apoya o defiende una teoría social de la criminalidad que reconozca que los sujetos pueden elegir conscientemente la carrera de la desviación como única solución a los problemas que plantea una sociedad contradictoria.

Como rémora de esta situación conceptualizadora, podemos encontrarnos situaciones conductuales, que a vista de los demás pueden ser catalogadas como de ilícitas, aún no siendo en sí mismas constitutivas de delito. Limitación que nos hace pensar en la naturaleza falible de la desviación, al introducir un elemento tan dúctil como es el de la percepción. De hecho este autor establece una clasificación de la conducta desviada teniendo en cuenta la distinción entre lo que es la percepción de la desviación y la desviación real. De la unión de estas dos dimensiones se obtienen cuatro modos de ver la conducta, tres de los cuales pasarían a ser designados como de desviados (Véase Cuadro 71): el falsamente acusado, la desviación pura y la desviación secreta.

CUADRO Nº 71

Tipología de Howard S. Becker Relación entre Percepción de la Conducta y Conducta Real		
Tipos	**Conducta conformista**	**Conducta no conformista**
Percibida como desviada	Falsamente acusado	Desviación Pura
No percibida como desviada	Conformista	Desviación Secreta

Fuente: Vázquez González, C. (2003:105).

Del cuadro se desprende que tanto la conducta *conformista* como la de *desviación pura* encajan dentro del modelo de coherencia en que se sitúa la intersección de ambas dimensiones. No obstante, las disensiones saldrían de los otros dos tipos resultantes, que vendrían a significar o validar el famoso juego de palabras:

No son todos los que están, ni están todos los que son. El *falsamente acusado* se correspondería con la limitación que existe al ser calificado su comportamiento como de desviado sin haber quebrantado regla o ley socialmente establecida. Mientras que la *desviación secreta* señala aquellas conductas que aún siendo ilegales no se valoran como tal al no estar desenmascaradas abiertamente.

Al igual que Lemert, Becker también establece un modelo de secuencia ordenada de la conducta desviada. En concreto señala las siguientes etapas (Barroso, Benítez, 2003: 280-282):

1. El camino comienza con la diligencia de un acto desviado, fundamentalmente intencional[18].

2. El segundo paso se sitúa en el perfeccionamiento de motivos e intereses desviados. La interacción con otros sujetos de mayor nivel de desviación permite aprender y valorar nuevas experiencias desviadas.

3. La etiquetación pública de la desviación lleva implícita consecuencias muy graves para los sujetos que son calificados como tal: cambio en la identidad pública (nuevo estatus) y cambio en su identidad personal (autodecepción de sí mismo). Colocada la etiqueta, la opinión pública pasará a identificarlo tal cual es definido por el labeling, aún ya no se dé esa situación.

4. La calificación general de desviado origina lo que se conoce como profecía autocumplida: la internalización del rol de desviado tiene como efecto la pérdida de la capacidad de impulsar la conformidad. Desde el ámbito social se presiona a las personas para que actúen de acuerdo al nuevo rol adquirido, de ahí que se les exija quebrantar la norma.

5. Formar parte del grupo desviado organizado y participar en una cultura desviada, se perfilan como los pasos perentorios y finales en la trayectoria del proceso de desviación.

¿De quién depende la desviación? Dentro de este enfoque teórico, la adjudicación que se hace de la responsabilidad, variará en función del grado de moderación del planteamiento. Si analizamos a Lemert (Vázquez, 2003) vemos que la responsabilidad se otorga teniendo en cuenta el estadio en el que se encuentre el proceso de desviación. Comisiona la responsabilidad de la desviación primaria a factores o causas personales, mientras que la atribución de la desviación secundaria se

[18] Recordemos que los actos desviados pueden ser intencionales o no. Pueden darse situaciones en las que la base de la conducta no está sujeta a deseo o motivo desviado, pero ésta es percibida como tal. Normalmente, la mala interpretación o el desconocimiento de las normas o reglas, suelen ser las causas que están detrás de este tipo de conductas. Recordemos otro de los intentos clasificatorios establecido por Judith Blake y Kingaley Davis (1964). Estos autores relacionan motivos y deseos desviados con actos desviados, llegando a la conclusión que motivos y deseos no siempre están conformes con la conducta ejecutada.

la adjudica a la sociedad. Sin embargo, Becker, delega toda la responsabilidad en el elemento social, ya que la construcción del *labeling* se efectúa teniendo en cuenta el poder social, que perfila el sistema normativo, dentro de un contexto histórico y cultural concreto.

Por último, resaltar el gran auge o repercusión que han tenido estas teorías a nivel general. Inherente a todo planteamiento teórico, las principales críticas realizadas a estas teorías pueden resolverse en dos direcciones. Las primeras tienen que ver con el hecho de que el *labeling* no ofrece explicaciones satisfactorias ni del origen, ni del desarrollo y la fijación de la desviación (Barroso Benítez, 2003). En concreto Gibbs (1966) y Mankoff (1971) ponen el acento en destacar la poca atención que este enfoque realiza de los orígenes de la acción desviada. La falta de significado de la conducta viene definida por obviar o anular la importancia que implica la primera fase en el proceso de desviación -la desviación primaria-. Las segundas hacen hincapié en la correlación automática que se establece entre los elementos *reacción social-desviación*, destacando las diferencias que deben de existir entre llevar a cabo un acto desviado y ser definido socialmente como desviado (sociogénesis de ambos procesos).

Marcando el inicio de un nuevo postulado teórico -tesis sociológicas del conflicto- se sitúan las críticas más sustanciales que se han hecho de este enfoque. En concreto Barroso Benítez (2003) destaca las llevadas a cabo por Melossi (1992) que advierte que una teoría del etiquetaje también debe de ocuparse de los elementos socio-estructurales que afectan al grado de probabilidad de que un correcto comportamiento sea definido como normal o desviado. Vemos que la crítica incide en llenar de contenido la parte de las teorías del etiquetamiento, que no tienen en cuenta la primera fase del proceso de desviación, donde las circunstancias socioeconómicas, tienen mucho que decir en los procesos de desviación social iniciados por muchas personas.

2.3.- MODELO CONFLICTIVISTA. VISIÓN CRÍTICA Y RADICAL DE LA DESVIACIÓN SOCIAL

A diferencia del modelo consensualista, y con unos índices mayores de radicalismo y crítica -si tenemos en cuenta el modelo interaccionista- surge el modelo basado en las teorías críticas y radicales del conflicto. Su punto de partida se centra en contemplar o analizar la sociedad como un sistema en continuo conflicto y cambio social. La ley se valora como un instrumento coercitivo y dominador que sólo representa la voluntad del que tienen poder y no el interés general. En este contexto la desviación social se convierte, como muy bien apunta Barroso Benítez (2003), en una cuestión política. Los procesos de estigmatización y criminalización van a estar regidos por los intereses de los grupos que regentan el poder (sistema normativo, el jurídico penal y el psiquiátrico).

Hirst (1988: 256) establece que una teoría radical de la desviación o la criminología crítica debe de procurar explicar y justificar al desviado o delincuente como un producto de las relaciones sociales, así como situar al criminal como víctima del proceso de rotulación y castigo que maniobra al servicio de los intereses del régimen establecido; de ahí que deba cuestionar la naturaleza de las leyes y valores de ese régimen y contemplarlos sólo como propios del régimen.

Platt (1974: 220) determina que una perspectiva radical debe de definir el delito como una violación de los derechos humanos definidos políticamente, de ahí que la solución del crimen pase principalmente por una transformación revolucionaria de la sociedad que elimine los sistemas económicos y políticos de explotación.

Desde un planteamiento sociológico más amplio, Taylor, Walton y Young (1988) sostienen que, si quiere avanzar como ciencia -la criminología radical- debe de tener el objetivo de construir una teoría que dé sentido a los cambios de la estructura del control social, la ley y el delito. Por ello, abogan por una criminología normativamente comprometida por la supresión de las desigualdades sociales, sosteniendo que esto sólo puede conseguirse de la mano del principio de libertad: *Libertad para poder poner en entredicho, no sólo las causas del delito, sino también las de las normas, que en sentido propio, crean el delito: las normas legales* (1988: 72).

Para estos autores, una teoría social de la desviación debe de incluir los siguientes elementos (1988: 292):

1. Debe poder entender los orígenes mediatos del acto desviado en función de la situación económica y política rápidamente cambiante de la sociedad industrial avanzada.

2. Debe poder explicar los acontecimientos, experiencias o cambios estructurales que precipitan el acto desviado.

3. Tiene que poder explicar la relación entre las creencias y la acción, entre la racionalidad óptima de los hombres que han elegido y la conducta que realmente manifiestan, que le hombre cuando opta por conducirse en forma desviada elige a conciencia.

4. Debe explicar las posibilidades y las condiciones que determinan la reacción del grupo social contra lo desviado.

5. Debe instaurar un modelo efectivo de los imperativos políticos y económicos que sirven de base a la persecución de ciertos tipos de delincuencia o para lograr que ciertos comportamientos dejen de figurar en la categoría de ilegales.

6. Exige entender que la reacción que tiene el hombre ante le rechazo o la estigmatización está vinculada con la elección consciente que precipitó su infracción inicial.

De todo esto es fácil determinar que para esta perspectiva teórica, las causas del delito están inexorablemente relacionadas con las formas que revisten los ordenamientos socio-jurídicos de la época; de ahí que para poder derogar o anular la desviación o el delito sea necesario un cambio muy sustancial en esos mismos ordenamientos sociales.

La teoría crítica o radical del conflicto se suele asociar con el pensamiento marxista, aunque algunas de sus orientaciones no casen, en pleno sentido, con el esquema tradicional marxista. No obstante, conviene señalar el apunte que realiza Barroso Benítez (2003) al considerar que no existe un corpus teórico de la desviación social que proceda de los principales exponentes marxistas, si quiera en la propia literatura marxista. Sí pueden señalarse algunas de las preposiciones desde las que el marxismo ha influido en trabajos que pueden ser nominados bajo la perspectiva crítica o radical del conflicto.

2.3.1.- Perspectiva Marxista de la Desviación

Las principales reflexiones marxistas sobre la conducta desviada vienen de la mano de sus principales pensadores -Marx y Engels-. Barroso Benítez (2003) destaca que las escasas referencias empíricas que realizan estos pensadores de la desviación y el delito hay que situarlas en las cuestiones más generales de la economía política. Afín a este pensamiento, la conducta desviada debe ser interpretada de acuerdo a las exigencias de la estructura económica política (determinismo económico). Bajo esta noción se plantea el delito como producto de las relaciones económicas no equitativas en un contexto de conmiseración (pobreza generalizada). La desviación se contempla como una respuesta necesaria a la suspensión de las oportunidades vitales bajo el sistema capitalista.

Estas ideas hacen posible que, dentro de un marco más amplio (macrosocial), pueda establecerse una teoría de la desviación cuyo fin se basa en determinar y explicar como los períodos históricos están representados o configurados por un conjunto de sistemas de relaciones sociales y medios de producción que terminan por decretar la sociedad en función de los intereses de los económico y políticamente más poderosos.

Entre las aportaciones más sujetas a la perspectiva criminológica marxista Barroso Benítez (2003) destaca el planteamiento desarrollado por M. Pavarini (1983).

Este autor destaca que la ontología (fin último) de la criminología marxista debe de basarse en encontrar los pilares que determinan cómo los órganos de definición y control del delito buscan perpetuar el sistema económico y de poder de las clases dominantes. Según explicita Pavarini (1983), este objetivo es abordable si tenemos en cuenta estas tres líneas de análisis: la economía política de la desviación, la economía política del control social y la política criminal propiamente dicha. Las relaciones entre ambos perfiles no son difíciles de trazar si tenemos en cuenta uno de los principios básicos de la ideología marxista: relacionar el sistema económico capitalista con los mecanismos de desvinculación social - marginación y desviación social-originados por la puesta en marcha de su modelo productivo.

A un modelo que proyecta la imagen de la desviación bajo un enfoque integracionista-positivista[19] (aplica el sistema capitalista) suele corresponderle un sistema de control social basado en un proceso de aplicación individualizado como respuesta de sometimiento necesaria, tanto para el sistema (mantener su orden social), como para el propio individuo (disciplina-aprendizaje). De nuevo vemos como una de las ideas tradicionales marxistas, vuelve a la palestra -la supeditación del entramado social al elemento económico-. Planteado de otra manera no es errado decir que: el sistema económico, que determina el ideológico-político, es el encargado de definir el modelo de control social (jurídico-penal) que a su vez decreta un modelo de política de criminalización o de desviación social basado, fundamentalmente, en el castigo como medida de dominio social.

La perspectiva marxista acepta, según explicita Pavarini, (1983: 154-155) como primera causa del delito la ausencia o privación de cualquier posibilidad material de poder llevar una vida plena. Cuestión que lleva a plantear cómo única solución *la socialización de los medios de producción, la superación del trabajo asalariado y la recomposición social de la división del trabajo*. Puntos todos ellos cruciales de todo proyecto de transformación revolucionaria de la sociedad burguesa. La alternativa política pasa por diseñar un modelo de estado menos marginador, liberado de cualquier categoría ético-burguesa sobre las que se funda todo el aparato coercitivo o represivo.

2.3.2. Perspectiva Crítica y Radical del Conflicto

[19] Este enfoque vincula la desviación con la biografía personal del individuo intentando descifrar las causas biológicas, psicológicas y medioambientales que llevan a una persona a mantener un comportamiento desviado. Entre otras teorías se aplica la de la *medición de cráneos* que hacía Césare Lombroso en el siglo XIX, o las actuales teorías del *gen egoísta,* teoría desarrollada por el etólogo británico Richard Dawkins y que se recoge en su obra: *El gen egoísta: las bases biológicas de nuestra conducta* publicada en 1976. En ella se divulgan las tesis de la sociobiología sentadas anteriormente por O. Wilson en su obra *Sociobiología* publicada en 1975.

Esta posición emana de lo que se ha dado a conocer como tercera etapa de la Escuela de Chicago. Entre sus iniciadores se sitúan a D. Downes (1966), J.R. Lambert (1970) y John Rex (1973). Su aparición va unida a un fin de década (1960) prolija en movimientos contestatarios, dónde hace su aparición la denominada como *Nueva sociología*, que rebate o pone en tela de juicio el academicismo tradicional y hegemónico del paradigma consensualista en el que se sustenta la mayoría de las teorías de la desviación hasta ese momento.

En contraposición al razonamiento establecido por los primeros teóricos de la Escuela de Chicago (analogía biológica aplicada al contexto urbano), esta nueva etapa se mueve bajo planteamientos más críticos reinterpretando la nueva realidad ecológica urbana. Ya no se habla de selección natural donde sólo sobreviven los más aptos, sino que parten de la idea, como muy expresa Barroso Benítez (2003: 292), de que el espacio social -trabajo, vivienda, recreación- es un ámbito de lucha de clases, donde ciertos individuos se ven privados de un acceso igualitario a las oportunidades vitales, bajo los argumentos de segregación y discriminación social.

Los sociólogos radicales de la desviación parten de la idea de que los que ostentan el poder económico, política y social son los únicos que pueden acceder a dominar el espacio, relegando a las clases populares hacia las zonas menos privilegiadas. De ahí que consideren, que una gran parte de los comportamientos desviados, tiene su origen en esta situación limitante que les aparta o aleja de los recursos vitales necesarios para llevar una vida plena.

Aunque este nuevo enfoque tiene sus limitaciones[20], va a permitirnos extraer dos líneas interesantes desde dónde poder analizar el comportamiento desviado. Concretamente se señalan (Barroso Benítez, 2003: 293):

1. Introducen un nuevo aporte sociológico al establecer cómo la lucha de intereses de clase en el orden material tiene como resultado los desplazamientos espaciales y por ende los sociales.

2. Bajo la división del espacio residencial, esta perspectiva incorpora una interpretación del conflicto, del cambio y desigualdad social, introduciendo la posibilidad de recusar la concepción estática de una cultura y estructura de clases sociales estancadas.

[20] Barroso Benítez (2003: 293) plantea como principal limitación el hecho de que no sirve como modelo de análisis general debido a que, la reducción de su ámbito de aplicación -ámbito urbano-, les hace obviar mecanismos estructurales y culturales más complejos, como pueden ser: las divisiones procedentes de las diferencias étnicas, los flujos migratorios y los cambios originados por la economía globalizada.

Entre los que formularon sus tesis desde la óptica del conflicto se encuentra Richard Quinney (1977). Criminólogo, su interés se centra en la construcción social del delito desde el marco radical del conflicto. Entre sus aportaciones bibliográficas sobresalen: *Crime and Justce in Society* (1969) donde recoge que un sociedad políticamente organizada se sustenta en una estructura de intereses que se caracteriza por la distribución desigual del poder y por el conflicto, por lo que la norma será definida y aplicada en el marco de esas estructura de intereses; y *Class, State and Crime* (1977) donde, entre otras cosas de interés, afirma que la ley penal constituye la base del régimen capitalista, convirtiéndose en el instrumento coercitivo del poder estatal y empleado por él y por su clase dominante para hacer cumplir el orden económico y social existente.

Entre sus temas, la criminología crítica ha contemplado la problemática de la delincuencia e inadaptación juvenil como un tema de sumo interés. Concretamente Anthony Platt (1977) lleva a cabo en su obra -The Child Savers- una discusión nada trivial sobre el contexto político que da origen a los tribunales juveniles rechazando de lleno la filosofía que los fundamenta. Arguye que éstos sólo fueron creados para satisfacer los intereses de las clases medias dominantes. Al igual que explicita que debajo de cualquier definición de delito se esconde una forma de controlar a las clases sociales subordinadas. De ahí que, lejos de alabar la utilidad del movimiento del sistema de justicia juvenil, Platt se centró en criticar tanto, el papel adiestrador (en los valores de la clase media y la ideología conservadora) que se le otorgó, como en su raíz prohibicionista. Lo que en principio parecía un movimiento transformador de las vidas de los adolescentes, pronto se descubrió que en realidad era un programa de oligarquía moral que propugnaba la salvación de los jóvenes de todo aquello que pusiera en riesgo su integridad o candidez (pornografía, alcohol, tabaco, etc.)

Por su parte, Ian Taylor (1999) circunscribe el análisis de los problemas de los jóvenes a un contexto más actual como es el de la sociedad capitalista de libre mercado. Lejos de declinar, las diferencias de clase han aumentado cimentadas en una nueva lógica: la consumista. El afanoso consumismo pone más en valor el ya tradicional lema de “tanto tienes tanto vales” que condena a una gran parte de la población juvenil a la frustración. Entre los problemas más importantes, este autor destaca:

- El paulatino empobrecimiento de la población lleva a una distancia material cada vez más grande entre los pobres y el consumo de bienes de mercado. Esto ha contribuido al estallido de todo tipo de delitos relacionados con el factor económico como son los hurtos, los robos y otras formas de delitos patrimoniales.

- El desempleo, los escenarios laborales de temporalidad, escasa remuneración y bajo condiciones de explotación física y psíquica, determina que los jóvenes tengan que posponer su independencia y con ello su proyecto vital.

- El riesgo y la inseguridad en la que viven instalados los jóvenes se ve evidenciado en la omnipresencia de las adicciones y en la proliferación de conductas delictivas violentas y de delitos sexuales.

De todo esto se desprende que el tratamiento de la delincuencia, para este enfoque, no puede hacerse desde los planteamientos de la criminología tradicional (buscar los factores que concurren en el delito). Los teóricos de la criminología crítica partidarios de la teoría de la desviación inciden en resaltar los problemas que tiene la sociedad, para que éstos sean solucionados, y con ello acabar con gran parte de la delincuencia.

La principal detracción que se le ha realizado a los enfoques críticos y radicales del conflicto, tiene que ver con la visión tan reduccionista que tienen del poder sobre la conducta humana. Barroso Benítez (2003) destaca el hecho de que bajo esta interpretación se tiende a negar la posibilidad de que el individuo pueda tener alguna capacidad de acción o maniobra frente a las estructuras de poder, tanto para decidir llevar un comportamiento normal o desviado. Reduccionismo del que también hace gala Taylor cuando alude que bajo esta visión *sólo se puede ser desviado cuando se es etiquetado como tal por los intereses poderosos de la época o cuando se ocupa una posición de desventaja en esa sociedad desigual* (1997: 283); dado que deja fuera a todos aquellos sujetos que estando muy bien posicionados en la estructura social llevan a cabo comportamientos desviados o delictivos.

Para concluir resaltaremos un hecho que resulta de la reflexión de lo escrito hasta ahora y que nos permiten enlazar con el punto siguiente. La vinculación de las adicciones sociales con el marco teórico de la desviación pone ante nosotros la posibilidad de relacionar el espacio *particular* con el *social* en un contexto de comportamientos que en muchos casos tienden a ser *voluntarios* y *transitorios*. Conductas que a su vez añaden la dificultad de que deben ser comprendidas al mismo tiempo como acciones *normales* y *patológicas*.

3.- APROXIMACIÓN A LOS ENUNCIADOS SOCIALES DEL CONSUMO. ANÁLISIS DE LAS ADICCIONES SOCIALES DESDE EL MARCO DE LAS TRANSFORMACIONES SOCIALES

En plena era de las megatendencias, la globalización, la informática y la ecología virtual, el grupo de las adicciones sociales constituye una plaga de expansión muy acelerada, que tiene un impacto devastador en la sociedad moderna cuyo ethos social prioriza el consumismo, el full confort, el hedonismo y el materialismo con la consecuente vacuidad espiritual. O lo que es lo mismo, las adicciones sociales representan o simbolizan un malestar muy profundo que marca la cultura y el sentido ético de la sociedad actual. De ahí que nos preguntemos si realmente estamos asistiendo a un proceso de culturización y normalización de este fenómeno social.

A la sociedad actual se le recrimina la facilidad con la que es capaz de generar antídotos para mitigar la constante insatisfacción que suscita entre sus vástagos. Los inconvenientes para encontrar un sitio en la sociedad, el miedo al futuro y la huida hacia una vida ilusoria y ficticia son los factores que subyacen en la mayoría de las historias de los adictos. Tanto la sociología, la psicología como la filosofía, coinciden en determinar que el factor principal por la que un sujeto puede acabar inmiscuido en el mundo adictivo es la ausencia de motivaciones claras y convincentes sobre la vida, la exigüidad de puntos de referencia, el desierto de valores, la vida huera o falta de sentido, que no merece la pena ser vivida, en palabras de Cañas (2004: 42): *el sentimiento trágico y desolador de ser viajeros desconocidos en un universo absurdo que empuja a las huidas exasperadas y desesperadas*.

Cuanto más avanzamos en el estudio de este fenómeno social, más fácil nos resulta argumentar la dificultad que entraña el tener que desligar la perspectiva individual y la social. El fundamento de la adicción no hay que buscarlo en la conducta, el objeto o la sustancia, sino que gravita en la propia persona que tiene necesidad de sentir que los necesita. El joven que se engancha a la realidad virtual o el adulto que vive las veinticuatro horas para el trabajo se hacen adictos a algo que no modifica en nada su suerte, sólo intentan evadirse de una realidad que sigue estando ahí y que cuanto más intenten ignorarla menos fortaleza tendrán para sufrirla o sobrellevarla. Las adicciones se revelan como una salida fallida a la necesidad existencial de hallar la felicidad, a través de la búsqueda del placer, intentando anestesiar la angustia y el dolor de una vida que no corresponde a la ideada.

Pero esto no ocurre de un día para otro. Nadie yace *no adicto* y se levanta *adicto*. Como bien reflejaremos, en capítulos posteriores, la aceptación del modelo adictivo como pauta definitoria de un estilo de vida, lleva implícito la idea de secuencialidad. De ahí la necesidad de entenderlo como un proceso que va alimentándose de su propia dinámica interna. Concretamente, acaba operando de forma inversamente proporcional, es decir, a medida que el sujeto incrementa su grado de aislamiento social termina acentuando su deficiente modelo de integración social.

¿Puede considerarse el fenómeno de la adición como una elección *mal adaptativa* a un sistema social? Desde nuestro punto de vista creemos que esta puede ser una de las inferencias que más posibilidades de validación tiene. Sobre todo, si basamos nuestra afirmación en considerar que cualquier conducta adictiva suele ser el producto de las aflicciones que el sujeto experimenta en sus valores y que reflejan la incapacidad de orientar su existencia vital, al estar ésta estructurada bajo proposiciones sociales que tienen como referentes un marco socio-cultural basado en el individualismo, el nihilismo, la indiferencia pura, el consumismo y el pragmatismo. Es lo que, con mucho atino, autores como Lypovetsky (1995) ha definido como la *era del vacío* cuando referencia al marco socio-cultural, Rojas (1992) al *hombre light*

cuando reseña al sujeto que anida en esa era del vacío, y De las Heras (2005) a la *sociedad neurótica* cuando alude a la naturaleza del nuevo marco social.

¿De qué manera este nuevo marco social se erige como pilar o fundamento de las adicciones sociales? Si tuviéramos que delinear los perfiles de este entramado social, no nos quedaría más opción que remitirnos al análisis de los rasgos que demarcan el nuevo sistema socio-cultural. De forma general e imprecisa se habla de la testificación del declive de los valores tradicionales, de la inhibición del sentimiento moral de la vergüenza y el pudor, del cambio de las categorías tiempo y espacio, de la horizontalidad de la jerarquía de los valores personales, sociales y familiares, de la generalización y acoso del consumo, de la devaluación del pensamiento y la primacía de la emoción, de cambios en la estructura familiar y en la función de los hijos, etc. Pero ¿qué hay de realidad en todo en todo?

Salvada la vieja rémora de que los problemas psico-sociales no devienen sólo por experiencias accidentales del individuo, podemos empezar la exploración, poniendo sobre la mesa, una cuestión muy importante y que tiene que ver, como muy bien esboza De las Heras (2005), con la situación de estar viviendo en un proceso de continuas contradicciones sociales casi imposibles de reconciliar. El primer contrasentido lo hallaríamos, sin apenas esfuerzo, al tratar de contestar a la siguiente incógnita ¿Es fácil armonizar el éxito y la competencia desmedida con los valores de humildad y amor fraterno, que con tanto ahínco nos ha intentado inculcar el ideal cristiano? Realmente no. Dados a elegir -con seguridad- la inmensa mayoría se dejaría llevar por las mieles del éxito. Sin embargo, la realidad nos muestra que la posibilidad de elección es falaz. El camino que marcan los nuevos preceptos o imperativos sociales, no sólo nos llevan hacia él, sino que también, nos instruyen en cómo hay que realizar ese trayecto siguiendo los cánones socialmente legitimados, como pueden ser la competitividad, el hostigamiento e incluso la violencia. De hecho, uno de los grandes temores que aquejan a nuestra sociedad es verse invadida por el *carcinoma del fracaso*, dado que este acaba metastizando el prestigio socio-económico y la autoestima personal, siendo su secuela más temida el aislamiento social del sujeto.

Adelantándonos sobre lo escrito hasta ahora, veremos como la búsqueda del éxito y el miedo a la soledad se perfilaban, entre otras, como dos de las causas que están detrás de la mayoría de los tipos de adicciones sociales que veremos más adelante como son: las adicciones alimentarias, la consumopatía, la laboro-dependencia, la sexoadicción y las adicciones a las nuevas tecnologías.

Como segundo interrogante, este mismo autor, nos introduce de lleno en el hierático mundo de los deseos conmutados o transfigurados en necesidades. En este caso, la consigna consiste en otorgar un nuevo significado al campo de las necesidades. Se sobredimensionan, se crean o se estimulan, hasta la consunción, si con ello se consigue alimentar al *tiburón económico*. Sin pretenderlo, vivimos al amparo de la

doctrina consumista. No en vano, Baudrillard le otorga el estatus de nueva moral, poniéndonos sobre aviso, al denunciar que:

> *Así como la sociedad de la Edad Media encontraba su equilibrio apoyándose en Dios y en el diablo, la nuestra se equilibra buscando apoyo en el consumo y su denuncia. Alrededor del diablo podían organizarse herejías y sectas de magia negra, pero nuestra magia es blanca, ya no hay herejía posible en la abundancia*. *Es la blancura aséptica de una sociedad saturada, de una sociedad sin vértigo y sin historia, sin otro mito que ella misma* (2009: 14)

¿Qué valor adquieren las necesidades dentro de esta nueva doctrina social? Prácticamente el inverso al tenido hasta esos momentos. Ahora bien, esta conmutación hay que entenderla desde la idea de que la necesidad carece de valor sino va vinculada a la lógica consumista. En palabras de Baudrillard: *las necesidades no crean el consumo, es el consumo el que produce las necesidades* (2009: 34). El consumo edifica sus bases teniendo como referente esencial los deseos figurados instituidos en el sistema de signos, por lo que su interés queda fuera de la realidad de las necesidades, y de la utilidad o aplicabilidad que puedan tener los objetos.

Para este autor, las necesidades son ineludibles para el buen funcionamiento del sistema de signos que las crea, pero nunca para las personas. Son comparables a un modo de explotación, igual que lo es el trabajo, ya que se convierten en un mecanismo de poder al ser creadora de códigos, que delimitan el pensamiento, la percepción y la realidad. Pensemos por un momento, como hace Baudrillard (2009), la idea de que si el consumo fuera relativo al orden de las necesidades, debería conducirnos a una satisfacción, pero la realidad demuestra que eso no es así. El consumidor, no sólo no obtiene gozo o bienestar, sino que acaba anulado al verse atrapado por un sistema de símbolos o signos que le desgastan en tanto que consumidor.

El *consumir*, como acto que agota, puede ser descrito o vislumbrado como una forma de *alienación*. Situación que debe de ser entendida, según manifiesta Baudrillard: *no por lo que falta (lógica de la economía medieval), sino por lo que satisface, creando a la vez insatisfacción. El consumo se basa en la lógica de la carencia, ya que ésta, está ligada al sistema de producción y de manipulación de los significantes sociales que engendran esa insatisfacción crónica* (2009: 45)

No obstante, el consumo hay que pensarlo como un fenómeno social que comprende dos silogismos (razonamientos) que van unidos y que la incomprensión de uno supone la incomprensión del otro. De un lado tenemos el relativo a la *comunicación* que, inseparablemente, está ligado al valor signo (da sentido) que tienen todos los objetos, servicios y actos de consumo, De otro, el que tiene que ver con la *diferenciación* que también está atado al valor signo que tiene cada objeto y que viene dada, por el hecho, de que toda mercancía implica fundamentalmente valores de

estatus jerárquico. En una palabra, el valor signo necesita afianzarse en la diferencia para adquirir sentido.

Cómo vemos, el factor clave en la lógica del consumo habría que situarlo en el *valor signo*, dada la sumisión que parece tener el objeto con respecto a él. Baudrillard (2009) establece las razones de este vasallaje en la unión de estas dos ideas: 1.- los signos son fácilmente manipulables por la publicidad; 2.- la coherencia interna del signo está instituida en el principio de no satisfacer nunca completamente la necesidad y así dejar abierto permanentemente el deseo. De ello, concluye:

El consumidor no se para en la necesidad de satisfacer necesidades reales sino que aspira, por mediación del signo a satisfacer sin parar necesidades imaginarias, estimuladas por la publicidad e incitadas por el sistema de retribuciones simbólicas (2009:46).

De ahí que este autor teorice la sociedad de consumo como una sociedad basada o sustentada en un mundo de creencias y esperanzas que no tiene realidad porque no tiene valor racional y objetivo. Es un pensamiento mágico en el sentido en que el mito triunfa sobre lo racional, la creencia sobre el hecho y la ilusión sobre la verdad. Termina definiéndola *como una forma global que tienen los hombres y la sociedad de vivir en un imaginario colectivo* (Baudrillard, 2009: 48).

Pese a todo, las necesidades se nos legitiman bajo los epítetos de indispensables, meritorias y alcanzables. Pero, la verdad es otra bien distinta: *sólo son alcanzables para una exigua minoría*. Realidad diabólica a la que tienen que enfrentarse muchas de las personas que ven como sus deseos se hallan constantemente en disonancia con sus satisfacciones. Camino, de por sí, muy estresante al que hay que unir la sensación de frustración al no conseguir lo que uno anhela con tanto ahínco como es *hacer realidad todos los deseos*, dado que la nueva doctrina consumista nos empuja, e incluso obliga, a dejar de desear lo que necesitamos para pasar a necesitar lo que deseamos.

Bajo este nuevo parámetro, podemos situar uno de los lemas que, con bastante precisión, define la situación a la que está avocado el hombre de nuestros días*: consumes luego existes*. Lejos de asistir al fin de la sociedad de consumo, Lipovetsky (1995) nos previene de todo lo contrario. En realidad anuncia, que estamos asistiendo a su proceso de ensanchamiento, puesto que: *el hombre está destinado a consumir aunque sea de manera distinta, cada vez más objetos e informaciones, deportes y viajes,* formación *y relaciones, música y cuidados médicos. Eso es la sociedad posmoderna* (1995: 10).

Si desde siempre el poder social ha estado unido a la *cuestión material,* ahora más que nunca esta idea se ve reforzada o enfatizada dado que, el estatus social se

nos vende ligado, inexorablemente, a los servicios y materiales que puedan ser consumidos. De acuerdo a esto, se produce una auténtica metamorfosis, en la psique social e individual. De forma expresa el sujeto deja de ser el que compra para pasar a ser lo que compra: "yo soy el que compra" por el "yo soy lo que compro". La identidad de una persona queda relegada a un *vulgar carro de la compra,* dónde adquiere el mismo valor un objeto material, un sentimiento, una información, una creencia o un estilo de vida: *Todo es vendible*.

Ante este nuevo marco, es fácil aceptar la idea, que como interrogante introducíamos en la página número 577 de si estamos asistiendo a un proceso de normalización o culturización de las adicciones sociales. La sociedad, no sólo asume su riesgo, sino que trata de considerarlas como *daños colaterales*, a los que con el tiempo y una vez evidenciados, tratará de buscarles una solución, que es lo que actualmente, está ocurriendo.

Unido a lo anterior, aparece otra de las contradicciones que la sociedad, en su propio desarrollo, impone, o trata de imponer, y que tiene que ver con el hecho de hacer creer al individuo que es *libre e independiente* y que puede ordenar su vida conforme a su libre disposición, sin embargo esto en la práctica está muy limitado para la mayoría de las personas. En consecuencia, el sujeto se ve abocado a tener que vivir en una continua neurastenia, derivada de la pertinaz oscilación entre creerse capaz de determinar su propio destino, con la sensación de encontrase totalmente expugnable o frágil.

Esta nueva paradoja nos mete de lleno en el análisis de otra de las grandes metamorfosis operadas en nuestra sociedad. Del sujeto rico en individualidad y pleno a través de su capacidad de relación (ya sea interpersonal y/o social), hemos pasado al de individuo aislado en sí mismo, dedicado a la obtención de placer e incapaz de dirigir la mirada, más allá de los límites de su *apócrifa felicidad*. Pero, ¿Qué hay detrás del realce del individualismo como nuevo imperativo socio-cultural? De nuevo la respuesta se nos presenta fácil de numerar, a la par, que compleja de explicar, sino es dentro de los límites referenciales de la moderna doctrina social -neoconsumismo-. Si antes el individuo tenía que pasar por largas tribulaciones buscando su propia identidad -*su yo*- ahora el nuevo marco social se lo ofrece *a la carta*. Con esto no queremos decir que el sujeto, en general, viva sumido en el *ostracismo* o *desarraigo existencial*. Necio planteamiento sería, si así fuese, dado que es imposible obviar el hecho de que desde siempre, las personas se han visto en la necesidad de tener que argüir razonamientos, que les ayudasen a dar sentido a cuestiones tan esenciales como: ¿Quién ser?, ¿Qué hacer? Y ¿Cómo actuar? Lo que ha cambiado es el principio inspirador sobre el que cimentar esa búsqueda. De la identidad basada en la *búsqueda del ser*, hemos pasado a la que se *sustenta en el tener*.

¿Qué papel representa el individualismo dentro de este nuevo escenario social? Como rasgo característico de la cultura y de las sociedades, el individualismo no es algo nuevo. En las ciencias sociales este tema ha sido ampliamente estudiado por numerosos autores (entre ellos: Durkheim, Weber, Parsons, Aristóteles, etc.). Si en principio pretendiéramos unificar individualismo con retraimiento, apartamiento o desconexión, Ulrich Beck (1997), aconseja nos despojemos de ese camino conceptual erróneo y entendamos el concepto como un proceso provisto de dos momentos: *el de desvinculación que dará paso al de revinculación*. ¿Qué significado adopta este proceso? Concretamente, consistiría en la sustitución de las antiguas formas de vida por otras nuevas, en las que el individuo debe de erigir, por sí mismo, su propia biografía: *Crear un nuevo marco desde donde conducir y organizar la vida, ya no obligatorio y vinculado a modelos tradicionales, sino basada en el estado de bienestar* (1997: 29).

El cambio operado restituye el valor difuminado del individuo en detrimento del valor social (individuo frente a comunidad). En concreto, perfila al sujeto como inventor de su propia vida. Tiene que ser capaz de producir, implementar y dirigir, no sólo su historia, sino también su identidad, sus redes sociales, sus compromisos y sus convicciones. Pero, de nuevo aparece el ardid o la trampa: La individualización no está basada en la libre decisión o elección de los individuos. Como bien dice Ulrick Beck (1997) ésta simplemente hay que entenderla como la descomposición de las convicciones de la sociedad industrial y la obligación de inquirir y hallar certezas nuevas en un mismo. Implica que la biografía estándar se convierte en lo que Giddens (1998) denomina como *biografía reflexiva* o Ronald Hitzler (1997) como *biografía de elección*, o biografía de *hágalo usted mismo*.

Pese a todo, no es verdaderamente axiomático que estemos sometidos a una carencia de sentido o a una deslegitimación total. A parte de anotarnos esta idea, Lypovetsky, la justifica basándose en la concepción de que en la era posmoderna permanece un valor esencial, imperceptible e indiscutido a través de sus manifestaciones múltiples: *el individuo y su cada vez más proclamado derecho a realizarse, de ser libre en la medida en que las técnicas de control social despliegan dispositivos cada vez más sofisticados y humanos* (1995: 11).

Como vemos, en esta nueva época neoliberal y globalizada, la *cultura del yo* descansa en la imagen de un yo humano libre y soberano (autárquico). Capaz de dominar él solo la totalidad de su vida y así conseguir el deseo más preciado, hoy en día, que es poder "vivir la propia vida". Sin embargo, la vida no es privativa, sino todo lo contrario, está estandarizada, en la que el interés del individuo y de la sociedad racionalizada están inexorablemente interconectados. Es lo que Ulrick Beck (1997) ha denominado como *individualismo institucionalizado*. Término que se traduce en una vinculación de la vida personal del individuo a las instituciones. El sujeto ideológicamente puede ser autosuficiente, pero formalmente está atado a las regulaciones sociales.

El hombre de hoy tiene la sensación de estar viviendo en la cuerda floja. Situación que se refleja tanto, en tener que encararse (por momento histórico) a una sociedad invadida por la incertidumbre, como en el hecho de tener que correr el riesgo de enfrentarse a ella sin salir destronado. No hay cabida para los errores. Equivocarse lleva implícito el estigma de persona no válida. El fracaso va ligado a lo personal, ya que pertenece al ámbito de la autorresponsabilidad. Las desventuras de la vida nada tienen que ver con la dimensión social, pero sí con lo personal (decisiones, logros, derrotas, etc.). Se carga al individuo con la responsabilidad y con la obligatoriedad de tener que afrontar su propio destino. En palabras de Zigmunt Bauman: *la individualización más que libre elección es un destino. Ni siquiera la opción de escapar de la individualización entra en juego, porque no es posible. La autosuficiencia del individuo puede ser sólo una ilusión* (2009: 60).

Por su parte, González Duro (2005) configura la llamada individualización como un híbrido compuesto de conciencia de consumo y de autoconciencia que surge, esta última, de la búsqueda y de la incertidumbre. Los riesgos y las incertidumbres siguen estando socialmente producidos, sin embargo se responsabiliza y se pide, al individuo, que sea capaz de afrontarlos por sí mismo. Previsiblemente, la inseguridad, la inestabilidad y la no continuidad de nada, son los pilares sobre los que se asientan los nuevos modelos de vida, estructurados bajo bases adictivas.

De todo esto da fe, la idea cada vez más asumida de que el *virus de las adicciones* ha encontrado en la sociedad postmoderna su *hábitus natural*. No en vano, Giddens (1995) haya un hilo conector entre adicción, reflexividad y autonomía del yo. Concretamente, nos remite a la idea de que la adicción indica un modo particular de control sobre las partes de la vida cotidiana y también sobre el yo. Su especificidad debe ser entendida en términos de una sociedad en la que la tradición ha sido eliminada y en la que el proyecto reflexivo del yo asume una importancia excepcional, puesto que parte de su vida deja de estar conformadas por modelos o hábitos preexistentes, viéndose en la exigencia de tener que estar, continuamente, negociando opciones de estilo de vida que marcarán la naturaleza constitutiva de la reflexividad de su yo.

De ahí, que la idea de adicción tenga poco sentido en una cultura tradicional donde el presente viene determinado por el pasado y el futuro es predecible (es normal hacer hoy lo mismo que ayer y probablemente lo mismo que se hará mañana). Donde todo está establecido de antemano, controlado y obedecido, es difícil que se asienten y mucho menos proliferen, este tipo de conductas. Las adiciones, son para este autor, modos de conducta que se introducen (de forma consecuente) en el proyecto reflexivo del yo, pero que rechazan quedar incorporadas en el mismo. La adicción denota incapacidad de *colonizar el futuro*. Independientemente de que sea valorada como reacción defensiva o válvula de escape, ésta debe de ser reconocida como una falsa autonomía que cuestiona la competencia y amenaza la integridad del yo. Un yo sumido en una búsqueda constante de sensaciones fuertes, tendente al

hedonismo narcisista. No en vano, Zygmunt Bauman (2009) define al hombre postmoderno como un *buscador de sensaciones* que encuentra en la novedad y en el miedo a la rutina y al aburrimiento la chispa que convierta su vida en algo más soportable. El dinero, el juego, nuevos objetos, experiencias sexuales, retos profesionales, todo vale, siempre y cuando, sirvan para satisfacer los deseos de novedad, aventura o riesgo.

Desde la lógica postmoderna, las adicciones hay que entenderlas como una forma más de elección (eso sí errada), dentro de la multiplicidad de posibilidades que puede ofrecernos cualquier aspecto de la vida cotidiana. La facilidad con la que hoy una persona puede volverse adicta a cualquier cosa o conducta es un indicador, según establece Giddens, de hasta qué punto es comprehensiva, la disolución de la tradición, apuntando que:

E*l avance de la adicción es un rasgo muy significativo del universo social postmoderno, pero también un síntoma negativo del proceso mismo de destradicionalización de la sociedad* (1997: 94).

Las adicciones son contempladas, por este autor, como elementos esencialmente *hipnóticos* o *narcotizantes* y que están determinadas por las siguientes características (Giddens, 2009: 73-74):

1.- Lo *elevado*. Debe de ser contemplado como un sentimiento momentáneo de exaltación que la persona disfruta cuando se produce un momento de liberación. Es una experiencia que se sitúa fuera de lo ordinario. A veces, puede convertirse en un sentimiento de triunfo o relajación. Antes de conmutar en un proceso de adicción, lo *elevado* implica una experiencia intrínseca gratificante. Establecido el modelo adictivo, el sentimiento de liberación va a predominar sobre las demás características inherentes.

2.- Lo *fijo*. Cuando un sujeto es adicto a una conducta específica, el objetivo de lograr algo *elevado* se convierte en la necesidad de lograr algo *fijo*. Este introduce a la persona en la fase narcotizante de la adicción, facilitando la ansiedad. Psicológicamente, se convierte en algo necesario que con el tiempo permutará en depresión o sensación de vacío.

3.- Ambos conceptos (lo *elevado* y lo *fijo*), son formas de ponerse *fuera del tiempo,* o lo que es lo mismo: sensación que tiene la persona de encontrase *en otro mundo*. Este desafecto puede incluir la desesperación de que la adicción no puede ser controlada. Es tomada como algo que acontece, a pesar, de las mejores intenciones del individuo porque no sea así.

4.- La experiencia adictiva es vivida como una *relajación del yo*, es decir, como un abandono temporal de esta preocupación reflexiva por la protección de la identidad genérica en muchas circunstancias de la vida de cada día.

5.- El sentimiento de pérdida de control de la *identidad consciente* va seguido de sentimientos de vergüenza y remordimiento. Las adicciones no son fórmulas de un estado de equilibrio, sino todo lo contrario. Producen un fenómeno de retroalimentación, con lo que la dependencia crece, disminuye el bienestar y aumentan el miedo y el sentimiento de autodestrucción.

6.- La conducta adictiva puede quedar *instalada* en el atavío psicológico de la persona, perviviendo en forma de rasgos adictivos menores o compulsiones que recubren la adicción nuclear. Las adicciones tienden a ser intercambiables funcionalmente. Es decir, un individuo puede emparejar varias formas de conducta adictiva, o también, utilizar temporalmente una para neutralizar la ansiedad creada por la otra En ambos casos estaríamos referenciando situaciones de comorbilidad o de coexistencia poliadictiva.

7.- La *pérdida del yo* y el problema de las adicciones no deben identificarse, necesariamente, con la lenidad. Todas las adicciones son patologías de la autodisciplina. Pero, tales desviaciones pueden tomar dos direcciones: apretar o aflojar. Esta situación se ejemplifica muy bien cuando se analizan las adicciones alimentarias: por un lado pueden tomar la forma compulsiva -bulimia- o de abstinencia -anorexia-. Aunque opuestas (adicción a comer/adicción al ayuno) ambas son configuradas como la cara y la cruz de la misma moneda ya que suelen coexistir como propensiones del mismo sujeto.

Ante una sociedad que se abre a un futuro incierto, lleno de situaciones sociales peligrosas, raramente previsibles, es natural que el sentimiento de pánico lo impregne todo. Vivimos instalados en el miedo perpetuo -*miedo a todo y por todo*-. Vivir *la vida* se ha convertido en una épica odisea donde el futuro declina en presente dada la ausencia real de éste. Se prolija la idea, de que es muy difícil escapar a un destino cada vez más ahogador, con el fin de legitimar las interminables y libertadoras fórmulas orientadas hacia un encuentro del bienestar propuestas por el insaciable mundo consumista. Sin embargo, la realidad está demostrando todo lo contrario. Estas nuevas formas de confrontar la vida están cimentadas en pautas alienables, que más que conseguir la poetizada felicidad, lo que están logrando es aumentar la incapacidad de los sujetos a vivir sin tener que recurrir, en cada momento de frustración o desánimo, a fórmulas adictivas que hagan su vida *ingenuamente* más sufrible o tolerable.

Secularizada la religión del progreso, se plantea como nuevo principio la cultivación de todo lo que tiene que ver con el mundo de la mística y la autoobservación trascendente. Mística, que como muy bien señalaba Ferrer i Balsabre en su ponencia Ecología de las nuevas adicciones, *ya no tiene como referente a Dios, a la Ciencia a la Patria o a la Clase Obrera, sino al Presente. Lo místico hoy es el presente* (2008: 12). Pero dotarse de una mística particular o inventar su propia mística no es tarea fácil cuando se vive en la inopia o parvedad de los valores como referentes absoluto. Hoy todo parece ser efímero, inestable, real, inmediato, plural, global y ubicuo. Imbricados en un continuo cambio social todo parece posible. Las fronteras han terminado por diluirse abriéndose, ante nosotros, toda una nueva posibilidad de concebir la realidad desde otras ópticas. De la linealidad, como concepción del mundo, hemos pasado a la circularidad de la red. Sin pretenderlo, el hombre vuelve a crear un nuevo yugo sobre el que estar sujeto. La *Red* da sensación de libertad al mismo tiempo que atrapa, de ahí las expresiones metafóricas tan utilizadas, en nuestros días, de *vivimos en red* y/o *vivimos atrapados por la red*.

La colonización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación han conseguido permutar el contenido de dos categorías básicas: el tiempo y el espacio. Si antes estas representaban el valor de lo *finito*, ahora no trasladan al mundo de lo infinito (a través de la interconexión y la globalidad) donde ambos conceptos no suponen ninguna limitación. Lo que bien pudiera parecer un eslogan -*vive el aquí y el ahora*- se ha instalado, sin dificultades, en el pensamiento del sujeto de nuestros días. Todo a nuestro alrededor acontece y pasa tan deprisa que apenas tenemos tiempo de pensar o reflexionar sobre los hechos o actos que llevamos a cabo o nos suceden. De hecho, Ferrer i Balsebre (2008), explicita que estos cambios producen la anulación de la función psicológica de la espera, cuestión importante, dado que este elemento es crucial a la hora de introducir un tiempo para comprender entre el instante del deseo y su conclusión. Además añade, que esta situación lleva a una disminución de la tolerancia a la frustración, muy generalizada en nuestra sociedad, y que no sólo es la antesala de conductas denominadas como "acting-oug" (corto-circuito)[21] sino también, el rasgo nuclear en la mayoría de los trastornos de conducta, personalidad y nuevas adicciones.

Anexo a estos cambios aparecen toda una serie de alteraciones en nuestros ritmos de vida que, a corto o medio plazo, van a ir originando toda una serie de problemas difíciles de acometer. Sin pretenderlo, hemos ido relegando a un segundo plano cuestiones tan básicas como el sueño y el hambre. En nuestro imaginario

[21] Acting-out es un término utilizado por el psicoanálisis para numerar actos o comportamientos que presentan, casi siempre, un carácter impulsivo relativamente aislable en el curso de sus actividades, en contraste relativo con los sistemas de motivación habituales del individuo, y que adoptan a menudo una forma de auto-herteroagresión. Hacen referencia a un patrón de comportamientos con un tono general de rabia y hostilidad, en un contexto de estado mental que tiende a la negación, justificación y proyección de conductas que violan las normas sociales y el modo apropiado de relacionarse con los demás. Estas personalidades suelen coexistir con problemas de adicción, sobre todo de drogas. También suele aludirse a ellas como errores de pensamiento destinados a evitar resolver problemas con los que una persona no puede luchar.

colectivo se han instalado las frases de “no dispongo de tiempo para comer” y “no tengo tiempo para dormir”. Dedicar una serie de minutos a estas dos cuestiones tan vitales, se revelan como pérdida de tiempo o tiempo no productivo. De hecho es muy común encontrarnos situaciones donde, el escaso tiempo que dedicamos a estas acciones, las compartimos con el teléfono móvil, el ordenador portátil, o cualquier otro artilugio tecnológico, que nos ayude a darle un sentido productivo a ese párvulo espacio de tiempo.

Reconocidas y admitidas las complicaciones biológicas que introducen estos desequilibrios, nos interesa resaltar las alteraciones originadas o proyectadas a nivel psicosocial. No olvidemos que gran parte de los problemas relacionados con la alimentación (trastornos de la alimentación), están asociados a una doble dictadura: la de la *prisa* y la de la *estética* basada en la delgadez extrema. De igual modo, ocurre con el factor tiempo. Hoy se tiene la certeza de que el tiempo carece o no está sujeto a la norma. O como bien enuncia Ferrer i Balsebre (2008) con la expresión -*hoy se puede hacer de todo a todas horas*- cuando alude a las alteraciones relacionadas con la vigilia y el sueño. Detrás de este cambio suelen esconderse situaciones de dependencia a las nuevas tecnologías: enganchados al teléfono móvil, conectados a la red, enchufados a la televisión, o problemas relacionados con la laborodependencia, avivados por la idea de trabajar más para ser más competitivo o ganar más dinero.

Todo esto nos hace coincidir con Ferrer i Balsebre (2008) cuando explicita que lo que viene ocurriendo es que el viejo relato único de la Modernidad se está quebrado en mil minúsculos relatos. De ahí que se corra el riego de la afiliación a la mística más preponderante, hoy en día, la mística del consumo de objetos y sustancias, del trabajo sin pausa y a veces sin rumbo, del amor sin amor atrapado en la sin razón. De nuevo, se impone la mística de la agenda, la cartera llena y la vida vacía, que más que ayudar al sujeto a reflexionar y a aclarar su vida le sitúan, según apunta este autor, en la senda de la enajenación en vez del discernimiento o lucidez mental. Como resultado de todo esto, entendemos o creemos que estamos ante un modelo de sociedad que expele individuos centrados prácticamente en su propio ego, vanidad o narcisismo (el denominado, de forma errónea, como desarrollo personal), a la vez que los convierte en testigos directos de su propio crepúsculo u ocaso.

De nuevo aparece, ante nuestro ojos, el reto de tener que desentrañar otro de los epítetos con los que se califica a la sociedad de nuestros días -”Sociedad Narcisista”-. Pero, ¿puede ser considerado el narcisismo como uno de los símbolos que enarbolan la sociedad actual? Evidentemente sí. Para Lipovetsky (1995) el nuevo narcisismo surge de la capacidad transformadora que tiene el individualismo. En concreto designa al narcisismo como el brote de un nuevo conjunto de rasgos peculiares que caracterizan al individuo de nuestros días, tanto en sus relaciones con él mismo y su cuerpo, como en las relaciones con los demás, con el mundo y el tiempo, en un momento en que el capitalismo autoritario muta a un capitalismo hedonista y permisivo. De hecho, el individualismo concebido como competitivo a nivel

económico, sentimental a nivel doméstico, revolucionario a nivel político y artístico ha dado paso a un individualismo puro, desprovisto de los valores sociales y morales, y donde la esfera privada queda a merced de los deseos inconstantes u oscilantes de los individuos que la despojan de cualquier marco trascendental de referencia.

Es en el *vivir sujetos o apostados en el presente* donde Chr. Lasch (Lipovetsky, 1995: 519) sitúa la raíz y los rasgos de la nueva sociedad narcisista. De ahí que nos mostremos persistentes en captar y retener al presente como la única realidad válida, a la que hay que mimar y proteger, con el afán de llegar a conseguir lo que Lipovestky (1995) denomina como *una juventud infinita*. Pero ¿cómo concebimos e interpretamos esto? Anclarse en el presente deviene de una lógica basada en la negación de la finitud de la vida. Los pensamientos basados en el miedo a envejecer, a la enfermedad o al dolor son desdeñados y su lugar es copado por fórmulas que te den la confianza de creer que se le está ganando tiempo al tiempo. Para ello, se busca sin descanso, técnicas o métodos que alienten el bienestar, a la vez, que nos otorguen un nivel de salud más deseable (dietas, ejercicio físico, cirugía o sesiones de autoayuda[22]).

Se argumenta que el narcisismo, considerado como una patología del cuerpo (clínica) ha encontrado en la sociedad posmoderna su aliado más ferviente o su caldo de cultivo. Sin embargo, la renovación o atribución de nuevas posibilidades de realización personal, implícitamente han generado un coste social. Para González Duro (2005) el precio a pagar ha sido la limitación o declinación de la acción colectiva y solidaria dentro de la vida social. De hecho, este autor apunta que los pacientes que presentan un trastorno narcisista adolecen de una sintomatología basada en un malestar continuo, incapaces de ser estimulados y con la sensación de estar muertos para el mundo o de no importarles nada a nadie. Aunque, eso sí, quieren vivir la *vida al máximo*, de forma intensa y al precio que sea.

El sujeto narcisista se nos presenta como una persona necesitada de una intimidad compartida, que suele buscar de manera persistente. Hoy ese problema se postula fácil debido a la infinidad de posibilidades que tenemos a nuestro alcance para conseguir materializar cualquier tipo de relación íntima (internet, agencias de contacto, sesiones de contacto en periódicos y revistas, etc.). No obstante, el narcisista perece en el intento. Ávido de intimidad sucumbe a la entrega con el otro, pero enseguida aparece la indiferencia o el desafecto, ya que sus sentimientos terminan no siendo lo suficientemente intensos como para soportar el desasosiego que le ofrece el contacto con el otro. Nadie es lo suficientemente válido par ellos, ya que centra sus esfuerzos en buscar a la persona ideal que nunca va a encontrar. La insatisfacción constante unida a la búsqueda desesperada de nuevas experiencias conforman el devenir efímero por el que deambula el sujeto narcisista. Con ello pretende llenar el vacío existencial experimentado, aún a riesgo de repetir una y otra vez experiencias de

[22] Tanto el ejercicio físico, como las dietas o la cirugía estética, se conforman como las nuevas tipologías de adicciones sociales que están por definir, ya que al día de hoy, sólo son consideradas como conductas limítrofes.

las que se vuelven adictos. No olvidemos que los psicoanalistas explicitan, como bien apunta González Duro (2005: 15) que:

Los adictos buscan con la repetición de la experiencia adictiva la satisfacción permanente de un anhelo que es al mismo tiempo deseo sexual, necesidad de seguridad y mantenimiento de la autoestima.

La entidad narcisista necesita demostrar constantemente (tanto así misma como a los demás) que pertenece a un edicto superior, por cuanto necesitarán hechos que validen este pensamiento, de ahí que tiendan a engrandecer sus logros y a encubrir sus fracasos o infortunios. Al necesitar ser elogiados de forma pública van a dar mucha importancia a su imagen externa, centrándose no sólo en el cuido del cuerpo, sino también en su acicalo o engalanamiento, haciendo de la diferencia u originalidad su seña de identidad social. No obstante, al vivir inmersos en la sociedad de la apariencia esto no va a suponer ningún riesgo, dado que ellos suelen hacer de este adjetivo su principal arte o modo de vida.

Amparado en el individualismo y regido por la autoridad del éxito, el narcisismo, parece haber encontrado una nueva forma de transfigurarse; hecho que nos va a permitir escudriñar o inquirir el concepto fuera del soporte básico de referencia (perspectiva centrada en el sujeto) que siempre ha tenido, permitiéndonos establecer la vertiente social, que actualmente se viene otorgando al término. En este sentido, Lipovetsky (1995) nos sitúa el origen de lo que él denomina como "narcisismo colectivo" en la *depreciación del pasado* y en la i*nstauración de una sociedad sin fijismos ni opacidades*. En consecuencia, propone que concibamos el narcisismo social como un *indicio social* de la crisis de un arquetipo de sociedad burguesa incapaz de afrontar el futuro, si no es en la pérdida total de la esperanza. Por ello, debe entenderse como el resultado de un proceso global que rige el funcionamiento social. Mostrado como conciencia radicalmente nueva y estandarte de la personalidad posmoderna, el narcisismo tiene su germen en el abandono generalizado de los valores y las finalidades sociales, impulsado por el proceso de personalización. Vivimos el momento glorioso del discurso *psi* (individualismo puro) que ha cuajado fuertemente en lo social convirtiéndose en un nuevo *ethos de masa*. Paradójicamente, el materialismo enloquecido de la sociedad de la opulencia ha hecho posible la revelación de un sistema cultural centrado en la dimensión subjetiva del sujeto, no por rebeldía, sino en contestación al proceso de aislamiento social operado.

Bajo este nuevo requerimiento, el narcisismo, se nos muestra como un eficaz instrumento de socialización. Esta idea viene fundamentada por Lipovestky (1995) cuando formula que el narcisismo *socializa desocializando.* Esto es posible si tenemos en cuenta que la lógica narcisista vuelve del revés el principio de socialización basado en los procesos de interrelación o interacción social. Anulada la conciencia social, el narcisismo, encuentra su camino en la fisura o quiebra del sistema social. De ahí que ciertamente no encajen -ni el enaltecimiento ni la imposición disciplinaria- como

marcos de referencia socializadora en este nuevo modelo social y sí la autoseducción, ya que su principal función radica en otorgar eterna pleitesía al YO.

Sin embargo, este ensalzamiento del YO no ha conseguido los fines deseados. Su ambición ha terminado por dañar la máquina dadora de su propia identidad. No contento con neutralizar el universo social, Lipovestky (1995) nos hace partícipes de la incoherencia o contradicción introducida por el nuevo narcisismo (neonarcisimo) y que tiene como causa el excedente de atención que se le ha dado. Invertir demasiado en uno mismo ha generado, según este autor, una evacuación de su identidad, convirtiendo al YO en un *pueril espejo vacío*.

Es en esta disgregación del YO donde (a criterio de este autor) podemos enlazar la aparición de la nueva ética permisiva y hedonista, eso sí, amparada y potenciada por un sistema cultural fatuo de valores. Eh aquí, que una vez más, nos encontremos con otro de los cambios operados en nuestro contexto social. La cuestión reside en si es correcto o no que nos preguntemos si hacemos bien en atribuir a la sociedad actual la condición de nihilista. Concretamente la pregunta sería ¿Vivimos en una sociedad nihilista? En la actualidad son muchas las voces que creen que este concepto ha resurgido con mucha fuerza para significar, tanto la posición crítica por la que está pasando nuestra sociedad y que invade todos los frentes: el social, el político y el cultural, como a la opción de negar todo dogma y así permitir la entrada a infinidad de opciones, a priori, no determinadas.

Bien podríamos decir que la sociedad posmoderna cada vez está más cerca de la célebre expresión de Nietszche (1992: 11): D*ios ha muerto*. Esta expresión no hay que entenderla sólo desde su referente cristiano, sino que Dios representa la instancia en la que el hombre ha proyectado sus ideales, sus principios, sus reglas, sus objetivos, sus valores a fin de darle sentido a su totalidad. Del *dios divino* pasamos al *dios razón* y ahora nos es difícil determinar a quién le conferimos esa deidad, aunque todo apunta al *propio ser humano* entendido bajo la personalización del *YO -el dios psi-*. Lo acertado de este símil radica en entender, que las consecuencias del declive existencial o de falta de sentido de la vida a la que se enfrenta el sujeto, devienen de la decepción experimentada de sí mismo, o lo que es lo mismo, *el hombre parece haberse hastiado de sí mismo* y de ahí el desinterés o la indiferencia que parece mostrar por todo y por todos.

Adentrándonos un poco más en esta reflexión vemos, que el problema estriba en que la cultura posmoderna se expone a la incertidumbre, a los desafíos y al abismo de las fisuras estructurales con *pies de barro*. Todo es inestable, transitorio, nada enraíza, la fe en el futuro se ve neutralizada por el desencanto y el agotamiento y donde la búsqueda del thelos ha quedado reducido a la nada. Enorme desafío si tenemos en cuenta que el hombre de hoy, no sólo ha tenido que enfrentarse al declive de los valores tradicionales (nihilismo como resultado de la negación de todos los

valores vigentes), sino que ha debido de reafirmarse en ello (nihilismo como autoafirmación) y descubrirse a sí mismo como responsable de este hecho y abrirse camino hacia valores nuevos (nihilismo como punto de partida de una nueva valoración).

Sin embargo, Lypovetsky (1995) extiende un poco más la cuerda y augura que, desde un tiempo a esta parte, la situación a la que está sujeta el hombre escapa de la categorías nihilistas europeas, tal y como han sido analizadas por Niestzsche (1995). Para este autor, el hombre ha dado un paso más en el camino hacia la decadencia. Del *desierto apocalíptico* del nihilismo hemos pasado al *desierto áspero o cerril de la apatía* dónde todas las instituciones, todos los grandes valores y finalidades que estructuraron eras pasadas, parecen haber sido barridas por la ola del sin sentido, encontrándose prácticamente vacuas de significado:

El saber, el trabajo, la familia, los partidos políticos, la Iglesia,…, globalmente han dejado de funcionar como principios absolutos e intangibles. Ya casi nadie cree en ellos, ya nadie invierte nada en ello (Niestzsche, 1995: 35).

La razón de este vaticinio hay que situarla en la novedad que introduce este autor cuando explica que el problema no reside en que las magnas finalidades estén ahogadas o que Dios haya muerto, sino que a nadie le preocupe lo más mínimo este hecho. De ahí, que constantemente se haga referencia a la situación social presente como un desierto vacío de sentido, donde la falta de ideales ha bulimizado la angustia, la irracionalidad y el pesimismo. La consigna que identifica o define nuestro presente y futuro más próximo es la indiferencia, desidia que, a juicio de este autor, no nace de la privación sino de la hipersolicitación o saturación de la información. Todo corre a la velocidad de la luz. Nuestra realidad acaece de manera que no dé tiempo a que los hechos se solidifiquen, sino todo lo contrario, las circunstancias nos obligan a ser *ignorantes* de los acontecimientos, puesto que éstos desaparecen igual que aparecieron -en un instante-.

El futuro no entusiasma porque el presente lo ha desmitificado. El momento actual facilita al máximo la coexistencia de cualquier forma de pensamiento y acción. Nada excluye a nada, todo puede cogerse a placer, desde el modo de vida más simple al más hipersofisticado. De ahí, que la *temporalidad* y el *sincretismo individualista* conformen las dimensiones del concepto de *indiferencia pura* que define y ordena la *neo-conciencia* del momento social reinante (posmodernismo).

Aunque en principio esto puede resultar atractivo, sobre todo en lo que respecta al tema de la libertad, la lectura que toca hacer es mucho más compleja. Vivir con una pluralidad de identidades (se puede ser a la vez varias cosas) y convivir en una pluralidad de narraciones personales, cada una de ellas mantenida en certezas

relativas, puede llevarnos a una confrontación de las relaciones sociales, dado que el valor otorgado a las interrelaciones, va a estar más centrado en lo individual que en lo grupal. Interesa *el otro* siempre y cuando sirva para seguir revistiendo o conformando un estilo de vida individualista, narcisista y hedonista.

No obstante, tenemos que puntualizar que al narcisismo puede llegarse por caminos distintos al del éxito personal. Concretamente, De las Heras (2005) nos pone sobre aviso cuándo especifica que detrás de algunas experiencias vividas en la infancia se esconden verdaderas señales narcisistas, en parte potenciadas por la propia estructura social. Los cambios operados en la organización familiar han originado nuevas formas de entender esta institución. No olvidemos que la familia se ha visto obligada a cambiar siguiendo el ritmo marcado por los diferentes procesos de modernización. Tomando como ejemplo el tema de los hijos, vemos que el cambio más radical estriba en la consideración o valor que éstos tienen para sus progenitores. Sirviéndose de Coleman, Ferrer i Balsabre (2008), nos describe los cambios acaecidos en el modelo de familia. De un modelo premoderno de familia sustentado en la crianza de hijos como forma de explotación económica, se pasó al modelo moderno donde éstos eran vistos como bienes de inversión, hasta llegar al modelo posmoderno actual dónde su valor se mide, principalmente, como bien de lujo, de consumo ostentoso, o como requisito de estatus.

En parte creemos, que una de las dimensiones de esta percepción se hace patente en el dato de que cada vez son más las parejas que optan por tener un único hijo. Normalmente esta decisión se sustenta en la idea, no sólo de querer darles todo, sino todo lo mejor. Tener un único hijo permite a los progenitores centrarse exclusivamente en él, aún a riesgo de caer en uno de los grandes problemas de los que adolece la familia posmoderna que es la excesiva protección. Tanto los psicólogos como los psiquiatras se muestran de acuerdo al expresar que la hiperprotección genera niños mimados y narcisistas, personas frágiles, inseguras, impacientes e inermes a la hora de enfrentarse al mundo y de tolerar la frustración. Enfrentarse a la sociedad es algo ineludible para todos. Tarde o temprano el impúber tiene que decidir si realiza un acto de valentía plantando cara al mundo o si por el contrario lo mejor es dejarse llevar y cuando las cosas no van bien, replegarse, y hacer que “otros” se responsabilicen de las consecuencias de sus desviaciones. Actualmente esto nos lleva a encontrarnos, con más frecuencia de la deseada, situaciones donde los padres son utilizados, o bien, como verdaderas tablas de salvación cuando sus vidas naufragan, o como dianas en las que poder clavar dardos recubiertos de ira y frustración.

El gran problema al que hoy tienen que enfrentarse, un buen número de padres, no es otro que la cruel tiranía derivada del derecho adquirido bajo el mítico discurso de creer que por *ser hijo* se tiene derecho a todo sin tener obligaciones con nada ni con nadie. A partir de esta filosofía de vida es fácil comprender las cada vez más cotidianas formas de responder o desafiar (conductas adictivas y las conductas antisociales) a un estilo de vida regido por el aburrimiento, la desilusión o la apatía,

dónde el único desafío al que hacer frente, para una parte de ellos, se traduce *en el propio desafío de no tener desafíos*.

De unos años a esta parte, era impensable por inconcebible o inaudito, que nuestros niños y adolescentes estuvieran en la palestra por ser protagonistas de sucesos violentos y conductas adictivas. Cuestiones que hoy sí suceden y que de nuevo nos llevan a reflexionar ¿Sobre qué anta o asiento ha operado esta nueva metamorfosis? Consideramos que la respuesta se encuentra en el gran giro que, sin ser del todo conscientes, se ha ido produciendo en nuestro contexto social. De forma simultánea se ha ido generando un proceso de *adultización* en los niños y de *infantilización* en los adultos. La deferencia por la horizontalidad como pauta que marca los nuevos códigos de interrelación a todos los niveles (personal, social, cultural, familiar) ha producido no sólo, el desdibuje de los límites (pautas o normas), sino el vaciamiento del concepto de autoridad. El nuevo marco social ha ido, poco a poco, despojando al impúber de la túnica de ingenuidad, inocencia o integridad, que tan bien le había cubierto y protegido en las últimas centurias y en su lugar se le pide que sea capaz de fabricar, con otra materia prima, uno nueva e igual de valiosa. Puesto el edén a sus pies, y abierta la posibilidad de revindicar su *propio yo,* tras otorgarle el derecho a todo (a pensar, a razonar, a decidir, a juzgar, etc.) es difícil volver atrás, aún cuando se pretenda dado que, la nueva túnica no ha procurado el resultado querido.

Sin embargo, este engrandecimiento del infante ha sido posible gracias al abatimiento o debilitamiento de la otra parte en juego: el sujeto adulto. Cada vez más, los adultos se muestran más fútiles a la hora de hacer valer su condición de padre frente a sus hijos. Bien por no querer hacerlo (convencimiento personal) o por no saber como hacerlo, la realidad nos muestra no sólo, que el adulto cada vez recurre menos a la autoridad, sino que ésta está cambiando de manos. Hecho que debe preocuparnos, ya no sólo porque consideremos que cuando este pilar primario o esencial para el niño, falla (función simbólica de la autoridad), se produce un defecto en la construcción de la conciencia moral y la capacidad de autocontrol que con el tiempo conducirá a un cuestionamiento generalizado de toda autoridad y de la ley, sino porque la sociedad ya está siendo víctima de este tipo de conductas.

De hecho, es fácil valorar como este cambio de roles va sujeto a un discurso sobrevalorado de la figura del menor como portador del derecho al deleite ilimitado. Derecho que termina por subyugar a unos padres que, sintiéndose culpables por la escasa dedicación que otorgan a sus hijos, terminan por ceder a sus deseos como muestra de cariño o amor. Sin darse cuenta el adulto ha ido cediendo cotas de poder, bien por no saber como afrontar situaciones que le superan o realmente porque él también está inmerso en la vorágine de la irresponsabilidad de la que se culpa a los más jóvenes. El decrecimiento o menoscabo de la adultez va unida al hecho de que cada vez son más los sujetos que deciden no ser responsables ni de sus deseos, ni de sus actos, y aún menos de sus consecuencias. Resulta cómodo vivir bajo las premisas del “déjenme tranquilo” o “no te metas en mi vida” pero “por favor ocúpense de mis

asuntos" cuando las cosas no han tenido el resultado querido. Se exige responsabilidad, aún a sabiendas de saber que la voluntariedad marcó la opción de la conducta. De nuevo aparece el lastre del sin sentido o la contradicción: Se demanda un control externo a uno mismo a la vez que se requiere vivir en la absoluta indemnidad. Como ejemplo de esta situación tenemos las conductas adictivas. Se puede ser adicto a cualquier cosa (acción voluntaria) y pedir responsabilidades (tabacaleras, casinos, grandes almacenes, etc.) o exigir el tratamiento y el control a los poderes públicos.

Esta realidad nos ha llevado a una reflexión un tanto polémica si valoramos la resultante de considerar al hombre de hoy como disculpado de toda responsabilidad. El *centro* de la controversia viene de la mano de considerar, si se está de acuerdo o se disiente sobre si realmente la disculpa viene, generalmente, de la conversión de la responsabilidad en una enfermedad. Cómo bien apunta Ferrer i Balsebre (2008), sabemos que la diferencia entre un síntoma y una conducta está en que la conducta es voluntaria y el síntoma involuntario, de ahí que si se reformulan las conductas como síntomas estás puedan ser exculpadas y por ende el sujeto que las lleva a cabo. De ser un mujeriego, un jugador o un manirroto se pasa a ser un adicto al sexo, un ludópata o un consumópata, aún antes de haber caído en la adición. Desde que la adicción al juego o ludopatía fue recogida en el Manual Diagnóstico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV) las dudas sobre si se le otorgaba a las conductas excesivas de juego el estatus de enfermedad se disiparon, prácticamente del todo. Situación en la que no se encuentran hoy sus homónimas (el resto de las adicciones sociales) que -aunque como hemos visto en el capítulo II forman una entidad nosográfica propia-, aún están por incluirse dentro de dicho manual.

Sin apenas referentes adultos y convertido él en un seudo-adulto y sin conciencia de lo que implica tener límites, el joven posmoderno tiene la posibilidad de campar a sus anchas en cualquier medio en el que se relacione. Prueba de ello es el fenómeno de la violencia escolar desatada en los últimos años en nuestros centros escolares. La autoridad del aula se ha desvanecido a imposición de los derechos ilimitados del alumno que sólo reconoce su propia autoridad y que no es otra que la ley de su propio deseo. Instalado en la lógica del no conocimiento del límite, es fácil entender las noticias que nos confirman, cada día que pasa, el auge constante de actos que tienen que ver con el goce y el consumo anárquico y desquiciado, y aquí entrarían todas aquellas conductas que tienen que ver la violencia y las adicciones o dependencias.

4.- EL CONSUMO COMO MARCO CONCEPTUAL QUE FUNDAMENTE EL ANÁLISIS DEL JUEGO COMO ADICCIÓN SOCIAL

¿Es posible hallar una explicación sociológica de las adicciones sociales en general y del juego patológico en particular desde el eje analítico del consumo? Desde que el juego perdió su "inocencia" no vemos otro razonamiento, que reúna mejor, los

principios que van a permitirnos explicar y llegar a comprender el *inextricable mundo* de las adicciones, sobre todo el de la ludomanía adictiva.

En los últimos años la sociedad ha experimentado grandes cambios en el dominio de las ideas, los valores, la política y en los aspectos materiales (bienes de consumo) que circundan a la vida cotidiana. Ya nadie duda que maniobramos en una sociedad manipula por lo estrictamente económico y de ello da fe la larga lista de constantes sobrenombres o seudónimos que los expertos gusta atribuirle a la sociedad como: "sociedad de consumo de masas", "sociedad de la opulencia", "sociedad del bienestar", "sociedad postconsumista". Sabemos que el consumo se ha convertido en uno de los referentes básicos de la sociedad actual. En algún momento, todos hemos sucumbidos a sus encantos. Nadie ha quedado apartado de él.

En cierta manera, podríamos argüir que el consumo ha igualado a las clases sociales rompiendo con uno de los pilares más vetustos sobre lo que se asienta el sistema social. Sabiamente, ha sabido ofrecer su rostro polimorfo donde todos, independientemente de su estatus económico, se han visto reflejados en él. El acceso al consumo es libre, para que éste opere sólo hacen falta personas con deseos y decisión de consumir. Pero la realidad vuelve a poner nuestros pensamientos en su sitio. Dónde ideábamos que pudiera haber acercamiento se ha desvanecido en una consagración de la desigualdad social, que se recrea vía simbólica. Para las *masas* son las grandes series, el kitsch (poco valor), los diseños estandarizados y anónimos; para las *élites* es la exclusividad, la distinción, la novedad, en una palabra lo inalcanzable (Enrique Alonso, 2009).

El consumo no hay que *pensarlo* en términos simplistas que sólo atienden a principios económicos (función económica). En él yace todo un mundo figurado de signos y símbolos que como bien ha expresado Baudrillard (2009) no tienen valor racional y objetivo -*no tienen realidad*-. El consumo no hay que entenderlo como un acto aislado y aislable. El consumo es intercambio. En el acto de consumir los deseos y las necesidades forman parte de un complejo sistema de relaciones enormemente complejas que conforman un sistema. El hombre de hoy está rodeado de objetos, entes materiales que se convierten en signos y símbolos culturales de su intercambio, de sus relaciones sociales y de su identidad.

Esta nueva forma de teorizar el consumo ha conseguido desplazar una parte del discurso hacia proposiciones más socioculturales alejándolo, un poco, de la lógica puramente económica. Es en esta variación epistemológica desde donde nos interesa situar nuestro objetivo para con este tema. Avistar el consumo como engarce o regulador social capaz de incitar o gestar conductas irracionales de consumo que pueden derivar en patrones de conductas adictivas, entre ellas, la ludopatía. De ahí que nos interese pararnos y describir brevemente, cuáles pueden ser las principales argumentaciones que desde el campo general de las ciencias sociales y del enfoque

sociológico en particular, se arguyen y que nos van a servir para concretar la idea central de nuestro trabajo: deslindar como el afán desmesurado por el consumo deviene en adicción.

4.1.- ENFOQUE ECONÓMICO DEL CONSUMO

Es en los primeros escritos neoclásicos donde se establecen las bases del enfoque marginalista de la Teoría Económica del Consumo. Fue con la publicación en 1890 de la obra *Los Principios de Economía* de Alfred Marshall. (Marshall, 1957) cuando esta perspectiva adquiere estatus de corriente mayoritaria dentro de esta disciplina. Los economistas clásicos consideraban que las preferencias, que son las que determinan la elección del consumidor, estaban condicionadas por las normas sociales y la experiencia histórica y por lo tanto no podían ser tomadas como exógenas (Nicolaides, 1988).

Desde la revolución marginalista de la segunda mitad del siglo XIX (que articula las bases de la teoría de la elección del consumidor) se considera que el individuo actúa autónomamente en el mercado para aumentar el propio bienestar. A partir de aquí, se contempla al consumidor, como un consumidor soberano, capaz de escoger entre alternativas de consumo según unas preferencias dadas y estables teniendo el dominio absoluto de todas las circunstancias de las que depende su decisión de consumo (Torres López, 2000). La participación en el mercado se realizará con un objetivo concreto, la obtención de bienestar o utilidad, ya que los marginalistas siguen la corriente de pensamiento utilitarista conceptualizada por J.Bentham y J. Mill, por la cual los individuos actúan persiguiendo obtener o acrecentar su bienestar individual o utilidad (Guillen Royo, 2003).

Su punto de partida o idea principal pasaba por estudiar al consumidor como un agente racional que busca maximizar su utilidad. Para ello tendrá que acceder al mercado y en él desarrollará una conducta basada en la relación de tres elementos fundamentales: los fines perseguidos, los medios disponibles (escasos) y las alternativas posibles. Según este paradigma, la economía debería de centrarse en ayudar a tomar decisiones entre esas posibles opciones asignando nuestros recursos eficientemente de manera que satisfagan nuestras necesidades y que la pérdida o coste de oportunidad sea mínima.

La teoría neoclásica del comportamiento del consumidor, está basada en las proposiciones básicas de la teoría de la utilidad marginal, que incluyen los siguientes postulados:

- El individuo a partir de la información disponible sobre productos y precios, escoge el mejor conjunto de bienes entre los que puede adquirir con su restricción presupuestaria (Varian, 1987). El "mejor" conjunto de bienes será el que maximice su nivel de bienestar, ya que el consumidor siempre actúa de forma racional,[23] y en principio, en su propio interés.

- Tiene que ver, o está relacionada con la utilidad marginal decreciente, ya que se considera que la utilidad marginal de cualquier bien individual decrece cuando aumenta su tasa de consumo.

Como vemos esta teoría se basa en relacionar las preferencias, las curvas de indiferencia y las restricciones presupuestarias a las curvas de demanda del consumidor. De acuerdo a estas asunciones, fijado un nivel de precios, un consumidor perfectamente racional consumirá cantidades de bienes de tal manera que la utilidad total sea la máxima posible compatible con la renta disponible. De ahí, que se establezca que el comportamiento del consumidor dependerá, básicamente, de los precios en mercado de la mercancía y de su capacidad económica.

Aún teniendo en cuenta estas dos variables fijas, no podemos obviar un hecho fundamental: el consumidor puede ser muy versátil. Por eso, debemos de prestar atención al *cómo* se consume y *qué* se consume ya que dependerán, no sólo de esas variables fijas, sino que estarán determinados por otros elementos diferenciadores como el género, la edad, el hábitat o el capital cultural (educación y formación). No obstante, este modelo fallaría, cuando se tratara de analizar el comportamiento racional en formas de consumo más complejas, como puede ser el caso del consumo cultural y de ocio (Barroso Benítez, 2003).

A partir de que Marshall (1957) reconoció este defecto en su modelo (no era extensible a cualquier forma de consumo), los economistas creyeron encontrar la solución añadiendo a su ecuación analítica una nueva magnitud -G- que representa los gustos del consumidor. Lejos de solucionar el problema esta nueva variable, tildada de ambigua y borrosa, hará las veces de "cajón de sastre" desde donde encajar, a posteriori, todas las causas explicativas del consumo. Asimismo, también se muestra muy exigua a la hora de abordar los excesos o los consumos patológicos.

Como vemos esta teoría tiene como idea central la demanda individual o la soberanía del consumidor; centrándose en analizar los factores que determinan la conducta y las preferencias racionales del consumidor como agente libre. En definitiva, lo que una sociedad quiere consumir no es más que la suma aritmética de las preferencias individuales a partir del postulado de su racionalidad. Fijado esto sólo

[23] Aunque existe una variedad de teorías económicas que no avalan el supuesto de la racionalidad en la toma de decisiones, como por ejemplo la Teoría de la Complejidad.

habría que añadir los estudios de producción (oferta) para dibujar su punto de encuentro en un gráfico de leyes de mercado.

Por su parte la Teoría Postkeynesiana del Consumidor[24] difiere sustancialmente de la anterior al admitir que las preferencias tienen una estructura lexicográfica incompatible con la existencia de una función de utilidad escalar. El consumidor dividirá los bienes entre categorías y preasignará una parte de la renta a cada categoría. Los principios básicos que rigen esta teoría son:

- Racionalidad procedimiental (Georgescu-Roegen). Según este presupuesto el consumidor se regiría por reglas y hábitos no compensadores. Empíricamente se ha comprobado, que la gran mayoría de las decisiones de los consumidores son espontáneas y están basadas en rutinas y procedimientos que no atienden a más de dos criterios. Los consumidores no examinan de forma sistemática todas las opciones posibles, exceptuando algunos bienes. Las tácticas de elección van a depender más de la costumbre previa que del análisis racional de todas las posibilidades.

- Saciedad o Saturación (Georgescu-Roegen). Más allá de un umbral finito consumido, la necesidad queda satisfecha y consumir más unidades de esa necesidad no aportaría ninguna satisfacción adicional no implicaría un aumento de la satisfacción ni de su utilidad.

- Separación. (Lancaster). El consumidor subdivide sus elecciones y necesidades en diversa categorías, débilmente relacionadas unas con otras. Esto conlleva que los cambios en el precio de un tipo de producto asociados a unas determinadas necesidades, no afecta prácticamente a las cantidades consumidas de esa categoría, ya que las categorías son básicamente independientes. Por lo que difícilmente una cantidad insuficiente de alimento puede ser compensada por una mayor cantidad d e oferta cultural, dado que probablemente, el alimento y el deseo de ocio pertenecen a categorías diferentes de deseos y necesidades[25].

- Subordinación (Georgescu-Roegen). Las necesidades están jerarquizadas y subordinadas unas a otras. Este presupuesto se asocia, a menudo, la pirámide de necesidades de Maslow. Según este principio, la distribución del presupuesto no consiste en maximizar una utilidad entre bienes disponibles,

[24] Recoge las ideas básicas de la Escuela Behaviorista o Conductista, que postula el estudio rigurosamente empírico de la persona, mediante la observación directa de su comportamiento, entendido éste como una característica primaria de las cosas vivas que actúa como variable dependiente respecto de las condiciones externas de las cuales el comportamiento es una función (Georgescu-Roegen, Herbert Simon, Galbraith, etc.)

[25] Este principio postkeynesiano contrasta con las hipótesis típicas de la teoría neoclásica, donde cualquier disminución en la cantidad provista para una necesidad puede ser compensada por una cantidad superior de otro producto.

sino que los bienes situados en un nivel jerárquico no son consumidos a no ser que estén mínimamente satisfechas las necesidades de bienes de los niveles jerárquicos inferiores.

- Crecimiento (Georgescu-Roegen, Pasinetti). Considera que el tiempo y el aumento de la renta disponible van a determinar la evolución escalonada de las preferencias. El incremento de la capacidad adquisitiva lleva aparejado una reconsideración de necesidades que previamente no habían sido tenidas en cuenta.

- Dependencia (Galbraith). Es el reconocimiento de que los gustos dependen o están determinados por la publicidad, las modas, la cultura y el grupo social al que pertenece el agente económico, y no simplemente de unos gustos autónomos objetivos.

- Herencia (Georgescu-Roegen). Las elecciones de hoy están condicionadas por las elecciones de ayer. De acuerdo con este principio, a medida que mejora o empeora la renta de un consumidor las variaciones de las cantidades consumidas serán dependientes de las del pasado, más que por decisiones optimizadoras.

Para terminar decir que, ha habido grandes avances en el estudio de la teoría del consumidor desde que lo plantearon los marginalistas. Desde diversas corrientes se ha ido introduciendo aspectos que muestran, cada vez más, la complejidad de factores que intervienen en la elección de consumo.

4.2.- INTERPRETACIÓN PSICOLÓGICA DEL CONSUMO

Al igual que las anteriores, las teorías psicológicas del consumo carecen de una buena base conceptual. Las teorías conductistas centran su objeto de estudio en el comportamiento humano, como sujeto individual, que varía y se ve conformado en base a sus deseos y necesidades presentes. En esta perspectiva teórica, la clave para comprender el consumo está en valorar como actúan los sujetos, en tanto que estos son consumidores. Su interés se centra en valuar la conducta individual de consumo entendida como hecho natural, espontáneo y no mediado.

Una segunda línea de estudio es la que establece la Psicología Cognitiva y que se centra en estudiar las motivaciones que mueven al sujeto como consumidor. Esta perspectiva permuta el valor de la conducta por la miscelánea de justificaciones o razonamientos personales que estimulan e impulsan a una persona a comprar y consumir. Pese a parecer que se aproxima a las concepciones sociológicas, esta línea de análisis sigue proyectando una visión personalista, individual y reducida del

consumo, al no tener presentes la función que cumplen las estructuras sociales e históricas en este fenómeno (Barroso Benítez , 2003).

4.3.- APORTES SOCIOLÓGICOS AL ÁMBITO DEL CONSUMO

Si tenemos en cuenta la revisión histórica que hace López de Ayala (2004) sobre el desarrollo teórico del consumo, vemos que la Sociología del Consumo ha venido a desarrollarse como una alternativa a las deficiencias de la economía para explicar un fenómeno tan importante como es el consumo en las sociedades modernas. La perspectiva sociológica ha cuestionando el enfoque económico, teniendo en cuenta que no podemos quedarnos sólo con lo económico, sino que hay que contemplar o considerar el papel que juegan los aspectos sociales y culturales en el acceso diferencial al consumo.

La línea de investigación más clásica dentro del punto de vista sociológico ha basado su estudio en analizar el carácter simbólico del consumo como un proceso social de expresión o construcción de la identidad a partir de la cual se puede explicar el carácter estructurado que presenta este fenómeno en las sociedades modernas. Aunque el estudio tradicional ha estado muy vinculado al análisis de la clase social como categoría sociológica básica, intentando hallar correlaciones entre el acceso diferencial al consumo y la estratificación en clases sociales de las sociedades capitalistas industriales. Esta formulación ha sido cuestionada a partir del la segunda mitad del siglo XX, en la medida en que se ha enfatizado el significado cultural de las prácticas de consumo en los procesos de construcción de la identidad (López de Ayala, 2004).

En general, el enfoque sociológico parte de contemplar el consumo como un hecho que responde a un comportamiento global y colectivo inseparable de dinámicas económicas e influencias sociales que están fijadas en la lógica socioeconómica que preside nuestro contexto social. Principalmente, ponen su acento en analizar cómo se originan socialmente las necesidades. De ahí que tenga como objetivos descubrir cuáles son los condicionamientos exógenos e históricos que modelan los patrones de consumo y determinar cómo la oferta está construida socialmente.

Aunque los antecedentes y la génesis de la sociología del consumo hay que situarla dentro de la obra de Veblen y Simmel, ya que con ellos se inicia toda una corriente de pensamiento que destaca el uso social del consumo como estrategia de diferenciación entre grupos sociales, cuestionando los principios de la teoría económica más ortodoxa; es importante destacar las referencias que hacen de este tema autores tan importantes como Weber y Marx.

En Max Weber (1993), el tema del consumo puede inquirirse a partir de la exploración de dos de sus trabajos más famosos: estudio sobre el protestantismo en sus relaciones con el capitalismo -"la ética protestante y el espíritu del capitalismo"- y su teoría de la estratificación social. Respecto del primero decir, que el análisis que hace tiene como telón de fondo el estudio del fenómeno de la industrialización y las consecuencias inicuas que éstas tuvieron sobre la vida social. En su obra sobre el capitalismo y la ética protestante, liga la moral ascética del protestantismo a una concepción del trabajo como única forma de valor espiritual en el mundo terrenal. La identidad sólo viene dada por el trabajo; lo demás sobra en la vida de un asceta. Éste tiene que llevar una vida entregada a la austeridad y al esfuerzo y por tanto separada de todo aquello que contradiga estos principios (el vicio, el derroche o el despilfarro). Trabajar, ahorrar y no gastar son los pilares sobre los que se erige el ideal de hombre elegido para gozar de las mieles divinas, que son las que realmente importan.

Es dable creer, que en este esquema vital es muy difícil que el consumo calce o se afiance, ya que el ideal de hombre moderno, forjado por el capitalismo productivo, cambia *trabajo* por *consumo* como forma de desarrollo personal y de disfrute de una vida completamente plena. No obstante, hay quien ha visto en el desencanto de este mundo ascético la simiente para establecer una nueva ideación del mundo a través del consumo (Ritzer, 2000).

En cuanto al segundo, destacar la conexión, que este autor, establece entre estatus, consumo de bienes y estilo de vida. Para Weber (1993), el consumo de bienes está unido a los grupos de estatus que existen en la sociedad industrial. Los estamentos se organizan alrededor de los principios del consumo de bienes que dan lugar a formas de vivir o estilos de vida distintos que confieren prestigio. De ahí que el consumo actúe como expresión de un modo de vida concreto asociado a un estamento.

En principio Weber (1993) separa analíticamente la clase económica de los estamentos. Para él, las clases económicas están basadas en condiciones económicas objetivas derivadas de la posición que se ocupa en el sistema de relaciones dentro del mercado laboral; mientras que la estilización de la vida en cualquiera de sus manifestaciones tiene su origen en la existencia de un estamento o es conservado por el. Más tarde asume que, en la sociedad industrial la posibilidad de adoptar una conducta propia de un determinado estamento suele estar condiciona por las circunstancias económicas. Es en esta relación compleja entre los grupos de estatus y clases económicas la que va a permitir entender por qué el reconocimiento social que proviene del consumo no responde fielmente al coste de los productos que consumimos. Desde este planteamiento -el consumo- puede ser visto como una estrategia más de reproducción del orden social por aquellos que detentan una posición social privilegiada dentro del sistema social.

En cuanto a Marx decir que, aunque la interpretación marxista no desarrolló en sus textos una visión teórica sobre el consumo bien formulada, eso no ha limitado la posibilidad de desarrollar perspectivas sociológicas del consumo basadas en su teoría social. Hecha esta apreciación, diremos que es imposible entender el estudio que hace del sistema de producción capitalista sin el consumo y del consumo sin tener en cuenta a la sociedad capitalista. De ahí que, Marx (1971), vincule significativamente el trabajo con el consumo, afirmando que cada tipo de producción elabora e instaura su propio modelo de consumo.

Del mismo modo, puso de manifiesto que el sistema de producción capitalista promovió el triunfo del valor de cambio sobre todo lo demás sentando, de esta manera, las bases para la mercantilización del mundo y el consumo generalizado; provocando una "fetichización" de las relaciones sociales en las que los objetos, transformados en meras mercancías, poseen un hálito místico y extraño a los ojos de los hombres (Barroso Benítez, 2003).

El afán capitalista por reducir todo al *signo valor* (simples objetos intercambiables) crea un proceso de des-identificación en los sujetos, en cuanto que, no es capaz de desarrollarse a través del trabajo, ni de verse reflejado en las dinámicas consumistas que éste produce. Realmente Marx (1971), más que acometer un análisis de las pautas de consumo, lo que pretende es explicar los mecanismos intrínsecos del funcionamiento del sistema capitalista, desde donde el consumo adopta un papel derivado de la fase de desarrollo en la que éste se encuentre. Con el desarrollo del capitalismo -el consumo- queda supeditado a la producción, de manera que es la producción la que crea la necesidad de consumir y por ende el consumo crea la necesidad de producir (López de Ayala, 2004).

Por su parte, Veblen (1974) basa su razonamiento en analizar las formas de vida que se vinculan al surgimiento de la vida urbana. Más concretamente, toma como referencia de su análisis a la clase alta norteamericana de finales del siglo XIX. A él se le debe el primer trabajo que analizó la distinción social a través del consumo y que fue su "Teoría de la clase ociosa" (1974)[26]. Este autor viene a afirmar que el consumo ostentoso de bienes se constituye como medio más efectivo en la sociedad urbana moderna de demostrar la riqueza de la que deriva el prestigio social. Ocio y consumo pasan a convertirse en dos exponentes de la posición social. A diferencia de Marx, este autor dicotomiza entre clases ociosas y clases laboriosas situando su antagonismo, no en una cuestión estrictamente estructural, sino en la envidia generalizada que dinamiza sus relaciones (Barroso Benítez, 2003). Para Veblen (1974) el consumo ostentoso se sostiene en una supuesta tendencia intrínseca de la naturaleza humana que es la emulación, es decir, la tendencia de los seres humanos a compararse y a

[26] La Teoría de la Clase Ociosa es una alternativa a las Teorías Marginalistas del Consumo. Posteriormente, ha tenido mucha influencia en los trabajos de muchos científicos sociales.

intentar igual y superar a aquellos que se sitúan por encima de ellos en cuanto a prestigio. Por ello, el consumo es considerado como un fenómeno social global.

Este autor, otorga al comportamiento del ser humano un carácter sociohistórico que se hace evidente al señalar que su conducta en el campo del consumo viene guiada por el nivel de vida establecido por cada clase social, en función del tipo de gasto que se acepte como adecuado a cada grupo. El consumo se conforma como un marcador simbólico de la posición social que se ocupa en la estructura social, ya que el nivel de vida se convierte en la prescripción social, en el requisito de decencia que guía la variación de los gustos de las distinta clases sociales. Siendo el nivel de vida de la clase ociosa, en tanto que se sitúa en la cúspide de la pirámide social, el que se identifica (por todos) como referente sobre el que establecer el criterio de estatus social.

Del mismo modo, completa su argumentación añadiendo la idea de la *formación* para el consumo. En concreto este razonamiento se basa en la conclusión de que para poder discriminar los artículos de consumo con respecto a su valor hay que estar educado para ello. Esto implica una serie de hábitos mentales que nos permitan reconocer el consumo decoroso. El formarse en estos gustos requiere de mucho tiempo; un tiempo que no debe ser dedicado a otra actividad productiva ni intrínsecamente útil. Para poder poseer los criterios del gusto socialmente legitimado se requiere de una alta posición social; posición que te exculpa de la necesidad de trabajar (López de Ayala, 2004).

En definitiva, lo que verdaderamente motiva a una persona a consumir es su afán de destacar por encima de su prójimo. La lucha competitiva por el éxito se convierte en un dato esencial si se quiere entender el marco institucional del comportamiento económico moderno. El valor de uso del producto no importa, sólo interesa la posición que otorgue el consumo de ese bien material. Los objetos son sólo exponentes de clase que funcionan como signos de aspiración y movilidad social. El valor del objeto vine representado, simplemente, por su valor signo.

Poniendo la atención en el tema central de nuestro trabajo (análisis del juego) vemos que es, en este mismo contexto, dónde Veblen (1974) sitúa el papel social que cumple el hábito de los juegos de azar a través de la creencia en la suerte. Bajo el desarrollo histórico, este autor analiza cómo los juegos de azar no son prácticas exclusivas de épocas determinadas, sino que éstas se van desarrollando a lo largo del tiempo; si bien será durante la época estamental cuando esta creencia se desarrolle hasta tomar la forma que actualmente presentan muchos de los juegos de azar. La creencia azarosa puede presentarse bajo elementos diferentes teniendo en cuenta el tipo de sociedad, pero no tiende a desaparecer. De hecho, la forma más primitiva que se correspondería con un sentido animista de las relaciones y las cosas que imputa a los hechos un carácter prácticamente personal; dónde todos los objetos o hechos notables son concebidos como dotados de voluntad o de propensiones que afectan a

los acontecimientos en forma inescrutable, permanece proyectado en sociedades más racionalistas, aunque de forma más evolucionada (Barroso, Benítez 2003).

Al igual que Veblen, George Simmel (1977), teoriza el consumo a partir de la idea de la diferenciación social, tomando como ejemplo la moda. En concreto parte de la idea de que la moda está constituida como un producto de distinción de clase que carece de significación práctica, ya que su valor sólo se hace patente en lo externo y lo superfluo. Para este autor, la moda conjuga dos principios antagónicos que coexisten en la naturaleza humana: la individualidad con la necesidad de sentirse que pertenece a un grupo. La moda le permite expresar, a los sujetos, sus gustos personales o su *yo individual* a la vez que le permite manifestar su pertenencia a un grupo social con el que se identifica. Por ello debe ser tomada como una forma de facsímile y de equiparación social, que evoluciona con el tiempo y de unos estratos sociales a otros.

Asimismo considera que ésta sólo puede ser establecida por las clases sociales superiores en su pugna por diferenciarse de las masas, y que terminan por deshacerse de ella cuando ésta es imitada por las clases bajas. La moda actúa como un mecanismo de retroalimentación social. De ahí que, el carácter dinámico de la moda esté determinado por el perfil abierto de un sistema de clases que va a estar fundamentado en la posesión de la riqueza que es lo que va a permitir la imitación social (López de Ayala, 2004).

Simmel (1977), es de los pocos autores que analiza la vinculación que se da entre el dinero y el fetichismo. Según creencia del autor, el dinero a la vez que otorga libertad y personalidad (forja estilos de vida), despersonaliza, aliena y cosifica las relaciones sociales. El dinero promete una vida liberada pero llena de relaciones vanas, monetarizadas y cuadriculadas. La moda actúa como un mecanismo de retroalimentación social. Este autor sitúa los principios del consumo moderno en el tipo de relaciones sociales que conforma el dinero y la presión permanente que inyecta la moda en la estructura social. Más allá de su función económica, el dinero, simboliza el espíritu moderno de la racionalidad y de la impersonalidad. A parte de nivelar las diferencias cualitativas entre las cosas y las personas, ésta pasa a convertirse en el mecanismo principal que instituye el camino que va de la Comunidad a la Sociedad (Barroso Benítez, 2003).

Como vemos, tanto las contribuciones de Veblen como las de Simmel (complementadas con las de Weber) han sido indispensables para comprender la expresión del consumo surgida en los inicios del capitalismo. El consumo es esgrimido en la sociedad industrial como un marcador simbólico de la posición social, al mismo tiempo que contribuye a formar un orden social teóricamente abierto, basado en la riqueza.

Siguiendo con la evolución histórica vemos que, coincidiendo con el desarrollo del consumo de masas (medidos del siglo XX) y en línea con la ideología marxista, aparece una corriente crítica dentro de la economía norteamericana que subraya el carácter marcadamente social del consumo, al considerar que éste en las sociedades capitalistas, deriva de la producción. Entre otros, esta perspectiva teórica está representada por John Kenneth Galbraith. Saliéndose de los cánones establecidos por la ortodoxia económica, este autor critica la supuesta libertad que este enfoque le otorgaba al consumidor. El consumidor no es libre, sino todo lo contrario, este se encuentra muy bien atado al poder de la publicidad y de la emulación social. La producción organiza la demanda, a la vez que crea un sistema de ilusiones basado en la incesante creación de necesidades.

La lógica capitalista se sustenta en la continua expansión de la producción que a su vez requiere de una constante acumulación de consumo, consumo que es creado a través de la manipulación ideológica. En la sociedad de la opulencia, no sólo las necesidades vitales están aseguradas para la mayoría de la población, sino que éstas van aumentando conforme la publicidad va creando nuevos bienes de consumo. La producción crea las necesidades que procura satisfacer de una forma activa a través de sus canales de consecución, a la vez que la sociedad, en cuanto emisora /receptora de la ilusión (a través de su proceso de persuasión) se constituye en parte importante de la producción moderna como creadora de necesidades.

Bajo esta línea de pensamiento surge, ulteriormente, la Escuela Crítica de Frankfurt. Corriente que, según manifiesta Featherstone (1991) concibe a la sociedad de la opulencia como una sociedad manipuladora en la que el sujeto, no puede sentirse más que alienado, dado que éste se encuentra aplastado por una cultura del consumo sometido a la lógica del proceso productivo y del mercado. La oferta es la que impone la estructura de la demanda, despojando de cualquier autonomía a un consumidor pasivo que se encuentra a merced de las grandes empresas y de sus técnicas de persuasión, que marcan las directrices del consumo.

La verdadera batuta que dirige la sociedad consumista es el constante deseo insatisfecho que ha permutado a la necesidad como base racional de consumo. La subsistencia del sistema productivo viene determinada por la propia capacidad de inventarse a sí mismo, a través de una acertada razón consumista. De la producción de bienes de equipo se ha pasado a la producción de bienes de consumo avalada por una sociedad integrada en la que se ha producido un consenso ideológico en torno a los valores comunes de las clases medias. El incremento del nivel de vida operado a partir del capitalismo organizado de los años cincuenta y sesenta del siglo XX (basado en el acto keynesiano), ha originado que el obrero de principios de siglo mute en un sujeto aburguesado capaz de formar parte de la sociedad de clases media gracias al consumo.

No obstante, el renacimiento de la Sociología del Consumo viene de la mano de Jean Baudrillard y Pierre Bourdieu. Ambos representan un enfoque que considera el consumo como un fenómeno social y cultural que caracteriza a las sociedades avanzadas, influyendo notablemente en el desarrollo de esta disciplina científica (López de Ayala, 2004). Influenciados por el estructuralismo francés (desarrollado a finales de los años sesenta y setenta del siglo XX), conciben al consumo moderno como un sistema de signos que se utiliza para comunicar significados. Piensan que, a parte del lenguaje hablado, las personas comunican a través de sus ropas, de sus gestos, de sus movimientos, por lo que interesa centrase en qué hay detrás de todo ello.

Partiendo de las influencias de la teoría crítica de la sociedad de consumo en torno a la producción ideológica de las necesidades, los estructuralistas definen el consumo como una práctica social que lleva aparejada dos cuestiones fundamentales: por un lado lo consideran como una forma a partir de la cual un sujeto puede expresarse, realizarse y comunicarse con los demás, y por otro como un medio que sirve para la integración, la alienación y la dominación simbólica de las masas.

Además, consideran que el consumo debe ser analizado desde dentro del contexto global en el que tiene lugar y no como una modalidad característica de la sociedad industrial. El consumo no depende de la decisión de consumidores individuales, sino de todo un sistema económico en su conjunto. Como ya anotábamos, Baudrillard (2009) considera que la lógica del consumo no viene fundamentada por una racionalización funcional de los objetos, sino por la diferenciación y el valor signo que otorgan dichos objetos. El hombre no consume objetos, consume signos a través de un sistema de signos dotado de una significación social.

A Baudrillard hay que contemplarlo como uno de los teóricos principales del consumo moderno y postmoderno. Lleva a cabo el enlazamiento entre la mercancía y el signo. La rentabilidad del capitalismo viene definida por su capacidad de potenciar los deseos orientados hacia el valor signo de los objetos. Para este autor, la lógica social del sistema consumo es la lógica de la diferenciación, la jerarquización y el dominio por el poder. La diferenciación se va renovando continuamente gracias a la innovación y remodelación permanente en las formas/objeto a las que se accede de manera radicalmente distinta según la posición de clase. Las clases dominantes se consagran como modelos imposibles de alcanzar, que marcan las diferencias, haciéndose punto de referencia de cualquier bien de consumo que es apreciado individualmente como una acción aislada y soberana siendo en realidad un hecho de significación programada.

Define a la sociedad de consumo como la forma global que tienen los hombres y la sociedad de vivir en un “imaginario colectivo” (Baudrillard, 2009: 48). La sociedad crea la *necesidad de necesitar* o el *deseo de desear*. La función social del consumo

queda gravitada o cimentada en la lógica de los objetos como valor de signo; el objeto de consumo sólo adquiere sentido en la diferencia con los demás objetos según el código de significaciones jerarquizadas. La funcionalidad del objeto queda relegada por su valor de cambio/signo que tiene como fin el logro de prestigio y estatus social.

Bajo la línea constructivista, Bourdieu (1988) aplica los nuevos avances teóricos a la tradición iniciada por Veblen, Simmel y Weber, en las que establecía que el consumo aparece ligado a las estrategias de distinción social desplegadas por los grupos. Este autor destaca que es fácil entender las diferencias existentes entre grupos sociales si tomamos como referencia sus formas de consumo. Al igual que Baudrillard, Bourdieu (1988) también analiza el matiz simbólico que tiene el consumo como práctica de estratificación social. Los estilos de vida, las modas, en definitiva el propio consumo, son estudiados como estrategias de diferenciación social. Los sujetos pueden ser posicionados en la estructura social en base a sus formas de consumo. En las sociedades contemporáneas éste pasa a convertirse en la principal herramienta de valoración social. Al consumo se le otorga la capacidad funcional de redefinir (constantemente) el modelo de estratificación social. Los gustos quedan objetivados en el consumo de bienes específicos y en las formas adecuadas de consumir, actuando como señales visibles de la posición que uno ocupa dentro del espectro social. De ahí que Bourdieu (1988), señale que las prácticas de consumo son generadas por los *habitus* o gustos, a la vez que éstos actúan como dadores de estatus social.

La posición social, según establece Bourdieu (1988), vendría marcada o definida por dos elementos claves: por la relación dialéctica entre los criterios objetivos de posesión de capital económico, cultural y social; y por las disposiciones subjetivas de clase o gustos asociados a esa posición. Sobre esta base, los gustos adquieren un protagonismo vital, dado que son expuestos de forma simbólica a través de las formas de consumo. Como vemos este autor liga los grupos de identidad al prestigio que proporcionan unos *habitus* o gustos legitimados como superiores. De ahí que, la jerarquía de estatus viene incondicionalmente ligada al poder económico, en tanto que es éste el que va a permitir marcar un consumo basado en la necesidad o en la ostentación (López de Ayala, 2004).

A diferencia de la visión representada por el estructuralismo que (como bien hemos visto, establecía que el uso de los bienes por los consumidores se limitaba a reflejar los significados impuestos por los productores a través de la manipulación de los valores signo, Bourdieu (1988), instituye que son los propios bienes los que se convierten en recursos a utilizar por los sujetos como instrumentos de distinción o diferenciación social. Además de modelos de expresión las formas de consumo manifiestan la posición que cada persona ocupa en el contexto social.

Zygmunt Bauman (2000) es otro de los sociólogos que aborda el estudio del consumo, pero desde un contexto postfordiano y globalizado. Este autor pone la tilde

en resaltar que es la propia sociedad la que obliga a consumir de manera perenne, casi patológica. La sociedad crea seres orientados al consumo, ya que nos prepara para tener capacidad de consumidores. Ya nadie duda de que la sociedad "socializa en el consumo". De la ética del trabajo propuesta por Weber hemos pasado a la ética del consumo que lo invade todo (identidad e integración), dándole un sentido único a la existencia del individuo. Pero el problema aparee cuando las aspiraciones no casan con la realidad. No todo el mundo puede formar parte de la sociedad de consumo. Bien por dificultades económicas, psicológicas, sociales o culturales, el éxito está reservado a uno pocos. Es en este contesto de frustración donde surgen nuevas formas de exclusión o de desviaciones sociales que afloran, sin tregua, dando pie a un mayor nivel de conflicto social.

El surgimiento de la sociedad postmoderna, ha llevado implícito el triunfo de lo cultural sobre lo social, quedando desligada la cultura de las relaciones sociales, donde el consumo va a servir para crear una conciencia de identidad que debe ser inventada y reinventada por uno mismo. En este nuevo contexto la clase social deja de tener valor como fuente de identidad ya que ese privilegio pasa a ser conferido al consumo. Lo pérfido de esta nueva realidad es dejar la propia identidad en manos de algo tan maleable como es el consumo. De ahí que el rasgo que caracteriza a la nueva pauta de consumo postmoderna venga definida por una ideología basada en un fuerte individualismo y hedonismo, donde el discurso *psi* (mundo de las sensaciones y las emociones) ha usurpado el discurso del pensamiento racional.

Los planteamientos más actuales asignan un papel más activo al sujeto en la construcción de la realidad social; realidad que viene marcada por la simbolización del mundo del consumo. De la actitud pasiva del sujeto ante el consumo, el sujeto ha pasado a la construcción activa de su identidad personal y social a través de sus prácticas de consumo. Debido a la complejidad y fragmentación que han adquirido las pautas de consumo en la sociedad postmoderna, el debate está en situar si tiene sentido identificar consumo con clase social. Si tomamos como referencia a los teóricos de la postmodernidad nos encontramos con que -las clases sociales como categorías sociológicas- no tienen sentido, en tanto en cuanto, el consumo es ideado como forma de autoexpresión y creación del estilo de vida, a partir del cual se construye la identidad personal, independientemente de las jerarquías sociales de prestigio. De hecho, Featherstone (1991) señala que esta aparente desclasificación y desorden cultural responde a un período de cambio en los balances del poder e interdependencias entre las clases y fracciones de clases que pugnan por imponer una jerarquía simbólica que favorezca sus intereses.

Bajo la idea de que el prestigio social no se obtiene del mero capital económico, sino de las formas de consumo legitimadas socialmente, este mismo autor, identifica un nuevo grupo emergente dentro de las nuevas clases medias: *los nuevos intermediarios culturales*. Éstos serán los encargados de difundir los estilos de vida y

los gustos distintivos de la clase intelectual. Este grupo estaría, principalmente, integrado por especialistas que proporcionan bienes y servicios simbólicos.

Aunque la Sociología del Consumo ha experimentado un gran avance en las últimas décadas, todavía quedan muchos puntos que debatir y aclarar, no sólo en lo que respecta a las nuevas pautas de consumo que se perfilan en torno a las fracciones emergentes dentro de las nuevas clases sociales, sino también en lo que concierne al papel del consumo en la conformación de la identidad con relación a otros criterios de identidad social (López de Ayala, 2004).

4.4.- A MODO DE CONCLUSIÓN: DEL JÚBILO CONSUMISTA AL DESENCANTO DE LA ADICCIÓN

Llegados a este punto, conviene que recapitulemos y reflexionemos sobre los diferentes enfoques expuestos y que, en cierta manera, nos ayuden a entender un tema tan complejo como es el del consumo. En principio es necesario tener claro dos hechos que rodean al fenómeno del consumo, por un lado qué función cumple dentro del contexto social y cuál es el papel que se le otorga al consumidor dentro de la propia estructura consumista. Creemos que la primera cuestión puede haber quedado explicada a través del análisis que de las distintas perspectivas teóricas se han realizado del consumo y que quedarían sintetizadas en:

- Una primera aproximación que coincide con los enfoques economicistas que ponen su acento en el sistema productivo y en la soberanía del consumidor.

- Una segunda que teoriza el consumo como expresión de la poción social que ocupa una persona en la estructura de clases.

- Una tercera que visualiza el consumo como placer y satisfacción del deseo, a partir de la cuál, el consumo es utilizado como forma de autoexpresión, dador de estilos de vida y de identidad personal.

Con respecto a la segunda destacar que las posturas se mueven en torno a si se le asigna al consumidor un papel soberano o subsidiario dependiente de otros factores externos a él. Aunque, en cierta manera, podemos encontrar combinaciones en algunas de ellas. A este respecto Barroso Benítez (2003: 326), apunta que los teóricos que abogan por una visión más activa del consumidor, acusan a la otra fracción de proporcionar una visión de conjunto altamente pesimista y negativa donde los individuos son manipulados por las estructuras sociales que los determinan; mientras que los segundos recriminan a los primeros que, cargar la tinta sobre el consumidor implica legitimar la expansión consumista del capitalismo moderno, quedando ésta justificada por la libertad, la autonomía e independencia del individuo que consume.

De igual modo es importante matizar que el consumo no sólo responde a factores económicos, sino que éste también se ve determinado por una gran variedad o multiplicidad de elementos, tales como la moda, las aspiraciones, la satisfacción, los deseos, la personalidad, el prestigio, el estilo de vida, etc. Asimismo, éste tampoco responde a una acción privada o personal, ya que las pautas del consumo ostentan un alto grado de significación social.

Lo cierto es que, al día de hoy, nuestro bienestar viene determinado por el consumo, marcando en ciertos contextos sociales las pautas de inclusión dentro de un determinado círculo social. Ya nadie duda de que el consumo se haya convertido en un fenómeno de masas donde todos quieren tener su espacio personal. Sucumbir a los deseos consumistas es muy fácil, ya que todo está diseñado y estudiado para que eso ocurra. El problema aparece cuando el consumo se vuelve obsesión y la ofuscación adicción y esto suele acontecer en marcos sociales dónde se prioriza el consumo y se cataloga a sus ciudadanos en función de lo que se posee y no de lo que es, induciendo a desarrollar comportamientos que terminan por ser tildados con el nominativo de la disfuncionalidad o la desviación, como tradicionalmente ha ocurrido con el campo de las adicciones tradicionales y que ahora se está ampliando al nuevo marco de las adiciones sociales.

Llegados a este punto no nos cabe ninguna duda al pensar que el gran hilo conductor que perfila y mueve todo lo relativo a las adicciones se encierra bajo la mística del consumo. Las adicciones se han convertido en uno de los máximos exponentes sintomáticos o patologías del estilo de vida posmoderno. Trivializar con este problema es lo peor que ha podido suceder ya que con ello se ha conseguido dar un mensaje de normalidad, a una cuestión que, cuanto menos, no merece llevar ese epíteto. Aunque las adicciones pueden ser tomadas como una salida exitosa y momentánea frente a la angustia, dado que éstas suelen presentarse como función guardiana del conflicto y restitutiva de la estructura narcisista del sujeto. Al final de esta situación anómica sólo se obtiene pobreza de identidad, confusión, miedo, carencia de límites y perversión en las formas de proceder. La falta de un proyecto de vida sostenido por identificaciones hace que la adicción se convierta en su única representación, en su valedor de subjetividad. El sujeto adicto necesita convertirse en un sujeto deseante, fiel actor o protagonista de su propia vida. La necesidad de acotar la sensación de inhabilidad para expresarse o actuar no debe ser canjeada por el antifaz de las adicciones como instrumento que ayude a enmascarar una personalidad vacía.

Salvaguardarse de una sociedad cuyas peculiaridades o atributos han sido magistralmente descritos por Lipovetsky (1995) encierra un gran esfuerzo para cualquier persona, pero para aquellos sujetos que se han dejado seducir y controlar por el “placer de las adicciones”, mucho más. Este autor, define la cultura posmoderna como:

Descentrada y heteróclita (extraña), materialista y psi, porno y discreta, renovadora y retro, consumista y ecologista, sofisticada y espontánea, espectacular y creativa; el futuro no tendrá que escoger una de estas tendencias, sino que por el contrario desarrollará las lógicas duales, la correspondencia flexible de las antinomias. La cultura posmoderna es un vector de ampliación del individualismo; al diversificar las posibilidades de elección, al anular los puntos de referencia, al destruir los puntos únicos y los valores superiores de la modernidad, pone en marcha una cultura personalizada o hecha a medida, que permite al átomo social emanciparse del balizaje disciplinario-revolucionario (Lipovestky, 1995: 11).

Sirviéndonos de las propias contradicciones que nos ofrece el nuevo marco social, pensamos que la clave de la resistencia pasa por tomar conciencia y desplegar su misma tiranía, que nos ayude a trazar los desfiladeros más allá del tenaz deseo. Es necesario crear una nueva realidad semiótica dónde las personas pueden hablar, pensar y decidir bajo otros presupuestos que no aniquilen las defensas racionales y nos hagan de nuevo ser vulnerables a cualquier idea. En pocas palabras restituir el valor al pensamiento y re-definir la primacía otorgada a las emociones bajo la expresión de "Siento luego Existo" que tan anacrónicamente ha sustituido a la que ideó René Descartes y que dio pie a todo un movimiento filosófico como fue el Racionalismo -"Pienso luego Existo"-.

En este punto la Sociología tiene mucho que decir, no sólo en aclarar la génesis social del fenómeno, sino también a la hora de diseñar metodologías prácticas que ayuden a definir e implementar políticas hábiles para su prevención y tratamiento. Con todo ello debe de poder ayudar a resolver muchas de las dudas y de las contradicciones que aún se tienen cuando hacen su incursión fenómenos sociales como el de las adicciones. Además esta disciplina no puede obviar que la pandemia adictiva, en la que está inmersa la sociedad actual, deviene en un reto motivador para cualquier ejercicio interdisciplinario independientemente del ámbito desde donde se sitúen los investigadores. Creemos que los disímiles enfoques existentes con relación a la comprensión, la prevención y el manejo de las adicciones son insuficientes, contradictorios e incluso controversiales; no obstante, cada uno de ellos sirve de marco conceptual para el modelo y el programa preventivo terapéutico que puede aplicar cualquier equipo interdisciplinario (médico, psicológico, trabajador social) en sus intervenciones.

Concluyendo añadimos que, a lo largo de todo este trabajo, hemos podido determinar como las adicciones sociales constituyen una entidad nosológica de etilogía multicausal que comprende factores biopsíquicos, sociales y ecológicos intrínsecamente relacionados. Aunque en la actualidad, sean los aspectos biogenéticos y psicológicos de las adicciones los más conocidos, no podemos dejar de apuntar que del fenómeno adictivo es más lo que se ignora que lo que se conoce. Aprovechémonos de esta oquedad y abramos la puerta a la perspectiva sociológica, para que ésta nos permita ahondar y desgranar, una a una, cada una de las briznas de la realidad social que conforman o secundan el mundo de las adicciones sociales.

SEGUNDA PARTE

MARCO EMPÍRICO

BLOQUE IV

La Adicción al Juego desde una Mirada Cualitativa

CAPÍTULO VIII

Descripción del Proceso Metodológico aplicado a la Investigación

"Es posible leer una sociedad a través de una biografía"
(Ferrarotti, 2006: 6)

1.- DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA

1.1.- PUNTO DE PARTIDA: OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO

Generalmente, en Ciencias Sociales se emprende una investigación partiendo de una disposición que adquiere forma, ya sea a través de alguna interpelación (interrogante) o de un concepto de interés. No obstante, será la disciplina en la que se encuadre la propuesta investigadora la que termine por delimitar, tanto el cómo ha de formularse ese punto de partida y las hipótesis, como la elección de la metodología a seguir.

Para este caso, desde el primer momento en que se fraguó la idea de esta investigación, ésta estuvo condicionada por un pensamiento que exhibe como *ideal teleológico*[1] el querer sumergirnos en el conocimiento de una problemática social, prácticamente nueva para nosotros (sólo la conocíamos de soslayo), pero que no por ello pasó desapercibida ante nuestra mirada investigadora, como era el tema de las adicciones sociales concretado en una de sus dimensiones más visibles: la ludopatía o la adicción al juego.

Dejando a un lado cualquier intento de abstracción que pudiese surgir fuera del hilo marcado por nuestra investigación, es necesario precisar cual ha sido el objetivo principal, en torno al cual han girado toda nuestra investiga doctoral. En concreto nuestro punto de partida se situó en un propósito muy genérico que bajo el nominal de: *Análisis de la problemática social que acarrea la práctica del juego patológico, así como el estudio de la familia y del movimiento asociativo como principales elementos de apoyo y tratamiento*, nos ha servido como columna vertebral para enderezar todo nuestro proceso de estudio o análisis.

Dada la amplitud de miras que lleva implícita esta finalidad, se hizo necesario situarnos en un nivel mayor de concreción y así hacer factible el abordaje de nuestro objetivo general. Tarea que fue factible dada la posibilidad de poder desglosarlo en objetivos mucho más concretos. Con carácter específico se pretende:

- Establecer el marco teórico conceptual desde donde poder realizar el estudio de las adicciones sociales (ludopatía) como fenómeno histórico y social.

[1] Deriva de la palabra griega *telos* y tiene que ver con el fin al que tiende toda realidad. Aplicada a nuestra investigación, podríamos señalar que el *telos* es el objetivo general o el fin último que pretendemos alcanzar y que da cuerpo a nuestra investigación.

- Describir y analizar los diferentes elementos que conforman la compleja problemática que lleva aparejada la práctica patológica del juego y que pueden terminar dibujando situaciones de anomia y exclusión social.

- Delimitar, describir y contemplar al movimiento asociativo como principal elemento de apoyo social que surge para dar respuesta, desde la intervención socio-comunitaria, al problema del juego patológico.

- Vislumbrar al sistema familiar como contexto donde se crean y mantienen conductas de juego patológico, a la par que se originan cambios estructurales, dentro de él.

- Estudiar el papel que se le atribuye a la familia dentro del tejido asociativo, tanto en lo que respecta al área de tratamiento o rehabilitación, como en el de la prevención del juego patológico.

Siendo conscientes que el estudio del tema elegido admite peregrinar bajo el cobijo interdisciplinario de la psicología y la sociología, hemos obrado en consecuencia, tomando a ambas como marcos de referencia conceptuales, tanto a la hora de estudiar el problema de la adicción al juego desde un punto de vista teórico como práctico. Desde este marco se han derivado nuestras inferencias o deducciones investigativas que, intentaremos corroborar a lo largo de este trabajo, y que quedan referenciadas o definidas en las siguientes hipótesis de trabajo:

- H.1.- Rechazo del juego patológico como un fenómeno meramente individual, puesto que el contexto social y la institución familiar juegan un papel determinante en esta patología.

- H2.- La escasez de recursos institucionales configuran al dispositivo asociativo como el único elemento capaz de acometer el proceso de rehabilitación, tanto del jugador o jugadora patológica, como el de la familia.

Como nuestra intención no va encamina a tratar de buscar respuestas causales en términos de representatividad cuantitativa, ya que nuestras suposiciones parten de ahí, sino que se trata de analizar y comprender un problema teniendo como referencia básica a las personas que lo padecen, hemos considerado necesario elegir una perspectiva metodológica que se sirva de estrategias que permitan comprender el fenómeno que se estudia teniendo en cuenta la dimensión intersubjetiva. Es decir, una epistemología interpretativa que, como muy bien apunta Cea D`Ancona (1996: 46*): Esté centrada en el sujeto individual y en el descubrimiento del significado, los motivos y las intenciones de su acción*.

1.2.- ELECCIÓN DE LA METODOLOGÍA

Si entendemos la metodología como *el conjunto de métodos y procedimientos que se siguen en una investigación científica*[2] veremos que ante nosotros se abre un gran campo de posibilidades. Dada la estimable pluralidad metodológica con la que hoy podemos contar, ya que nunca antes había habido tantos paradigmas y métodos aplicables a la investigación social, tenemos la oportunidad de elegir aquella que consideremos más idónea para nuestros fines. Al día de hoy, la realidad social puede ser analizada y descrita, básicamente, bajo dos notaciones sociológicas totalmente diferentes (aunque también existe la posibilidad de establecer un proceso de triangulación entre ambas perspectivas): por un lado desde la *sociología cuantitativa* y por otro desde la *sociología cualitativa*.

Más allá de cualquier manifestación discursiva, la realidad sigue poniendo de manifiesto la prerrogativa que existe con respecto a la hegemonía de los procesos cuantitativos en detrimento de los cualitativos, a la hora de tener que aproximarnos al complejo mundo de los problemas sociales. Hecho que ha obligado, según apuntan Bonilla-Castro y Sehk (2005: 35), a tener que enfatizar en los aspectos formales de los problemas, simplificándolos de tal manera que, no sólo dificulta su comprensión, sino que también, se inhibe la posibilidad de confrontarlos en sus dimensiones estructurales. De igual modo, estos autores avisan de los peligros que supone estar centrados únicamente en encontrar maneras de medir y de generar indicadores, ya que ello conlleva la pérdida de las dimensiones centrales de los problemas que se estudian, lo cual restringe claramente el alcance de sus posibles interpretaciones.

Ante la necesidad de comprender integralmente la realidad social en sus dimensiones cuantitativas y cualitativas, se hace necesario acabar con la ceguera intelectual que, a criterio de Turner (1985), ha introducido la supremacía de lo cuantitativo. Aunque la mentalidad cuantitativa, en sí misma no sea un inconveniente, dado que ésta ha hecho posible el conocimiento de la realidad a través de escudriñar, casi de manera exclusiva, los aspectos materiales y mensurables que percibimos por los sentidos, sí ha impuesto límites y serias restricciones a la capacidad de conocer la realidad en su totalidad, anulando la dimensión intersubjetiva del comportamiento humano. Imponer como único criterio de razón la cuestión de que, lo que no se puede percibir con los sentidos se califica por oposición a lo objetivo como subjetivo, infiriendo con ello que, cualquier aproximación subjetiva que se quiera hacer de la realidad carece de rigurosidad científica, ha hecho que se procediera de una forma perversa, ya que se ha tendido a clasificar al conocimiento subjetivo como una categoría de carácter residual.

Defendemos la idea de que lo correcto se centra en situar la naturaleza de la realidad social como un compendio de aspectos tanto objetivos como subjetivos,

[2] Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua. Versión *on line* (2012).

donde se asegure que, aunque los sentidos no nos dejen acceder de forma directa a lo subjetivo, sí tengamos claro que no por ello, estos elementos, dejan de existir ni de ser determinantes en la construcción de la realidad objetiva.

Más que de rivalidad, de lo que deberíamos hablar sería de complementariedad metodológica. Complementariedad que debe fundamentarse en el valor de sus diferencias, ya que como muy bien explicitan Bonilla-Castro y Sehk (2005: 53), las experiencias subjetivas son determinantes de las objetivas, y obviarlas implicaría relegar el conocimiento hacia una única dimensión y por ende hacia una deformación de la realidad social. No obstante, el debate de esta idea se hace claro cuando analizamos su marco diferencial. Aunque, en principio esto puede ser explicado de forma sencilla y así lo hacen visible Schwartz y Jacobs (1984: 23-24), cuando establecen que la diferencia entre ambas pude ser expresada de la siguiente forma: mientras que los *sociólogos cuantitativos* basan su trabajo en asignar números a las observaciones cualitativas, produciendo datos al contar y medir las cosas (individuos, grupos, sociedades, actos de lenguaje, etc.), los *sociólogos cualitativos* informan principalmente de las observaciones en el lenguaje natural, desarrollando formas de obtener un acceso al mundo de la vida de otras personas. De ahí que para el enfoque cualitativo, sea decisivo descubrir las actividades diarias, los motivos y los significados, así como las acciones y las reacciones del "actor" individual en el contexto de la vida diaria.

Si bien, la disputa entre ambas formas de proceder metodológicas es más trivial que científica, según apunta Ruiz (2012), la cuestión es que se muestra más evidente la superioridad de la investigación cuantitativa en cuanto al volumen de su producción, la sofisticación de sus métodos y la multiplicidad de sus técnicas, no obstante esto no implica ni que esta metodología sea más antigua ni que sus resultados heurísticos hayan sido más importantes y que sus criterios de validez sean más rigurosos o definitorios.

Como razón de fe que salvaguarde los intereses cuantitativos se hace mención al hecho de que al análisis cualitativo se le imputa el acto de estar falto de mecanismos internos que garanticen el nivel mínimo de fiabilidad y validez. De igual modo, se le acusa de tener un carácter fantasmagórico y fantasioso, carente de rigor y de control (Ruiz, 2012: 11).

Por su parte los partidarios de la investigación cualitativa centran sus críticas en la supuesta neutralidad y precisión de la que hacen gala los datos cuantitativos. Establecen que estos sólo son una mera afirmación ideológica, y resaltan el escaso valor explicativo de varianza que tienen los test estadísticos. También ridiculizan el abuso esotérico, que con mucha frecuencia hacen, de las fórmulas cada vez más cabalísticas para el logro de unas definiciones de los fenómenos sociales progresivamente alejadas de la realidad social. De igual modo critican la incongruencia

que existe entre unas fórmulas revestidas de sofisticación matemática que están apoyadas en modos substanciales de la realidad social esquemática y escenificada, resaltando la nula validez predictiva de tales conductas aplicadas a la planificación o a la prospectiva social (Ruiz, 2012: 11).

De forma banal se ha intentado resumir esta pugna metodológica estableciendo que sus diferencias pueden ser reducidas a la simple nimiedad de creer que, mientras una se vale de las palabras (cualitativa) la otra utiliza los números (cuantitativa). Pero la cuestión va más allá de este puro silogismo. Ambas difieren tanto en su modo de percibir el mundo, como en su plan de trabajo, como en los modos de recoger y sobre todo de interpretar la información almacenada. En pocas palabras podemos señalar que la disimilitud se centra en la posición paradigmática de la que cada uno hace gala: mientras que el enfoque cuantitativo es alumbrado por el Positivismo, el cualitativo lo es por la Hermenéutica, la Fenomenología o el Interaccionismo Simbólico. Mientras que el primero, recurre al análisis estadístico de los datos recogidos por medio de estudios y experimentos descriptivos comparativos, asumiendo que sólo el conocimiento obtenido a través de medidas y de identificaciones objetivas puede presumir de reflejar la verdad; los segundos, intentan explicar y comprender la realidad social utilizando procesos interpretativos mucho más personales. Fuera de corsetismos y rigideces, el investigador subjetivista intentará interpretar los sucesos utilizando cualquier elemento que pueda ayudarle a entender mejor la situación estudiada, de ahí que, estos enfoques no puedan practicarse sin entender los presupuestos filosóficos que los sustentan y tampoco puedan ser entendidos por quienes no los asuman.

Aunque han sido varios los intentos de esquematizar las diferencias existentes entre estas formas de estudiar la realidad social, hemos considerado oportuno centrarnos en los llevados a cabo por Plummer (1983) (Véase Cuadro 72) y Summesson (1991) (Véase Cuadro 73) dada su gran definición y exhaustividad. Bajo los paradigmas humanista y positivista y en relación los parámetros de: focos de estudio, epistemología, tarea, estilo, teoría y valores, Plummer (1983), lleva a cabo el siguiente esquema:

CUADRO Nº 72

Enfoques diferentes de estudiar la Realidad Social		
	Humanista	**Positivista**
Focos de estudio	▪ Únicos, ideológicos ▪ centrados en lo humano, ▪ lo interior, subjetivo	▪ Centrados en la estructura, lo exterior, objetivos, ▪ cosas y sucesos
Epistemología	▪ Fenomenología, ▪ Relativismo ▪ Perspectivista	▪ Realista ▪ Absolutista esencialista ▪ Lógico positivista
Tarea	▪ Interpretar ▪ Comprender ▪ Describir ▪ Observar	▪ Explicación causal ▪ Medir

Enfoques diferentes de estudiar la Realidad Social		
	Humanista	**Positivista**
Estilo	▪ Suave ▪ Cálido ▪ Imaginativo ▪ Válido ▪ Real ▪ Vivo	▪ Duro ▪ Frío ▪ Sistemático ▪ Fiable ▪ Replicable
Teoría	▪ Inductiva ▪ Concreta ▪ Narra historias	▪ Deductiva ▪ Abstracta ▪ Operacionalismo
Valores	▪ Ética y políticamente comprometida ▪ Igualitarismo	▪ Ética y políticamente neutral ▪ Pericia y Élites

Fuente: Ruiz, (2012: 13).

De forma semejante, Summesson (1991), simplifica el cotejo de ambos enfoques oponiendo el paradigma hermenéutico al tradicional positivista, quedando de esta manera:

CUADRO Nº 73

Diferencias entre Paradigmas	
Paradigma Positivista	**Paradigma Hermenéutico**
▪ Investigación concentrada en la descripción y explicación. ▪ Estudios bien definidos, estrechos. ▪ Está dirigida por teorías e hipótesis explicadas explícitamente. ▪ La investigación se centra en la generalización y abstracción. ▪ Las investigaciones buscan mantener una clara distinción entre hechos y valores objetivos. ▪ Son centrales las técnicas estadísticas y matemáticas para el procedimiento cuantitativo de datos. ▪ Los investigadores están desconectados, mantiene una distancia entre ellos y el objeto de estudio, desempeñan el papel de observador externo. ▪ Distinción entre ciencia y experiencia personal. ▪ Los investigadores tratan de ser emocionalmente neutrales y establecen una clara distinción entre razón y sentimiento. ▪ Los investigadores descubren un objeto de estudio externo a sí mismos, más que "crear" su propio objeto de estudio.	▪ Investigación centrada en el entendimiento e interpretación. ▪ Estudios tanto estrechos como totales (Perspectiva holística). ▪ La atención de los investigadores está menos localizada y se permite fluctuar más ampliamente. ▪ Los investigadores se concentran en generalidades específicas y concretas (teoría local) pero también en ensayos y pruebas. ▪ La distinción entre hechos y juicios de valor de manera clara; juicio: se busca el reconocimiento de la subjetividad. ▪ El entendimiento. ▪ Los datos son principalmente no cuantitativos. ▪ Tanto distancia como compromiso. Los investigadores son actores que también quieren experimentar en su interior lo que están estudiando. ▪ Los investigadores aceptan la influencia, tanto de la ciencia como de la experiencia personal; utilizan su personalidad como un instrumento. ▪ Los investigadores permiten tanto los sentimientos como la razón para gobernar sus acciones. ▪ Los investigadores crean parcialmente lo que estudian.

Fuente: Ruiz, (2012: 14).

¿Dónde se centran nuestros intereses metodológicos? Sabedores de las ventajas e inconvenientes en las que se mueve la investigación sociológica, teniendo en cuenta el clásico eje dicotómico cuantitativo/cualitativo-, hemos optado por la *perspectiva cualitativa*, ya que ésta se muestra mucho más útil a nuestros intereses de estudio, ya que puede ofrecernos un contexto metodológico bastante amplio y menos displicente, desde dónde poder analizar e interpretar un fenómeno social tan complejo como es el de las adicciones sociales.

Hemos elegido la vertiente comprensiva-interpretativa ya que ésta está interesada, al igual que nosotros, en interpretar y comprender los fenómenos sociales desde el punto de vista de los sujetos que viven el hecho de primera mano o como bien apunta Ferrarotti (2006) nos interesa *definir los problemas en palabras de los actores*. De igual modo, nos seduce la idea de encontrar parámetros metodológicos que, fundamentados en la propia realidad estudiada, nos ayuden a descubrir, explorar, y describir esos hechos desde un enfoque descriptivo, inductivo, orientado al proceso y fundamentado en el estudio de casos aislados, no generalizables.

Del mismo modo que la idea básica de la orientación cualitativa es que para poder comprender los fenómenos sociales el investigador necesita descubrir la definición de la situación del actor, es decir, su percepción e interpretación de la realidad y la forma en como éstas se relacionan con su comportamiento; nuestra posición se centra en la misma perspectiva, es decir, poder comprender el fenómeno social de la adicción al juego desde esos mismos parámetros a fin de llegar a vislumbrarlo. De ahí que nuestro logro se centre, principalmente, en saber sobre: qué fue lo que les promovió a involucrase en un proceso de adicción al juego, qué ha significado éste en su vida y qué les motivó a salir de esa situación.

Con todo ello tratamos de llegar al nivel de madurez o de discernimiento que Max Weber denominó como *verstehen* (comprensión), y que es necesario y extremadamente útil para la adquisición de la verdadera comprensión sociológica de este problema social. Para ello, partimos de un importante punto de inflexión que se basa en pensar *¡qué mejor experto que la propia persona que vive el propio hecho!*. El/a ludópata, mejor que nadie es sabedor de su propia historia y a nosotros nos interesa conocer, no sólo lo que saben ellos, sino también, ver lo que ellos ven, comprender lo que ellos comprenden y como resultado de este proceso, conseguir datos que conceptualicen el problema en sus justos términos.

Por último añadir que nos interesa la metodología cualitativa porque como anotan Taylor y Bogdan (1994) nos ayuda a encarar el mundo empírico de forma que:

- Podamos desarrollar conceptos, intelecciones y comprensiones partiendo de los datos, y no recogiendo datos para evaluar modelos o teorías preconcebidas.

- Con esta perspectiva, el investigador ve el escenario y las personas en una perspectiva holística, la persona no es reducida a una variable, sino que es considerada como un todo. Se estudia a la persona en su contexto y en las situaciones en las que ésta se halla.

- Interesa comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas. Es vital experimentar la realidad tal como otros la experimentan.

- Con esta forma de abordar la realidad, nada se da por entendido. Es necesario ver las cosas como si estuvieran ocurriendo por primera vez.

- Se busca una comprensión detallada de las perspectivas de otras personas.

- Es un enfoque humanista. Cuando reducimos las palabras y los actos de la gente a ecuaciones estadísticas perdemos el aspecto humano de la vida social. Estudiar a las personas cualitativamente implica conocerlas en lo personal y experimentar lo que ellas sienten en sus luchas cotidianas en la sociedad. Se aprende sobre conceptos tales como: el dolor, la frustración, la fe la esperanza, etc., cuya esencia se pierde en otros enfoques investigativos.

- Los métodos cualitativos nos permiten permanecer próximos al mundo empírico. Están destinados a asegurar un estrecho ajuste entre los datos y lo que la gente realmente dice y hace. Observando a las personas en su vida cotidiana, escuchándolas hablar sobre lo que tienen en mente, y viendo los documentos que producen, el investigador cualitativo obtiene un conocimiento directo de la vida social, no filtrado por conceptos, definiciones operativas y escalas clasificatorias. No debemos confundir lo cualitativo con análisis impresionistas e informales, basados en una mirada superficial hacia las personas. La metodología cualitativa supone una pieza de investigación sistemática conducida por procedimientos rigurosos, aunque no necesariamente estandarizados.

- Para la investigación cualitativa, todos los escenarios y personas son dignas de estudio. Ningún aspecto de la vida social es insubstancial o baladí como para ser estudiado. Todas las personas o escenario son similares y únicos. Son similares en cuanto que en cualquier escenario o entre cualquier grupo de personas se pueden hallar procesos sociales de tipo general. Son únicos por cuanto en cada escenario o a través de cada informante se puede estudiar del mejor modo posible algún aspecto de la vida social, porque allí aparece mejor fundamentado.

Si bien este enfoque metodológico, es el que mejor se adapta a nuestros objetivos, también somos conscientes de las limitaciones que esto entraña (fiabilidad y validez). Pese a ello, creemos que el discurso final obtenido, una vez comprendida y analizada la información dada por los sujetos implicados en los procesos de adicción al juego, suplen cualquier carencia imputable por la no complementación de técnicas de

índole cuantitativo. Insistimos en nuestro propósito, dado que, nuestro único objetivo era conocer y comprender, por boca del propio sujeto adicto al juego y de sus familiares, cómo han sido sus propias historias de juego.

1.3.- LAS FUENTES PRIMARIAS: ELECCIÓN DE LAS TÉCNICAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Cómo sabemos, bajo esta forma de mirar la realidad, se esconden técnicas tan relevantes como son la historia de vida, la entrevista en profundidad, la observación participante, los grupos de discusión, el análisis del discurso y, en general, todas aquellas que nos lleven a comprender el significado de los agentes en los proceso de interacción social. De todas ellas, terminamos por elegir (teniendo en cuenta la propia temática y la información que queríamos obtener) la historia de vida, la entrevista en profundidad y la observación participante. El porqué de esta elección puede justificarse, en principio, porque éstas nos conceden la posibilidad de profundizar y de abordar los significados y las acciones de los individuos involucrados en el campo de estudio; y también porque estas técnicas, no sólo logran explicar el fenómeno social a estudiar, sino que ayudan a explorar realidades existentes o incluso aquellas que no se tienen en cuenta o no se conocen según los determinantes específicos de cada caso, lo cual hace que aumente la agudeza analítica del fenómeno a estudiar. En realidad creemos que, todas ellas nos facultan el poder sumergirnos en los ritmos de vida cotidianos de estas personas, permitiéndonos obtener un diagnóstico mucho más certero de la problemática social estudiada.

Aunque, hemos utilizado como base principal la técnica de la historia de vida, como bien hemos apuntado, ésta ha sido complementada con la entrevista en profundidad y la observación participante. Es fácil explicar el porqué hemos optado por estas técnicas y no por otras. Cuestión que vamos a dilucidar a partir de ahora.

1.3.1.- La Historia de Vida

1.3.1.1.- Justificación de la Técnica: La historia de vida en nuestra investigación

Esta técnica ha sido empleada para obtener la información proveniente de los sujetos afectados por un proceso de adicción al juego, ya sea éste jugador o familiar[3] (fundamentalmente en la figura del cónyuge), aunque ha habido algún caso concreto

[3] Contemplamos al familiar como involucrado dentro del mismo proceso de adicción al juego (aunque él no sea ludópata), dado que partimos de la base de que éste afecta tanto al jugador como al familiar, conformándose en ambos casos en un único problema.

dónde se ha utilizado para conocer el punto de vista de alguno de sus progenitores (madre) y de sus hijos.

La historia de vida ha sido esgrimida porque es la que mejor se adapta a nuestro objetivo de estudio: *conocer la verdadera magnitud que encarna la problemática de la adicción del juego por boca de las personas que la han vivido*, Sabiendo que la adición al juego es un problema real, tan innegable que se deja sentir en todo su contexto familiar, quisimos ir más allá de las generalidades que puedan decirse de ella y así poder conocer que es lo que realmente se esconde detrás de esta adicción. Por ello consideramos, que la mejor forma de acceder a ese conocimiento era a través del relato que, tanto el adicto o ex-adicto, como su familia, pudiera referirnos con respecto a su propia experiencia biográfica. No nos interesa cuantificar un problema cuyas magnitudes epidemiológicas ya están cuantificadas y con un pronóstico alcista, en cuanto al número de personas potencialmente afectadas por esta problemática. Simplemente nos importa poner en valor el discurso que, tanto a nivel individual como de grupo, son capaces de transmitirnos los propios sujetos implicados en el proceso de estudio.

¿Qué implicaciones tiene esta práctica metodológica? En concreto la *historia de vida* también denominada como método biográfico[4], es una técnica de investigación cualitativa que se centra en recoger información relativa a manifestaciones humanas. De igual modo, es considerada como un tipo de entrevista en profundidad, pero que a diferencia de ésta, sólo es aplicable para el estudio (parcial o total) de la vida de un sujeto.

Aunque el método de la historia de vida está muy unido a la Sociología[5], dicho método no surgió con ella. El surgimiento y auge de esta técnica habría que enmarcarlo tendiendo en cuenta los cambios culturales producidos en Norteamérica como resultado del impacto de la industrialización y urbanización a las que se vio abocada la sociedad estadounidense. Sería la Universidad de Chicago la que pondría en valor a esta técnica, ya que en la mayoría de sus investigaciones fueron utilizados los documentos personales como forma de acercamiento al estudio de los problemas sociales (Rojo, 1997).

[4] Allport (1966) definió como documentos personales o biográficos a: *Todo escrito o manifestación verbal realizada por el propio sujeto que nos proporciona, intencionadamente o no, información relativa a la estructura y dinámica de la vida del autor. En ellos se incluyen los documentos realizados en primera persona, tales como: las autobiografías, los diarios personales, las cartas, los cuestionarios libres, las manifestaciones verbales obtenidas en entrevistas, declaraciones espontáneas, narraciones y ciertas composiciones literarias. También existen documentos en tercera persona, consistentes en manifestaciones de otros individuos sobre el sujeto. Destacan el estudio de casos, las historias de vida y las biografías*. (1966: 472).

[5] El estudio que pasa como pionero en la utilización de este método en Sociología fue el realizado por W. I. Thomas y F. Znaniecki en 1894 y que fue publicado entre 1918 y 1920. Bajo el título de: *The Polish Peasant in Europe and* America, este estudio recoge las experiencias y vivencias de un inmigrante polaco (Wladeck Wisniewski) en América.

Tras décadas de crepúsculo motivadas, según expresa Becker (1974), porque este método no respondía a las expectativas que el sociólogo de la época tenía, en cuanto a la validez de los datos obtenidos. Tanto su descrédito como su elogio, han fluctuado en función a las orientaciones y cambios de paradigmas que la propia teoría de la investigación social ha sufrido en su desarrollo desde los años veinte hasta la década de los sesenta, período en el que se produce un cambio de rumbo, ya que la ciencia social humanística adquiere de nuevo una cierta importancia, sobre todo de mano de la Antropología (Balán, 1978: 8). El punto de arranque de la expansión que tuvo el uso de la historia de vida como instrumento de reflexión teórica y de práctica metodológica habría que situarlo, según manifiesta Sarabia (1990), en el IX Congreso Mundial celebrado en 1978 en Upsala (Suecia).

Como cualquier técnica, no podemos olvidar que el empleo de ésta comporta una serie de ventajas e inconvenientes. En cuanto a las primeras y de manera general, Ruiz (2000), destaca como ventajas principales el hecho de que recoge los testimonios directos de los entrevistados, nos permiten captar el proceso de estudio como una realidad cambiante, recoge la visión personal y subjetiva de los informantes sobre el fenómeno objeto de estudio y sus relaciones con éste, puede utilizarse como fuente de tipo histórico, nos permite visualizar la trayectoria vital o experiencia biográfica del entrevistado de una forma exhaustiva, muestra universos particulares que conectan con la realidad más amplia de un universo general y por último también nos va a permitir obtener un nivel de profundidad y detalle difícil de conseguir con otra técnica.

Ahondando un poco en el tema, destacamos a Becker (1974) ya que éste señala como funciones fundamentales de las historias de vida el hecho de que nos permiten evaluar teorías, efectuar suposiciones sobre aspectos no centrales de la investigación, acercarnos a los aspectos subjetivos de los procesos institucionales, sugerir nuevas cuestiones en torno a un tema en el que se ha profundizado mucho en pocas variables y se hace necesario reorientar la investigación. Aunque lo más importante, a juicio del propio autor, es la capacidad que la historia de vida tiene para captar los procesos sociales básicos de la interacción cotidiana. Sobre este mismo aspecto insiste Pujadas (1992) señalando la importancia que tienen los relatos biográficos a la hora de estudiar temas que impliquen, o lleven aparejados, cambios significativos individuales o colectivos como es el caso de los procesos de adicción. Así mismo, Rojo (1997) hace hincapié en la posibilidad que ofrecen las historias de vida de llegar a comprender las distintas etapas y períodos en la existencia de un individuo en su proceso de desarrollo, poniendo dichas etapas en conexión con el momento histórico y con su propia sociedad. Igualmente, Balán (1974: 11) pone sobre la mesa la utilidad que tiene esta técnica para las investigaciones relacionadas con el ciclo de vida, sobre todo en aquellos *problemas que requieren información longitudinal sobre grupos de población y sobre estructuras cambiantes en que participan*.

Por su parte, Becker (1974: 36), también destaca como ventaja el hecho de que las historias de vida tienen la capacidad de mostrarnos otras realidades existenciales,

otras formas de vida. En palabras del propio autor: *la historia de vida, por ser la propia historia del actor, es un mensaje vivido y vibrante desde el allá abajo que nos dice qué significa ser ese tipo de persona con la cual jamás nos hemos encontrado cara a cara*.

Aunque con un carácter moral y político, otra de las potencialidades imputables a esta técnica, según establece Rojo (1997), es su capacidad para romper el silencio en el que determinados colectivos están o han estado condenados y sacudir así las conciencias de todos. Concretamente, Santamaría y Marina (1994: 259), señalan que: *sin incurrir en un optimismo salvífico de dar voz a los sin voto que acompaña la mala conciencia el trabajo de intermediación que la investigación social tiene, la historia oral remueve porque se atreve a recoger los relatos de la gente tal y como éstos surgen*.

Por último no podemos dejar de anotar otra cuestión de sumo interés dilucidada por Rojo (1997: 391) y que tiene que ver con el hecho de que, en la medida en que la historia de vida toma como centro de interés la totalidad de lo vivido, sin que el investigador imponga la sectorización de las experiencias vitales del actor, posibilita una exposición de las vivencias y experiencias del actor espontánea, no sometida al estricto rigor y orden que imponen los métodos tradicionales.

Hablar en conjunto de las limitaciones que tiene el uso de la historia de vida es referenciar de forma general aspectos tales como que, su uso incorrecto y poco riguroso le restan calidad científica; que el criterio del investigador juega un papel definitorio dentro del proceso de obtención de los datos; de que se corre el riesgo de una cierta distorsión en los resultados cuando el investigador está muy involucrado; y que puede resultar un proceso tedioso, tanto en su realización como en la trascripción de los datos obtenidos (Ruiz, 2000).

Centrándonos en este hecho, podemos señalar que algunos autores han avistado cuestiones tales como su escasa capacidad para, a partir de los datos extraídos de ellas, verificar hipótesis y teorías (Marsal, 1974). Por su parte, Balán (1974), pone el acento en destacar, tanto su alto coste cuando se llevan a cabo en gran escala, como los problemas técnicos que suelen darse a lo largo de su recolección, proceso y análisis. De igual modo se menciona el riesgo de que puedan alterarse los contenidos por mano del investigador (Fraser, 1990). También se pone cuidado en el hecho de contemplar que la abundancia de datos (en parte positiva) puede acarrear algunas dificultades, ya que en ciertas ocasiones tendríamos que recurrir a una importunada selección (Sarabia, 1990). Por último, Mann (1999) apunta que otro de los riesgos se centra en la posibilidad de que el investigador no plantee el mismo asunto o lo haga de forma distinta dependiendo del entrevistado. Para salvar este posible escollo, algunos autores, (Sarabia, 1990), propusieron que se elaboraran guías que recogiesen cuáles deberían de ser los aspectos más importantes a tener en cuenta en este tipo de técnica.

Especificados los caballos de batalla a los que tiene que hacer frente esta metodología, creemos que como guía epistemológica se hacer ostensible la necesidad de reducir al mínimo la influencia del entrevistador sobre el entrevistado y al contrario, para que el objeto de estudio no se vea alterado y consigamos la tan procurada "neutralidad metodológica". No obstante, la verdadera *Espada de Damocles* subyace cuando tenemos que pensar en la representatividad de la muestra, en términos de si el entrevistado representa al colectivo objeto de estudio, si la muestra es representación fiel de aquello de lo que procede y a cuantos individuos debemos de someter a estudio para poder tener las garantías suficientes de que representarán fielmente al universo que queremos estudiar.

Como solución al problema del *cuántos*, D. Bertaux (1980: 205) propone el término conocido como *saturación*; que viene a definirlo como: *el fenómeno por el cual, pasado un cierto número de conversaciones el investigador o el equipo tiene la impresión de no aprender nada nuevo, al menos en lo que concierne al objeto sociológico de la encuesta*. Para este autor, la aproximación biográfica encuentra su validez en el propio fenómeno de la saturación. De ahí que no pueda prefijarse el numero de casos a considerar, sino que una vez se llegue al punto de saturación (el cual debe ser traspasado ampliamente) ya podremos estar seguros de que las conclusiones que pueden extraerse son válidas.

En cuanto a la veracidad o fiabilidad de una determinada historia, establecer que el engaño es algo que está ahí y el investigador lo sabe. No obstante, a nuestro favor juega, lo que con muy buen acierto apuntan tanto Rojo (1997: 393) como Sarabia (1990: 220), cuando explicitan que la veracidad puede resultar ser una consecuencia latente y no tanto intencionada dado que el sujeto informador se ve enfrentado a lo largo de sus prolongada relación con el investigador con una necesidad de coherencia personal y social que le empuja hacia la veracidad.

Como el engaño puede ser altamente preocupante cuando el investigador no dispone de más de un relato sobre el hecho, es necesario poder disponer de otras versiones, normalmente de otras personas, observadoras indirectas de la situación. Para poder aminorar este problema, el investigador puede contar con algunos recursos. De la mano de W. Thomas, Sarabia (1990: 220-221), establece tres formas distintas de verificar los relatos obtenidos: en primer lugar, atendiendo a la coherencia interna del relato, en segundo, a través de la información proporcionada por otras personas que hayan podido vivir esos mismos momentos, y por último, a partir de la propia observación del investigador.

Sin restarle importancia a las otras técnicas utilizadas, veremos que la historia de vida comporta la técnica matriz de nuestra metodología. Cómo ya hemos justificado, este hecho viene fundamentado en términos de adaptación a muestro objeto de estudio. En la tesitura de tener que discernir si la información habría de ser

recogida vía historia de vida o entrevista en profundidad, dado que la primera se presenta como una forma de entrevista en profundidad, nos decidimos por la historia de vida, en tato en cuanto la naturaleza de esta técnica nos introduce de lleno en el mundo de las manifestaciones humanas, imbuyendo al propio investigado en el complejo mundo de su realidad existencial. Del sujeto investigado interesaba, además de que fuera capaz de verbalizar su propia historia de juego, que también fuese competente en lo que respecta a la capacidad de poder aplicar (al mismo tiempo) la comprensión y reflexión sobre lo narrado.

En cuanto a las formas que puede adoptar esta técnica, nosotros hemos optado por llevar a cabo un tipo de *historia de vida parcial*, dado que nuestro interés se centraba en conocer únicamente un aspecto muy concreto de su vida -su historia patológica con el juego-. De igual modo nos decantamos por su *forma oral* de transmisión, ya que partíamos del hecho de que redactar llevaba implícito un mayor nivel de complejidad para el sujeto investigado, y a nosotros nos limitaría, por un lado la posibilidad de contemplar la riqueza de ofrece la comunicación no verbal , y por otro, nos cerraría la posibilidad de llegar a conseguir un nivel adecuado de complicidad a partir del cual el sujeto es capaz de abrirse sin tener en cuenta la persona que tiene delante y obtener datos que de otro modo se resisten a ser verbalizados.

Previo consentimiento de los encargados de la asociación (profesionales y directivos) y de los propios sujetos implicados (una vez fueron dilucidados todos los aspectos relativos al anonimato y al secreto profesional), las historias fueron grabadas tal cual fueron narradas y la información procedente de las impresiones obtenidas a través del lenguaje no verbal, fueron apuntadas en un cuaderno de notas. En cuanto a la forma de trasmitir la información obtenida decir que, ésta aparecerá analizada teniendo en cuenta una serie de ejes temáticos, estando ilustrada o apoyada con exposiciones transcritas, tal cual han sido expresadas por los propios sujetos.

Siendo conscientes de los problemas que encarnan la representatividad de la muestra y el proceso de verificación de la información obtenida a través de esta técnica, creímos conveniente aplicar lo admitido para este tipo de metodología. En cuanto al primer caso, hicimos valer los principios generales que se siguen cuando la sistemática aplicada es de naturaleza cualitativa. Si tenemos en cuenta, a si los investigados representan al colectivo objeto de estudio, partimos de la afirmación ya que nuestra muestra enteramente representa al colectivo objeto de nuestro estudio -colectivo de afectados por la adición al juego-. De igual modo, la muestra elegida es representación fiel de aquello de lo que estudia, en tanto en cuanto, hemos conseguido obtener una representación lo más heterogénea posible, en relación a controlar las posibles variables que pudiesen incidir en el tema estudiado. El único problema encontrado, y que fue imposible solventar, es la escasa representación que tenemos en cuanto al tema de la mujer jugadora. Cuando empezamos el trabajo de campo en la asociación sólo había cuatro mujeres, y las cuatro aceptaron ser

miembros de nuestra investigación[6]. Con respecto a la selección de los *cuántos individuos* podemos someter a investigación para poder tener las máximas garantías de representación del universo estudiado, utilizamos el procedimiento, anteriormente descrito, y que es conocido con el término de *saturación*. En total fueron realizadas 42 historias de vida (véanse las tablas número), distribuyéndose del siguiente modo[7]: 22 para el grupo de jugadores y 20 para el grupo de familia. Dentro de este último la muestra conseguida fue de 16 para la categoría relativa a cónyuge/pareja, 3 para la de hijos y 1 para la de madre.

TABLA Nº 19

Historias de vida (jugadores/as)				
Entrevistado	**Sexo**	**Edad**	**Procedencia**	**Nivel de terapia**
E1	Hombre	60	Huelva	Mantenimiento
E2	Hombre	55	Huelva	Mantenimiento
E3	Hombre	66	Huelva	Mantenimiento
E4	Hombre	29	Cartaya	Rehabilitación
E5	Hombre	30	Lepe	Rehabilitación
E6	Hombre	24	Tharsis	Inicio
E7	Hombre	36	Bollullos	Inicio
E8	Mujer	39	Trigueros	Terapia de pareja
E9	Hombre	45	Huelva	Terapia de pareja
E10	Hombre	51	Trigueros	Mantenimiento
E11	Hombre	40	Punta Umbría	Rehabilitación
E12	Mujer	54	Isla Cristina	Terapia de pareja
E13	Hombre	27	Moguer	Inicio
E14	Mujer	58	Huelva	Mantenimiento
E15	Hombre	34	Punta Umbría	Inicio
E16	Hombre	38	Isla Cristina	Rehabilitación
E17	Hombre	47	Gribaleón	Mantenimiento
E18	Hombre	65	Huelva	Mantenimiento
E19	Hombre	22	Lepe	Inicio
E20	Hombre	33	Moguer	Inicio
E21	Hombre	44	Trigueros	Mantenimiento
E22	Mujer	63	Huelva	Mantenimiento

Fuente: Elaboración propia.

[6] No obstante, confiando en poder subsanar esta limitación, dado que el trabajo de campo se desarrolló a lo largo de varios meses, al final no fue posible, puesto que en este tiempo sólo se incorporó una nueva mujer al tratamiento, pero su falta de determinación con respecto al problema y su gran inestabilidad terapéutica (desaparecía durante largos períodos de tiempo) hizo imposible tomarla como sujeto integrante de la investigación.

[7] Concretamente: 22 para el grupo de jugadores y 20 para el grupo de familia. Dentro de este último la muestra conseguida fue de 16 para la categoría relativa a cónyuge/pareja, 3 para la de hijos y 1 para la de madre. En un único caso, el cónyuge de un jugador era a la misma vez madre de otro jugador, situación que nos sirvió para obtener y analizar la información teniendo presente ambas perspectivas. En cuanto al tema de los hijos, decir que fue muy difícil obtener su participación, debido a dos motivos relacionados con la edad: o eran muy pequeños y los padres no lo consideraron oportuno o eran lo suficientemente mayores (muchos independizados o viviendo fuera de Huela) y declinaron la participación.

TABLA Nº 20

Historias de Vida - Familiares (Pareja/Cónyuge)				
Entrevistado	**Sexo**	**Edad**	**Procedencia**	**Nivel de terapia cónyuge**
E1	Mujer	59	Huelva	Mantenimiento
E2	Mujer	53	Huelva	Mantenimiento
E3	Mujer	25	Lepe	Rehabilitación
E4	Mujer	42	Trigueros	Mantenimiento
E5	Hombre	68	Huelva	Mantenimiento
E6	Hombre	58	Isla Cristina	Terapia de pareja
E7	Mujer	27	Cartaya	Rehabilitación
E8	Mujer	23	Trigueros	Terapia de pareja
E9	Mujer	44	Huelva	Terapia de pareja
E10	Mujer	22	Tharsis	Inicio
E11	Mujer	20	Lepe	Inicio
E12	Mujer	35	Isla Cristina	Rehabilitación
E13	Mujer	46	Gibraleón	Mantenimiento
E14	Mujer	58	Huelva	Inicio
E15	Mujer	33	Bollullos	Inicio
E16	Hombre	57	Huelva	Mantenimeinto
E17	Mujer		Huelva	
Familiar (Hijas/os)				
E1	Mujer	25	Huelva	-
E2	Mujer	-	-	-
E3	Hombre	-	-	--

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al proceso de verificación explicitar que, vimos conveniente aplicar los criterios de validación descritos por Sarabia (1990) a nuestros propios relatos y así quedarnos con la seguridad de que lo obtenido podía ser analizado sin incurrir en graves sesgos o errores de fondo. La cuestión fue fácil, dado que en nuestro diseño de la investigación, ya partíamos o contábamos con la perspectiva proveniente de los familiares, por cuanto que a éstos, también se les utilizó como sujetos investigados, ya que nuestro objetivo no se cernía sólo a conocer el punto de vista del jugador, sino también el de la familia. Además, a este *control cruzado* se le unió la posibilidad de contrastar información desde otros dos ángulos: el dado por los profesionales que trabajan, día a día, con los propios afectados y el obtenido a través del proceso de observación que se ha seguido a lo largo de todo el trabajo de campo.

1.3.2.- La Entrevista en Profundidad

1.3.2.1.- Justificación de la Técnica. La entrevista en nuestra investigación

Al igual que la historia de vida, la entrevista en profundidad, se muestra como una relación interpersonal enhebrada por la subjetividad. Si tenemos en cuenta las palabras de Ortí (1996: 189), en la realidad social nos podemos encontrar con *hechos sociales* y con *discursos.* Si los primeros, para ser explicados, emplean encuestas que nos permiten su cuantificación y estructuración, los segundos, para ser comprendidos, se interpretan y analizan a partir de textos que recogen discursos ya elaborados, o bien, a partir de discursos que se elaboran de manera expresa para la investigación social. Esta elaboración exige situaciones de comunicación interpersonal entre el investigador y el entrevistado que producen un contacto directo.

En concreto esta técnica fue pensada y empleada para recopilar los datos ofrecidos por los técnicos que trabajan en este ámbito, ya fuesen psicólogos, trabajadores sociales y abogados. Del mismo modo, se ha utilizado esta técnica para recoger datos provenientes del marco organizacional, desde donde parte nuestra investigación -Asociación Onubense de Jugadores de Azar en Rehabilitación (AONUJER)- y, en menor medida, de otras asociaciones de jugadores en rehabilitación instituidas en Andalucía. En ambos casos se quiso partir de una situación lo más fidedigna posible, en cuanto al tipo de informador y la información obtenida. Qué mejor corresponsal que un profesional que es conocedor de todos los aspectos que rodean la temática de la adicción al juego y que además puede ayudarnos a confirmar y validar (cómo ha sí ha sido), tanto la información dada por los sujetos entrevistados (jugador y familiar) como la obtenida por nosotros a través de la observación participante.

¿Qué implicaciones tiene la entrevista en profundidad que nos ha llevado a elegirla como otra de las técnicas importante en nuestro estudio? Bastaría con atender a su definición para comprender el porqué de esta elección. Aunque son muchas las definiciones que nos podemos encontrar de esta técnica, si tomamos como referencia la dada por Taylor y Bogdan (1992: 101), veremos que éstos nos ofrecen la posibilidad de entender la entrevista como una sucesión de *reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan sus propias palabras.* De esta definición podemos destacar su concepción del investigador como el verdadero instrumento de investigación, más que el propio protocolo o guión de la entrevista en sí.

Como observación cualitativa de la realidad, la entrevista cumple varias funciones (Balcells, 1994): es un medio para la aplicación de un cuestionario; es una

técnica propia y específica para la recogida de información no dependiente de un cuestionario sino, en todo caso, de un guión o esquema; también es un medio terapéutico que sirve para el tratamiento de personas y no sólo para la recogida de información. Nos interesa la segunda acepción de la entrevista en la medida que la vamos a usar como un medio para la recogida de información, donde juega un papel fundamental el entrevistado, su discurso y la inevitable interacción que se establece con el entrevistador.

La entrevista, junto con la historia de vida, es la técnica principal utilizada para la producción de discursos de manera controlada en ciencias sociales. Ejemplifica preclaramente el paradigma cualitativo en la medida en que nos permite, como nos señala Ortí (1996: 213)*: analizar e interpretar los aspectos significativos diferenciales de la conducta y de las representaciones de los sujetos y/o grupos investigado*. Visauta (1989: 236-237), basándose en Sandín (1985), caracteriza a la entrevista de acuerdo a los siguientes rasgos y aspectos principales que nosotros exponemos a continuación (Véase Cuadro 74):

CUADRO Nº 74

Características básicas de la entrevista	
Comunicación verbal	Se desarrolla generalmente entre dos personas, aunque la entrevista puede tener lugar con grupos también. En cualquier caso, hay que prestar atención también a la comunicación no verbal.
Cierto grado de estructuración	El grado de estructuración estará en función del marco teórico del que se parta: desde las que exigen, como el modelo psicoanalítico, un alto grado de definición hasta las no estructuradas.
Finalidad específica	Esta cuestión nos remite al "para qué" de la entrevista, cuál el objetivo de la misma. Recordemos que existen entrevistas cuya finalidad puede ser muy distinta: terapéutica, diagnóstico, obtención de información.
Situación asimétrica	Alude a las posiciones que ocupa tanto entrevistador como entrevistado en el desarrollo de la entrevista. Generalmente, al estar la misma centrada en lo que dice y piensa el entrevistado, el desequilibrio es mayor.
Proceso bidireccional	Cualquier entrevista es un proceso de comunicación en dos direcciones que debe ser tenido en cuenta por el investigador puesto que existe la posibilidad de ejercer influencia. Es más frecuente que la misma se ejerza desde el entrevistador hacia el entrevistado, pero puede suceder en sentido contrario también.
Adopción de roles específicos por ambas partes	Una entrevista no debe suponer una jerarquía de posiciones superiores-inferiores. Sin embargo, las personas que intervienen en su desarrollo juegan papeles diferentes que no deben ser obviados para el buen discurrir de la entrevista.
Estructura	La estructuración de la entrevista es un rasgo que distingue claramente el tipo de entrevista desarrollada. Podemos encontrarnos con entrevistas totalmente planificadas de antemano donde las preguntas se establecen previamente, entrevistas donde existe un menor grado de estructuración en la medida que se establece un guión orientador que permite desarrollar otras preguntas no previstas y, por último, entrevistas libres donde el desarrollo de la misma depende de la interacción entre entrevistado y entrevistador.

Características básicas de la entrevista	
Proceso	El proceso nos informa acerca de cómo se desarrolla la entrevista y presta atención a los procesos verbales relacionados con el tono de voz, la intensidad y modulación de las palabras, etc., y procesos no verbales que aluden al comportamiento de los individuos mediante la entrevista.
Contenido	Como último aspecto que caracteriza a la entrevista, el contenido nos informa acerca del objeto de la misma, es decir, lo que el sujeto manifiesta acerca de las cuestiones planteadas por el entrevistador (la historia del problema,).

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida de Visauta (1989: 236-238).

En cuanto al desarrollo de la entrevista como técnica para obtener información, Rodríguez (1996: 171-184), nos informan acerca de seis aspectos que debemos tener en cuenta dada la influencia que tienen en el discurrir de las entrevistas:

1. Para que las entrevistas en profundidad sean un instrumento útil para la investigación cualitativa, es imprescindible que exista confianza entre los sujetos que intervienen en su desarrollo. Sin embargo, esta confianza no se produce espontáneamente y debe el entrevistador facilitar su logro para pasar de una fase inicial de carencia de la misma, a una fase de cooperación entre ambos sujetos que debe presidir todo el desarrollo de la entrevista.

2. *El comienzo de la entrevista.* ¿Cómo comenzar una entrevista? Es una pregunta importante que nos refiere a la organización de la misma. En efecto, cualquier proceso de comunicación humana requiere de tiempo y de establecimiento de afinidades entre las personas que intervienen en el mismo para que sea fructífero. La entrevista no es ajena a esta exigencia y, dada su orientación centrada en obtener información, debe comenzar siempre planteando cuestiones generales, fáciles, que permitan el deshielo de la desconfianza para, posteriormente, plantear las cuestiones centrales que motivan la ejecución de la entrevista.

3. *Situación de entrevista.* Taylor y Bogdan (1994: 120-123) afirman que el entrevistador debe generar un clima en la entrevista que permita al entrevistado hablar de sí mismo con libertad. Para crear este clima, sugieren las siguientes pistas metodológicas: no enjuiciar a la persona entrevistada ni lo que dice. Permitir que la gente hable, es decir, que se puedan extender en narrar cosas que, a priori, no sean de interés para el investigador. Prestar atención a lo que dice la persona que habla en la entrevista aunque la misma se alargue. Esta atención se muestra comunicando un interés sincero por lo que dice el entrevistado y formulando preguntas acertadas sobre aquello que es de interés para esta persona. Por último, ser sensibles atendiendo especialmente al modo en que sus palabras puedan afectar a su interlocutor.

A estos aspectos que construyen la situación de la entrevista, Rodríguez (1996), añade otro más referido a la necesidad de realizar comprobaciones cruzadas, de tal forma que la información que suministre el informador sea veraz.

4. *Cuestiones.* Bajo este epígrafe, Rodríguez (1996) se refieren al tipo de preguntas a emplear en el desarrollo de la entrevista. Teniendo en cuenta a Patton, establecen seis grandes tipos de preguntas: *demográficas o biográficas,* que aluden a cuestiones básicas de identificación de los informantes. *Preguntas sensoriales,* cuyo objetivo reside en obtener información acerca de lo que los informantes ven, oyen, sienten, etc., en determinadas circunstancias. *Preguntas sobre experiencia/conducta* que se emplean para que el informante describa su actuación mediante acciones y actividades. Deben permitir que el entrevistador conozca la situación como si la hubiera presenciado. *Preguntas sobre sentimientos,* cuya finalidad es la de facilitar la expresión de afectos o desafectos de los informantes sobre su experiencia. *Preguntas sobre conocimientos*, que se emplean para averiguar lo que el entrevistado sabe y, por último, *preguntas de opinión/valor* que deben facilitar la valoración de situaciones por parte de la persona entrevistada.

5. *La respuesta del informante.* Si múltiples son las cuestiones sobre las que se puede interrogar en una entrevista, diversas son también las respuestas que se pueden obtener a lo preguntado. El riesgo principal de las respuestas estriba en que las mismas no respondan a las cuestiones planteadas que son de interés para el investigador. En este caso, se requerirá de la reformulación de la misma cuestión hasta obtener la información deseada.

6. *La utilización de grabadora.* Siempre que sea posible, las entrevistas deben ser grabadas para facilitar su posterior transcripción y análisis. Sin embargo, la presencia de la grabadora puede perturbar al entrevistado. Para superar esta cuestión conviene acordar por anticipado el uso de la misma y comenzar las entrevistas valorando la importancia que tienen las respuestas del informante, que deben ser recogidas por la grabadora para que no se pierda su contenido.

Como ya sucediera con las historia de vida, la fiabilidad de este tipo de técnicas es una cuestión polémica (Visauta, 1989) ¿Cómo hablar de un modo convencional de 'fiabilidad' cuando es imposible realizar una entrevista, dos o más veces exactamente del mismo modo a una sola persona (aún más complicado si es más de una)? Parece prácticamente imposible saber si una entrevista es o no fiable. Para ello, en nuestra opinión, sólo nos sirven criterios subjetivos de evaluación de la fiabilidad de cada entrevista en particular. Es decir, plantearnos las preguntas: ¿tenemos suficiente información sobre los temas que queríamos tratar y con el grado de profundidad que queríamos obtener? ¿Nos sirve la información obtenida de la entrevista para nuestros propósitos de investigación? Sólo si la respuesta a estas preguntas es afirmativa podremos hablar de que tenemos una entrevista fiable.

En lo concerniente a la validez es necesario hacer previamente una aclaración del concepto. De mayor a menor amplitud, podríamos hablar de *un primer nivel de validez* al referirnos a la entrevista como técnica de recogida de datos. Es decir, nos preguntamos: ¿Es la entrevista la técnica apropiada para recoger datos en la investigación que pretendemos realizar? Si respondemos afirmativamente, la entrevista como técnica es válida para nuestras precisas intenciones científicas. Por otro lado, avanzamos un nivel más de validez cuando la cuestión se centra en la entrevista concreta que vamos a realizar. Si una vez confeccionado el protocolo, nos interrogamos acerca de si la entrevista recoge aquello para lo que ha sido diseñada. Si respondemos afirmativamente, podríamos confiar en que utilizamos un instrumento válido.

Para completar esta breve presentación de la entrevista como técnica de recogida de información, nos detendremos brevemente en presentar los diversos tipos existentes según Aguirre (1995: 173-175), el cual, emplea cuatro criterios generales de clasificación: *Según la forma* las entrevistas pueden presentar diversos grados de estructuración: pueden ser *estructuradas, formales o con cuestionario,* que son las que presentan un mayor grado de definición previa y obligan al entrevistador a seguir fielmente el protocolo establecido con anterioridad. Las *semiestructuradas* son entrevistas que se caracterizan por la determinación de los temas sobre los que se va solicitar información pero, las preguntas concretas, no están establecidas previamente y se van definiendo en el momento de realizar la entrevista aunque siempre deben ceñirse a los temas prefijados. Por último, las entrevistas *no estructuradas* son aquéllas donde el discurrir de las mismas se rige por la propia interacción entre entrevistador y entrevistado, dándole un mayor protagonismo a éste y una plena libertad para responder las cuestiones planteadas.

- *Según la forma* las entrevistas pueden presentar diversos grados de estructuraión: pueden ser *estructuradas*, *formales* o *con cuestionario*, que son las que presentan un mayor grado de definición previa y obligan al entrevistadora seguir fielmente el protocolo establecido con anterioridad. Las *semiestructuradas* son entrevistas que se caracterizan por la determinación de los temas sobre los que se va solicitar información pero, las preguntas concretas, no están establecidas previamente y se van definiendo en el momento de realizar la entrevista aunque siempre deben ceñirse a los temas prefijados. Por último, las entrevistas *no estructuradas* son aquéllas donde el discurrir de las mismas se rige por la propia interacción entre entrevistador y entrevistado, dándole un mayor protagonismo a éste y una plena libertad para responder las cuestiones planteadas.

- *Según el número de participantes* las entrevistas pueden ser de tres tipos diferentes: *individual,* donde únicamente intervienen un entrevistador y un entrevistado, estableciéndose una relación comunicativa entre ambos, lo que favorece la recogida de información, aunque es más fácil que exista influencia del primero hacia el segundo. *En panel*, donde son varios los entrevistadores que se enfrentan a un solo sujeto. Este tipo de entrevistas permite obtener informaciones

más ricas y variadas además de poder contrastar las observaciones entre diversos sujetos. No obstante, su problema principal radica en lograr el acuerdo entre varios sujetos que entrevistan y en vencer la resistencia del entrevistado al sentirse muy observado. Por último, nos encontramos con las entrevistas *en grupo*, que se caracterizan porque un solo entrevistador, a veces apoyado por uno o dos observadores, aborda a varios entrevistados al mismo tiempo.

- *Según la finalidad,* las entrevistas a desarrollar pueden ser muy diversas: *clínica,* centrada en la intervención sobre un paciente. *De organizaciones y empresas,* con una finalidad múltiple: de selección, de concertación de objetivos, de investigación, etc. *Periodística,* destinada a obtener información sobre un tema específico. *De encuesta o investigación*, que tiene el propósito de obtener información para verificar o no hipótesis que el investigador tenga planteadas.

- Por último, *según el modelo teórico*, las entrevistas pueden ser múltiples en función de las corrientes teóricas tomadas como referente: psicoanalítica, conductual, rogeriana, etc.

De acuerdo con Ortí (1996: 214-216), la justificación de este tipo de entrevistas reside, por un lado, en que las entrevistas individuales permite la interacción directa entre el entrevistador y el entrevistado al objeto de conocer el *discurso motivacional* de éste último sobre el objeto de la entrevista y, por otro lado, la elección de las entrevistas grupales descansa en poder detectar la *vivencia colectiva* de un mismo hecho analizando para ello las representaciones, los valores dominantes en un grupo mayor de referencia al que el grupo pequeño representa. Asimismo, no podemos olvidar que si bien en la entrevista individual la interacción es únicamente entre entrevistador y entrevistado dándose, por ello, una posibilidad mayor de directividad por parte del primero, en las entrevistas en grupo, la interacción se lleva a cabo por un conjunto mayor de personas debiendo el investigador prestar atención a que la discusión no se aleje de los objetivos de la entrevista. En cualquier caso, el uso conjunto de ambos tipos de entrevista siempre nos permitirá una aproximación más rica y plural al desarrollo del estudio que estemos llevando a cabo.

En nuestra investigación, y teniendo en cuenta todo lo dicho, hemos optado por desarrollar entrevistas en profundidad, dónde la línea a seguir fueron los contenidos, es decir, aquéllas donde no están especificadas las preguntas a formular, tan sólo se partía de una serie de ideas que fueron tomando forma a partir de los datos obtenidos en ellas. Atendiendo a la información que se quería obtener, de cada uno de los entrevistados, se les expuso de forma clara qué motivaba nuestra investigación y qué información era la que requeríamos. Dado que nuestro soporte organizacional de la investigación, se circunscribió por entero a la Asociación AONUJER de Huelva, fue fácil hacernos con el beneplácito, tanto de los profesionales que allí trabajan, como con el de los directivos de la entidad. Dado que estamos hablando de un contexto institucional reducido y de fácil manejo, sólo se pudieron llevar a cabo tres entrevistas a profesionales (el total de la plantilla que trabaja en la asociación): la

psicóloga, la trabajadora social y la abogada. En cuanto al personal que dirige la asociación decir que, se efectuó un total de ocho entrevistas repartidas por igual entre en los miembros pertenecientes a la directiva de la asociación y sus cónyuges. Destacar que éstos fueron una gran fuente de información, ya que pudimos obtener datos, teniendo en cuenta los distintos roles que éstos encarnan:

1. Ex-jugador y/o Familiar.

2. Como pioneros que iniciaron y lucharon por conseguir una respuesta factible a su problema del juego. Solución que bajo el nominativo de AONUJER lleva funcionando más de veinte años con bastante éxito en Huelva.

3. Por su papel como monitores de acogida y terapia que bajo el rol de co-terapeutas complementan la labor que llevan a cabo los profesionales que trabajan dentro de esta entidad.

1.3.3.- La Observación Participante

1.3.3.1.- Justificación de la Técnica: La Observación en nuestra investigación

Si tomamos como referencia la definición que nos ofrece Domínguez (2000: 147) veremos que este modo de aproximación investigativa se adecua perfectamente a los objetivos de nuestra investigación. Concretamente este autor define la Observación como *aquella técnica de recogida de datos basada en la contemplación o vigilancia exhaustiva y sistemática del desarrollo del fenómeno a investigar y/o de su resultado con el objetivo final de la recogida de información que es coherente con nuestras metas de investigación*.

Junto a las técnicas anteriores, la Observación Participante, formaría el conjunto de técnicas utilizadas para nuestra investigación y que son consideradas como las de más relevancia dentro del campo de la investigación cualitativa. Como ya hiciéramos en las otras técnicas, de nuevo cabe preguntarnos ¿qué implicaciones generales tiene esta técnica que la hace ser pertinente para nuestro objeto de estudio? En principio destacar que ésta ha sido puesta en práctica de distintas maneras. Desde la situación más fácil que consistió en observar a los investigados en contextos más desenfadados o informales (formando parte en algunos momentos de sus vidas y siendo partícipes de sus conversaciones), como en situaciones más formales asistiendo a varias de la convivencias grupales que la asociación realiza, a lo largo del año, tanto a nivel provincial como regional (congresos anuales) y participando en algunas sesiones terapéuticas grupales que se realizan a lo largo de la semana, tanto para jugadores como para familiares o de forma conjunta cuando ya el proceso de rehabilitación se encuentra en una fase más avanzada.

Sabemos que el desarrollo de la observación constituye el primer paso hacia la generación del conocimiento. Es más, la observación es una actividad inherente al ser humano en sociedad; no obstante, para que la misma sea fuente de información que pueda ser tratada científicamente, debe reunir unas condiciones de las que nos ocuparemos un poco más tarde. En principio, nos interesa centrarnos, al menos brevemente, en presentar la observación como un aspecto fundamental sobre el que difieren los grandes paradigmas de las ciencias sociales. Beltrán (1979: 125-128) sintetizando perfectamente las aportaciones y críticas que se le pueden hacer al positivismo señala, entre las segundas, que el énfasis puesto en la observación sin preocuparse por su complejidad, resta eficacia a la misma puesto que uno no observa natural y objetivamente, sino que el hecho elegido y el modo de observación dependen tanto de los supuestos teóricos iniciales, como de la experiencia previa del observador.

Frente a la defensa que de la observación y de los hechos hace el positivismo, la Escuela de Frankfurt no niega la observación, pero sí que ésta sea la fuente de conocimiento óptima y única para el desarrollo de la ciencia. En consecuencia, tampoco niega la importancia de los hechos, pero sí que éstos sean la realidad por antonomasia, puesto que ni se perciben como realidad inmediata ni se pueden ver ajenos a la totalidad en la que se desarrollan. Sin el contexto, el análisis que se puede hacer de los hechos es superficial. El contexto, pues, nos sirve para conocer los hechos como "realmente son".

Esta polémica acerca de la observación nos tiene que servir para comprender la complejidad de su desarrollo, la cual se ve afectada tanto por los condicionamientos teóricos y epistemológicos que afectan a la definición de los instrumentos que usamos para el conocimiento de la realidad como por la complejidad de la misma, que exige una pluralidad metodológica para, al menos, captar una mayor gama de matices y aspectos propios de los hechos sociales que se observan.

Centrándonos en la observación como una técnica más para la recogida de información, hemos de decir que la misma para que sea científica debe reunir los siguientes requisitos que, ya en 1965, Selltiz y otros indicaban de manera diáfana: Servir a un objetivo ya formulado de investigación; estar planificada sistemáticamente; ser controlada y estar relacionada con proposiciones más generales en vez de ser presentada como una serie de curiosidades interesantes; y estar sujeta a comprobaciones de validez y fiabilidad.

Estos requerimientos nos ponen de manifiesto la necesidad de sistematizar la observación a realizar en función de los objetivos de la investigación que desarrollemos. Requiere también la definición de un protocolo con diferentes grados de desarrollo según el tipo de observación seguido, que oriente y dé sentido al acto de observar con la pretensión de obtener información destinada a ser tratada científicamente.

Pourtois y Desmet (1992: 136-137) señalan que existen dos formas de aproximación, a la hora de idear la observación: por un lado, la observación se concibe como el registro de datos más objetivos tales como lugares, autores, comportamientos, etc., que exige un distanciamiento entre observador y observados, al efecto de poder establecer tipologías que nos ayuden a clasificar la realidad observada. Por otro lado, existe un enfoque de orden cualitativo, la observación participante, que enfatiza el contacto entre observador y observado, y cuyo objetivo va mucho más allá de la simple descripción: pretende captar el sentido, la intención última de los hechos que protagonizan las personas observadas lo que requiere, necesariamente, un contacto que provea al investigador de la mayor cantidad de información disponible para alcanzar la comprensión del hecho observado.

Aunque nosotros nos hemos decantado por la segunda aproximación, no obstante, estimamos que ambos enfoques son complementarios porque si bien, el registro de hechos más o menos objetivos proporciona en realidad poca información sobre lo observado, entendemos que comprender en profundidad lo que se observa requiere de un contexto, de un encuadre en un marco que le dé sentido y, para ello, pensamos que es necesario prestar atención a las dimensiones objetivas de la observación. Podemos comprobar, por tanto, que el uso de la observación como técnica para obtener información no es ajeno al debate sobre la complementariedad entre los enfoques cuantitativos y cualitativos.

La observación como método para obtener información puede ser ejecutada a través de una serie de etapas; proceso que Anguera (1992: 23-25) sintetiza del siguiente modo: en primer lugar, nos señala que la observación debe iniciarse con la *formulación de un problema*, que nos permita definir con exactitud qué debe observarse. Para ello, podemos desarrollar una *observación exploratoria* que nos ayude a determinar nuestro objeto de atención concretando qué debe observarse, qué registrarse y qué ignorarse. Definido el objeto de observación, debemos proceder a la *recogida de datos,* donde es importante prestar atención a dos operaciones complementarias: por un lado, decidir la muestra de elementos que serán observados y, por otro, establecer el sistema de registro de la observación que debe ocuparse, de acuerdo con Pourtois y Desmet (1992), tanto de la descripción de lo observado y de las opiniones de los sujetos, como de las impresiones, valoraciones y percepciones particulares del investigador. Una vez recogidos los datos, la tercera fase consiste en el *análisis e interpretación de los datos observacionales,* que nos debe permitir corroborar o rechazar las hipótesis que hemos establecido en nuestra investigación así

como la elaboración de un informe que sintetice nuestra investigación. Por último, debemos *comunicar los resultados* mediante la información y publicaciones de los resultados obtenidos.

Otra cuestión que merece nuestra atención en el momento de comprender las implicaciones de la observación es plantear los principios que animan a la observación científica. Al respecto, seguiremos la síntesis elaborada por García Ferrando y Sanmartín (1996: 118-121) a partir de las aportaciones principales de Galtung y Köning, que se concreta en los siguientes seis principios fundamentales:

CUADRO Nº 75

Principios de la Observación Científica Sociológica	
Intrasubjetividad o fiabilidad	La observación repetida de las mismas respuestas por el mismo observador debe dar idénticos resultados.
Intersubjetividad	La observación repetida de las mismas respuestas por diferentes observadores debe dar los mismos resultados.
Validez	Los datos deben obtenerse de tal manera que se puedan realizar inferencias legítimas desde el nivel latente al manifiesto.
Constancia en la observación	La observación de cualquier hecho debe quedar libre tanto de las ilusiones de la evidencia íntima como de la difusa experiencia de mirar sin concentración. Ello se logra a través de: la repetición de actos orientados de observación, la observación del mismo fenómeno por otras personas y contrastando la observación con los resultados de otras observaciones.
Constancia y consistencia del fenómeno	Tomar como objeto de observación fenómenos definidos previamente, que existan y posean existencia propia.
Control	La observación debe refinarse a través de técnicas de observación especialmente diseñadas para ello, especialmente en el campo de la sociología, donde existe relación entre el sujeto que observa y el observado.
Orientación dirigida de los actos de observación cie-ntífica	Cualquier proceso de observación debe ir precedido de una discusión teórica que le dé sentido al acto de observar.

Fuente: García Ferrando y Sanmartín (1996: 118-121).

Para ordenar tipológicamente la observación, hemos recurrido a dos razonamientos empleados por Anguera (1992: 33-53 y 125-143): la sistematización de

la observación y el grado de participación del observador. Con ellos, podemos obtener una clasificación de la observación definida en los siguientes términos:

1.- En función del *grado de sistematización*, la observación presenta un variado abanico de opciones que puede ser sintetizado de la siguiente manera:

- La *observación no sistematizada, ocasional o no controlada*, que es aquélla que se realiza sin ningún grado de preparación previa. Le interesan situaciones de la vida real pero sin precisión y comprobación de la exactitud de los fenómenos observados. Por tanto, no obedece a ninguna regla y se lleva a cabo en el día a día, de ahí que esta observación sea definida por su falta de sistematización.

- La *observación sistematizada o controlada* se caracteriza por tener un alto grado de preparación y organización previa al desarrollo de la observación. Está dotada de una mayor precisión destinada a centrarse en determinados aspectos de la realidad, aunque ello implica a veces una restricción de la libertad de observación.

- Profundizando en el control de la observación, nos encontramos con la *observación muy sistematizada* que se diferencia de la anterior fundamentalmente en que el control se extiende, no sólo a la preparación de la observación sino también a la situación de observación, con el propósito de lograr la comparación posterior.

Si tenemos en cuenta o atendemos al *grado de participación del observador*, este mismo autor, nos define la siguiente tipología de observaciones:

- *La observación externa o no participante*, definida por la no pertenencia del investigador al objeto observado. Se realiza bien de manera directa, entrando en contacto con la realidad, o bien de manera indirecta, a través de fuentes documentales y datos estadísticos ya establecidos con anterioridad.

- Frente a este tipo de observación, nos encontramos con la *interna o participante* que, como señalan Delgado y Gutiérrez (1994), es el tipo de observación propio de las ciencias sociales y humanas. Su nota distintiva principal reside en que el investigador no sólo mira y registra la realidad, sino que entra en contacto directo con el grupo u organización que estudia al participar en su vida diaria, bien siendo uno más, bien accediendo a sus componentes por procedimientos informales. En este tipo de relación reside tanto el aspecto más destacado de este tipo de observación como su mayor debilidad. Es destacable porque el contacto directo permite obtener una información más rica y variada que ayuda a comprender mejor las situaciones observadas, sin embargo, requiere de mayores dosis de control para asegurar la naturaleza científica de los datos y registros obtenidos.

- En último término, nos encontramos con la *autoobservación* donde el sujeto investigador es al mismo tiempo objeto de investigación por lo que la observación requiere de la introspección para analizar los hechos internos.

Para nuestro estudio, optamos por llevar a cabo un tipo de observación que estuviese marcada por un cierto grado de *sistematización*. A priori, se determinaron parte de los aspectos que debían ser observados con la finalidad de obtener un doble objetivo: por un lado información no conseguida hasta ese momento y que considerábamos que era importante, y por otro, tratar de complementar y validar información previamente obtenida por otros medios metodológicos. Dada la naturaleza del problema a observar y las circunstancias favorecedoras con las que contábamos, razonamos que la observación más idónea era la *participante* o *interna*. Fue *participante* o *interna*, en la medida en que hemos jugado un papel de observador simultáneo al de investigador que nos ha permitido entrar en contacto directo y continuo con los investigados.

Somos conscientes de las ventajas e inconvenientes que plantea este tipo de observación. Como bien nos señala Domínguez (2000: 224-225), entre las primeras podemos citar las siguientes: nos proporciona variedad y riqueza en la información que podemos recoger; posibilita una visión *emic* de los hechos sociales facilitándonos por tanto una comprensión desde los sujetos investigados y, por último, nos permite ubicar el hecho observado en el contexto en el que se desarrolla. En nuestro caso, estos aspectos nos han proporcionado una información bastante valiosa que nos ha permitido, no sólo contrastar parte de la información obtenida por otros sistemas de recogida de información -historias de vida, entrevista-, sino también obtener información de una buena parte de sus dimensiones y así ofrecer una visión más holística de nuestro principal objetivo de estudio: *Análisis de la problemática social que acarrea la práctica del juego patológico, así como el estudio de la familia y del movimiento asociativo como principales elementos de apoyo y tratamiento*.

Aunque, tuvimos la posibilidad de experimentar las desventajas o límites que planean sobre este tipo de observación, sobre todo, en cuanto a la objetividad: la implicación del investigador con el grupo puede hacer perder la necesaria distancia que hay que mantener en los procesos de investigación y que, en nuestro caso, en parte podría verse afectada, por el hecho de la gran confianza que los investigados depositaron en nuestra persona, esto no supuso ningún problema. Al contrario, creemos que este hecho se convirtió en una gran ventaja dado que el buen ambiente desarrollado desde el principio en que entramos a formar parte de "sus vidas", posibilitó mucho el proceso de observación y por tanto el análisis del proceso estudiado. Durante muchas tardes fuimos testigos del *día a día* que implica un proceso de rehabilitación en un contexto que hace posible la difícil complementación de la intervención profesional con la filosofía de la ayuda mutua.

A pesar de esta dificultad principal, creemos que la información obtenida a través de la observación es útil, fundamentalmente, porque se ha logrado recoger una información que nos ha ayudado a captar cuestiones de cierto calado, que fueron expuestas por algún profesional, y que en cierta manera fue obviada por los propios investigados. Aunque su influencia final sobre las resultados no parezca ser del todo determinante, ya que representa un porcentaje pequeño del total de la información obtenida, si podemos destacar que ésta nos ha permitido visualizar (junto a la obtenida por las otras técnicas) el problema de una forma holística, que desde el principio, era lo que se pretendía.

1.4.- FUENTES SECUNDARIAS DE INFORMACIÓN

Para el desarrollo de este trabajo se han utilizado las siguientes fuentes documentales:

- Revisión Bibliográfica, al objeto de poder establecer el marco teórico conceptual de nuestro objeto de estudio.
- Revisión de los estudios y proyectos disponibles sobre la adicción al juego, con la idea de valorar qué se ha estudiado y qué es lo que hay escrito sobre el tema.
- Revisión de los datos y de las estadísticas relativas al Sector del Juego que la Comisión Nacional del Juego publica en forma de memoria todos los años.
- Revisión de toda la documentación (memorias, estudios, estadísticas, etc.) aportada por la *Federación Andaluza de Jugadores de Azar Rehabilitados* (FAJER), así como de todas las Asociaciones que la integran, entre ellas la *Asociación Onubense de Jugadores en Rehabilitación* (AONUJER), lugar elegido para llevar a cabo la parte empírica de esta tesis doctoral.

1.5.- A MODO DE CONCLUSIÓN JUSTIFICATIVA DE LA ESTRATEGIA METODOLÓGICA

A priori sabemos y siempre debemos tener presente que, cualquier intento de conocer una realidad social compleja y -el análisis del juego patológico lo es-, ha de llevar implícito el reconocimiento de las dificultades inherentes de la tarea que emprende. Dificultades que parten tanto de la naturaleza de lo que se pretende conocer, del método utilizado para captar las dimensiones más relevantes de dicha realidad y de la pericia y experiencia del investigador que realiza el intento de conocer una parcela de la realidad social.

Es necesario asumir estas dificultades y considerar de entrada, que no se capta toda la realidad social tal cual es porque, entre otras razones, cualquier aproximación a la misma está condicionada por la ubicación epistémica en la que nos encuadremos y por la impericia de los métodos que empleemos, que nos hacen explicar la realidad desde determinados parámetros y nos ofrecen sólo ciertas dimensiones de ella, existe la obligación de aproximarse a su conocimiento no con la pretensión ingenua de captar toda la realidad, pero sí con la seguridad de ofrecer un instrumento que mida lo que realmente pretende medir y que sea al mismo tiempo fiable, es decir, que proporcione una lectura de la realidad coherente y concordante con lo que estamos estudiando. .

Si nos centramos en el empleo de los instrumentos y datos cualitativos y su validación, Pourtois y Desmet (1992: 131-135), de acuerdo con Van Der Maren, establecen la siguiente equivalencia: si los datos cuantitativos deben poseer las propiedades de validez interna y externa, fidelidad y objetividad, los datos cualitativos deben poseer, en correspondencia directa, las siguientes propiedades: credibilidad y transferibilidad, constancia interna y fiabilidad. Veamos en qué consiste cada una de ellas y cómo se han asegurado en nuestra investigación:

Credibilidad: consiste en la garantía que ofrece el investigador en cuanto a la cualidad y cantidad de los datos obtenidos así como la exactitud existente entre las observaciones y las interpretaciones. Para asegurar esta credibilidad es importante estar suficiente tiempo en el campo de trabajo y utilizar la triangulación de fuentes y de métodos en el momento de la observación. En lo que afecta a la interpretación, el investigador debe confrontar sus resultados con otros investigadores, con los propios sujetos y con los resultados de otros trabajos similares al suyo.

En lo que afecta al desarrollo de la investigación, debemos señalar que para asegurar esta credibilidad hemos desarrollado varias estrategias coincidentes: por un lado, hemos permanecido durante mucho tiempo en el campo de trabajo puesto que hemos sido el inductor y conductor de la propuesta de investigación. En segundo lugar, hemos empleado la triangulación como elemento central de validación de los datos: hemos desarrollado una *triangulación temporal* puesto que, hemos desarrollado un proceso longitudinal de recogida de datos a través de las historias de vida, entrevistas y las observaciones. Asimismo, hemos desarrollado una *triangulación por combinación de niveles* puesto que nos hemos aproximado a nuestro objeto de estudio a partir de una perspectiva individual (entrevistas, historias de vida, notas de campo) y grupal (observación en grupos). Por último, también hemos empleado una *triangulación metodológica* empleando varias técnicas cualitativas.

Transferibilidad: alude a la capacidad que tienen las conclusiones obtenidas de ser extendidas a otros contextos además del estudiado. Para conseguir esta propiedad, es importante que la muestra elegida para ser estudiada represente fielmente al universo al que pertenece y que sea configurada a partir de los objetivos de la

investigación. Asimismo, es necesario atender al concepto de saturación teórica que alude a la representatividad de los informantes en la medida que ya no se obtiene ningún dato nuevo que justifique el aumento del material empírico. Por último, es significativo tener en cuenta la triangulación interna (características personales de los informadores) y la espacial, por si se pueden comprobar los mismos resultados en contextos diferentes, así como la descripción detallada de la situación observada.

En nuestra investigación, la transferibilidad posee dos dimensiones: por un lado, la posibilidad de extrapolar los resultados obtenidos en nuestra investigación. En este caso, hemos de señalar claramente que nuestro objetivo principal no residía en poder generalizar los datos y los resultados, aunque creemos que esto, en último término, si puede ser factible, dado que intentamos que se cumplieran todos los criterios aplicables a esta cualidad. Nuestro objetivo se centró en obtener información útil que nos sirviese para llegar a comprender y analizar un problema muy real, de ahí que consideremos que la generalización externa pueda escapar a nuestro propósito. Ahora bien, si la transferibilidad externa de los datos, a ojos de algunos sujetos, puede resultar no del todo pertinente, queremos señalar, sin embargo, que sí existe la posibilidad de que los datos obtenidos puedan servir -a otros estudiosos del tema- como punto de referencia para futuras incursiones sobre el tema, dado que el mundo de las adiciones es muy amplio.

La segunda dimensión que la transferibilidad posee en nuestra investigación es la interna. En la medida que para el desarrollo de las historias de vida y las entrevistas debíamos elegir una muestra representativa de los miembros que componen el grupo investigado, tuvimos que desarrollar una estrategia de selección que efectivamente permitiera, por un lado, que todos los miembros del grupo tuvieran las mismas posibilidades de ser elegidos y, al mismo tiempo, los elegidos fueran representativos de los miembros de dicho grupo. Para ello, llevamos a cabo una triple estrategia: por un lado, para asegurar las mismas posibilidades de ser elegidos a todos los miembros del grupo, ejecutamos un procedimiento de selección atendiendo a unos criterios muy específicos. En segundo lugar, para asegurar la representatividad, desarrollamos la *triangulación interna o crítica de identidad*, que nos permitió asegurar que las características personales de los miembros elegidos eran representativas de todo el grupo de estudio y, por último, desarrollamos un número suficiente de historias de vida (42 en total) y de entrevistas (a todos los técnicos) que nos permiten asegurar que obtuvimos los suficientes datos significativos para nuestra investigación sin necesidad de incrementar el material empírico.

Constancia interna. Pourtois y Desmet (1992) sostienen que esta propiedad acaece cuando, tanto la observación como la interpretación son independientes de cuestiones accidentales como las condiciones de obtención de los datos, el tiempo, la experiencia del investigador, etc. Se potencia este rasgo por medio de la triangulación de los observadores, la descripción de los procedimientos empleados en la obtención de los datos, la interpretación de los resultados por otro investigador o la repetición de

los procedimientos de análisis por otro investigador que no ha participado en el trabajo de campo.

En nuestro caso, la constancia interna se ha desarrollado a través de dos procedimientos concretos: en primer lugar, por medio de la *triangulación de observadores.* Si bien en nuestro trabajo sólo existe un observador principal (investigador), sus opiniones y conclusiones pudieron ser contrastadas con la valoración recogida por alguno de los profesionales (principalmente la psicóloga) que, en conversaciones con ellos (entrevistas) nos fueron dando pistas sobre aspectos que podían ser obtenidos bajo ese método y que después fueron analizamos y valorados con ellos. En segundo lugar, creemos que la constancia interna de nuestra investigación queda asegurada por la descripción detallada que de todos los procedimientos hemos hecho. Ello nos permite asegurar que la obtención de los datos no responde a cuestiones azarosas sino sistemáticas.

Por último, la *fiabilidad* alude a la independencia de los análisis efectuados de la ideología del investigador. Es fundamental para su consecución que el investigador explicite sus puntos de vista y quede claro cuáles son los presupuestos teóricos de los que parte en el desarrollo de su trabajo.

Asegurar esta propiedad en la experimentación llevada a cabo ha requerido del investigador el desarrollo de dos estrategias distintas: en primer lugar, dejar constancia clara de cuál es su posición vital con respecto al tema estudiado. De igual manera, son evidentes sus posicionamientos teóricos sobre todas estas cuestiones que se recogen en el marco teórico de esta tesis. Ambas influencias se pueden detectar en el análisis de los resultados. Por otra parte, en la concepción de la investigación, la naturaleza de la misma y el diseño y uso de los instrumentos el investigador se decanta claramente por una determinada concepción de las ciencias sociales y humanas.

2.- DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO

2.1.- DISEÑO DEL MARCO EMPÍRICO

En cuanto al ámbito de estudio reseñar que ha sido la población afectada por la problemática de la ludopatía (jugador y familia), que está en proceso de rehabilitación la seleccionada para llevar a cabo el estudio empírico que conforma la segunda parte de esta tesis doctoral. Para ello se ha elegido a la Asociación Onubense Jugadores en Rehabilitación (AONUJER), situada en Huelva capital, aunque su radio de acción está abierto a toda la provincia. No obstante, también contamos con algunos documentos biográficos escritos (posteriormente validados de forma oral por el propio sujeto) de otros jugadores y familiares pertenecientes a otras provincias de Andalucía y que han

sido recabados en los diferentes Congresos anuales a los que hemos asistido, que sobre esta temática, lleva a cabo la Federación Andaluza de Jugadores en Rehabilitación (FAJER).

Señalar que, AONUJER se convirtió en la vía o el elemento clave, ya que nos permitió el acceso a los informantes. De manos de su directiva (el primer contacto se hizo con el presidente de la asociación), se hizo la presentación de la investigación y a partir de ahí empezamos a contar con la colaboración, tanto de los jugadores y de sus familias, como de los profesionales que trabajan en ella.

Tanto de una parte (afectados por el problema), como de otra (profesionales), mostraron su beneplácito ante el reto planteado de *ser el objeto de estudio* de una investigación. Lejos de sufrir los miedos, al pensar en las posibles dificultades que pudieran sobrevenir al investigar un tema tan complejo como el de la adicción al juego (sobre todo en lo que concierne al grado de privacidad), nos sorprendimos de la buena respuesta que obtuvimos desde el primer día que decimos contactar con AONUJER y convertirla en nuestro centro de estudio. Realizada la primera aproximación telefónica y marcada la primera cita, nos presentamos en la asociación con el propósito de explicar detalladamente qué pretendíamos y porqué se les había elegido a ellos; hecho que fue posible de mano de la directiva. Salvado este escollo, se nos presentó al equipo profesional, dónde de nuevo expliqué el porqué y el para qué de mi estudio. De nuevo vimos apoyada nuestra idea, siendo alentada a llevarla a cabo cuanto antes, dado que valoraban la necesidad de realizar estudios de esta naturaleza, cosa que hasta ese momento nadie los había planteado, ni se habían hecho.

Sobre la base de las hipótesis contempladas y los objetivos marcados, trazamos unas líneas generales de cómo debíamos obtener la información, y procedimos a la selección de la muestra que iba a formar parte del estudio. Para ello contamos con la ayuda de la psicóloga de la asociación y de algunos de sus directivos (presidente). Tras conocer el perfil de los usuarios jugadores que, en ese momento constaban como pacientes de la asociación, optamos por seguir unos criterios de selección que tuvieran en cuenta variables tan significativas como el sexo[8], la edad, la procedencia geográfica, y el nivel de tratamiento en el que se encontraban en ese momento. Con respecto al familiar, el criterio de elección de los familiares se creyó conveniente elegir al familiar del jugador que previamente hubiera sido seleccionado en la muestra del colectivo de jugadores. Como bien hemos explicado en la parte relativa a la justificación de porqué hemos elegido a la historia de vida como técnica de recogida de datos, este criterio, además de servirnos como pauta de selección muestral, también podía ser utilizado

[8] Como ya quedó reflejado en el epígrafe correspondiente al análisis de las historias de vida, tan sólo se ha podido obtener el relato de cuatro mujeres jugadoras. Situación que visualiza el principal punto débil de este estudio, confirmando una vez más la realidad descrita en la parte teórica, cuando alude al tema de que son muy pocas las jugadoras que deciden asistir a centros de tratamiento para salir de la adicción.

como medida de verificación del relato, ya que éstos formaban parte de la *misma historia de juego* narrada por el jugador.

Dado que, uno de nuestros temas centrales de estudio es la familia, aún sabiendo las dificultades que podían surgir con respecto a este tema, creímos conveniente exponer nuestro interés por querer conocer el punto de vista de los hijos, de ahí que planteásemos la posibilidad de que tuviéramos en la muestra alguna narración realizada por ellos. La realidad confirmó nuestras sospechas y al final sólo pudimos obtener un total de tres pequeñas historia de vida: dos hijas -una mayor de edad y otra menor de edad- y un hijo -menor de edad[9]

Para terminar añadir que, dejamos de obtener historias de vida, una vez consideramos que los aportes referenciales al discurso desplegado empezaban a resultar reiterativos. A partir de ahí, pesamos que teníamos suficiente cobertura informativa como para abordar sin ningún problema nuestro objeto de estudio. De hecho es sabido que, en términos cualitativos, es en la *saturación* de la *información* donde se establece el límite de corte, ya que interesa que el contenido -*lo que en ellas se diga*- asuma el papel principal de la información buscada y no su número.

Una vez fueron seleccionados los informantes, se pasó a la preparación de las historias de vida y de las entrevistas. Tal y como marcan las pautas generales que suelen aplicarse a este tema, elegimos realizar las entrevistas y las historias de vida en el propio centro donde los sujetos de estudio acuden por las tardes para realizar la terapia, dada la imposibilidad por llevarlas a cabo en otro sitio. Para ello se puso a nuestra disposición un despacho de la asociación (en concreto el de la trabajadora social) donde pudimos realizar todo el trabajo de campo sin problemas, ya que reunía los requisitos de privacidad, tranquilidad y una cierta comodidad.

Sin determinación estipulada de tiempo, pero con la idea de que no pasasen de las dos horas, se llevaron a cabo las historias de vida y las entrevistas. El tiempo final osciló entre la hora y cuarto (menos duración) y dos horas (la de más duración) y estuvo marcado principalmente por la soltura comunicativa y por la cantidad de información que fue proporcionada. Dada la gran cantidad de información que podían aportarnos los técnicos, las entrevistas fueron realizadas en varias sesiones. Toda la información fue registrada mediante grabadora, a excepción de algunas notas que se tomaron (una vez se dio por concluida la sesión), al hilo de alguna manifestación importante trasmitida por el propio informante fuera de grabadora.

[9] Aclarara que, si en un principio la narración se realizó estando presente la madre, ésta decidió dejarnos a solas con ellos cuando comprobó que la reacción de los hijos frente a la situación no conllevaba ningún problema. Sí se nos pide que, al ser menores de edad, permanezca en el anonimato su identidad.

Aunque en el desarrollo del trabajo de campo, relativo a la realización de las historias de vida, se contaba con una fecha de inicio (mayo del 2007) y de finalización (diciembre del 2007), está última no pudo cumplirse dado que, sobre el terreno decidimos no cerrarla y así dejar abierta la posibilidad de que pudiera irse incorporando algún que otro sujeto más a la muestra inicial (sobre todo en las categorías menos representadas como la de mujer jugadora e hijos de jugador). Terminado el plazo inicial previsto, empezaron a realizarse las entrevistas a los técnicos que trabajaban en la asociación y a algunos de los miembros de la directiva. Para este caso tampoco se estableció una fecha límite, puesto que creímos conveniente realizar las entrevistas, una vez el material biográfico estuviese siendo trascrito. El motivo que respalda esta decisión es de explicación sencilla. Aunque partíamos de unas ideas claras sobre lo que nos interesaba que los profesionales nos aportasen, para no hacer que el trabajo fuese muy tedioso -teniéndoles que entrevistar varias veces- éstas se pospusieron con la pretensión de meter alguna idea nueva resultante de la información que fuera obteniéndose en el proceso de su trascripción.

De igual forma, el proceso de observación empezó a implementarse, una vez se tuvo claro qué aspectos del estudio podrían complementarse y cubrirse con esta técnica, y así poder sacarle el máximo rendimiento. Diseñada la hoja de ruta, ésta fue activada de forma que entramos a participar en la vida diaria de la asociación (funciona en horario de tarde) formando parte de su paisaje humano, ya que lo mismo compartíamos conversaciones, que actividades (tanto dentro como fuera del centro) que viajes de varios días (Congresos y convivencias grupales) dónde juntos pasábamos muchas horas participando, tanto en contextos formales de trabajo, como de tiempo libre y de ocio. Ésta se dio por concluida una vez consideramos que contábamos con toda la información disponible.

2.2.- EXPLOTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Por último indicar que, todo el material obtenido (tanto el de las entrevistas, las historias de vida, y la notas tomadas de la observación) han sido analizadas a la luz de un modelo de análisis construido bajo unos ejes temáticos muy claros (orientados bajo precisiones teóricas previamente analizadas) y que nos han servido de guía, como tendremos ocasión de ver en el siguiente capítulo, para el análisis, discusión y exposición de los datos (véase cuadro 76); exposición que atendiendo a la práctica habitual de las publicaciones sociológicas, estará ilustrada con extractos de diferentes testimonios literales.

CUADRO Nº 76

Esquema Interpretativo del Análisis del Discurso	
1.- Definiendo el problema: De la estigmatización social a la enfermedad	▪ Discurso moralista: El problema como vicio ▪ La estigmatización social ▪ La legitimidad social: - Disponibilidad social. - Permisividad social - Doble moral social ▪ Conceptualización contradictoria en el adicto: - Visualización como vicioso. - Visualización como enfermo
2.- Iniciándose en el Juego	▪ Primeras experiencias de juego: - La Edad como elemento definitorio de la adición al juego.
3.- Deshilvanando la conducta de juego	▪ Encontrando motivos explicatorios de la conducta de juego: - No tener motivos - Motivos sociales (consumo, ocio y tiempo libre) - Motivos personales (atribución personal) - Entorno laboral y juego (condiciones laborales, ocupación laboral, movilidad laboral) - Contexto familiar y juego (familia como elemento generador y mantenedor de la conducta de juego) - Adicciones y Juego: La poliadicción como hecho visible en las conductas de juego.
4.- Gestándose el problema: Del juego como actividad social al juego como adicción	▪ Entre lo lúdico y lo placentero: el juego como diversión. ▪ De la diversión a la obsesión por el juego ▪ La dictadura del juego: - Pérdida de libertad. - Ejercicio en solitario ▪ Proceso de juego: el tiempo como elemento definidor de la patología del juego. ▪ Fases del juego: - fase de ganancias - fase de pérdidas - fase de desesperación - fase de desesperanza y abandono ▪ Proceso de socialización patológica del juego: - El juego como objetivo de vida. - La espiral del juego patológico ▪ Irracionalidad cognitiva del juego: - pensamientos y creencias irracionales.

	- Auto-convencimiento ▪ Estrategias de Juego frente a los otros: - Control sobre el juego. - Jugar entretiene. - Con el juego se gana - Con el juego no hay problemas ▪ Estrategias de juego frente a sí mismo: - No existe tal problema de juego. - Se juega para pagas deudas porque jugar implica gastar dinero. - Se juega para olvidar problemas ▪ La determinación del juego: Se es jugador de por vida.
5º.- Costes derivados de la problemática del juego	▪ Consecuencias personales. - Alteraciones psicológicas (estrés, ansiedad, depresión, etc.) - Alteraciones físicas (insomnio, mareos, fatiga, etc.) ▪ Consecuencias económicas: - Ruina económica. - Deudas económicas. - Necesidad extrema. - Pobreza presente y futura. - Oportunidades perdidas por el juego ▪ Consecuencias laborales: - Absentismo laboral. - Abandono laboral - Bajas laborales - Problemas de concentración laboral - Descenso del rendimiento y productividad laboral. - Degradación laboral - Despido laboral ▪ Consecuencias legales: - problemas legales (hurtos, robos, falsificación de cheques, etc.) ▪ Proceso judicial ▪ Responsabilidad penal (cárcel) ▪ Consecuencias sociales: - Aislamiento social del jugador. - Aislamiento social de la familia. - Coste social de la adicción (exclusión social) ▪ Consecuencias familiares: - Cambio del estilo de vida familiar. - Estrés familiar. - Problemas con la pareja. - Problemas con los hijos. - Problemas con otros familiares. - Codependencia. - Disfuncionalidad familiar

	- Cambios en la dinámica familiar (roles familiares) - Maltrato o violencia intrafamiliar como factor mantenedor de la conducta de juego. - La muerte como posible solución al problema. - Ruptura familiar
6º.- Enfrentándose al problema: La Rehabilitación como fin del problema.	▪ Situaciones límites que determinan el cambio ▪ Huyendo de la situación (suicidio) ▪ Confesando el problema ▪ Afrontando el problema: - De forma personal. - Pidiendo ayuda profesional ▪ **Tomando conciencia del problema** (tema difícil pero factible) ▪ Principios regidores de la rehabilitación: - Decisión firme de dejar de jugar. - Tener apoyos (familia, amistades, etc.) ▪ Trabajando por la recuperación: - Combinando la ayuda profesional y la autoayuda. ▪ Movimiento asociativo y proceso de rehabilitación. - Programa de atención a personas afectadas por el Juego Patológico: fases o etapas de tratamiento (acogida, rehabilitación, terapia de pareja , terapia social) - Recaída. - Sociabilidad ▪ Expectativas y sentimientos que genera el proceso de recuperación: - Sociabilidad. - Grado de identificación con la filosofía del proceso de la ayuda mutua y la autoayuda - Vínculos generados con el movimiento asociativo. - Dificultades que amenazan la continuidad del movimiento asociativo como referente principal de la ayuda.

Fuente: Elaboración propia.

CAPÍTULO IX

El Valor del Juego desde la perspectiva de los Propios Afectados

Cada vida es un punto de vista sobre el universo. En rigor, lo que ella ve no lo puede ver otra. Cada individuo -persona, pueblo, época- es un órgano insustituible para la conquista de la verdad. He aquí cómo ésta, que por sí misma es ajena a las variaciones históricas, adquiere una dimensión vital. Sin el desarrollo, el cambio perpetuo y la inagotable aventura que constituye la vida, el universo, la omnímoda verdad, quedaría ignorado (…) Pero es el caso que la realidad, como un paisaje, tiene infinitas perspectivas, todas igualmente verídicas y auténticas (Ortega y Gasset, 2003: 134-135).

1.- LA REALIDAD DE LA ADICCIÓN AL JUEGO

Como ya adelantábamos al final del apartado anterior, en este capítulo se procederá a presentar toda la información que ha sido recogida y que tiene que ver con el tema principal de nuestra investigación: "la Adicción al Juego". Bajo el marco de una serie de ejes temáticos (previamente descritos de manera desglosada en el Cuadro 75) sobre los que se articula la temática estudiada, presentaremos los resultados de los datos obtenidos a la luz de las historias de vida, las entrevistas a los profesionales y las anotaciones recogidas mediante el proceso de observación participante. Con suma claridad pretendemos exponer la realidad en la que vive una familia afectada por la problemática de la ludopatía, así como sus consecuencias vitales, cuando ésta no ha sido capaz de afrontar el problema de forma adecuada.

En cuanto a los ejes temáticos claves, sobre los que se articula el análisis cualitativo y la discusión de los datos, decir que éstos van a estar configurados teniendo en cuenta los siguientes puntos de atención:

- Interés por conocer cómo se *gesta* la adicción al juego llevando a cabo una exhaustiva exploración de sus motivaciones o causas (personales, familiares y sociales).

- Interés por entender las *estrategias* que llevan al sujeto adicto a auto-convencerse para seguir enrolado en el juego, sin ser capaz de percatarse de lo nocivo que puede resultar dicho comportamiento.

- Interés por conocer los *sentimientos* que avivan en el interior de los jugadores que les impiden experimentar el juego como un auténtico problema social.

- Interés en cómo se *desarrolla* el proceso de juego patológico, una vez el jugador se haya dejado seducir por su sortilegio.

- Interés por descifrar los *costes* que esta práctica tiene en la vida del adicto (personal, familiar y social)

- Interés por vislumbrar cuáles pueden ser los *elementos* que pueden determinar el *punto y final* de una vida marcada por el juego y por ende el *punto y principio* de una vida construida en el *no juego*.

- Interés por saber cómo se delinea el proceso de tratamiento, teniendo en cuenta las dificultades y las facilidades a las que el jugador tienen que hacer frente en su camino hacia la rehabilitación.

- Interés por conocer como se reconstruye una vida sumida en el abismo de la adicción cuyo punto de partida viene determinado o precedido por lo que coloquialmente se ha definido como *tocar fondo*.

A partir de estos puntos de interés, intentaremos construir o articular un análisis que nos permita conocer el fenómeno de la adicción del juego desde un punto de vista holístico, ya que en ellos se recogen elementos de análisis que tiene que ver principalmente con enfoques, tanto de naturaleza individual (psicológica: sentimientos, autopercepción, frustraciones, etc.), como social (sociológica: valores sociales, condicionamientos sociales, análisis de elementos familiares, laborales, consecuencias sociales etc.).

2.- DESCUBRIENDO EL PROBLEMA: CRÓNICA DE UNA PATOLOGÍA ANUNCIADA

2.1.- DEFINIENDO EL PROBLEMA: DE LA ESTIGMATIZACIÓN SOCIAL A LA ENFERMEDAD

Intentando dar respuesta a interpelaciones tan importantes como ¿Por qué una persona juega? o ¿Por qué una persona es capaz de dejarse atrapar por las redes del juego convirtiéndose en un adicto al juego?, nos encontramos que son muchos los argumentos que se esgrimen a la hora de dar una respuesta concreta. Como ya anotamos en la parte teórica, relativa a los factores de riesgo, la causalidad de la ludopatía adictiva suele venir definida o determinada por la interacción de un conjunto de factores pertenecientes a varias esferas: la individual, la familiar y la sociocultural. No obstante, antes de entrar a desentrañar cuáles pueden ser las causas que han motivado a nuestros investigados a jugar, vemos necesario pararnos en una cuestión tan importante como es la relacionada con la *conceptualización* del *problema*.

Aunque creíamos que el *discurso moralista* sobre el juego era una cosa pretérita, nos damos cuenta que esta idea todavía está muy presente en el imaginario colectivo. Actualmente, aún se sigue hablando de "vicio" cuando se nombra al juego y sólo se cambia de discurso cuando la persona se encuentra acorralada y decide pedir ayuda. Es en el proceso de esa ayuda donde el jugador suele descubrir que, lo que él tiene, es un problema o una enfermedad y no un vicio.

> *Me ha costado. Incluso ahora es y hay veces en que lo dudas. Ahora me lo han explicado y sé que era un enfermo. Antes de entenderlo me consideraba un vicioso y con muy poca vergüenza, porque mi mujer estaba trabajando y yo en el bar gastándome el dinero en la máquina (…) Ahora ya sí, ya sé que seguramente es una enfermedad, casi seguro (Jugador. 29 años).*

Yo no entendía que tenía un problema. Bueno que sí que tenía el vicio del juego sin que aquello fuera (…). Yo era de los que se había obcecado de tal manera, que yo era de los que prensaba que como el dinero lo ganaba yo, yo lo gastaba en lo que me diese la gana (Jugador, 55 años).

Pues lo mismo que me dio por el vicio del bingo, me podía haber dado por la droga o los tíos, pues bueno (…) (Jugador, 66 años).

En cuanto a la mujer jugadora decir que, ésta tampoco permanece ajena a esta opinión. De igual modo tienden a asociar el juego con el vicio. Aún partiendo del mismo marco referencial que el hombre, la mujer suele ser más crítica en las valoraciones que hace de su relación con el juego. Normalmente la relación adquiere una naturaleza mucho más displicente, en cuanto que viene acompañada de una gran carga de culpabilidad emocional que es reflejada a través de calificativos despectivos.

Pensaba que era una viciosa, que era una asquerosa, que era una guarra. Que hay que ver lo que había hecho, el daño que había hecho a mi familia (…) Cuando fui conociendo las historias de mis compañeros entendí que era una enfermedad y grave. Pero no lo consideraba una enfermedad antes, para nada (Jugadora, 39 años).

Si nos adentramos en el discurso de los familiares veremos que esta *idea* también forma parte de su imaginario cognitivo. En este sentido el familiar suele ser menos contemplativo y más agresivo a la hora de catalogar la naturaleza del problema que tiene el jugador.

Él era una persona degenerada. A él le gustaba jugar. Se sentía a gusto jugando y por eso continuaba jugando ¡Qué se convierte en una enfermedad! Pero en un principio le está gustando y lo hace porque le gusta y ya está (Familiar, 44 años).

Yo al principio le trataba de degenerado y vicioso y no quería saber nada de él (Familiar, 59 años).

Pero a pesar de todo le quería. Sabía que llevaba viviendo 20 años con un vicioso y un golfo. Hoy gracias a mi asociación, se que vivía con un enfermo afectado de ludopatía (Familiar, 53 años)

En términos generales nos damos cuenta que, detrás de estas manifestaciones se esconde una *imagen colectiva* que no ha sido acallada dado que, al día de hoy, son muchas las personas que aún tienden a asociar la realidad de las adiciones con el mundo de la depravación y la impudicia. No en vano, en los testimonios expuestos nos damos cuenta que, el único aval que opera en el cambio de esta percepción, es la

información dada por los profesionales que trabajan en este campo. Lejos de ser un cambio rápido, éste va a ser modulado teniendo en cuenta el ritmo que marca el propio proceso de rehabilitación.

Pasó un tiempo hasta que yo me convencí de que a mí me pasaba lo mismo que a ellos, que yo estaba enfermo. Yo me creía muy mala persona por todo lo que hacía (Jugador, 45 años).

Cuando las terapias empezaron a funcionar indicándome las normas que tenía que seguir y cumplir , y sobre todo, hasta que no me dijeron que la ludopatía era una enfermedad y no un vicio y yo lo vi, no empecé a comprender realmente el problema tan grande que yo tenía (Jugador, 51 años).

*Después de dos meses nadie había conseguido, todavía que entendiera que la ludopatía era una enfermedad. Yo seguía en la asociación para callarle la boca a mi mujer. Fue después en mis terapias, cuando escuchando a uno de mis compañeros, habló uno de sus sentimientos -que yo también había tenido- sobre el hecho de desear la muerte de su mujer. Entonces explicó que una persona que le desea la muerte a su compañera no puede ser una persona con una mente sana, por lo tanto tenía que ser una mente enferma. A partir de aquí fue cuando yo empecé a cambiar el "*chip*". Si yo no entendía que estaba enfermo, como iba a entender que mi mujer era otra enferma, codependiente de mí. Pues fue en mis terapias donde, al fin, pude comprenderlo (Jugador, 40 años).*

Este hecho también se traslada al mundo del familiar. Rara es la pareja que comprende y llegar a asumir, al inicio de la terapia, que lo que su familiar tiene es una enfermedad y no una forma "indeseable" de vivir.

Aunque ahora sé que es una enfermedad, yo al principio no lo veía así. Siempre piensas que le gusta, que lo está haciendo porque le gusta, porque se siente a gusto y por eso continua haciéndolo. ¿Qué se convierte en una enfermedad? sí. Llega el momento en que no puede controlarlo y sí. Pero que en un principio le está gustando y lo hace porque le gusta y ya está. Esta idea es difícil de quitártela de la cabeza. Pasa una tanto que… (Familiar, 44 años).

Cuando yo fui a Sevilla y entré en aquella sala, yo decía ¡Dios mío, estas son todas unas desgracias como yo! A mí me costó mucho trabajo, por lo menos un año o un año y pico, aceptar que era una enfermedad. Entonces yo le machacaba por todos laos, porque me había hecho mucho daño (Familiar, 59 años).

Yo no creía que fuese una enfermedad, para mí era un vicio. Igual que el alcohólico. Para mí antes era un vicio. El que se mete a beber es porque quiere, no es porque nadie le diga métete. Y yo por mi parecer siempre lo he visto como un vicio. Hasta que no

bien aquí, no sabía que era una enfermedad. Porque tú juegas porque tú quieres, no porque (…) (Familiar, 25 años).

Pese a esto, el juego no cuenta con la misma dureza con la que se cuestionan otro tipo de adicciones (drogas). El juego como el alcohol y el tabaco cuentan con una cierta *legitimidad social*, ya que éste suele estar potenciado por el propio sistema social. Legitimidad que desaparece cuando *el jugar* se convierte en un verdadero problema. Aparece la doble moral y con ello la doble vara de medir. De principio, jugar es bueno, entretiene, trae suerte, pero no te excedas en su uso, porque entonces todo cambia. A partir de ahí el sujeto pasará a ser valorado bajo el cayado de la más estricta moral puritana.

Aunque el juego está muy bien visto, (…) cuando llegas al límite y acudes a un centro de estos, entonces esto está muy mal visto, nos trataban de viciosos, de degeneraos, no se cuanto, un rechazo de la sociedad total (Jugador, 60 años).

Cuando yo me enteré de que mi marido el problema que tenía era el de la ludopatía yo pensé que era lo mejor que me podía haber pasado. Porque yo pensé que algún problema había, aunque nos sabía cuál era el problema que pudiera existir. Y yo desde luego que entre tos ha sido el mejor. Porque la droga trae otras consecuencias de enfermedades y de too (Familiar, 44 años).

A nivel social la droga es mucho peor que las máquinas. Yo soy una persona, yo siempre me arreglo mucho, porque me daba vergüenza que la gente pensará que era un enganchao, y eso, me arreglaba, me afeitaba (Jugador, 35 años)[1].

Esta cierta permisividad social tiende a manifestarse en un hecho clave: La *disponibilidad* absoluta del juego. El juego está al alcance de todos, es una actividad muy accesible. En cualquier sitio te puedes encontrar un puesto de loterías, un trabajador de la ONCE vendiendo cupones, un bar, unos recreativos, una sala de bingo, etc.; vemos que no hay que ir muy lejos de casa para darnos de bruces con el juego. Pero si ya no nos parecía accesible, aparece la posibilidad de jugar sin salir de casa, basta con tener una televisión y un ordenador enchufado a Internet y en un clip estás metido dentro del mundo del juego virtual, o concursando en los cientos de concursos y sorteos que aparecen cada día en la pantalla chica.

Hay juegos en toos los laos. Exactamente en la tele, en la calle, en los bares, en too, en too. En Internet. Yo a mi hija no le tengo puesto Internet me da miedo (Jugadora, 39 años).

[1] Antes de ser ludópata, era adicto a las drogas y al alcohol. Durante un período simultaneó sus dependencias.

El juego lo ves en todas partes que vas. Vayas donde vayas hay una máquina o dos, entonces siempre se te va la cabeza para el lado de la máquina (Jugador, 35 años).

Mi problema empieza cuando conozco el mundo de las apuestas deportivas por internet, es cierto que durante el primer año creía controlarlo, pero poco a poco era más tiempo el que me pasaba delante del ordenador y gastando dinero. Jugaba en el ordenador de mi casa y con el dinero que sacaba del sueldo del mes (Jugador, 27 años).

Pese al cambio de conciencia que termina por invertir la semántica del juego, en el fondo el jugador vive inmerso en un mar de *contradicciones*, ya que al tiempo que se visualiza como un enfermo, no es capaz de despojarse de los imperativos sociales que afilian juego con *desviación social*. Independientemente del sexo, de la edad y del nivel de la terapia, la *vergüenza social* sigue dominando parte del discurso establecido tanto por el adicto como por el familiar. El ludópata siente verdadero pánico a ser descubierto, de ahí que el *silencio* se convierta en su mejor arma, ya que vivir bajo el anonimato supondría seguir manteniendo una imagen social positiva, a la vez que le permitiría continuar con su conducta de juego.

A mí me daba tanta vergüenza que no quería que nadie se enterase. No quería decir ni quien era mi marido porque me daba mucha vergüenza, a ver si lo iban a conocer, al final terminé por decírselo, pero les dije que por favor no dijeran nada que eso para mí era…, que nadie lo sabía (Familiar, 59 años).

Me daba mucha vergüenza. Yo no quería que nadie se enterara, entre otras cosas porque yo he estado muy vinculado a la empresa, he estado muchos años de secretario del comité de empresa. En fin que mi estatus dentro de la empresa era de cierta seriedad. En el barrio era muy conocido, porque como ya te he dicho yo tenía el estudio de fotos en el barrio y pues toda la gente me conocía. También metido en los primeros consejos escolares, en fin que… se supiera me daba mucho miedo y mucho miedo. Mucho miedo y una vergüenza que…; yo recuerdo que vine aquí el día 28 de julio, en pleno verano y normalmente pues en el verano la gente mientras está esperando a la terapia pues, está en la puerta. Yo me metía dentro. Yo no quería que nadie me viese en la calle. Aún recordando todo esto paso vergüenza (Jugador, 55 años).

Yo sentía tanta vergüenza que me llevé un año y medio, quizás más, sin salir a la calle. De todo me daba vergüenza. Es más, cuando unas amigas del pueblo, que van mucho al bingo, bueno siguen yendo mucho, yo les he hablado de esto, pero no echan cuenta… me da vergüenza que me vean con ellas porque sabían lo que eran ellas. Cuando yo me montaba en el coche, yo me ponía a pensar en lo que había hecho y me daba vergüenza por los niños. Mucha vergüenza. Siempre tendré esa vergüenza, no es fácil olvidarse de eso (Jugadora, 39 años).

Yo siempre criticaba a las personas que veía gastarse el dinero en la máquina. Me parecía algo horroroso y vergonzoso que alguien se dejara el sueldo de la casa en una

máquina. Yo no puedo comprender que como criticando a los demás resulta que yo he caído en lo mismo. Por más que me pregunto no sé como contestarme a esto (Jugador, 27 años).

Aún cubierta con el manto de la enfermedad, la adicción al juego, sigue estando circunscrita al campo de la estigmatización social, en cuanto que deriva de un proceso de etiquetamiento social. Situación que ha permitido clasificar a la ludopatía, como una enfermedad social repleta de connotaciones muy negativas y al ludópata de sujeto impúdico, generador de rechazo social. Situación que ha determinado que la adicción al juego permaneciese oculta a ojos sociales, valiéndole el sobrenombre de "adición invisible".

Yo no sabía nada del juego. Nunca pensé que este problema pudiera darse. Por eso creo que es muy necesario… que debería de haber más información sobre esto. Mucha más. Ves los críos ahí metidos jugando, niños de once y doce años…, da pena. Debería de tener esto más información (Jugadora, 39 años)

Nadie sabe esto hasta que no estas metido. Se necesita más información, mucha más. Porque la verdad es que hay un problema muy gordo, ¡eh!; todo esto es muy gordo. Hay juegos por toos laos que vas: en los bares, en la calle, en la tele, en Internet (Jugador, 38 años)

Es un problema poco, poco conocido y hay problemas muy graves. Con muchas personas muy graves: separaciones, se matan, alcohol, drogas. Es que es todo… te pones a conocerlo y es para morirte. Pero no nos prestan atención, ¡por que como no tomamos la sustancia!, pues esto no es una enfermedad y sí lo es, es una enfermedad (Jugadora, 58 años).

2.2.- INICIÁNDOSE EN EL JUEGO

Establecida la naturaleza del problema, el siguiente paso en nuestro análisis sería averiguar o determinar el *cuándo* y el *porqué* de la instauración de la conducta de juego. Contemplado el fenómeno de la adicción al juego como un hecho social, valoramos que éste sobreviene impulsado por una fuerza inicial que tiende a abrir la puerta hacia un camino, prácticamente desconocido, que ofrece dos alternativas: o volver sobre los propios pasos, o echar a andar y seguir el rumbo que marca la nueva senda emprendida.

¿Cuándo se producen las primeras experiencias de jugo? De manera general podríamos decir que *coquetear* con el juego es *cosa de niños*. Si tenemos en cuenta lo descrito por nuestros jugadores y jugadoras, vemos que esta afirmación no peca de presuntuosa sino que, en muchos de los casos analizados, hace honor a la verdad. No obstante, las respuestas dadas se bifurcan teniendo en cuenta diferentes situaciones

de edad. Por un lado nos encontramos con la dura realidad de que las primeras experiencias con el juego se producen en el tránsito hacia la adolescencia. En este sentido las cifras resultan demoledoras, en cuanto que algunos nos sitúan la edad de flirteo con el juego apenas han dejado la niñez.

> *Un día me fui con mi tío que trabaja en pastelería y me fui a trabajar a una pastelería de,…, y allí empecé. Por aquel entonces estaba estudiando todavía en el instituto, estaba cursando secundaria. Empecé solamente yendo los fines de semana y una vez finalizó el curso, pues empecé a ir en verano todos los días. Yo tenía 15 ó 16 años, un crío con cuatro mil pesetas…, y un día mientras esperaba el autobús decidí echarle veinte duros (…) (Jugador, 29 años).*

> *Mi historia comenzó cuando yo tenía 10 ó 12 años, yo nací en un pueblo de mar en el que, cuando no se estaba trabando se estaba jugando a las cartas, lotería, dominó o a otros juegos (Jugador, 38 años).*

> *Creo que todo empezó cuando yo tenía 15 ó 16 años, a mí siempre me han gustado las videoconsolas, el parchís y esos juegos. Yo he visto jugar a mi padre con dinero desde pequeñito y yo lo hacía con mis primos, pero no le daba importancia, hasta que me fui a la mili y allí empecé a desarrollar bien mi enfermedad (Jugador, 44 años).*

> *Con poco más de 16 años empecé a trabajar y a gastar dinero. Fue en el año 90 cuando empecé a jugar, sobre todo en un viaje que hice. En casi quince días me gasté el sueldo de tres meses (Jugador, 34 años).*

> *Creo que yo he sido jugador desde que tenía uso de razón. Yo nunca he querido perder a nada. Empecé jugando a los cromos, las canicas, las chapas, después pase a los videojuegos y me pasaba las tardes y las tardes, encerrado en los salones recreativos. Con 15 ó 16 años empecé a jugarme la vuelta de lo que me sobraba del desayuno con la mala suerte de que un día me tocó (Jugador, 40 años).*

> *Mi problema yo creo, le doy vueltas a mi cabeza y yo creo que empezó desde muy pequeño porque antes cuando era pequeño jugábamos en la calle a las cartas al dominó, cosas de niño y entonces empezó ahí. Yo empecé con unos 17 ó 18 años a jugar a las máquinas (Jugador, 45 años).*

De igual modo, nos hemos encontrado con jugadores que se introducen en el juego apenas han cumplido la mayoría de edad, o la sobrepasan en pocos años. No podemos obviar el hecho de que, los expertos tienden a situar los 18 años como la edad clave (coincidencia con la edad legal, en tanto que pueden acceder a los sitios dónde se puede jugar sin problemas), en cuanto que en muchas de las narraciones, nos damos cuenta que antes tiende a operar un proceso de aprendizaje de la conducta

de juego, a través de otro tipo de recreación (sobre todo videojuegos), como bien queda reflejado en los testimonios anteriores.

> *A los 18 años sucedió una de las pruebas más duras de mi vida, (…) Ahí comenzó todo, me fui a un bar a beber para olvidar y empecé a jugar a una máquina (Jugador, 33 años).*

> *Pues…, yo entré en el ejército con 18 años, pues con 19 prácticamente. Y empecé a jugar, yo todavía no estaba casado, estaba soltero (Jugador, 30 años).*

> *Yo empecé hace tres o cuatro años, yo iba al bar, me tomaba mi café y lo que ves es eso ¿no? (Jugador, 24 años).*

> *Tengo 35 años, va a hacer 12 años que llevo jugando a las máquinas; 10 años o por ahí jugando loco perdido (Jugador, 35 años)*

No obstante, también encontramos entre los jugadores o jugadoras la tendencia habitual de iniciarse en el juego a partir de una edad más adulta. Normalmente ésta tiende a situarse entorno a los treinta años de edad.

> *Yo empecé allá por el año 74, era joven, unos 34, porque yo trabaja en Huelva y me trasladaron (…) ya en Huelva había dao mis primeros pasos en bingo, todavía no estaba legalizado (Jugador, 66 años)*

> *Lo mío empezó en el año 87 y en el 91 me pongo yo en tratamiento de la ludopatía. Tenía unos 40 años, bueno sí 41 para ser exactos. Fueron pocos años, pero muy intensos (Jugador, 60 años).*

Por último, y aunque en menor medida, nos hemos encontrado con algún jugador que empezó su *peregrinar* por el juego, pasados los cincuenta. Concretamente su edad de inicio coincide con una nueva etapa de tránsito: su prejubilación.

> *Tuve que jubilarme anticipadamente para cuidar de mis padres. Mi madre falleció y nos quedamos mi padre y yo. Mi padre entró en una depresión, yo para intentar ayudarle en eso lo sacaba a desayunar a la cafetería (…) fue cuando empecé a jugar a la máquina, echándole los cambios del café y la cerveza (Jugador, 65 años).*

En cuanto a la mujer jugadora, decir que ésta tiende a iniciarse en el juego a edades más tardías que el hombre. En la mayoría de las ocasiones su historia de juego aparece en una etapa media o tardía de la vida, entre los treinta y los cuarenta años.

Yo nunca había jugado antes y fuimos un día de despedida de soltera con unas amigas a Sevilla y decidieron meterse en un bingo. De esto te hablo hace cinco años atrás, y aquello me gustó (Jugadora, 39 años).

Yo no sé ni cuando empecé ni como empecé. Yo ya tenía tres hijos y el cuarto prácticamente casi nació en el bingo (Jugadora, 58 años).

Yo he estao 15 años jugando. Pero el problema que yo tenía era que yo en los 15 años esos, yo nada más que iba medio día porque mi marido trabajaba hasta medio día y yo sólo iba hasta medio día (Jugadora, 63 años).

Yo empecé de casada. Íbamos al bingo. Con mi marido y la reunión íbamos al bingo y yo por debajo le decía ¡qué nos estamos gastando el dinero de los zapatos de las niñas! o para no sé que de las niñas le decía (Jugadora, 54 años)

Si hacemos una valoración de lo expuesto vemos que, tanto el discurso obtenidos en el grupo de hombres como en el de mujeres, vienen a confirmar lo analizado en este tema a nivel teórico. De hecho podemos establecer que la adicción al juego en el varón tiende a quedar polarizada entorno a dos grandes grupos de población: los más jóvenes (18 a 30 años) y los de más edad (a partir de los 30 años). Aunque la sintomatología puede aparecer a edades muy tempranas, por debajo de los 18 años, ésta adquiere una forma ordenada a partir de los 18 años, llegando a ser prácticamente invariable hasta edades adultas. Aunque los procesos de juego patológico vienen determinados por muchos elementos, la edad tiende a manifestarse como un factor muy importante dentro de este problema, ya que a partir de ella tienden a construirse auténticas vidas sustentadas en el juego.

2.3.- DESHILVANANDO LA CONDUCTA DE JUEGO. ENCONTRANDO MOTIVOS Y RAZONES QUE EXPLIQUEN LA CONDUCTA DE JUEGO ADICTIVA

Desde la ignorancia del tema, cuesta dilucidar las razones que se esconden detrás de un problema como este, sobre todo porque uno intenta contestarse teniendo en cuenta, tanto sus demarcaciones cognitivas, como los posicionamientos sociales que tiene sobre el tema No obstante, la situación es más sencilla de lo que a priori puede resultar. En realidad cuando te introduces dentro de la temática te das cuenta que a su alrededor gravita toda una tabla de potenciales factores (Véase Cuadro 77) que tienen a ser considerados, en cierta forma, la mecha que enciende la llama del juego y como bien apunta el refranero español: *persona que juega con fuego termina quemándose,* que es lo que casi siempre ocurre cuando un sujeto empieza coqueteando con el mundo de las adiciones, en este caso con el juego.

CUADRO Nº 77

Mapa Conceptual **Causas Explicativas de la Conducta Adictiva de Juego**	
1º.- Elementos de Índole Social	▪ Entretenimiento/esparcimiento social ▪ Interacción social ▪ Consumismo ▪ Aceptabilidad social
2º.- Elementos de Índole Personal	▪ Atribuciones personales ▪ Vacío adictivo (personalidad adictiva) ▪ Válvula de escape (fórmula evasiva) ▪ Carencia de habilidades de afrontamiento ante: - Sucesos o situaciones vitales complejas - Situaciones de soledad - Aislamiento/Incomunicación - Falta de pertenencia a un entorno concreto ▪ Falta de autoestima y madurez ▪ Falta de autocontrol ▪ Incapacidad para manejar o controlar el dinero
3º.- Elementos de Índole Laboral	▪ Sector laboral ▪ Ocupación laboral ▪ Responsabilidad laboral ▪ Condiciones laborales ▪ Movilidad laboral ▪ Compartir problema con compañeros de trabajo
4º.- Problemas de Poli-adicción	Coexistencia con otras adicciones → ▪ Anterior a la adicción ▪ Renace con la adicción ▪ Coetánea a la adicción ▪ Posterior a la adicción

Fuente: Elaboración propia.

¿Por qué una persona empieza a jugar? Situándonos en nuestro caso concreto de estudio, veremos que son varias las razones que se esgrimen a la hora de reflexionar sobre este asunto. Aunque en un principio, algunos de los jugadores manifiesten arrancar del mismo punto de partida: *-estar en un bar y echar a la máquina lo que me sobra después de haber pagado la consumición-*, sin embargo la acción de *echar* lleva implícita situaciones de fondo muy distintas.

De forma habitual, el jugador piensa que su juego no tienen porque tener un motivo, de ahí que no encuentren razón o razones ciertas al principio de su narración. Esta incapacidad para dar cuenta de cuál pudo ser el factor o factores que propulsaron su adicción es una pauta constante en su discurso. De manera general tienden a creer que uno empieza a jugar porque suele estar en el lugar adecuado (por ejemplo en un bar) y a partir de ahí las situaciones surgen con la inercia, hasta que llega un momento en que sin pensarlo se encuentran atrapados en las redes del juego.

Yo hace tres o cuatro años, yo iba al bar me tomaba mi café y lo que ves es eso, ¿no? Ves a uno echando en la máquina, ves a un tío jugando a las cartas, o ves a otro jugando al dominó y, claro, prácticamente lo vives desde chico. Entonces yo empecé con lo que me sobraba del café y claro si te da 200 ó 300 pesetas te las guardabas en el bolsillo pero, al cabo del tiempo no eran las 200 pesetas que te daba, sino que esas 200 ó 300 pesetas que te daba las volvías a echar (Jugador, 24 años).

Un día mientras esperaba el autobús, me metí en un bar y decidí echarle los veinte duros que me habían sobrado de la coca cola a la máquina. No empecé de golpe a jugar sino que iba un día y, a lo mejor no iba hasta unos días después (…) y otro día y así (Jugador, 29 años).

Lo mío empezó con lo típico, echas en una máquina, te toca un premio y empiezas a jugar, a juga, a jugar (…) hasta que no puedes parar (Jugador, 30 años).

Pese a esto, son muchos los que haciendo un ejercicio de reflexión, son capaces de situar las cosas de forma más clara. El jugador cuando piensa seriamente en el *porqué* va a un bar o cafetería y echa una moneda en la máquina o porqué de repente se encuentra sentado en una sala de bingo, lo hace siendo muy consciente de cuál es su realidad. Realidad que según lo contado, ponen de manifiesto situaciones de índole muy diversa validando lo que en términos teóricos ha sido expuesto sobre este tema. En conjunto se arguyen motivos que tienen tanto que ver con aspectos relacionados con el ámbito social, personal, laboral y familiar.

2.3.1.- Dimensión social del Juego: Consumo, Ocio y Tiempo Libre como generadores de la conducta juego.

Si partimos del pensamiento más común de que un sujeto empieza a flirtear con el juego por razones tan obvias como las que aluden al mundo del *entretenimiento*, la *lúdica* o el *esparcimiento social*, en seguida nos damos cuenta que, en muchas de las historias de juego narradas por nuestros sujetos de estudio esto sucede realmente. De hecho bien se podría decir que, dada la accesibilidad del juego, éste tiende a formar parte de la vida de un ludópata (sobre todo la de los más jóvenes) desde la infancia como una forma más de *esparcimiento social*.

De siempre, desde pequeñito vas a los bares y ves a la gente jugar a las cartas, al dominó, a la máquina o en nuestras propias casas. En las casas el juego no se tiene por algo malo, sólo es una forma de entretenerse, de pasar el rato con la familia y en la calle con los amigos (Jugador, 44 años)

De forma general todos coinciden en afirmar que se empieza a jugar por placer, por que genera sensaciones muy gratificantes y ratos agradables con los amigos. Da igual el tipo de juego, la cuestión es aprovechar el tiempo de ocio de que dispone uno para salir un rato, divertirse y si acompaña la diosa fortuna, irte a casa con algún premio ganado.

> *Empiezas a jugar por diversión, porque los amigos o los compañeros de trabajo te lo dicen. Entonces una tarde uno de compañeros míos, con el que yo hablaba mucho, te dice que han abierto un bingo aquí en la merced y dice que está muy bien que nos ponen el cafelito y tal y bueno… dijimos pues vamos a ir a ver como va aquello, por tener otra diversión (Jugador, 60 años).*

> *Llegaba un sábado y un domingo y ¿dónde ibas? Lo normal era salir a un bar a tomarte algo y cuando pusieron el bingo pues ir al bingo con la mujer y los amigos y quien sabe a lo mejor con algo de dinero en el bolsillo. Eso so siempre… porque escuchabas a la gente lo de me ha tocado el bingo y tu crees que a ti también te puede tocar (jugador, 55 años).*

> *Yo nunca he jugado antes a nada y nos fuimos un día de despedida de soltera con unas amigas a Sevilla y decidieron meterse en el Bingo. Era la primera vez y no sabía como mirar la pantalla. Y me lo pasé muy bien. La verdad es que me gustó y se me quedó la cosa de ir y… (Jugadora, 39 años).*

En algún caso nos hemos encontrado con que el afán incontrolado por divertirse va unido a una sensación absoluta por disfrutar su libertad, su forma de entender el mundo. Libertad que se introduce como un elemento que tiende a marcar todas sus relaciones personales.

> *A mí siempre me ha gustado ser muy libre. Mi marido también tenía su vida. Le gustaba salir y entrar si tenía que acompañarlo lo acompañaba pero a él también le gustaba ir sólo. A lo mejor teníamos mucha libertad en ese sentido. Y empecé, empecé y empecé y me fui a dar cuenta que no estaba haciendo otra cosa que ir al bingo. Yo soy una persona muy libre. No me gusta… yo les he dado mucha libertad a mis hijos para que sean libres, pero a mi las cosas a la fuerza me producen una angustia horrorosa. A la fuerza las cosas no (Jugadora, 54 años).*

Además de servir como esparcimiento, en muchos casos el juego viene a funcionar como elemento de *interacción social*, sobre todo entre los más jóvenes, ya que empiezan jugando con videojuegos, consolas y ordenadores en casa y acaban compartiendo recreativo y máquina de juego cuando salen a disfrutar el ocio en pandilla.

He sido jugador durante muchos años de mi vida. Yo siempre jugaba con mis amigos, salíamos los fines de semana y siempre nos íbamos al mismo recreativo a jugar a las máquinas… la verdad es que nunca piensas esto (Jugador, 35 años)

De igual modo sucede con los jugadores más adultos. Como colofón a un día laboral y antes de llegar a casa, se disfruta de un rato de ocio con los compañeros de trabajo, metiéndose en un bar, tomando algo y jugando pequeñas cantidades a la máquina, por si hubiese suerte con ella y el entretenimiento saliese gratis.

Para mí era una diversión, iba con los compañeros de trabajo a tomar unas cervezas después de finalizar la jornada y echábamos un par de euros a las máquinas cada uno, y si nos tocaba algo pagábamos las copas y si no nos tocaba nada, hasta el otro día (Jugador, 34 años)

Yo jugaba con mis amigos, nos lo pasábamos bien, había días que poníamos diez euros cada uno y nos lo gastábamos jugando. Yo tenía novia y antes iba a verla todos los días, pero después iba a verla y con las mismas, a la media hora ya me quería ir. A mí me gustaba más mi ambiente, con mis amigos. (Jugador, 24 años).

Antes íbamos a ver jugar a nuestro equipo de fútbol, porque casi siempre vamos cuatro o cinco amigos que somos muy aficionados y cuando juega en pueblos cercanos pues siempre vamos. Cuando hacen rifas compramos papeletas y cuando nos tocaba, alguna vez nos tocó 30 ´0 40 euros, nos metimos en el bar, nos pedimos una coca-cola cada uno y lo invertimos…, nosotros con el cachondeo pues "vamos a invertirlo en bolsa". ¡Si que nos salían caras las jugadas! porque teníamos que poner 15 ó 20 euros cada uno encima y no nos tocaba nada. Pero nos reíamos recordándolo y ya está (Jugador, 22 años).

En algunas narraciones nos hemos encontrado con la idea de que, los patrones de comportamiento lúdico pueden proceder de la *imitación*. Al igual que sucede con otras adicciones, en el juego funciona una actitud gregaria de mimesis y de querer emular a otras personas, y más si son conocidas como sucede con el grupo de amigos. Normalmente contemplar este tipo de comportamientos lúdicos va a actuar como un incentivo. Sabemos que la imitación visual tiende a funcionar como un mecanismo psicosocial básico en la adquisición de hábitos y rutinas que puede traer consigo el desarrollo de conductas desadaptativas, sobre todo si este se produce a edades muy tempranas, como sucede muchas veces con el juego.

Mi caída empieza cuando, empezando a ver a mis amigos jugando, yo nunca lo había hecho, me entró esa curiosidad que nos entra a las personas cuando vemos que algo nos llama la atención, que nos divierte y a partir de ahí empezó mi ruina. Al principio cuando no jugaba mucho, me pasaba horas viendo a mis amigos y a otra gente jugar y poco a poco yo me fui enganchando (Jugador, 45 años).

Entre otras de las razones expuestas están las que tienen que ver con el mundo devorador del *consumismo*. Consumo que queda ideado y mostrado en el *deseo de querer cosas*, de *tener cosas* que los demás tienen y que uno por su situación económica, ni ha podido ni cree que podrá tener. Pero el deseo se hace *realizable* a través de una máquina, de un bingo o de un ordenador.

> *Yo tenía un gran ansia de dinero para poder tener una vida con más caprichos y en la ruleta pronto empecé a ganarlo, con 50 € que ingresé en mi cuenta de apuestas llegué a tener en pocos día 3.000 € (Jugador, 30 años).*

> *Cuando empecé a jugar lo hice por lucro personal. Yo no conocía el tema del juego ni nada de eso. Lo que pasa que yo tengo una cuñada que sí iba al bingo y me decía: he ganao esto y aquello y yo me decía y ¿eso como será? Y me dio la cosa por ir y empecé a ir de vez en cuando para ver si me tocaba o ganaba algo de dinero (Jugadora, 66 años).*

> *Yo de chico siempre soñaba con tener muchas cosas, sería por la juventud… pero yo quería una bicicleta, una moto y no la podía tener. Yo siempre he deseado tener muchas cosas y no sé… habrá sido esa ambición lo que me ha llevado a hacer lo que no debía. De intentar conseguirlo por donde no debo. Ahora he conseguido todo lo que quería, después de cinco años me he conseguido comprar un coche, tener dinero en la cartilla, me puedo permitir el lujo de irme todos los fines de semana por ahí, ¡maravillas! con las que soñaba antes y que nos las hacía por culpa de la máquina, por gastármelo donde no debía" (Jugador, 29 años).*

2.3.2.- Dimensión Personal del Juego: La atribución personal como factor generador de conductas adictivas de juego.

Adentrándonos en el complejo mundo de la personalidad podemos considerar como factores personales a todos aquellos que se corresponden con las características que presenta el sujeto y que en cierta manera pueden predisponerle a jugar. Situándonos en esta dimensión y escudriñando en cada una de las historias de vida nos damos cuenta de la dureza de las situaciones con las que los adictos al juego tienen que pugnar. De hecho, destaca la heterogeneidad de elementos personales que consideramos pueden convertirse en un verdadero riesgo al predisponer al sujeto a la adicción.

De entre ellos, se subrayan situaciones de juego derivadas de situaciones de *desenganche* de otro tipo de adiciones. Mientras que el adicto sigue siendo adicto tiene colmada su personalidad ya que ésta está identifica con su papel de adicto. El problema viene cuando eso desaparece y tiene que sustituirlo por otro nuevo. El vacío dejado por otras adicciones tiende a ser justificado a través de los que se conoce como *personalidad adictiva*. Es frecuente encontrarse con situaciones de vida dónde hay un

cierto arraigo o predisposición a caer en las adicciones. Mientras se está en una, se permanece al abrigo de otras, que entrarían en acción en el momento en que el sujeto decidiera terminar con ella. Generalmente, sin quererlo, tienden a verse envueltos en nuevos procesos adictivos, dónde lo único que cambia es el *elemento* de la adición (ya sea sustancia, objeto o comportamiento).

> *Mi tema fue el vacío dejado por el alcoholismo. No había otra cuestión. Yo no tenía problemas con mi mujer. Yo no tenía problemas con mis hijos (Jugador, 60 años).*

> *Estuve dos o tres años sin tomar nada de droga y a lo mejor, es el vacío ese, no sabes que haces (…), empecé a beber alcohol y entré en un salón , me tomaba un cafelito, un cubatita y yo no jugaba, pero eché un día 20 duros y me tocó y de ahí empecé (…) (Jugador, 35 años).*

Otro de los predisponentes, puesto sobre la mesa, ha sido el que tiene que ver con la *búsqueda de sensaciones*. Esta situación es más imputable al jugador joven que al maduro. De forma general, el jugador tiende a justificar su adicción, teniendo en cuenta la necesidad de escrutar cosas nuevas que le saquen de la monotonía en la que está inmerso en su día a día. Llevar una vida con pocos reforzadores, pobremente estimulada, aburrida, con pocas gratificaciones hace que el juego pase a convertirse en un elemento procurador de satisfacción, activación y autoestimaulación.

> *No sé… yo quería otras cosas. Yo empecé por probar algo nuevo; porque otra cosa… soy tan curioso que quise probar. Yo enseguida me aburro, no sé (…)"(Jugador, 34 años).*

> *Yo siempre deseaba que llegara el fin de semana para irme con mis amigos por ahí, y pasármelo bien. Buscas cosas nuevas, divertirte y sin darte cuenta… acabas bebiendo, jugando a las máquinas y poco a poco te vas metiendo en un agujero. Ahí empezó mi carrera sin límite (Jugador, 29 años).*

En otros subyace la idea de *escapar de los problemas*. Concretamente, el juego tiende a funcionar como una máquina de evasión frente a la realidad. Rascando sobre algunas historias de juego nos encontramos con que el mayor problema se ubica básicamente en una profunda carencia de habilidades para afrontar cualquier situación problemática que les impone la vida. Ante esto, la mejor opción es refugiarse en algo que les ayude a no pensar, a escapar del estrés cotidiano, y qué mejor que el juego para conseguirlo.

> *Realmente yo jugaba porque quería evitar problemas. Cuando estaba en la máquina, nada más que pensaba en la máquina, no pensaba en nada más. Es que he tenido yo un problema de siempre que no he sabido enfrentarme a nada. Ahora sí, si tengo algún problema lo intento de solucionar. Antes me veía incapaz, pasaba de los problemas, no*

era capaz de enfrentarme a los problemas. Pero yo delante de una máquina era feliz (Jugador, 30 años).

Para el adicto, el juego, se convierte en una vía de escape como lo podrían haber sido otras adicciones como el trabajo, la droga o el alcohol. Independientemente de la adicción, la cuestión está en que, elijas la vía de escape que elijas, todas terminan por convertirse en un verdadero problema, pero la razón del inicio que se esgrime suele ser la misma: *encontrar una escapatoria a los problemas personales*.

De igual modo aparecen escenarios que tienen que ver con la vivencia o el sentimiento de *soledad*. Entre las causas podemos encontrar situaciones donde la nostalgia o la pesadumbre aparecen determinadas por realidades vinculadas al trabajo. Vivir la separación familiar por exigencias laborales pude introducir un sentimiento de *orfandad* que puede inducir a llevar a la persona a llenar ese tiempo de melancolía con alguna actividad que, si en principio no implica nada, acaba por gustarle y convertirse en un pasatiempo que le ayuda a superar ese sentimiento de soledad

Yo estaba solo, mi familia estaba en Huelva. Yo no tenía el apoyo de mi mujer y mis hijos que eran pequeños y me encontraba solo y empecé a ir el bingo, estaba cerca de donde vivía (…) (Jugador, 53 años).

En otras ocasiones la *soledad* viene determinada por una forma de vida que no satisface. Con excesiva frecuencia esta razón aparece como elemento de riesgo en las mujeres. La soledad puede llevar a muchas mujeres a tirar por el camino de las adicciones de forma inconsciente (alcohol, juego, las compras). Sin permanecer cerca de otros factores incitadores, la vida de la mujer (sobre todo del ama de casa) suele estar cimentada en la soledad. Una soledad que describen como real, tangible, que aviva su vacío existencial. No obstante, detrás de este estado suelen encontrarse elementos que tienen que ver con el permanecer muchas horas en casa, sin tener un lugar diferente al del hogar donde establecer interacciones personales y no tener un trabajo reconocido económicamente ni valorado afectivamente. Normalmente, la mujer suele pasar toda su vida cuidando de su familia, pero ésta no es capaz de reconocer o recompensar esta dedicación. Bajo estas circunstancias personales, es normal que cuando el juego haga una incursión en sus vidas, se aferren a él, porque sólo a través de él, van a ser capaces de sentirse algo más *afortunadas*.

Yo estaba siempre sola. Desde que me casé apenas he salido de casa… bueno para comprar y eso, pero no de paseo con mi marido. Él siempre estaba trabajando, había que pagar muchas cosas y apenas salíamos a la calle, yo no sabía lo que era un bar (...) pasa que te vas acostumbrando y ya está, pero te sientes sola, sobre todo cuando tus hijos se hacen mayores y empiezan a salir de casa. Había días que apenas los veía y a mi marido tampoco. Su trabajo le ocupaba mucho tiempo y… fíjate lo que voy a decir había días que apenas hablaba con nadie (Jugadora, 58 años).

Después de una celebración nos fuimos un rato al bingo, yo nuca había ido antes. La verdad que me llamó la atención la gente que había; había mucha gente. Nos lo pasamos bien, por lo menos yo me lo pasé bien, me pareció divertido y ¡una que sale poco de casa!, pues me llamó la atención. Después vuelves a ir y vuelves a pasártelo bien, vas conociendo a otras mujeres, haces amigas y terminas por empicarte en el bingo. Al principio más que por el bingo yo iba por estar un rato con las amigas. Hablas, te tomas un café,... en verdad te sientes acompañada (Jugadora, 54 años).

Próximo a la soledad se encuentra el sentimiento de *aislamiento*. La carencia de comunicación o la inseguridad que provoca el no poder compartir los problemas con personas próximas (familiares, amigos, compañeros de trabajo) inducen a buscar alternativas de escape, que sin darse cuenta agudizan o empeoran la situación inicial. Al final el juego termina en convertirse en una actividad que, no sólo se juega en soledad, sino que también acaba por minar el entorno del adicto, abocándole al aislamiento social.

El problema gordo que yo tengo es que yo me callo todo. No cuento nada. Ni a mi madre, ni a mis hermanos, a nadie. Y a mis hijos menos (…) Me pasa que no cuento las cosas y eso es malo. Ahora me estoy abriendo, ahora, un poquito más, pero tampoco mucho (Jugadora 39 años).

Bueno, yo tampoco he sido una persona muy habladora y la situación con la droga tampoco la decía. El juego me ha hecho aislarme de todo. De mi familia, de gente que me aprecia mucho a mí, gente que no juega nunca a nada. Les daba pena de mí y eso es normal. Entonces si yo les veía, intentaba siempre irme a otro lado, con tal de no hablarles y me he ido aislando de la gente que me apreciaba a mí mucho (Jugador, 35 años).

Te encierras en ti misma y te es muy difícil salir de ahí. Yo siempre he tenido muchos problemas con mi marido. Él me ha dao muy mala vida [alcohólico] y eso lo he tenido yo siempre ahí. Nadie me ha ayudao, bueno yo tampoco es que pidiera ayuda, eso era algo que me había tocado a mí y ya está. Tampoco lo vas diciendo por ahí. Eso tampoco solucionaría el problema, creo yo. No sé… es todo tan difícil que no sabes que hacer y al final acabas tú mal, como me ha pasado a mí (Jugadora, 58 años).

Normalmente la *incomunicación* viene precedida por una falta de pertenencia a un entorno concreto. El sentir que uno no tiene o no encuentra su "sitio" puede determinar que algunas personas puedan buscarlo en otra parte. Huir hacia otras realidades va a permitirles abrir la puerta a nuevos escenarios que resulten más gratos o atractivos, como puede ser el mundo de las adicciones.

Yo nunca he contado mis problemas a nadie. Soy muy reservado. Siempre he sido así. No he sido persona de amigos. No tengo muchos amigos la verdad. Con mi familia tampoco me he llevado bien porque siempre ha habido muchos problemas, sobre todo

con mi padre. Mi madre nunca decía nada pero te das cuenta de todo. Yo nunca me he encontrado bien en mi casa. No lo sé… desde pequeño lo vives todo y eso no se te olvida. Siempre he querido algo mejor, por eso jugaba. Quería dinero. Pensaba que yo no sería igual que mi padre, pero al final no he consigo nada bueno. Yo esperaba otra cosa y fíjate donde estoy, aquí, enfermo (Jugador, 44 años).

Otra de las cuestiones que salen a la palestra tiene que ver con la *falta de autoestima*, de *madurez* y de *empaque* que no saben cómo gestionar. Situación que, por otro lado, no nos sorprende si tenemos en cuenta lo descrito anteriormente. Aunque la falta de autoestima se relaciona más con la mujer jugadora, no sucede lo mismo con la falta de madurez y de empaque que es más habitual en los varones jugadores. Ya sea de un lado o de otro, la cuestión es que este tipo de manifestaciones o rasgos personales tienden a formar personas muy vulnerables frente a las vicisitudes de la vida.

Mi marido siempre ha sido muy inmaduro. No tiene madurez alguna. Yo se lo digo a él: no tienes madurez ninguna. Eres un adulto y te comportas peor que los niños, siempre discute con el niño igual que si el niño discutiera con la hermana. Él siempre ha sido así. Yo le digo que estoy con tres niños y no con dos. Entonces ahora estoy intentado de educar al niño y al padre, porque él parece otro niño más. Él no dice nada, porque sabe que es así de siempre… porque ya son muchos años, de antes de casada él era así (Familiar, 44 años).

Yo soy muy corta, yo no sirvo para hablar. Ahora me están enseñando a hablar porque no puedo. Quiero hablar y no me sale, siempre me ha pasado eso, he sido muy corta, nunca me ha gustado lo que hago pero ahora sí. Ahora todo lo que hago me parece que soy la mejor, bueno estoy aprendiendo esto. La psicóloga me dijo que lo mío era que no tenía autoestima. Yo no sabía ni lo que era eso. ¡Así me ha ido! (Jugadora, 54 años).

También nos hemos dado cuenta que en algunas narraciones aparece la *falta de autocontrol* como factor que predispone al juego. De hecho esto suele suceder cuando una persona, no sabe o no es capaz de controlar sus sentimientos, sus pensamientos y sus conductas. Si de principio, este hecho les hace ser vulnerables, más tarde, puede acabar suponiéndoles una caída libre hacia el mundo de las adicciones. Casi siempre veremos que, detrás de una conducta de juego patológico tiende a esconderse una incapacidad o una falta de habilidades para saber mantener bajo control a una actividad gratificante, como en principio puede ser el juego.

La verdad que yo siempre he sido un tío muy arriesgao para too. Nunca he tenido miedo a na y eso siempre me ha traído problemas con mucha gente. He sido un cabeza loca y eso me ha traído algún que otro problema. No piensas, la verdad es que no piensas en lo que haces, te da igual y después acabas arrepintiéndote. A mí me ha pasado mucho eso y al final reaccionas tarde, cuando todo está…. (Jugador, 34 años).

Mi vida se hundió cuando me enteré que mi padre no era mi padre. Yo no me llevaba bien con mi madre y empecé a beber, a jugar y con la droga y al final terminé haciendo mucho daño a los que yo más querían (Jugador, 33años).

Con el juego pasa como con la droga y con to…, que crees que lo controlas y no es así. La verdad es que empiezas a jugar porque te gusta y después te es difícil parar, no sabes porque no puedes parar, no puedes dejar de pensar en el juego, lo que pasa es que en tu cabeza sólo ves o escuchas la palabra juego, juego… y es así, al final no la controlas, por más que quieras no la controlas. A mí siempre me ha pasado lo mismo con todo lo que hago Cuando empecé a salir por la noche, yo me liaba y me llevaba toda la noche, después en casa tenía bronca. Me pasa con too, igual que la droga y la bebida, nos engañamos y no controlamos nada de nada (Jugador, 29 años).

Yo me decía: yo no puedo jugar, yo no puedo jugar pero me podía, me llamaba mucho la atención. Yo de hecho había un tío jugando y yo me acercaba a verlo. Yo me podía llevar horas jugado y viendo al tío jugar tranquilamente y después yo hacía lo mismo, todo el día jugando (Jugador, 24 años).

Lo mismo sucede con la capacidad de *manejar* o *controlar el dinero*. De manera general fusionar disponibilidad de dinero con juventud suele ser una mezcla un poco explosiva, en cuanto que esto les puede convertir en personas *más vulnerables* frente al consumo de cierto tipo de ocio. Disponer de dinero propio puede permitir al joven traspasar líneas hasta ese momento inimaginables. A esta disponibilidad habría que sumarle el inconveniente que implica saber controlar ese dinero. De hecho una buena parte de ellos son conscientes de la escasa o nula habilidad que han mostrado tener a la hora de saber gestionar el dinero de que disponían. En general suelen ser muy malos administradores y por ende grandes despilfarradores. Ellos mismos relatan que cuando se ven con dinero tienden a gastarlo sin miramientos, ya que disfrutan gastando y soñando con tener más dinero. En cierta manera es dinero fácil, pues creen que no podrán ganar más trabajando y sí jugando, de ahí que vean en el juego una forma dable y rápida de buscar y encontrar dinero.

Yo empecé a trabajar muy temprano, ya que éramos varios hermanos así que también empecé a manejar dinero, porque mis padres me dijeron que de cada cinco mil pesetas que trajera a casa, me daban mil para mis gastos. Yo trabaja en la mar y cuando venía la lancha me escondía en la bodega del barco, para que no denunciaran al dueño, porque si lo denunciaban a mí se me acababa el trabajo, porque yo pensaba en las mil pesetas que me daría mis padres y no en las cuatro que entregaba en casa, pues cuanto más dinero llevaba a casa más dinero tenía yo para codearme con personas adineradas y gastármelo en lo que yo quería (Jugador, 38 años).

No sé… sería que para mí el sueldo era poco y yo quería tener más dinero. No sabía como ganarlo y veía que a la máquina le echaba mil pesetas y sacaba cinco. Eso fue durante un tiempo. Cuando te ves apretao un fin de semana que… o te ves apretao un fin de mes que no tienes nada y… porque yo iba a la cartilla y tenía dos mil pesetas y

cogía esas dos mil pesetas y las echaba a la primitiva o al cupón y al final perdía las dos mil pesetas y me llevaba el resto del mes a duras penas (Jugador, 29 años).

Yo cada vez ganaba más dinero y me acostumbré a eso. Comía en restaurantes, compraba droga, iba de viaje cuando podía y me reunía con personal de dinero para jugar al póker. ¡Sólo había que imaginarse el dinero que se llevaba el que ganaba! y yo me sentía importante (Jugador, 34 años).

2.3.3.- Entorno Laboral y Juego.

Analizando la información vemos que son varios los factores laborales que pueden determinar y preservar una conducta de juego adictiva. De entre los posibles, nuestros entrevistados han puesto sobre la mesa situaciones que tienen que ver con el tipo de trabajo, la facilidad de manejar dinero, la posibilidad de disponer de *tiempo* en el trabajo y ser el dueño del negocio.

Sin ser condiciones únicas pero sí importantes en el diagnóstico de la adicción, se sabe que un sujeto puede ser definido como jugador o jugadora patológica dependiendo de dos variables fundamentales: el dinero que gasta en el juego y el tiempo que invierte jugando. De hecho si buscamos ambos elementos dentro de las narraciones realizadas por nuestros entrevistados, vemos que éstos pasan a convertirse en un factor inquebrantable dentro del discurso. Disponer de ambos casi siempre va a ir unido a las *condiciones laborales* de las que disfrute en su puesto de trabajo. Disfrutar de una cierta responsabilidad, situarte en el departamento donde se maneja o se controla el dinero o gozar de la plena confianza de los jefes, suelen ser algunas de las razones expuestas por parte de nuestros entrevistados y entrevistadas

Aquí el factor más importante es que tengas dinero para manejar y tengas tiempo libre para usarlo y esos dos factores se daban en mí. Yo tenía un buen puesto y tenía una asignación mensual de la empresa de cien mil pesetas en aquella época. Siempre las llevaba yo para invitar a los clientes y total que yo me gastaba parte de ese dinero y el que yo llevaba mío (Jugador, 66 años).

Yo en mi trabajo tenía una caja a mi disposición y yo cogía de ella. Yo no pedía dinero a nadie porque yo tenía el dinero que necesitaba. Yo me ponía el sueldo que quería jugarme en el bingo. La caja que yo tenía a mi disposición pues… de vez en cuando hacíamos arqueo pero la persona que estaba conmigo yo cogía y le hacía ver que todo estaba cuadrao y como teníamos otra caja de otras cosas, pues… cuando faltaba en una le ponía de la otra y cuando faltaba de la otra la ponía de esta hasta que me pillaron (Jugador, 60 años).

Me fui a cuidar a una anciana y estupendamente, seis meses muy bien. Le pedía dinero por adelantao y me lo daba le pedía prestao y me lo daba pero se fue a Málaga. Yo le

sacaba el dinero del banco la hija me dejaba hacerle todo, todo, y se fue a Málaga con el hijo y me hizo falta dinero porque me lo gasté, tuve una pelea muy grande en mi casa y me fui y al otro día no tenía nada, nada de dinero, ni para el pan y cogí y falsifique la firma, la falsifique y me fui al banco (Jugadora, 39 años).

En cuanto al tipo de *ocupación laboral* decir que trabajar en el ámbito relacionado con el *ocio* y el *esparcimiento*, como puede ser un bar u otro local de similares características, puede facilitar la formación de conductas adictivas de juego. Aclarar que, si bien trabajar en este sector laboral no tiene porque llevar implícito el riesgo automático de caer en la adicción, sí puede facilitar el camino a la conducta desmedida de juego. Si tomamos la matriz "tipo de trabajo-tiempo-dinero" vemos que en este sector, ésta tiende a resolverse sin ningún problema: total disposición del objeto adictivo (máquina), no se necesita de un tiempo complementario al tiempo laboral, ya que puede disponer de éste para jugar y además puede solventar sus problemas de liquidez económica haciendo uso de la caja, ya que con cierta facilidad suelen disponer del dinero aportado por los clientes.

Por entonces yo trabaja en la hostelería y tenía fácil acceso a las máquinas y al dinero. Jugar me resultaba fácil porque la máquina la tenía delante de mí y al manejar el dinero de los clientes pues… facilitaba el que yo andara siempre con dinero (Jugador, 35 años).

En parecidas circunstancias se encuentran los jugadores que trabajan en el sector del *comercio* (independientemente de la rama), sobre todo aquellos que se ubican en el departamento de ventas. En realidad, realizar su jornada laboral en la calle teniendo que buscar y atender a los clientes, así como disponer de dinero procedente del cobro de facturas, favorece, según expresan algunos de nuestros jugadores, no sólo la aparición de conductas relacionadas con la adicción al juego, sino también su mantenimiento a lo largo del tiempo.

Mis verdaderos problemas empezaron cuando entré en la empresa donde estoy. Por el puesto de trabajo que tengo podía desayunar y salir donde yo quisiera. Paraba siempre en salones de juego; me tomaba un café y me ponía a jugar a las máquinas (Jugador, 29 años).

Soy conductor de un camión y estoy repartiendo todo el día y tengo que cobrar las facturas del material que llevo. Al principio no me gastaba ni un duro de la empresa, nada más que el mío, pero con el tiempo me faltaba para jugar. Posteriormente empecé a gastarme el dinero que cobraba de las facturas, las cuentas no salían y tenía que mentir diciendo que me había parado en casa y que mi mujer necesitaba el dinero para compras, que me lo descontaran del sueldo (Jugador, 38 años).

De igual manera descubrimos que trabajar en una *empresa familiar* puede convertirse en un factor de riesgo, pues en cierto modo tiende a facilitar la conducta de juego. La ventaja o el peligro, suele venir de la mano de la familiaridad y la confianza que supone tener a un familiar trabajando. Sin pretenderlo se tiende a ser más permisivo con ellos que con el resto de los trabajadores y de esa actitud se suelen aprovechar los jugadores.

> *Yo trabajo en un almacén de madera, distribuidor de manera con mi cuñao que es el dueño de eso. Yo siempre le estaba pidiendo dinero y le dejé colgao cinco mil y pico de euros, aparte de lo que me iba dando de sueldo y así estuve un tiempo (…) Del trabajo me venía constantemente para jugar a la máquina porque no podía estar sabiendo que la máquina estaba allí. Yo he hecho muchas cosas, muchas cosas muy fuertes (Jugador, 35 años).*

Sin embargo, hemos visto que la mejor oportunidad viene de la mano de *tener negocio propio* y con ello *ser tu propio jefe*. La libertad que encierra el no tener que dar cuentas a nadie de los que haces estando familiarizado con el juego, suele implicar la caída libre hacia la vorágine de la adicción. Disponer de todo el dinero facturado y planificar tus propios horarios de trabajo y de juego han resultado ser un coctel muy explosivo para una parte de nuestros investigados.

> *Mi gran problema vino cuando me salió la oportunidad de hacerme autónomo como fontanero y ahí empezó mi cruz, el dinero no me duraba nada, me lo gastaba todo pero no pasaba nada ya que siempre tenía en mente otra de mis ideas (jugador, 34 años).*
> *Mi profesión es camarero y empecé a jugar con las propinas que me daban. Pero lo peor vino cuando hace 15 ó 16 años alquilé un bar. Ahí empezó mi calvario. El bar lo abría más temprano para poder jugar antes de que llegaran los clientes e incluso jugaba con el bar cerrado, así día tras día. Por último les daba dinero a los clientes para que me jugasen cuando yo no podía. Un día recuerdo que mi hijo se llevó el cable de la máquina para que así yo no pudiese jugar, acto seguido llamó al de las máquinas para que se las lleven, cosa que se hizo. Pero al poco tiempo se instalan de nuevo (Jugador, 53 años).*

> *Yo entiendo que mi problema fue tener mucho tiempo libre en mi trabajo [tenía una tienda de fotos] y si no lo tenía yo me lo buscaba. El hecho de salir los viernes por la tarde para hacer reportajes de boda, salir los sábados y estar mucho tiempo fuera de mi casa, que para mí era muy fácil con decir que la boda… en vez de decir que con el reportaje había echado tres horas decir que había echado siete. Así más o menos fue como empezó. (Jugador, 55 años)*

Compartir el problema del juego con otros compañeros de trabajo también puede resultar nocivo, en cuanto que esto puede generar unas dinámicas de complicidad que tienden a consolidar los procesos adictivos, en tanto que resguardan el problema de cara a la empresa y amortiguan la responsabilidad que cada uno tiene con respecto al juego.

Yo tenía otro compañero que era ludópata y siempre nos liábamos los dos. Si alguno llegaba tarde o se retrasaba se le excusaba y todo quedaba arreglado. Cuando terminábamos de allí (de trabajar) pues nos veíamos los dos aquí (Huelva) para jugar al bingo. O allí en Calañas nos quedábamos a jugar a las máquinas. Yo me quedaba allí en Calañas a jugar con él. Y luego otro día él se venía a Huelva y jugábamos al bingo. (Jugador, 66 años).

Por último resaltar que los constantes cambios de domicilio motivados por la *movilidad laboral* también se ha mostrado como causa de algunas situaciones de juego, tanto para el propio afectado como para sus hijos. La imposibilidad de echar raíces (hijos) y la falta de la familia cuando se vive apartado de la familia, suelen desembocar en episodios de desarraigo o soledad. Desabrigo que tiende a ser sustituido por alguna actividad que con el tiempo termina por cubrir las carencias sentidas pasando a ocupar cada minuto de su pensamiento.

Yo no tuve una infancia normal, es más yo no tengo amigos de la infancia, hasta cumplir los veinte años he estado de una ciudad a otra, he estado como en diez colegios y la verdad, que parte de la culpa se la he echado a mis padres, ya que en ningún momento han mirado por mí en ese sentido y yo quería haber estado en un sitio, tener mis amigos y eso lo he echado de menos (Jugador, 44 años).

Por mi trabajo me he tenido que mover mucho, incluso he estado viviendo en Asturias, Cataluña y Argelia, después me vine para Huelva a trabajar en una empresa alemana de montaje de material refractario de antiácido, y entonces trabajábamos aquí en el polo, en Algeciras y en Sevilla también mucho. Mi familia siempre se quedó en Huelva. Yo estaba sólo, yo me llevaba a mi mujer en las vacaciones de verano. Al principio yo sí quería que estuviese ella, tenía ese aliciente ¿entiendes? Pero luego… la cuestión es que no sé si yo ya tenía la adicción lo que sí que yo ya no sentía ese vacío y loco porque se viniera para que me dejara ya sólo para irme al bingo (Jugador, 66 años).

2.4.- ADICCIONES Y JUEGO: LA POLIADICCIÓN COMO UN HECHO VISIBLE EN LAS CONDUCTAS DE JUEGO PATOLÓGICO

Al igual que ocurre con otras adicciones, el juego adictivo tiende a coexistir con otro tipo de adicciones, y así lo hemos visto reflejado en una parte de las historias relatadas por nuestros jugadores, sobre todo con el consumo de algunas sustancias adictivas, agravando fuertemente la situación patológica. Entre las asociaciones más comunes nos hemos encontrado con la ingesta de alcohol, de cocaína y un alto consumo de tabaco. No obstante debemos señalar que cuando se referencia el tema de las drogas, principalmente su consumo aparece ligado a la población jugadora de menor edad. Además, ésta no suele aparecer unida a la adicción al juego ni posterior a ella, sino que el problema de la droga ya estaba allí, y aunque algunos habían superado el problema, recaen cuando empiezan con la conducta patológica del juego.

Yo he estado en la droga, estuve enganchado en la droga, en la cocaína y en la heroína, pero me quité. Cuando me quité, me llevé dos o tres años bien, jugaba al villar fui al campeonato de España y bien. Estuve bien, no bebía alcohol ni nada y bien, controlado. Empecé a beber alcohol y entré en un salón me tomaba un cafelito, un cubatita y yo no jugaba a nada pero un día eche y me tocó y así empecé. Empecé a jugar, a jugar y a consumir cocaína los fines de semana (Jugador, 35 años).

En algunos casos nos hemos encontrado con situaciones donde esta adicción se muestra coetánea al desarrollo de la adicción al alcohol y al de otras drogas, fundamentalmente cocaína y cannabis, creándole al sujeto un verdadero problema de poliadicción.

Empecé a beber alcohol a jugar y otras cosas, al principio frecuentaba los bares con mis amigos, pero por poco tiempo, porque después ya sólo me importaba una cosa que era estar delante de la máquina y gastármelo todo y después no tenía ni para pagar las cervezas (Jugador, 35 años).

Yo muchas veces lo pienso de como he podido llegar a esto y no sé. No te das ni cuenta, empiezas con una cosa y sin querer estas en la otra y después hecho una mierda, perdone la expresión. En mi casa todo eran voces, disgustos y una convivencia horrorosa y lo peor era que yo no sabía que hacer, yo estaba tan obsesionao con lo mío que no sabía qué hacer (Jugador, 30 años).

Un compañero me hizo llorar cuando expuso su comunicao porque me vi reflejado en él ya que yo también tenía tres adiciones: beber, jugar y otras sustancias y también había quitado el dinero a mi hijo de la hucha, cogerle el dinero del bolso a mi mujer, dejando a pagar la droga, ser un borde y una mala persona por culpa de mis adicciones (Jugador, 38 años).

Sin embargo son más los casos en los que se da una asociación entre ludopatía adictiva y consumo abusivo de alcohol, sobre todo en los jugadores más mayores. Para este tema también nos hemos encontrado con las dos situaciones posibles: como una adicción previa a la del juego y como adicción que nace al amparo del juego. No obstante debemos señalar que en esta relación no se parte de cero, sino que el jugador se nos presenta bajo la tipología de *bebedor social*, pero ésta va cambiando a razón de las propias dinámicas adictivas: cuanto más se juega más se bebe, de ahí que no resulte difícil pasar de ser un *bebedor social* a ser un *bebedor adicto*.

Yo cuando jugaba me tomaba mis copitas y toda la gente de mi familia se pensaba que yo el problema que tenía era el del alcohol y a mí eso me venía muy bien porque yo realmente bebía, pero mi problema no era ese, pero bueno mi familia así lo creía (Jugador, 55 años).

Él jugaba y bebía. Yo no sé si ello ha ido adquiriendo junto con la ludopatía. Porque claro la ludopatía… estoy segura que de novios jugaba y con el alcohol exactamente igual. Yo me daba cuenta porque a lo mejor por la mañana se tomaba un café antes de irse al trabajo, un café y una chapita de whisky y yo le decía que no era normal que tomara en ayunas el café con el whisky y que hubiese una botella de ginebra en casa y siempre le apeteciese beber. Entonces yo eso también creía que había un problema. Estando aquí en la terapia, en la última parte de la terapia él reconoció que iba mal con la bebida y fuimos a ARO (Familiar, 44 años).

Yo antes de entrar en la asociación no podía pasar sin el juego y sin el alcohol, pues a parte de ser ludópata he sido alcohólico, de cuya enfermedad estoy casi curado, pues estoy en una fase avanzada de curación (Jugador, 47 años).

En cuanto al *tabaco*, decir que su consumo abusivo afecta por igual a los tres colectivos reseñados (jóvenes, mujeres y varones más adultos). Recordemos que el mundo social de las personas ludópatas adictas, consumidoras excesivas de alcohol y de tabaco están muy vinculados. No es difícil visionar a un ludópata, sobre todo, jugando sin tener una copa o un cigarrillo en la mano o apostada arriba de la máquina o en un salón de bingo o casino donde existe una clara disponibilidad a consumir alcohol y tabaco.

Sí fumaba, pero jugando fumaba más. Fumaba bastante Jugando era tener el cigarrillo en la mano y uno detrás de otro (Jugador, 29 años).

Yo nunca he tenido problemas con el alcohol o las drogas, lo único que tomaba era tabaco. Fumaba bastante, bastante. Ahora fumo 15 ó 16 cigarros al día cuando me ponía delante de la máquina, fumaba constantemente hasta que se me acababa. Se acababa y compraba otro paquete para que no me faltara (Jugador, 30 años).

Alcohol… suelo beber muy poco. Quizás cuando salgo algo. Pero fumar sí, fumaba y sigo fumando. Lo que pasa que ahora bastante menos. Cuando jugaba fumaba el doble, en vez de un paquete al día, tres paquetes al día. El doble. Y algunas amigas en vez de beberse un cubata se bebían diez. A mí el alcohol siempre me ha dao mucho miedo y la droga tampoco la he tomao porque es una cosa que… también siempre me ha dao mucho miedo y sin embargo el tabaco no lo dejo. Pero bueno, poco a poco (Jugadora, 39 años).

Si el mundo de las adiciones tiende a ser una excepcionalidad para la mayoría de las familias, en otras -éstas- tienden a convierte en parte de su cotidianeidad. Dentro del mundo de las verificaciones postuladas para este campo, este factor parece ser el único que tiende a estar relacionado de manera clara con la ludopatía sobre todo en los jóvenes. El estar expuesto a él de forma muy temprana o vivir en un ambiente minado por la adicciones tiende a configurarse como un elemento de normalidad e incluso de emulación cuando se ha probado y ha acabado gustando. Valorando la

situación de nuestros jugadores y jugadoras podríamos decir que, compartir adicciones con otros miembros de la familia suele ser algo habitual para una parte de ellos, sobre todo el alcoholismo y el juego cuando se referencia al padre, abriéndose el policonsumo cuando se señalan situaciones relacionadas con otros parientes como suelen ser los hermanos o los hijos.

Mi padre era jugador de cartas con dinero. Mi madre pasó mucho porque mi padre se llevaba las noches enteras jugando a las cartas (Jugadora, 39 años).

A mí padre le gustaba mucho jugar y a mi hermano pequeño también. Hasta hace poco ha estado jugando bastante. Ahora no, ahora no está jugando, debido a que yo entré en la asociación y de que un primo también está aquí y entonces él se ha dado cuenta de que es un problema real y lo h dejado también (Jugador, 30 años).

Mis padres han vivido esto pero en el tema del alcohol. Mi padre ha sido alcohólico y se estuvo tratando en ARO y sabía de qué iba esto (Jugador, 24 años).

Mi padre bebe pero creo que no es alcohólico. Mi hermano tiene problemas con el bingo y consume cocaína. Pero le echaron de un salón de juegos porque abrió una máquina y lo vieron cogiendo el dinero de la máquina y creo que ya no jugó más, no lo sé…, pero cocaína consume, el fin de semana seguro. La verdad que hemos pasado mucho con la droga y con todo" (Jugador, 35 años).

Yo tuve que tirar palante con cuatro hijos metidos en la droga y yo con el juego. Entonces un día decidí de… de buscar algo para rehabilitarme yo y poder ayudarlos a ellos y así lo hice (Jugadora, 66 años).

3.- CONVIRTIÉNDOSE EN JUGADOR: DEL JUEGO COMO ACTIVIDAD SOCIAL AL JUEGO COMO ADICCIÓN

En la mayoría de las narraciones podemos encontrar un punto de inflexión que determina las historias de juego. Cuando un sujeto se inicia en el juego, siempre lo hace determinado por mecanismos que tienen que ver con lo lúdico y el placer. Se empieza siendo un jugador o una jugadora social y se termina yaciendo como jugador o jugadora patológica. ¿Cómo acaece este hecho? Valorando las diferentes vidas de juego de nuestros informantes, pronto nos dimos cuenta que la línea que separa lo lúdico de lo patológico es muy exigua y que en apenas en unas jugadas ésta queda prácticamente trasgredida.

Eché un día 20 duros y me tocó un dinero, no sé si eran 1.000 duros, y de ahí empecé. Empecé a jugar, a jugar, a jugar y ya no podía parar (Jugador, 35 años).

Como hemos podido ver en el epígrafe anterior son muchos los que en principio, manifiestan haber empezado a jugar como una forma de pasar el rato, de divertirse, de relacionarse. Sin embargo, lo que empieza como una diversión, como una actividad de ocio, casi siempre compartida con amigos, acaba siendo una inmolación vivida en aislamiento. De manera general se considera que el transito de una zona a otra sucede cuando el jugador o la jugadora se refugia en la soledad del juego ocultándose en su propio mundo de juego, evitando cualquier compañía ajena al tanden que forman el jugador y el juego. De hecho, tanto ellos como ellas, son muy conscientes de que su verdadero problema empieza cuando desean jugar en solitario y buscan mil y una formas de llevarlo a cabo.

> *Mi adicción comenzó en el momento en que eché mi primera moneda en una máquina tragaperras, para mí era una diversión, iba con mis compañeros de trabajo a tomar cervezas después de finalizar la jornada y echábamos un par de euros cada uno, y si nos tocaba algo pagábamos las copas y si no nos tocaba nada pues nada, hasta el otro día. Y así fue durante un tiempo. Pero (…) pronto llegó el momento en que el único que echaba esos dos euros era yo y llegó el momento en que esperaba que se fueran mis compañeros para yo ponerme a jugar, me gustaba mucho ese momento (Jugador, 34 años).*

De igual modo percibimos que, si en un principio todos visualizan el problema a más largo plazo, en la medida en que van exponiendo su relato, se van dando cuenta de las falsas percepciones, que sin saberlo, tienen sobre su propia historia de juego. La mayoría de los jugadores reconocen que el verdadero punto de inflexión en su relación con el juego ocurre cuando el juego copa todo su pensamiento. Situación que tiende a plasmarse en un proceso de descontrol, donde la obsesión por jugar marcan el comienzo de una carrera al abismo, donde la libertad desaparece y la voluntad se encuentra sometida a la dictadura del juego. En unas palabras*: han perdido el control sobre sus vidas.*

> *No sé, no lo sé… es tan fuerte lo que te entra que es imposible parar, yo no podía parar de jugar. En mi cabeza sólo había juego. No pensaba en nada más. Me daba igual todo (Jugadora, 39 años).*

> *El juego me iba comiendo. Ya cada vez pensaba más en el juego, en verdad yo no tenía necesidad de jugar, tenía un gran trabajo, pero el juego me podía. A mí me podía faltar la comida, me podía faltar lo que fuera, pero eso no; el juego no" (Jugador, 66 años).*

> *Yo estaba absorbido por el juego, todo giraba alrededor del juego, mis pensamientos y sobre todo mi tiempo. Llegué a comer muchas veces delante del ordenador, pero en ningún momento pensé que tenía un problema tan gordo (Jugador, 34 años).*

Nuestros jugadores y jugadoras son muy conscientes de su ludopatía una vez se han perdido el control del tiempo y del dinero, dejando a un lado todas las responsabilidades personales y sociales. Cuando, según sus palabras, *el juego domina sus vidas*.

> *Yo no era una persona, era un mentiroso, un violento y un indeseable ya que lo único que me preocupaba era el juego. Ni mujer ni hijos, ni trabajo, ni nada al contrario cuando estaba en casa buscaba bronca para poder irme a jugar y cuando estaba en el trabajo lo mismo, siempre pensando en jugar. Estás tan metido que lo único que haces es jugar y jugar, yo no sé pero me pasaba horas y horas jugando hasta que me quedaba sin un duro (Jugador, 45 años)*

> "Yo sólo quería jugar aunque fuese media hora. Necesita jugar y no veía nada más. No comía no dormía iba a trabajar y no podía me venía pa casa porque no podía hacer na. Es una pena pero el juego te domina tanto que llega un momento en que sólo piensas en él y a mí me pasó eso" (Jugadora, 39 años).

> *Yo jugaba a diario, todos los días. Todo el tiempo que tenía era para jugar, era para coger el coche escaquearme e irme a jugar. Yo me he llevado días y días sin comer por jugar (Jugador, 30 años).*

De controlar el juego, el adicto -sin saber porqué- acaba controlado por el juego. El tránsito de una vía a otra suele depender de la situación personal del jugador, que de estar disfrutando el juego como una actividad social pasa a vivirlo como un problema social. La obcecación descontrolada por el juego viene determinada por un proceso de *pérdida de libertad* del jugador o jugadora ante sus acciones de juego. La *imposibilidad de parar de jugar* aparece en el discurso de cada una de las historias de juego analizadas. Independientemente de la edad y del sexo, en su discurso todos se hacen eco de una gran fuerza que anula o incapacita su *voluntad* para gobernar la conducta de juego. La autopercepción que tienen del juego es demoledora, en cuanto que ninguno o ninguna vacila en reconocer que, en cierta medida eran esclavos del juego, ya que por encima de todo y de todos, estaba el juego.

> *Yo era un fanático de la ludopatía. Yo no paraba de pensar en el jugo. Yo me levantaba por la mañana y lo primero que hacía era ir al bar a tomarme el café, pero no por tomarme el café, sino por cambiar el billete para echarle a la máquina. No podía parar de jugar. Es algo…, no sé cómo decirlo. Te puede. Sólo piensas en jugar (Jugador, 29 años).*

> *Empecé a jugar, a jugar y jugar y no podía parar. Es que me volví loco. Me iba detrás de la máquina. Me ponía a jugar incluso con dos máquinas a la vez. No podía parar. Me era imposible parar (Jugador, 35 años).*

Yo cuando salía del bingo decía: hoy no voy a ir, hoy no voy a ir, y tenía que ir porque me empujaba una fuerza superior a mí. Entonces empiezo a ir, empiezo a mentir, empiezo a arruinar mi casa… no podía parar. Lo primero era el juego, lo demás…, pués… (Jugador, 60 años).

Yo me decía: prometo que no voy a ir, que me voy a parar. Lo prometía y como si nada. A los dos o tres días volvía al bingo y eso (…) pero estaba loca por tener un ratito para irme corriendo al bingo, pensando todo el tiempo en el bingo y a ver cuándo podía ir y cuando no podía ir. No piensas en otra cosa, ni en la familia ni en nada, sólo en ir al bingo (Jugadora, 54 años).

Si jugar solo, se deslinda como uno de los síntomas del juego patológico, interesa saber el porqué esta actividad acaba derivando en un ejercicio solitario. Indagando sobre las posibles razones que justifican esta forma de obrar entre nuestros jugadores y jugadoras nos hemos encontrado con varias explicaciones. Para unos jugar solo implica un mayor nivel de disfrute ya que esto les permite estar metidos o concentrados al cien por cien en el juego.

Yo al principio iba con alguna que también jugaba al bingo pero después empecé a ir sola. Me gustaba ir sola y estar pendiente de mis cosas y así jugar toda la mañana. Yo sólo iba por la mañana al bingo (Jugadora, 39 años).

Estas tan metido en el juego que no quieres a nadie contigo. Cuando juegas piensas que vas a ganar, que esa vez sí vas a ganar y no quieres a nadie que te esté mirando yo sólo pensaba en ganarle a la máquina o a las máquinas, porque había veces que jugaba con dos. En mi cabeza sólo había máquina y máquina (Jugador, 35 años).

Otros argumentan que jugar de forma excesiva es una actividad que puede resultar censurable de cara al observador y eso no les agrada. Igual que tampoco les interesa estar sometidos a la crítica de sus amigos o conocidos viéndose en la obligación de tener que dejar el juego. Cómo vemos estas formas de excusarse van ligadas a la significación que el juego todavía tiene en nuestro contexto social, que sigue etiquetando de forma negativa a los jugadores o jugadoras, sobre todo a los de máquinas tragaperras. Como vemos, querer ocultarse denota, como muy bien ha sabido describirlo Goffman (2006) en su obra -*Estigma. La identidad deteriorada*-, un ocultamiento de la identidad, en cuanto que se esfuerzan por representar o escenificar un papel falso frente a las personas que le rodean, sobre todo de cara a su familia, amistades, compañeros de trabajo, vecinos o conocidos de su zona de residencia.

Yo jugaba solo. Solo y en sitios donde no me conocieran. El reparto de la panadería lo hacía desde Tharsis, hasta Cartaya, Lepe, Isla Cristina y Ayamonte. Ese era mi trayecto. Entonces cuando venía de noche me paraba por ahí a jugar a la máquina porque no

me conocían. Nunca me ha dado por jugar en sitios que me conozcan (Jugador, 29 años).

Yo al principio jugaba en Lepe y se lo comentaron a mi suegra que me habían visto varias veces jugar y a partir de ahí me iba para Cartaya, a Ayamonte a Huelva. No quería que nadie me viese jugar (Jugador, 30 años).

De igual forma se ve representada otras de las cuestiones estudiadas por este mismo autor (Goffman, 2006) y que tiene que ver con la idea de que el estigma tiende a difundirse desde el individuo estigmatizado (en este caso el jugador o jugadora) hacia sus contextos más próximos (sobre todo al familiar y al de las amistades) de ahí que, en cierta manera estas personas (una vez se conoce el estigma: ser adicto al juego) se las ingenien para no coincidir o por lo menos evitar ser vistos con ellos, y así no quedar atrapados en su misma red estigmatizadora.

Cuando te enteras de lo que hay no quieres que nadie lo sepa por el miedo a las habladurías. A mí me daba mucha vergüenza que la gente se enterase y yo sé que parte de mi familia y de nuestros amigos dejaron de salir con nosotros por lo mismo (Familiar, 59 años).

Yo sabía que mi marido se escondía cuando veníamos a la asociación porque le daba mucha vergüenza que lo viesen en la puerta y él se metía siempre para dentro, porque yo al principio hacia lo mismo. Sientes tanta vergüenza y sabes que lo que ha hecho tu marido está tan mal que no te gusta que la gente se entere, porque si eso le pasará a otra persona y tú te enterases pues hablarías lo mismo y eso pasa y eso es así, estas cosas no gustan a nadie e intentas por todos los medios que nadie se entere de loo que hay en tu casa (Familiar, 53 años).

Yo jugaba solo. Solo y en sitios donde no me conocieran. El reparto de la panadería lo hacía desde Tharsis, hasta Cartaya, Lepe, Isla Cristina y Ayamonte. Ese era mi trayecto. Entonces cuando venía de noche me paraba por ahí a jugar a la máquina porque no me conocían. Nunca me ha dado por jugar en sitios que me conozcan (Jugador, 29 años).

Yo al principio jugaba en Lepe y se lo comentaron a mi suegra que me habían visto varias veces jugar y a partir de ahí me iba para Cartaya, a Ayamonte a Huelva. No quería que nadie me viese jugar (Jugador, 30 años).

Aunque no es fácil vislumbrar el momento exacto en que el juego se convierte en un verdadero problema, sabemos que la adicción al juego no es algo que aparezca de la noche a la mañana. Si bien la mayoría explicitan llevar bastante tiempo jugando, no en todos ha operado el mismo proceso de juego. De lo narrado por todos ellos y ellas, podemos entresacar que la historia más corta de juego se sitúa en torno a un

proceso de 3 años y la más larga sobrepasa los 20 años. Independientemente del tiempo que se ha estado jugando, vemos que tienden a refrendarse los mismos patrones de juego. La conducta adictiva va gestándose a través de un continuo o del paso de una serie de etapas que se dilatarán, más o menos en el tiempo, dependiendo de cómo se conjuguen la disponibilidad de *tiempo* y de *dinero*, a la par que se trabaja la sutileza para no ser descubierto por el familiar. Normalmente las diferencias entre las disímiles historias de juego, tienden a quedar relegas al campo de las implicaciones o costes que la adicción lleva consigo.

> *Mi período de juego fue corto. Estoy hablando de 3 ó 4 años nada más, pero vamos, eso no quiere decir que en 4 años yo no me haya gastado más que otros en 20, lo que pasa que yo empecé a no dormir por las noches, empezaron a pasarme cosas raras y descubrieron el ajo, que en mi cartilla no había nada de dinero (Jugador, 60 años).*

> *Yo me llevé bastantes años jugando. Más o menos 20. Empecé poco a poco, no jugaba todos los días, pero después empecé a jugar más y más. Por mi trabajo, pasaba mucho tiempo en los bares y disponía de dinero y eso me llevó a hacer muchas locuras, hasta que al final mi mujer descubrió todo. Aún así yo lo seguía negando y negando. Era muy mentiroso (Jugador, 47 años).*

> *Llevo varios años jugando. Primero empecé un año y lo dejé, pero luego ya caí con lo de mi padre y volví. Estuve otros 3 años (Jugadora, 39 años).*

> *Aunque mi período de juego fue corto, más o menos tres años, he aprendido a ver que el tiempo como jugador no determina la gravedad del problema. De hecho yo siempre digo que yo nunca he seguido los tres niveles como jugador. Yo pasé directamente de jugador social a jugador patológico" (Jugador, 27 años).*

Si valoramos el proceso de juego seguido por nuestros jugadores y jugadoras veremos que en todos ellos y ellas, éste se ha ido instalando en sus vidas de forma progresiva. La evolución espontánea de sus adicciones se ajusta, sin apenas diferencias, a la clásica progresión descrita por Custer (1984) y ampliada por Lesieur y Rosenthal (1991). Recordemos que estos autores planteaban que el desarrollo y progresión del juego patológico sigue un patrón común uniforme, siendo variable el tiempo que pasa entre el inicio del juego y el comienzo del juego patológico. ¿Cómo opera esa progresión? Si nos sumergimos en la vida de nuestros adictos y adictas contemplamos como cada una de sus historias de juego ejemplariza muy bien la situación descrita por estos autores, ya que todos y todas llegan a concluir el proceso, es decir pasaron por la fase de ganancias, la de pérdidas, la de desesperación y la de desesperanza o abandono.

Ya hemos visto cómo la fase de inicio o de entrada al mundo del juego se hace partiendo de la idea de que jugar es una actividad divertida y excitante. Pero ¿qué les

hace seguir jugando? El *quid* de la cuestión ya no está en la diversión (que sí, siguen divirtiéndose), sino en la aparición de un nuevo concepto la *ganancia*. La "suerte del principiante" hace su aparición consiguiendo que el jugador o jugadora gane algún que otro premio haciendo que este aumente su optimismo y autoestima, a la par que les abre el camino hacia la trampa. El ardid del "big win" o "pelotazo" (ganancia importante e inesperada) es lo que realmente va a marcar un punto y aparte en el juego, de hecho esto lo podemos apreciar, de forma directa en muchos de los testimonios dados por nuestros jugadores y jugadoras.

> *Yo tuve la mala suerte de que me tocó y eso fue mi enganche. Yo jugaba todas las semanas al bingo y a la lotería. De hecho en el aña 85 me tocó la lotería del niño cuando tocó aquí en Huelva. Tocó aquí en la Plaza de la Merced y me tocaron 16 millones y medio de pesetas que yo había repartido, porque entonces durante las adicciones yo he sido muy espléndido he sido el tío que más he invitao y entonces le di participación a otra persona y esa persona se lo dijo a otra y el décimo se repartió entre tres, por lo que me tocaron cinco millones trescientas treinta y tres mil pesetas que compré una casa en Punta Umbría y un coche y no veas tú lo contento que estábamos todos, pero eso no se lo llevó el juego de milagro porque mi mujer tenía que firmar sino se lo lleva todo. Además yo también tuve la mala suerte que la primera vez que fui al bingo me tocó, me tocaron trece mil y pico pesetas de la época y digo que es mala suerte porque a raíz de ahí empezó mi calvario, como te he dicho antes lo que empezó como una diversión acabó como una obligación (Jugador, 60 años).*

> *Al principio y una de las veces que fui con una amiga pues tuve la mala suerte, como se suele decir, de que me tocara el bingo de 22.000 pesetas. Sinceramente te voy a decir una cosa muy sincera muy sincera. Además no sé si la habré dicho allí en las terapias. Yo nunca había tenido tanto dinero en mi cartera como aquella única vez, por primera vez. Más dinero que nunca porque mi marido era el que lo manejaba todo, el que lo llevaba todo, el que lo ha llevado siempre todo y me entusiasmé, como todas las jugadoras, me entusiasmé. Y ya empecé yo a ir al bingo. Mi marido tenía su vida, su vida… le gustaba salir y entrar y yo también hacía lo mismo (Jugadora, 54 años).*

Como vemos, ganar cambia la vida, en cuanto que esta acción puede transformar a un jugador social en un jugador adicto y así es confesado por nuestros jugadores o jugadoras. Pero la cuestión no se queda simplemente ahí, ya que reconocen que el verdadero problema no está en lo qué se gana o cuánto se gana, sino en el *golpe psicológico* que el efecto de ganar produce en sus cabezas. Ganar les cambia la percepción que tienen del juego, ya que a partir de ahí no sólo se van a enganchar al juego sino también a la idea irracional de que jugando se gana mucho dinero al tiempo que anulan el valor de las pérdidas. A partir de ese momento su pensamiento va a funcionar manipulado por la sin razón de "encumbrar las ganancias ensombreciendo las pérdidas".

> *La primera vez que me tocó la máquina para mí eso fue… fue algo importante yo nunca había ganado nada y verte con un montón de dinero, porque para mí era un montón, a*

lo mejor para otros no, pero para mí que la máquina me diese mil o cinco mil pesetas era mucho dinero y… empiezas a jugar, a jugar pensando que siempre te va a tocar, que vas a seguir teniendo suerte, porque piensas si me ha tocado una, dos, o tres veces, me puede seguir tocando más y es cuando todo se te empieza a ir de la mano, porque lo único que yo conseguí fue perder y perder pero no piensas en eso, es como una cosa… (Jugador, 44 años).

Un día jugando con mi padre a la máquina, mientras él iba al cuarto de baño, a la segunda o tercera vez que le di al botón verde empezó a cantar y soltar monedas… y no veas a mí me subió la adrenalina y me puse hasta nerviosos, nos habían tocado cinco mil pesetas y eso era mucho dinero… pero el problema no es que te lo gastes y lo pierdas que fue lo que pasó, porque al final eso siempre pasa, sino que te creas que cada vez que vas a meterle una monedas a la máquina creas que vas a ganar y eso es lo que pasa que te engañas (Jugador, 38 años)

Además ganar para nuestros jugadores y jugadoras implica sentirse o verse elegidos por la suerte, subiéndoles la autoestima y acrecentándoles la sensación de poder y control sobre todo. La percepción del éxito les hace cambiar su personalidad y sus comportamientos.

Yo cuando jugaba y ganaba era el marqués de Carabam. Yo era superfeliz. Yo en una mesa de bingo me metía y… yo na más que recuerdo que era una sensación…, un sentimiento de poder que me hacía ser otra persona. Yo nunca me quería salir del bingo, me iba cuando cerraba (Jugador, 55 años)

Pero estas sensaciones y este júbilo no perduran siempre, y nuestros entrevistados son muy conscientes de ello, ya que así lo han manifestado en sus relatos. Saben que estos pensamientos van mermando a la par que la problemática se va instalando y sin pretenderlo se ven inmersos en un proceso de juego que les lleva hacia la autodestrucción, ya que se sienten atrapados por la necesidad de invertir cada vez más tiempo y más dinero, pero ya no con el fin de ganar, sino con la finalidad de recuperar todo el dinero perdido.

Cuando estás tan metido sólo piensas en jugar para saldar deudas, las deudas te afligen tanto que no sabes como escapar de ellas y queriendo pagarlas no te importa nada… yo estaba tan metido en el juego que no sabía ni donde estaban mis hijos, me daba igual que el frigorífico estuviera o no vacío, yo sólo pensaba en cómo iba a recuperar lo que había perdido esa noche y cómo conseguir el dinero para hacerlo. Esa es la verdad, parece mentira pero es así. Uno no se da cuenta porque sólo piensa en jugar, en conseguir dinero para jugar y ya está (Jugador, 55 años).

Yo gastaba mucho dinero, porque llegaba a unos extremos que no era normal y veía que nunca había nada, pedía a mi padre, a mi hermana y me iba a jugar toda la mañana para ver si podía recuperar algo, porque mi marido siempre me decía que yo

gastaba mucho dinero y yo ya no sabía que decir, que si la comida que si la ropa de los niños… (Jugadora, 39 años).

Tanto el tiempo como el dinero pierden su valor intrínseco convirtiéndose el primero en simple *tiempo de juego* y el segundo en un mero *instrumento de juego*. Tanto el jugador como la jugadora reconocen abiertamente que conseguir dinero implica jugar más partidas y jugar más implica invertir más tiempo en una actividad que sólo le va a procurar obtener premios de escasa cuantía, por lo que nunca van a conseguir acabar con su situación de partida: mitigar su extremo endeudamiento.

Cada vez me iba comiendo más el juego. Cada vez pensaba yo más en el juego. Yo llegó un momento en que yo no iba al bingo a ganar. Yo sí iba a ganar por ejemplo en la lotería, en el cupón, en la primitiva, ahí sí iba a ganar a pegar el pelotazo. Porque es que en otro sitio no pegas el pelotazo. Ni en la máquina pegas el pelotazo, al final no ganas nada para todo lo que debes, ni un bingo ni la máquina te solucionan el problema; lo que pasa es que ahí tú sacias la necesidad tuya y nada más. A mí me podría faltar la comida, me podría faltar lo que fuera pero eso no" (Jugador, 66 años).

Yo llegó un momento en que sólo terminaba de jugar cuando me quedaba sin dinero. Hasta que se me gastara el dinero. Yo jugaba todos los días y en un día yo me podía gastar de sesenta a setenta mil pesetas, seguro. Yo el tiempo que tenía libre era para jugar, era para coger mi coche, escaquearme e irme a jugar. Al principio lo haces por ganar dinero, pero después no, después juegas para intentar ganar algo de lo que has perdido porque te ves sin nada y sin saber que decirle a tu mujer y eso era lo peor… mi familia. Yo no quería que mi familia se enterase y por eso en mi cabeza sólo tenía la idea de recuperar el dinero para que mi mujer no echara en falta el dinero (Jugador, 30 años)

De ahí que sean, tarde o temprano, conscientes de que llega un momento en que el juego pierde todo su sentido, su razón de ser, dándoles lo mismo ganar que perder dado que su único objetivo es saciar la necesidad imperiosa de jugar. *Jugar por jugar* hasta el agotamiento, incluso fuera del propio escenario de juego.

Yo de verdad supe que mi marido tenía un problema cuando una noche le vi por la ventana jugando en la calle, sin cartas y sin na. Parecía un loco tirao en la cera, bueno sentao en la cera hablando solo, jugando solo y tuve que bajar a ver lo que le pasaba. Daba penita verle con lo que era mi marido (Familiar, 53 años).

Mi marido jugaba hasta durmiendo. Soñaba constantemente con el juego porque a veces cuando dormía hablaba y se mostraba muy nervioso, venga a dar vueltas y me despertaba. Ya cuando se destapó todo y él lo ha reconocido y hemos hablado de esto, él me lo ha dicho, que el muchas noches soñaba que seguía jugando, vamos que jugaba (Familiar, 44 años).

En cierto sentido todos y todas son conscientes de que han entrado en una fase absoluta de desesperación marcada por la esclavitud al juego, donde las únicas salidas posibles serían suicidarse, pedir ayuda o escapar ya que el ludópata termina aceptando que no es capaz de dejar de jugar, abandonándose a su propia suerte.

Yo estaba deseando salir, salir del calvario donde yo estaba metido porque de verdad era infeliz, tanto si me tocaba como si no me tocaba. Porque no podía disfrutar de ese dinero y el agujero iba siendo cada vez más grande. Entonces yo estaba frito, frito, estaba deseando que me cogieran o lo que fuera que me llevaran a un médico, a un psiquiatra, a un psicólogo (Jugador, 60 años).

Yo recuerdo que ya llegó un momento en el que yo estaba tan desesperao y era tan grande el agujero que yo había hecho que yo tengo una caravana en el camping y en aquella época la teníamos en el Rompido y yo recuerdo que como nosotros tenemos un seguro de vida en la fábrica pues yo me planeé de pegarme un trompazo con el coche a demás para que fuera un accidente ya que el seguro era doble y yo recuerdo que me despedí de mis hijos en la caravana. Lo que pasa que no fui capaz de hacerlo. Afortunadamente hoy me alegro de no haberlo hecho. Estuve cinco días desaparecido hasta que mi hermana me localizó, porque estuve faltando al trabajo y de allí llamaron a mi hermana (trabajaba con él en la fábrica) y le dijeron que yo donde estaba que llevaba cinco días sin aparecer por allí que estaba despedido. Bueno…total que me localizó mi hermana en el camping y ya ahí me derrumbe. Ya dije lo que me estaba pasando (Jugador, 55 años).

Yo ya jugaba sin consumir nada, sin beber nada, yo ya jugaba por jugar. Cobraba y tenía que ir a jugar para yo quedarme tranquilo y últimamente estaba fatal, debía dinero a todos e intenté matarme dos tres veces… y por tal de yo hacerme daño me tomé una vez una caja de pastillas y antes de que me quedara dormido, porque como soy tan tonto y mi cuñao que es A.T.S., le llamé y le dije lo que había hecho y yo ya no me enteré de nada más, me quede dormido y me tuvieron que llevar en una ambulancia a las tres y media de la mañana. De ahí se supo todo y tuve que venir aquí (Jugador, 35 años).

Cuando llegas a esta situación estas tan desesperada que se te pasa todo por la cabeza con tal de acabar con todo. Lo mejor que te puede pasar es decirlo o que te pillen y ya no te queda otra que decirlo. La vedad que yo sentí un alivio tremendo porque yo ya no sabía qué hacer. Llega un momento en que no te gusta nada lo que haces, que estas cansada de lo que haces pero no sabes cómo parar, piensas que nunca vas a poder parar y sin quererlo piensas cosas que no deberías… yo la verdad que no pude hacerlo, lo piensas pero yo no pude hacerlo (Jugadora, 58 años).

Pese a todas las dificultades, y después de varios intentos de solucionar el problema por sí mismos, la mayoría reconoce haberse visto en un callejón sin salida, donde no les ha quedado más remedio que delatarse pero teniendo claro que la situación dada es un punto y aparte para dejar de jugar, pero sólo de manera

circunstancial, ya que en su pensamiento siguen con la idea apostada de seguir jugando.

> *Siempre intentas dejarlo por ti mismo pero es imposible; cuando estás tan cogido es imposible. Cuando yo me derrumbe la familia como siempre dijo pagamos las deudas y todo eso y mi mujer me dijo que había que ir a una asociación. Yo creo que si en aquel momento mi mujer me dice que había que ponerse a correr por la Avenida de Andalucía pues… yo lo hago. Yo me resigne y dije yo hago lo que ustedes queráis porque yo me veía en la calle. Yo la verdad que vine a la asociación y yo pensé estoy aquí dos o tres meses y cuando esto se tranquilice pues yo ya seguiré otra vez con mi ritmo. Yo no tenía pensamiento de rehabilitarme entre otras cosas porque yo todavía no había entendido que realmente yo tenía un problema (Jugador, 55 años).*

> *Ya no disfruta con el juego, cada vez que me ponía delante de una máquina sabía que me iba a gastar el dinero que llevaba encima. Cuando me gastaba el dinero juraba que no iba a volver a ir más, pero al otro día volvía a ir. La deuda que tenía era muy grande y empecé a tocar fondo. Empecé a vender droga a pequeña escala, pedía fiao dos o tres gramos y los vendía, pero no le pagaba a esa persona nada, tampoco me importaba mucho, pues me daba igual que me quitaran la vida. Yo pensaba si ese tío me mata acaba con mi problema y mi mujer y mi hija vivirán tranquilas, yo sabía que tenía un gran problema con el juego. Ya no podía más, no podía dormir, las peleas en casa eran diarias y llego el día en que todo salió a la luz. Yo les prometí que no iba a jugar más y estuve varios meses sin jugar, empecé a pagar mis deudas, hasta que volví otra vez y mi mujer de nuevo se dio cuenta y me puso un ultimátum y vine aquí sin estar convencido, como quien dice obligao, pero también muerto de miedo por la situación (Jugador, 38 años).*

Llegados a este punto bien podríamos decir que, tanto la mujer como el hombre ludópata, se ven inmersos en un proceso de socialización patológica del juego, ya que éste pasa a formar parte de su rutina diaria convirtiéndose en una de sus actividades principales a la que debe de dedicar mucho tiempo y que de alguna manera acaba por reorganizar su propia identidad. De ahí que estirar el tiempo para jugar sea su máximo objetivo. Objetivo que se vive con mucha ansiedad y tensión al evitar ser descubiertos y así no tener que parar el juego de forma obligada. Pero ¿qué les lleva a esto? o mejor dicho ¿qué sucede en el pensamiento del jugador o jugadora que sabiéndose en el pozo en el que están no son capaces de parar, sino todo lo contrario, siguen jugando y jugando hasta tocar fondo?

Partiendo de la realidad que envuelve a cada uno de los ludópatas estudiados nos damos cuenta de lo conscientes que son a la hora de conocer cuál es su verdadera situación. Saben que jugar lleva implícito la vivencia de situaciones totalmente contradictorias y a ello se arriesgan: por un lado necesitan la tranquilidad que les proporciona el saberse estar jugando (al fin y al cabo es lo que más desean) y por otro hace su aparición el constante estado de angustia o de ansiedad que les origina el creerse descubiertos, mezclado con algunos momentos de culpabilidad que tienden a

aparecer cuando las cosas no salen según lo soñado. Y es aquí dónde el juego encuentra su propio caldo de cultivo. Es en esta doble espiral de retroalimentación y destrucción dónde se localizan sus principales mecanismos de reproducción o mantenimiento impulsados por la propia irracionalidad de la situación.

> *Yo me he ido veinte veces llorando del salón, me iba para el water y me hartaba de llorar, en el mismo water del salón. Me entraban ganas de matarme, la culpabilidad de haberlo echado todo y no haber ganao na es muy fuerte, te quieres morir. Yo me decía muchas veces: yo me quito de esto por cojones porque esto no puede conmigo, pero… después se te pasa y vuelves a las andadas una y otra vez. Yo he estado en la droga y se lo que es una cosa y otra y el juego es mucho peor, el juego este de las tragaperras es mucho peor, psicológicamente es mucho peor (Jugador, 34 años).*

De igual modo son sumamente conscientes de que mientras juegan, su pensamiento deja de ser racional y objetivo, ya que la suerte, la superstición, la relación causa-efecto o la ilusión de control inundan su pensamiento reportándolos a un mundo irreal que sólo existe en su propio ensimismamiento mental. Tanto el jugador como la jugadora admiten hacerse dependiente de sus convicciones y creencias ilógicas, tendiendo a sobreestimar sobre todo sus opciones de ganar.

> *Quieres sacar dinero de lo que vas echando porque ves imposible que echando mil y pico de euros no te haya tocado na. Yo no podía creer que no había ganado a y so me hacía echar más y más. Llegué incluso a marearme varias veces tenía que salir del salón para echarme agua en el cuello y eso, y estuve días sin comer, días enteros jugando. Te vuelves casi loco pensando miles de cosas que hoy tendrás suerte, que hoy sí, que la máquina está a punto, calentita… y al final no te solucionan na porque vuelves a perder una y otra vez pero termina por darte igual porque al final sólo te importa jugar y jugar… (Jugador, 35 años).*

El auto-convencimiento forma parte del ritual de mantenimiento de la conducta de juego. Para ello tienden a argüir toda una serie de estrategias que les sirven tanto para persuadirse a sí mismos como a los demás. Entre otras nuestros entrevistados y entrevistadas hacen referencia a las siguientes:

a.- Yo puedo controlar el juego por tanto puedo dejarlo cuando yo quiera. Eso sería de tontos y yo no lo soy. Si puedo ganarle a la máquina ¿porqué no voy a poder dejarla?

> *Es cierto que al principio, sobre todo en los primeros años crees controlarlo, pero poco a poco se te va de las manos, empiezas a incrementar las horas delante del ordenador o de la máquina, que era mi caso, y lo mismo pasa con el dinero y al final te engañas tu solo. Te dices a ti mismo una y otra vez que lo controlas y no es así. Yo al principio paré dos o tres meses porque mi mujer vio algo, pero a los dos meses volví a jugar y además cambia la cosa. Empiezo a jugar a escondidas, ya no con dinero del sueldo,*

sino de tarjetas de crédito, hasta que me vi ahogado por la situación (Jugador, 29 años).

Yo nunca pensé que el bingo pudiera conmigo pero fue así. Yo al principio iba los viernes y los sábados y después empecé a ir un algo más y terminé por ir todos los días. Yo al final iba todos los días por la mañana (Jugadora, 58 años).
Al principio no empiezas fuerte. Yo empecé flojito, controlando o eso pensaba, pero… casi al año empecé fuere y llevo jugando a las máquinas diez años o por ahí. Pero jugando loco perdido, sin control (Jugador, 35 años).

b.- Siempre piensas que el juego es un entretenimiento, algo con que pasar el rato, algo que al fin y al cabo te divierte. Jugar no es malo, por tanto no hacemos nada que no podamos hacer.

Yo en mi pueblo pertenezco a otra asociación que llevamos juntas veinte cinco años y siempre íbamos de viaje. Hacíamos muchos viajes. Yo iba con mis amigas y al final siempre terminábamos en el bingo. Nuestra forma de entretenernos era metiéndonos en el bingo. Yo siempre quería ir al bingo. Ahora lo de los viajes es distinto totalmente, porque tú como ya no vas al bingo pues ya aprovechas todos los momentos que son muchos más bonitos… ir a un viaje para meterte en el bingo pues… ya no. Ahora me lo paso bien sin meterme en el bingo (Jugadora, 54 años).

Una no piensa… bueno yo no pensaba que ir al bingo era algo tan malo, tan malo. Vas pensando de pasar un rato, de jugar, de tomarte tu café, de ver a algunas amigas, por lo menos eso era al principio después la cosa cambia (Jugadora, 66 años).

c.- Con el juego pierdes, pero sobre todo con el juego ganas y por eso cuando pierdes vuelves a jugar para recuperar lo perdido.

Yo todo lo que tenía me lo gastaba. Lo que me deba mi marido me lo gastaba y siempre algo recuperaba y sino se lo pedía a mi padre y a mi hermana que económicamente estaba muy bien y siempre le pedía a mi hermana para rellenar algún huequecito que había ahí, sin que ella se diese cuenta que era para jugar (Jugadora, 39 años).

Un jugador siempre piensa en recuperar lo que se gasta, por lo menos yo lo hacía y por lo que he escuchado a mis compañeros, ellos también. Necesitas volver a ganar lo que has perdido por eso te vuelves medio loco (Jugador, 53 años).

Yo me decía: sólo voy a jugar esta vez, pero cuando perdía no podía dejar de jugar. Siempre esperaba a que me tocase algo para reponer el dinero. Al final siempre algo te toca pero nunca para poder romper la bola de nieve que ya tenía hecha. Llega un

momento en que ya tenía tantas deudas que también acabé enganchao a los cupones porque quería solucionar el problema del juego. Yo cogí muchísima adicción a los cupones de la ONCE. Pero de adicción, de coger y yo que sé… me tocaba todos los días algo porque compraba una tira de cada número. Yo salí de mi casa e iba sumando mentalmente las matrículas de los coches y al final mentalmente hacía las operaciones y si al final me salía un cuatro pues… yo ahora, yo me ponía como loco buscando a un cuponero que tuviera cupones que acabaran en cuatro y si tenía diez tiras, y yo tenía dinero, le compraba las diez tiras. Ya llegó un momento que llevaba cupones de todos los números, pues yo pensaba en pegar un pelotazo y acabar con mi problema: quitar todas las deudas que tenía y así no se enteraba nadie. Pero lo único que aquí paso es que en vez de quitar eso pues fui haciendo cada vez más grande la bola de nieve hasta que la bola de nieve pasó por encima mía (Jugador, 55 años).

d.- Además de divertir, el juego ayuda a no pensar en los problemas a evadirte de ellos. Delante de una mesa de bingo o de una máquina no hay problemas ni preocupaciones que valgan, sólo juego.

La verdad es que cuando iba al bingo no me acordaba ni de las penas, ni de los problemas. Se me olvidaba todo. Jugando te olvidas de todo. El problema es que cuando sales los problemas los vuelves a tener, no se han ido (Jugadora, 66 años).
Jugar me evitaba problemas. Cuando estaba en la máquina nada más pensaba en la máquina, no pensaba en nada más. Yo jugaba y me sentía bien (Jugador, 30 años).

En su intento por convencer a los demás, el jugador o jugadora, establece una serie de artificios irracionales que le condenan a ser presos de sus propias falacias. Al igual que en los casos anteriormente descritos, aquí lo que sucede es que en su tentativa por persuadir a los demás terminan autoconvenciéndose a sí mismos, ya que cualquier acción argüida por ellos siempre va a estar encaminada hacia esa finalidad. Entre las principales estrategias se valoran las siguientes:

a.- El jugador no afronta el problema porque piensa, o que los demás no se dan cuenta de que éste existe, o lo ignoran o lo consienten en silencio.

Yo jugaba en el ordenador de mi casa y con el dinero que sacaba al mes; mi mujer era consciente de yo jugaba, aunque creo que no tanto. Después de varios meses de juego, mi mujer abrió una carta del banco y me preguntó que qué eran esa operaciones efectuadas por internet, le dije que estaba jugando más de la cuenta pero que yo controlaba y que no iba a pasar más y ahí quedo la cosa, ella en ese momento no me reprochó nada (Jugador, 29 años).

Vendimos un piso que acabamos de comprar. Yo había dao quinientas mil pesetas y mi amigo me dio un millón de pesetas. Y yo te puedo decir que el millón duró… na, no duró na, y ya mi mujer ¿y el dinero?, ¿y el dinero? y no había dinero ni para comer y en ese año me dijo mi mujer o te pones en tratamiento o estás en la calle. Ya me lo había

dicho muchas veces y yo pues la verdad no le había dado importancia. Se pasaba; yo dejaba de jugar unos días y se olvidaba (Jugador, 66 años).

b.- Se juega para pagar las deudas, porque para poder jugar es normal que se contraigan deudas.

Las deudas es lo peor, porque llega un momento en que son tan grandes que sólo piensas en como las vas a pagar, pero ese día nunca llega. Juegas y juegas pensando en que así podrás pagarle lo que le debes a tu familia, a tus amigos, pero al final no pagas nada, pero tú sigues convencido de que eso será así y además necesitas estar bien con los demás para que la cosa no se sepa, porque es así cuanto antes pagues menos te preguntan" (Jugador, 55 años).

Yo debía un montón de dinero, hasta a mi abuela le debía 200 euros que le pagué cuando ya estaba aquí. Cuanto más tiempo va pasando peor se pone la cosa. Mientes continuamente, engañas para conseguir dinero, pero nunca devuelves lo que pides, bueno… al principio sí devuelves algo, porque no suele ser mucho dinero y eso juega un poco a tu favor ya que cuando le vuelvas a pedir, pues te vuelve a dejar algo de dinero. Pero vamos al final pides y pides y no devuelves y juegas y juegas y… (Jugador, 33 años).

c.- Vivir en un contexto hostil estresa, por lo que se juega para evitar las situaciones desagradables que conlleva la propia vida: *Se juega para olvidar*.

Siempre utilizas los problemas como escusa, pero en vedad juegas porque te gusta. Yo era consciente de eso, lo que pasa que como una tenía tantos problemas pues utilizaba lo del juego para irme al bingo, porque es verdad que estando en el bingo se te olvida to y a mí la verdad eso me hacía olvidarme un poco de lo que tenía en casa" (Jugadora, 66 años).

Mi matrimonio iba muy mal, muy mal y yo la verdad que en vez de refugiarme en otra cosa pues me refugié en el juego. Yo me encontraba muy pero que muy mal pero no veía que estaba equivoca y seguí jugando y seguí jugando hasta que me falto el dinero. Después vino lo de mi padre y ahí sí que ya fue… yo estaba muy unida a él y lo pasé muy mal y empecé a jugar más y más y como las cosas iban fatal con mi marido pues me fui a cuidar a una anciana (Jugadora, 39 años)

Como vemos el juego necesita de un período de *incubación*. Nadie empieza jugando de forma desaforada o compulsiva, sino que éste necesita de un tiempo para que degenere en un verdadero problema personal y social. No obstante esto nos lleva a señalar una última cuestión muy importante que tiene que ver con el hecho de que una vez traspasada la trinchera del juego no hay marcha atrás, sólo situaciones de *tregua* donde el jugador o la jugadora impondrán su voluntad de querer parar el juego de forma circunstancial o definitiva. De ahí que sea importante señalar que, tanto el

jugador como el familiar, son conscientes de que una vez la enfermedad del juego ha hecho su aparición, ésta no va a desaparecer nunca. La adicción seguirá siempre latente, desactivada, dormida, hasta que quiera despertarse. Si superarla es muy difícil, mantenerse en la idea de que el problema te puede acompañar en el tiempo, supone un gran desafío. De ahí que sin tapujos manifiesten que *se es jugador o jugadora hasta que se muera*.

> *El juego es una lucha continua. Primero cuando jugas porque, a toda costa, quieres jugar y cuando lo dejas porque tienes que estar siempre resistiendo la tentación a no jugar. Esta enfermedad te acompaña siempre. Esto no se cura nunca. Siempre va a estar ahí (Jugadora, 54 años).*

> *Ahora lo veo y sé que es una enfermedad para toda la vida. Yo ahora tengo muy claro eso… el no jugar, el no jugar… y lo tengo claro yo, y si lo tengo claro, creo que no voy a caer, pero esto siempre va a estar ahí, luchando con ello (Jugador, 29 años).*

> *Todo se te cae encima cuando te enteras. Piensas en que el camino es largo que no sabes si todo saldrá bien o no. Siempre vamos a tener que estar pendientes de esta enfermedad porque un jugador siempre será un jugador, y… eso es lo peor. Pensar que puede volver a jugar, porque como esto lo va a tener siempre, es lo peor (Familiar, 44 años).*

4.- COSTES DERIVADOS DE LA PROBLEMÁTICA DEL JUEGO. ASUMIENDO LAS CONSECUENCIAS DE LA ADICCIÓN

Nuestros entrevistados y entrevistadas saben mejor que nadie que la adición al juego no viene caracterizada sólo por la pérdida del control ante el juego, sino que ésta deviene en una conducta capaz de generar problemas muy serios que pueden afectar a toda su vida (Véase Cuadro 78). Ser ludópata tiene muchos costes y nuestros jugadores y jugadoras son muy conscientes de ellos. A parte de la evidencia explícita del problema económico, la adicción al juego conlleva situaciones muy difíciles a nivel personal, laboral, social y legal, que a su vez se ven tiene un impacto muy nocivo en el ámbito familiar.

CUADRO Nº 78

Mapa Conceptual **Consecuencias derivadas de la Conducta Adictiva de Juego**	
1º Consecuencias Ámbito Personal ⇒	▪ Problemas de malestar psicosocial (ansiedad, estrés, irritabilidad, depresión, et.) ▪ Problemas fisiológicos (dolores musculares, alteraciones gastrointestinales, insomnio, debilidad, etc.) ▪ Problemas de toxicomanías (poliadicción)

Mapa Conceptual **Consecuencias derivadas de la Conducta Adictiva de Juego**	
2º.- Consecuencias Ámbito Económico	▪ Ruina económica (presente y futuro económico hipotecado) ▪ Deudas económicas ▪ Necesidad económica extrema ▪ Pobreza presente y futura ▪ Solicitud de ayuda informal (familiares) ▪ Solicitud de ayuda formal a instituciones públicas o privadas.
3º.- Consecuencias Ámbito Laboral	▪ Absentismo laboral ▪ Abandono laboral ▪ Bajas laborales ▪ Problemas de concentración laboral ▪ Descenso del rendimiento y productividad laboral ▪ Degradación laboral ▪ Despido laboral
4º.- Consecuencias Ámbito Legal	▪ Problemas legales (hurtos, robos, falsificación de cheques, etc.) ▪ Apertura de procesos judiciales ▪ Apertura de procesos de desahucios ▪ Responsabilidad penal(cárcel)
5º.- Consecuencias en el Ámbito de las Relaciones Sociales	▪ Aislamiento social del jugador o jugadora ▪ Aislamiento social de la familia ▪ Coste social de la adicción exclusión social

Fuente: Elaboración propia.

4.1.- DERIVACIONES O CONSECUENCIAS PERSONALES

Si en un principio jugar deleita, con el tiempo esta acción acaba estresando, ya que tarde o temprano el adicto o adicta al juego dejará de sentirse bien con el juego. Esto es entendible si tenemos en cuenta todo lo dicho hasta este momento y así lo han testimoniado todos y todas nuestras jugadoras. Vivir instalados en la continua mentira, perder mucho dinero, no saber como hacer frente a las deudas, vivir aislados de todo y de todos, centrados únicamente en el juego y saberse unos miserables sin atisbos de cambio, tienden a crearles niveles de malestar muy altos donde es fácil que la ansiedad, el estrés, la irritabilidad, la depresión y la desesperación afloren de forma continuada.

> *Yo tuve que ir al médico ya desquiciao. Fui al médico de cabecera y me dio la baja; yo supongo que cuando el médico me vio, no se lo pensó, y me la dio porque estaba desquiciado. Me mandó ir hasta el psiquiatra ¿fíjate como iba yo? (Jugador, 55 años)*

Yo siempre estaba con mucho estrés. Yo me encontraba fatal, fatal pero me podía el juego. Yo ya estaba vencido por el juego que a mí me importaba un pepino ya lo que me pasara (jugador, 65 años).

Estas tan metida en el juego que vives para él. Tu vida es buscar dinero para jugar y jugar. Yo por lo menos era lo único que hacía. Llegas a un estado tal de estrés y ansiedad que piensas que el pecho te va a estallar de la presión que sientes. Yo era como una Olla Express (Jugadora, 66 años).

Cogí estados de ansiedad. Se me fueron juntando tantas cosas que a partir de ahí empecé a tener estados de ansiedad que todavía tengo medicación desde entonces, pero me pongo muy poquito (Jugador, 30 años).

A mí se me juntó la ansiedad y la depresión que cogí por los problemas que tenía con el juego con la depresión que me causaban los problemas que tenía en casa con mi marido y mis hijos. Me encontraba muy mal, hasta que tomé fuerza y decidí solucionar mi problema (Jugadora, 58 años).

Conexa a esta realidad de malestar, hemos visto que en algunas historias de juego renacen situaciones adictivas, inicialmente superadas, y en otras el consumo de drogas se hace paralelo o deviene junto a la conducta de juego, creándose en todas ellas auténticas situaciones poliadictivas. Cómo ya habíamos mencionado, el consumo de alcohol, tabaco y cocaína suele ser una constante en la vida del adicto al juego, sobre toda esta última en los jugadores que no sobrepasan los cuarenta años. Reconocen que acceder a las drogas es fácil ya que su conducta de juego se desarrolla en locales donde venden estas sustancias, facilitándoles el consumo. De igual modo asumen que su consumo les incita a jugar, sin tener que pensar en el tiempo, ni en el dinero, ni en las consecuencias negativas que éste tiene en sus vidas. Beber alcohol o esnifar cocaína supone para algunos alcanzar un nivel de euforia o excitación capaz de hacerles aumentar su emoción por el juego.

Yo estuve en la droga también, estuve enganchao en la droga. Estuve en varios centros y me quité. No bebía alcohol ni nada y bien, controlado. Empecé a consumir alcohol y muchos fines de semana cocaína y cuando consumía cocaína por la nariz y el alcohol es que me volvía loco, me iba detrás de la máquina y estuve así un montón de tiempo (Jugador, 35 años).

Todo el mundo que se mueva en algunos ambientes sabe donde se puede ir a pillar. El alcohol y el tabaco los tienes en todos los bares y la droga en muchos sitios y cada vez más. Quien quiera no le cuesta nada encontrar lo que quiera. Siempre es fácil encontrar en el bar o en el salón a alguien que vende (jugador, 34 años).

Otros, sin embargo, lo hacen con el ánimo de mitigar o eliminar la sensación de culpabilidad, sobre todo cuando pierden, o simplemente beben, para sentirse más relajados llegando a experimentar un estado de bienestar no logrado hasta esos momentos.

Yo bebía de cualquier forma. Ese era el problema. Me bebía unas copitas jugando, pero bebía más cuando perdía. Cuando me gastaba un montón de dinero y veía que no ganaba na, me entraba una rabia que no veía y la bebida me la calmaba. Ya borracho no pensaba en na (Jugador, 47 años).

Beber me ayudaba a relajar un poco la tensión que tenía. El problema era cuando lo mezclaba con la coca. Entonces me ponía al cien por cien, y es que me volvía loco y gastaba, a lo mejor, 40 euros en coca y 400 en las máquinas (Jugador, 35 años).

Beber y jugar me relajaban. Me hacían sentirme bien. Me olvida de todos los problemas. Reconozco que la máquina me hacía feliz. Mientras jugaba era feliz. Después no, pero… (Jugador, 40 años).

Otra de las repercusiones personales de gran calado es el coste psicológico que suele acarrearles muchos problemas de ansiedad y depresión derivados fundamentalmente de la "doble vida" que normalmente llevan. Testimonian que los elementos de mayor estrés están relacionados con la falta de control sobre el juego, la necesidad constante de necesitar dinero y el pensar qué hacer para encontrarlo.

Psicológicamente acabas derrotao. El juego psicológicamente es peor que la droga. Pero… mucho peor que las drogas. Psicológicamente es mucho peor. Físicamente es peor la droga, está más claro que el agua. Yo he probado varias cosas, el juego este, las tragaperras es mucho peor. Psicológicamente me ha afectado mucho. Sobre todo me ha afectado mucho la presión porque nadie se enterara de lo que hacía. Piensas en que si tu mujer se entera de todo va a echarte de casa y te quedas tirao en la calle y ¿dónde vas? Eso me generaba mucha ansiedad porque yo me veía como un desgraciao que pensaba ¡cómo se vaya esa niña de mí que iba a hacer yo! (Jugador, 35 años).

Lo peor de todo es esconderte, permanecer callao para que no te descubran y poder seguir jugando. Hasta que no estas muy metido, pero que muy metido, que ya te da igual too, en lo único que piensas es que tu familia no te descubra y te estropee la fiesta (Jugador, 53 años).

Yo desde que estoy aquí siempre he reconocido que mi vida era el juego. Mi vida era mentir constantemente para engañar a la gente para sacarles el dinero. Me daba igual quien fuese, si mi mujer, mis hermanos, mis padres, me daba igual yo sólo quería dinero para jugar. Al principio te manejas bien, pero después la cosa se complica. Tienes que estar alerta de todo. De que tu mujer no coja las cartas del banco y se de

cuenta de lo que hay, de que hable con fulanito no le vaya a decir que me dejó dinero. La verdad es que es tal la deuda que tienes encima que acabas totalmente estresado (Jugador, 44 años).

Normalmente esta situación tiende a complicarse en algunos de ellos, con la aparición de un cuadro de alteraciones físicas como mareos dolores de cabeza, dolores musculares, fatiga, insomnio, alteraciones gastrointestinales y continúa sensación de debilidad, muchas veces potenciada por el hambre, que suelen ser causa de demanda médica.

Yo tenía una gran depresión. Estaba muy mal. Estuve en salud mental. Yo no dormía. A mí me ingresaban cada dos por tres en urgencias. A mí me ingresaron cuatro veces en la misma noche en urgencias y el médico me decía que era imposible que yo no me quedará dormida ni cinco minutos. Me he llevado dos años y medio a base de medicamentos. Mal muy mal. Mi vida pues destroza. Yo sólo pensaba en el juego y en el dinero para jugar (Jugadora, 39 años).

Yo me he llevado días y días sin comer por jugar. He estado cerca de una semana sin comer pasando hambre. También he tenido alteraciones en el sueño. Me despertaba a menudo pensando en el juego, en cómo iba a recuperar el dinero que había perdido… había veces que me levantaba eufórico (Jugador, 30 años).

Yo lo he pasado muy mal. Me quedé muy delgada. No comía, no dormía. Iba a trabajar y no podía me venía pa casa. Muy mal. Realmente lo pasé muy mal (Jugadora, 54 años)

Dormía con los ojos cerraos pero estaba despierto. Yo estaba siempre pensando en el juego y le daba vueltas a la cabeza. Siempre estaba intentando buscar dinero. Comía fatal. De comer nada. Comía en el salón que no hay nada, sólo bolsas de patatas o un sándwich, una bolsa de almendras y ya está, no comía nada más, pero no pensaba en eso (Jugador, 33 años).

4.2.- DERIVACIONES O CONSECUENCIAS ECONÓMICAS

Tanto los jugadores como los familiares coinciden en establecer que el ámbito que más se va a ver vapuleado por el juego adictivo es el monetario. La factura o el coste económico que tiene la adicción es casi imposible de cuantificar, según relatan nuestros entrevistados y entrevistadas. Esto es explicable a partir de que, la acción de *gastar dinero* hay que entenderla desde diferentes marcos de significación. En primer lugar, el jugador o jugadora patológica hipoteca su presente económico en aras de su juego, teniendo que vivir situaciones de necesidad extrema o de verse en la tesitura de que, o bien otros le tengan que satisfacer sus necesidades más básicas o ponerse a trabajar para poder subsistir.

Yo te puedo decir que no había dinero ni para comer. Todo el dinero que cogía o pedía era para el juego. Yo estuve al borde de perder la dignidad profesional y personal, pero nada yo seguía igual, jugando (Jugador, 66 años).

Ese período fue mentira sobre mentira, destruyendo la economía. Tuve que recurrir a mis padres, a mis suegros y a una hermana mía que todos los meses metía dinero en mi casa para que mis hijos y mi mujer pudiesen comer algo, porque llegó un momento en que no cobraba ni la nómina (Jugador, 55 años).

Me las he visto mal, muy mal, pero entre una cosa y otra salía adelante. Mi hermana económicamente está muy bien y siempre le pedía para rellenar cualquier huequecito de casa. Siempre me decían, sobre todo mi marido, que yo gastaba mucho dinero. Porque la verdad es que llegaba a unos extremos que no era normal, miraba la cartilla y decía que nunca había nada, hasta que un día se lo dije (Jugadora, 39 años).

Yo no tenía ni para comer, ni para comprar unos zapatos, no tenía ni para comprar aceite. No tenía para nada. El juego nos hizo mucho daño económicamente. Recordar que no tenía ni para comer me hacía mucho, mucho daño. Me llevé tres meses con trescientas pesetas porque todo era para pagar, para pagar. Me hacía mucho daño el pensar que yo tenía dos huevos en la nevera y una lata de sardinas para repartirla. Yo no tenía ni para comer. Me tuve que poner a trabajar y uno de mis hijos que estaba en la mili me mandaba todos los meses cuando cobraba algo de dinero (Familiar, 59 años).

A parte de sufrir un presente mísero, el ludópata tiene que vivir con la realidad de haber hipotecado también su futuro, en cuanto que tiene que hacer frente a todas las deudas acumuladas, que en muchos casos supone una cantidad ingente o bastante grande de dinero.

Yo recuerdo que llegó un momento en que era tan grande el agujero que estaba desesperao. Cuando llegué a la asociación debía alrededor de 14 millones de pesetas que todavía los estoy pagando, porque yo lo que hice fue pedirle al banco un préstamo grande y pagué todos los recibos que debía y el embargo de mi piso. Desde la asociación me ayudaron a poder hacer eso (Jugador, 55 años).

Realmente yo no sabía a cuanto ascendían las deudas. Sabía que eran muchas pero no lo sabía bien. Cuando llegué a la asociación fue cuando tomé conciencia de ello y fueron apareciendo todas, hasta de las que ya no me acordaba. Al final era un montón de dinero (Jugador, 44 años).

Pero esto no se queda sólo aquí; también habría que aplicarle el modelo de análisis coste-beneficio que la adicción introduce con respecto al tema económico.

Tanto la familia como el jugador o jugadora son concientes de las oportunidades perdidas en tanto que han dejado de percibir y de disfrutar de una serie de ventajas económicas de las que sí podrían haber disfrutado si la situación de la adicción no se hubiese cruzado en su camino.

> *Lo que peor llevas es darte cuenta de todo lo que has perdido. Yo pienso en todo lo que me he gastado en el juego y pienso en lo que podría tener ahora si no lo hubiese tirado con el juego (…) tanto años jugando dan para mucho y ahora mi familia podría estar muy bien y no que estamos pagando deudas (Jugador, 45 años).*

> *Teníamos una boutique de pan que nos reportaba todos los meses un buen dinero. Trabajábamos los dos y obteníamos unos beneficios de entre 450.000 y 500.00 mil pesetas. Todo se perdió. El negocio se perdió, el coche varias veces precintado, las letras del piso sin pagar (…) con el tiempo y con el problema resuelto mi marido y yo más de una vez hemos hablado de todo esto, de lo que podíamos tener y de lo bien que podíamos haber vivido con el negocio que teníamos. Le podíamos haber ayudado a los niños con lo del piso…, son tantas cosas que mejor no pensarlo, pero sin quererlo piensas en ellos aunque ya no tiene solución la cosa (Familiar, 53 años).*

4.3.- DERIVACIONES O CONSECUENCIAS LABORALES

Con respecto al tema laboral decir que todos coinciden en apuntar que en los comienzos de su adicción ésta tiende a afectarles sobre todo en las condiciones en cómo van a ser capaces de desarrollar su trabajo. Faltar al trabajo, solicitar bajas continuas o simplemente no acudir a él, suelen ser las opciones que dicen tener los jugadores o jugadoras para solventar su situación laboral.

> *En la fábrica ya no me tenían ningún respeto pues yo fallaba más que una escopeta caña, pa cualquier cosa y cuando a mí me daba la neura. ¡Yo no sé como aguantaron tanto! Constantemente le decía a mi jefe que mira…, yo he puesto a mis hijos malos. Yo siempre tenía excusas para quitarme del medio. Yo llegaba el mes de marzo y yo ya no tenía vacaciones, porque claro, como faltaba tantos días ¿qué vacaciones iba a tener? me las había comido ya (Jugador, 55 años).*

> *Te inventas cualquier cosa para no ir a trabajar. Vives en una continua mentira. Yo mentía para todo. No había día que no me inventase algo para conseguir dinero, para ir jugar, para no ir a trabajar, para engañar a mi mujer. Nos volvemos auténticos mentirosos (Jugador, 44 años).*

De igual modo reconocen sufrir muchos problemas de concentración laboral, dado que la mayoría de ellos sólo piensan en jugar. Al vivir para el juego, lo demás queda relegado a un segundo plano. Se pierde el interés por todo y por todos; la única fuente de vida emana de la propia necesidad de jugar.

Yo de lo único que me preocupaba era de jugar. Estaba trabajando y sólo me acordaba de la máquina. Llegaba a mi casa y enseguida buscaba bronca para irme a jugar. Siempre el juego. Yo durante los años que he estado jugando no era una persona (Jugador, 53 años).

Te olvidas de todo. Sólo piensas en jugar y jugar. No puedes concentrarte en el trabajo, cuando estas tan metida en el juego no puedes pensar en el trabajo y eso se nota. No se si se ve en la cara o no, pero a mí mis compañeras me notaban que algo me pasaba y yo siempre inventando excusas. Realmente es así, el juego puede más que tú (Jugadora, 58 años).

No podía concentrarme en el trabajo sabiendo que la máquina estaba ahí. Me entraba mucha ansiedad (Jugador, 35 años).

También reconocen que, conforme su situación de juego se va deteriorando lo va haciendo su situación laboral. El descenso considerable de su productividad o de su rendimiento laboral suele ser el primer síntoma en dar la cara. No obstante esto no suele quedar aquí. En algunos casos vemos como la situación se hace tan insostenible que acaban perdiendo el trabajo por un incumplimiento manifiesto de sus responsabilidades laborales.

Yo estuve al borde de perder mi dignidad profesional y profesional. Más quizá la profesional. La profesional me daba más miedo que la personal, pero nada yo seguí igual. Yo era un trabajador nato pero ya me iba comiendo a mí el juego, ya cada vez pensaba más en el juego y menos en el trabajo. Yo ya el trabajo lo tenía prácticamente abandonao (Jugador, 66 años).

Por culpa del juego perdí varios trabajos. Como uno no es consciente de lo que tiene entre manos, no piensa en las consecuencias. Además en ese tiempo no conocía nada de la ludopatía y llegó el día en que todo se descubrió, en que mi familia se dio cuenta, porque antes lo vas tapando, lo vas tapando, hasta que termina por saberse. Yo siempre tenía una historia preparada por si mi mujer me preguntaba por cualquier cosa. Cundo me despedían yo siempre sabía que decirle a mi mujer para que no se enterase de la verdad (Jugador, 53 años).

En otros casos esa pérdida viene avalada por el advenimiento de conductas ilegales dentro del propio entorno laboral. Cuando el jugador agota todas las fuentes de financiación legales posibles (sueldo, familia, amigos, etc.) y necesita seguir jugando suele emprender su periplo de búsqueda de dinero en su trabajo. Robar y hurtar suelen ser las acciones más realizadas por nuestros entrevistados y entrevistadas. Se empieza robando a los compañeros de trabajo y se termina metiendo la mano en la caja del dinero, cuando se cuenta con esa facilidad.

La verdad es que yo gané bastante dinero pero mi enfermedad me hizo perderlo todo. Me gastaba en la máquina y en el bingo todo el dinero que caía en mis manos, sin importarme si era mío o no. Gastaba dinero de los clientes y llego el día en que se descubrió. Debía dinero a la empresa, a los clientes al banco, incluso llegué a falsificar la firma de mi mujer para pedir un préstamo, supuestamente para pagar las deudas pero también fue pa el juego (Jugador, 47 años).

Me gastaba el sueldo del ejército, andaba pidiendo adelantos a los bancos y me creé muchos problemas y muchos conflictos dentro de mis compañeros. Empecé a robar dentro de las taquillas de mis compañeros y les cogía de todo. Me aproveché de ellos (Jugador, 30 años).

Empecé a trabajar en una empresa de seguridad y pronto me ofrecieron un puesto en la Delegación de Huelva y vi las puertas abiertas, ya que tendría de nuevo más dinero y ahí comenzó de nuevo mi clavario. Mientras iba a ver a mis trabajadores, miraba las obras cercanas y el material que se podía vender y mataba dos pájaros de un tiro, yo ganaba dinero extra y le metía presión a la constructora para meter vigilancia. Había días que vendía en puertas, azulejos, ventanas, etc., más de tres mil euros, a los dos días no tenía ni un céntimo (Jugador, 38 años).

Como resultante de esta situación el jugador o jugadora puede verse en dos escenarios diferentes: O bien ser despedido de manera fulminante o bien ser degradado laboralmente. Esto último suele acontecer cuando se conoce su adición por el juego, y ésta es tomada como una "eximente del delito", ofreciendo al jugador la posibilidad de corregir la situación devolviendo lo robado y pidiendo ayuda.

Cuando se dieron cuenta que faltaba dinero me echaron del trabajo. La verdad es que no te das cuenta, pero siempre terminas robando a todos: a tu mujer, a tus hijos, a tus padres, a tu jefe, a todos (Jugador, 44 años).

Me hizo falta dinero y terminé robándoselo a la señora que cuidaba. Falsifiqué su firma y me fui al banco, saqué el dinero y yo encantá. Estaba tan ciega con el dinero que no me di ni cuenta de lo que hice. La hija me despidió y me denunció (Jugadora, 39 años).

Cuando se supo en mi empresa lo del dinero yo no podía ir a ningún sitio, ni de permiso. Mi jefe me preguntó ¿qué es lo que pasa? y yo le dije mire usted pasa esto y me dijo él: muy bien ¿tú te comprometes a pagar el dinero?; yo le dije que sí, eran tres millones y pico de pesetas y lo pedí. Se lo pedí a un familiar y me lo dejó y eso se calló totalmente. Yo afronté el pago y eso se calló. Y así se quedó. Yo al ser un funcionario del Estado, pues mi jefe o mis superiores, el que más mandaba tomó conciencia de que esto era una enfermedad y que a mí había que tratarme como a un enfermo y lo que hizo fue cambiarme de un sitio a otro. Me quitaron de la oficina y me pusieron en otro sitio (Jugador, 60 años.)

Además no podemos olvidar el dato, anteriormente reseñado, de que una parte de los jugadores y jugadoras, sobre todo los primeros, cargan con otras adicciones a sus espaldas que unidas a la del juego no hacen más que amplificar su problema a todos los niveles.

Es imposible trabajar en condiciones cuando no has pegao ojo en toda la noche harto de copas y de otras cosas, mareao de la máquina, sin poder pegar ojo, porque la verdad es que hubo un tiempo en que no podía ni dormir pensando en la que tenía encima y como iba a salir de ella (Jugador, 35 años).

Muchas veces iba al trabajo en muy malas condiciones. Sin dormir, sin comer, con varias copas, sin asearme. La verdad es que muchas veces me iba del bar a trabajar, porque, a lo mejor esa noche había provocado una pelea con mi mujer para ir a jugar y después me iba a trabajar (Jugador, 45 años).

4.4.- DERIVACIONES O CONSECUENCIAS LEGALES

Cómo acabamos de ver, parte de los adictos al juego se ven inmersos en problemas legales causados por los excesos económicos a los que tiene que hacer frente, al no ser capaces de parar su conducta de juego. Robar, hurtar, falsificar cheques, emitir cheques sin fondos, falsificar firmas, etc. suelen ser los delitos que tienden a cometer. Pero el coste legal no queda sólo ahí. Como resultado de las conductas ilegales, anteriormente descritas, al jugador o jugadora puede abrírsele un proceso judicial y acabar con una sentencia de cárcel, como le ha ocurrido a una de nuestras jugadoras.

No tenía nada de dinero, ni para comprar el pan. Cogí y falsifiqué una firma, la falsifique y me fui al banco y saqué dinero. Estaba tan ciega con el dinero que… estaba mi firma y la fecha pero en ese momento no veía nada. Me fui a jugar y al otro día volvía a sacar dinero, novecientos euros en total y me llamó la hija, me dijo lo que había pasado y me denunció y estuve a punto de ir a la cárcel. Dos años y siete meses me echaron por novecientos euros. También se pasaron conmigo. No pudieron hacer nada los abogados. Yo no tenía antecedentes, yo no tenía na. Era la primera vez en mi vida que me veía ahí. Me denegaron todo, todo, todo. Me llamaron un día y me dijeron que tenía que ingresar en la cárcel ¡Imagínate! (Jugadora, 39 años).

Sabedores de que esta situación incrementa o añade mayores niveles de estigmatización social a su vida, tienden a procurar que esta información se haga lo menos pública posible. De ahí que se las ingenien para que no llegue a oídos de su contexto familiar más próximo- sobre todo si hay hijos- dadas las consecuencias que esto puede tener en ellos, no sólo a nivel personal, sino también en su contexto escolar y relaciones sociales.

Mis hijos no saben nada de lo de la cárcel. Saben que estoy aquí, que yo iba al bingo, pero lo de la cárcel no. Yo me dije: si tengo que entrar en la cárcel, los sentaré y se lo contaré, pero si no entro, no quiero darles ese disgusto. Aunque la psicóloga me recomendó que se lo dijera, yo le dije que de momento eso no se lo iba a contar. Si yo no entro yo no quiero hacerles ese daño. Yo no se lo conté ni a mi madre, yo no podía, se lo tuvo que contar mi hermana. Estas cosas cuanta menos gente lo sepa mejor, porque después la gente te mira mal, miran mal a tus hijos y pueden tener problemas en el colegio, con sus amigos y yo no quiero que pase nada de esto (Jugadora, 39 años).

4.5.- DERIVACIONES O CONSECUENCIAS EN LAS RELACIONES SOCIALES

Cómo hemos podido comprobar, a lo largo de los diferentes testimonios dados por nuestros y nuestras jugadoras, con el tiempo la adición al juego termina por desencadenar un gran aislamiento social del jugador. Entre las causas de este hecho los jugadores nombran a la propia dinámica del juego que, como ya hemos visto, les hace jugar en soledad, tanto por deseo propio de no ser molestado mientras juega o porque, abstraído por él, acaba desatendiendo cualquier otra faceta de su vida.

El juego hace que te olvides de todo. Yo al principio empecé jugando con mis amigos pero al final terminé jugando solo. Llegó el momento en que me vi solo. Iba a los bares siempre solo, porque ya no tenía amigos ni para salir ni para nada (Jugador, 29 años).

Me pasaba la mayor parte del día metido en el salón de juegos, me olvidaba de todo, de amigos, de familia, de todo, hasta de recoger a mis hijos del colegio. Sólo me dedicaba a mentir, ya que no podía dejar la máquina caliente, como yo le hablaba cariñosamente a la que me estaba robando la vida (Jugador, 38 años).

Me volví una persona egoísta, pesetero, siempre estaba de mal humor, perdí mis amistades, le buscaba fallos a todo el mundo, nunca tenía tiempo para nadie… he llegado a estar meses sin visitar a mis padres, hijos y familia. Pasaba de todos, sin hablar con nadie, haciendo lo que a mí me apetecía y me parecía (Jugador, 40 años).

De igual modo reconocen que su tendencia a sustraer o no devolver el dinero que piden prestado a sus familiares, amigos o compañeros de trabajo, acaba pasándoles factura en cuanto que la situación les hace ser esquivos y rechazados por las personas que tienen a su alrededor.

Es tanto el dinero que debes que acabas huyendo de todos. Yo tenía broncas con mis hermanos y con algunos amigos que me habían dejao dinero y querían que se lo devolviese y yo claro no podía. Yo jugaba con la intención de ganar para pagarles a todos, pero al final terminas perdiendo, una y otra vez, y no puedes pagarles y entonces te vienen todos los problemas. Pero el problema no es sólo eso, lo peor es que como al

final sabes que tu familia no te lo va a volver a prestar si se lo pides, acabas robándoselo. Eso es de lo que más me arrepiento (Jugador, 47 años).

Pero este coste no sólo se posiciona del lado del jugador, sino que la familia también va a verse afectada. Tanto unos (jugadores) como otros (familiares), manifiestan que la familia tarde o temprano termina pagando los desmanes del juego. Las deudas que adquiere el jugador pasan a convertirse en deudas de la familia por lo que la familia va a verse acorralada por los acreedores sintiendo una gran vergüenza ante la situación, que hará que poco a poco acabe retirándose del ámbito social recluyéndose en casa.

Yo pasé mucha vergüenza y miedo. Cuando yo me enteré de todo lo que debía y que había acudido a prestamistas. Me dijo que debía una cierta cantidad de dinero y que eso había que pagarlo como fuera. Entonces él cobraba y tal como cobraba ya estaba uno o dos esperándole en la puerta y venga a pagar. Durante un tiempo yo estuve consciente de que todo el dinero que cogía era para soltarlo (Familiar, 53 años).

Enterarte de que tu marido roba para jugar es algo muy tremendo. Me afectó mucho porque la verdad sientes tal vergüenza que no sabes que hacer. Yo me encontré con que no sólo debía dinero a mi familia, que ya es un trago tener que pedirlo sabiendo que él trabaja, porque esa es otra; sino que tenía que pagar la deuda de lo que mi marido había robado. Yo… la verdad es que tenía mucho apuro de salir por si la gente lo sabía y me preguntaba. No quería tener que dar explicaciones a nadie de lo que había hecho mi marido (Familiar, 59 años).

Como consecuencia de sus deudas, algunos de ellos han tenido graves problemas con el banco ya que al no pagar terminan por embargarles sus bienes, casi siempre la vivienda. Otros terminan desalojados, si viven de alquiler, y esto en contextos reducidos, como pude ser un barrio o un pueblo, facilita que los vecinos se puedan enterar de su situación suponiéndoles un gran coste social. Coste que suele hacerse extensible a todos los demás ámbitos de su vida.

Entramos en un proceso de embargo del piso por la Caja porque dejé de pagar algunas letras. Pero al final lo pudimos solucionar cuando vine a la asociación (Jugador, 55 años).

Yo sin tener una gorda compré un apartamento. ¡Fíjate hasta donde llegaba yo sin tener una gorda! Ni una gorda. Yo decía bueno si ese tío lo tiene que gana menos dinero que yo ¿por qué coño no lo va a tener mi familia? Esos eran los pensamientos míos. Me tiré para delante y se pagó aunque al principio dejé de pagar algunas letras y tuve algún problema con el banco, pero ya después se pagó. Se pagó pues ya claro mi vida había dao un cambio de ciento ochenta grados (Jugador, 66 años).

Enseguida de casada empecé a sufrir las consecuencias de la adicción al juego y al alcohol de mi marido. Él llegaba tarde a casa, mentiras, engaños, falta de dinero. En ese tiempo tuvimos dos desahucios de dos casas y ya en la última tuve que buscar sola donde irnos a vivir, ya que él ante estos problemas se quitaba del medio. La verdad es que me he visto en situaciones muy difíciles y he pasado mucha vergüenza por su problema (Familiar, 44 años).

5.- CONTEXTO FAMILIAR Y JUEGO

5.1.- LA INSTITUCIÓN FAMILIAR COMO ELEMENTO GENERADOR Y MANTENEDOR DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS DE JUEGO. SUCESOS FAMILIARES Y JUEGO

Como bien pudimos comprobar en el Capítulo VI de esta tesis, la familia tiende a erigirse como uno de los lugares más idóneo, desde donde situar cualquier intento de valoración que nos lleve a encontrar los principales *porqués* de las conductas de juego, de una gran parte de la población jugadora. Puesto que uno de los objetivos fundamentales de este trabajo se cierne alrededor de este tema, antes de extraer y resaltar cada una de las líneas expuestas por los jugadores y los familiares, consideramos necesario establecer un pequeño mapa conceptual que dibuje los principales sucesos familiares que pueden desencadenar conductas adictivas de juego (Véase Cuadro 79).

CUADRO Nº 79

Mapa Conceptual **Causas Familiares explicativas de la Conducta Adictiva de Juego**	
Elementos de Índole Familiar ⇒	▪ Vivencia de sucesos familiares estresantes ▪ Desestructuración familiar ▪ Problemas de salud (toxicomanías) ▪ Falta de recursos económicos ▪ Falta de control y autoridad familiar ▪ Problemas de adicción al juego de algún familiar ▪ Ausencia de la familia como fuente de contención o mecanismo de control

Fuente Elaboración propia.

En principio de la institución familiar nos interesa conocer una cuestión tan importante como en *qué grado* ésta puede ser la *mecha* que encienda la llama del juego y en qué medida ésta puede *favorecer* el que una conducta ya iniciada siga dándose bajo su abrigo haciéndola *perdurar* en el tiempo. Trasladando estas preguntas al marco concreto de nuestro estudio veremos que ambas acaban por postularse. Aunque a veces cueste discernir donde acaba la razón de una y donde empieza la razón de la otra, lo cierto es que en algunos casos nos hemos encontrado ambos argumentos gravitando en el mismo campo de fuerza. Tanto si la familia actúa como iniciadora, como mantenedora o ambas cosas a la vez, la verdad es que en algunos

casos (sobre todo en el de los jugadores más jóvenes y en el de la mujer) está se hace presente de una forma casi demoledora.

En el intento de dotar de contenido a la primera de las interpelaciones realizadas, nos hemos encontrado con una gran disparidad de argumentaciones que, bien de forma directa o indirecta, hacen posicionar a la familia (tanto la propia como la creada) como un importante generador de la ludopatía, de ahí que pasemos a esgrimirlas.

En primer lugar destaca -*la capacidad de haber sufrido algún acontecimiento vital muy estresante*- como uno de los grandes problemas que se esconden en las historias de juego, sobre todo en las mujeres. En ellas, el problema suele ir conexo a situaciones vividas dentro del contexto familiar formado. No sorprende ver, que la mujer jugadora haya empezado a serlo, porque está sujeta a una vida de pareja donde manda el alcohol y el maltrato e intentando escapar de esta situación, termina formando parte del mismo círculo adictivo.

> *Mi vida matrimonial se llevaba fatal, he sufrido malos tratos porque es alcohólico y no lo quiere reconocer como yo he reconocido el problema. Yo le decía que tenía un problema con el alcohol, porque cuando no hay alcohol él es normal. Pero él me dice que no es alcohólico. Yo le digo que vayamos a la asociación, a través de dónde yo estoy te metes pero… él dice que él no es y no es. Y además la reacción que tiene cuando bebe no es normal… muy agresivo, una boca… tremendo (Jugadora, 39 años).*

Sin embargo, cuando el jugador varón suele sufrir situaciones muy estresantes dentro de su contexto familiar, éstas son atribuibles a su familia de origen, fundamentalmente al círculo parental. Se sabe que un ambiente conflictivo dentro del hogar o una mala relación con alguno de sus progenitores, suelen ser factores que contribuyen a incrementar los riesgos de desarrollar conductas problemáticas y/o delictivas. En el caso que nos ocupa hemos descubierto cómo en algunas historias de vida los problemas de juego tienen como desencadenante situaciones de maltrato por parte de uno de los cónyuges, situaciones de separación y de revelación de secretos familiares.

> *He sido deportista desde que tengo uso de razón y eso me evadía de las continuas palizas que recibía. A los 18 años sucedió una de las pruebas más duras de mi vida, cuando mi padre se dio cuenta de lo que mi madre hacía, decidió separarse y mi madre me preguntó con quien quería vivir, yo por supuesto le contesté que con mi padre y ella me contestó que él no era mi padre, en ese momento se me vino el mundo encima. Ahí comenzó todo, empecé a beber, a tomar drogas y a jugar cada vez más, no quería saber nada de la vida. Dejé a un lado lo que más quería a mi padre y a mis tres hermanos (Jugador, 33 años).*

Me he sentido maltratado física y psicológicamente por mi padre. Nunca he tenido su cariño. Me he sentido despreciado por él y eso a un niño le duele mucho (Jugador, 44 años).

Cuando pequeño mi padre, cuando no le hacía caso a la primera me pegaba con la correa. La verdad es que esa es una etapa que quisiera olvidar de mi vida y la otra es el juego; pero de éste no quiero olvidarme por todo el daño que me ha hecho (Jugador, 40 años).

De igual modo, aparecen situaciones dónde la *desestructuración familiar* es un hecho palpable, pero esta vez las razones devienen por una falta de relación dentro de la pareja o por una relación conflictiva de la misma, que terminan por contaminar la relación familiar. En cualquier caso, ambas se modelan como factores que tienden a predisponer conductas de juego entre sus miembros.

Él nunca ha sido responsable…, él era el que trabajaba y como trabajaba tenía derecho a todo. Mi madre como no trabajaba no tenía derecho a nada y nosotros como él era el que nos estaba dando de comer tampoco teníamos derecho a na. Mi padre y mi madre están en fase de separación, están con el divorcio, de hecho tienen los papeles presentados en el juzgado. Por las malas cosas, por la mala cabeza de alguna gente…, yo pienso que la culpa de todo la ha tenido mi padre, porque mi madre ha sido… ha sido la que nos ha sacado adelante (Jugador, 29 años).

No sé… uno ve lo de su casa y donde pensaba que tenía una familia descubre que no. Yo pensaba que mi padre paraba poco por casa por el trabajo y mi madre así lo decía: papá tiene mucho trabajo. Pero vas creciendo y te vas espabilando y vas viendo que no es así. Realmente ves que tu padre pasa de su mujer y de sus hijos. Yo me he sentido poco querido por él, ¿qué vas a pensar de una persona que apenas está en su casa con su familia?, pues que no nos quiere, y ya está (Jugador, 38 años).

Otra de las razones que aparecen en el discurso y que suelen actuar como verdaderos factores de estrés, ya que tienden a romper las situaciones de equilibrio o de interacción armoniosa, es la *pérdida de algún familiar*, sobre todo si entre ambos existían fuertes lazos de unión.

A mí… mi madre murió, a mí me dio mucha pena porque mi madre siempre había vivido conmigo. Ella se vino al extranjero conmigo y… siempre hemos vivido juntas ¡no! y al morir mi madre yo no sé… parece que aquello me derrumbó y eso hizo que me jalara más porque allí…en realidad vas y se te olvidan todas las penas, y yo pues empecé a ir todos los días, incluso yo he ido con un pie enyesao, he ido con un ojo tapao que también me pasó de un arañón que me dieron total que yo empecé a no poder dejar de jugar (Jugadora, 66 años).

Al fallecer mi padre se me fue todo. Cogí una depresión de dos años, estuve en salud mental, lo pasé muy mal con lo de mi padre porque estaba muy unida a él, muy unida y empecé a jugar, a jugar…, y tuve que buscar trabajo (Jugadora, 39 años).

En otras situaciones el juego viene alentado o acompañado por otros problemas que tienen que ver con la *salud* y con el descubrimiento de *problemas de drogodependencia* en algún familiar, fundamentalmente en los hijos.

Pero luego pues… al cabo del tiempo tuve un problema en casa que bueno… mi marido se puso muy malo, le cortaron una pierna y parece ser que los problemas… (Jugadora, 58 años).

Yo tengo 4 hijos mayores que tenían problemas de droga y yo lo que quería era ayudarlos pero no sabía cómo hacerlo. Pero después es peor. Te vas dando cuenta que si yo… yo no me ayudaba ni yo, que estaba siempre metida en el bingo, bueno… siempre no, yo sólo iba por la mañana, yo no podía ayudarlos a ellos y eso te hunde (Jugadora, 66 años).

Otra de las razones manejadas tiene que ver con el hecho de vivir en un contexto familiar *falto de recursos económicos*. Para algunos ludópatas, el hecho de vivir este tipo de situaciones tan estresantes en un contexto de consumo compulsivo, les alienta a buscar nuevas formas de ganar dinero y así poder mejorar la situación económica familiar, a la vez que se consigue satisfacer el deseo de querer tener cosas que hasta ese momento habían sido un imposible. A partir de aquí, el juego suele convertirse en uno de sus principales reclamos. Jugar solventa la necesidad acuciante de tener dinero, ya que en muchos de ellos, el beneficio es inmediato: juegas y si ganas dispones del dinero en ese mismo momento.

En mi casa siempre ha faltado el dinero. Económicamente mi familia siempre ha estado muy mal. Seguí estudiando pero después me vi obligado a salir a la calle a buscar trabajo y empecé a trabajar, pero el sueldo para mí era poco y como no sabía cómo ganarlo y veía que a la máquina le echaba mil pesetas y me sacaba cinco (Jugador, 29 años).

Yo de chico siempre soñaba con tener muchas cosas, será por la juventud y como mis padres no me han podido dar… que no han llegado a nivel de mis compañeros, de mis amigos de la calle… yo quería una bicicleta y no la podía tener porque mi padre no podía comprármela, y una moto menos… entonces yo siempre he deseado tener muchas cosas, y no sé… ha sido esa ambición lo que me ha llevado hacer lo que no debía. De intentar conseguirlo por donde no debo (Jugador, 22 años).

Otra cuestión esgrimida tiene que ver con la *falta de control* y de *autoridad* ejercida por la familia. Bien por motivos de desestructuración familiar que tienen como

resultante este tipo de consecuencias, o por pura dejadez o abandono de las funciones parentales, la cuestión es que en ambos casos se generan *vacíos de poder* que para algunas personas pueden resultar letales al ser utilizados para desarrollar conductas relacionadas con el delito o la desviación social. De hecho, los jugadores que han expuesto este tipo de causas valoran muy negativamente los estragos que en sus vidas tuvo la falta de control y de disciplina por parte de sus padres.

> *Me pasaba más tardes encerrado en los salones recreativos sin que nadie se preocupara de donde estaba o donde deseaba estar. Yo creo que me ha faltado ese cariño de un padre que he tenido pero como si no lo hubiese tenido, siempre había tenido un mal gesto, algunas veces me sentí despreciado por no tener ese cariño y esa atención que puede tener un padre con su hijo. Me he sentido maltratado, física y psicológicamente, si no hubiese sido así, es posible que no me hubiese pasado las tardes en los salones viendo de todo, pero bueno esta persona ya ha fallecido y no sé lo que siento, si lo añoro o me he liberado (Jugador, 44 años).*

> *En casa éramos muchos hermanos, no había orden ni control. No había horarios de comidas de todos juntos, ni de entrada, ni de nada. Esas cosas no existían. Me llevaba mucho tiempo jugando en la plazoleta, en los futbolines, en las máquinas. Mi madre nos llamaba para comer y si no subíamos no pasaba nada. Ahí llegaba uno y comía, llegaba otro y comía y… (Jugador, 45 años).*

> *De siempre me ha gustado la calle, estar con los amigos, divertirme. Yo no tenía el problema de algunos de mis amigos, yo salía y entraba de casa sin problemas, sin que nadie me dijera na y eso pudo ser uno de mis problemas. Empiezas a fumar, a beber, a ir a los recreativos y ves que no pasa nada y te confías y al final acabas en la droga, en el juego y todo hecho polvo (Jugador, 24 años).*

> *Yo comencé a trabajar muy temprano….me dejaban salir y llegaba a la hora que quería, a mis padres solo les interesaba que llegara a casa antes de que saliera el barco a pescar, porque eso era lo que me decían: llegando antes de que salga el barco, buena hora es (Jugador, 38 años).*

Otra situación que aparece en el discurso de los jugadores es el hecho de reconocer la presencia de *familiares* con *problemas de juego*, sobre todo en la figura del padre, algún hermano, u otro familiar que casi siempre va a estar relacionado con la parte de la familia que ha desarrollado el problema. Como bien veremos, en algunas familias se dan verdaderos patrones de juego, que en cierta manera han impulsado la hipótesis de si realmente el juego se hereda (genética) o si simplemente el juego hay que analizarlo como un proceso de aprendizaje o modelado social.

> *Mi padre fue jugador de cartas con dinero. Jugador de cartas, pero mi madre nos lo ocultaba. Ella jamás se lo decía a nadie. La verdad que con nosotros empezó a hablarlo cuando mi problema. Ella pasó mucho porque se llevaba las noches enteras jugando a*

las cartas, fuerte, jugando a las cartas fuerte, con dinero. A nosotros nunca nos ha faltado de nada y hemos sido siete hermanos, pero como tenía dos pagas muy fuertes, una se la daría a mi madre y la otra se la quedaba él (Jugadora, 39 años).

Yo siempre he pensado que mi padre, a raíz de todos los problemas y todas las cosas que han pasao, pueda ser jugador. Lo pienso porque a veces llegaba a casa y decía: mañana me toca el cupón, y yo le preguntaba qué como sabía que le iba a tocar y era porque había comprado muchos números; todas las terminaciones, pero no sé si habrá sido el juego, las juegas por las noches, mujeres…, no sé pero ha gastado mucho dinero, todo lo ha tirado y lo ha perdido, lo que no sé muy bien en qué…,haber ha habido algo porque él tampoco es alcohólico, no me extraña que sea el juego, porque si yo lo he estado ocultando a toda mi familia, él también lo puede estar ocultando (Jugador, 30 años).

Mi hermano que es más chico que yo, 28 ó 29 años ceo que tiene. El también ha tenido problemas de juego. Él jugaba mucho al bingo, peo ceo que ahora lo ha dejado (Jugador, 35 años).

Yo tengo un tío por parte de mi padre, hermano de mi padre, que es muy aficionado al bingo, muy, muy aficionado. De hecho la primera vez que yo entré en el bingo, entré con él. Yo tenía 15 años. Él tiene una empresa, es soltero, tiene cincuenta y pocos años y lo seguirá siendo. Tiene bastante dinero, porque tiene una buena empresa y él se lo gasta prácticamente todo en el bingo. Todo lo que gana. Supongo que sabrá controlarse, porque si no se hubiera ido a pique, seguro (Jugador, 29 años)

Deteniéndonos un poco en la segunda cuestión anteriormente esbozada, podremos decir que normalmente las primeras aproximaciones al juego suelen estar generadas por situaciones de imitación donde la familia suele estar implicada, ya que ésta suele actuar como un referente o un modelo a imitar para sus miembros. De ahí que la presencia de familiares con problemas de juego disponga al modelado, facilitando la aparición de este tipo de conducta desviada.

Hacíamos parada obligatoria en el kiosco a tomar café, porque mientras yo me tomaba el cola cao con el cortadillo de sidra, mi padre jugaba en una máquina que había. Un día me dijo que me pusiera en la máquina mientras él iba al cuarto de baño, a la segunda o tercera vez que le di al botón verde empezó a cantar y a soltar monedas. A mí me subió la adrenalina y me puse nervioso, nos había tocado cinco mil pesetas, nos fuimos a trabajar y a la vuelta mientras yo me tomaba una coca cola en otro bar él hecho las cinco mil pesetas y otras cinco mil pesetas más que tenía guardada, que le había quitado a mi madre de la venta anterior, pronto me dijo que lo llevaba haciendo muchos años atrás y que era la única manera de tener dinero encima para sus gastos. Así que pensé que si él lo había hecho ¿Por qué yo no? Y empecé a jugar (Jugador, 38 años).

Por último destacar como otro elemento muy importante, que afectaría tanto en la fase de inicio al juego como en su desarrollo, que la falta de la familia como *fuente de contención*, o como *mecanismo de control*, con respecto a la estructuración del tiempo y de las responsabilidades para con ella, facilita el desarrollo de la adicción, ya que esto suele conllevar toda una serie de concesiones para el jugador, que va a permitirle contar con todo el tiempo del mundo para jugar y además no va a verse en la tesitura de tener que dar explicaciones de lo que hace.

> *Yo tenía que estar allí hasta que cerrara el bingo, me daba igual la hora, yo terminaba a las seis, y yo sabía que hasta el otro día a las ocho no iba a… y cerraba el bingo, a mí lo que me preocupaba era que tuviera dinero para que no me tuviese que ir antes de que el bingo cerrara, Yo tenía que estar allí hasta que el bingo cerrará. Yo no tenía control de tiempo y yo volvía a casa y lo mismo daba que fuese las diez, las once, las dos. Nadie me controlaba. Yo lo achaco a eso, aunque también tengo que decir que me gustaba (Jugador, 66 años).*

5.2.- ADICCIÓN AL JUEGO Y CONSECUENCIAS FAMILIARES

Dada la gran amalgama de consecuencias que en el contexto familiar suele acarrear la adicción al juego, hemos visto necesario empezar este epígrafe estableciendo un cuadro conceptual dónde se recogen los principales costes relacionados con este tipo de problemática (Véase Cuadro 80). Costes que cómo bien podremos ver en este epígrafe, han ido apareciendo a lo largo del discurso dado por los propios jugadores o jugadoras, así como por sus familiares.

CUADRO Nº 80

Mapa Conceptual **Consecuencias en el Contexto Familiar derivadas de la Conducta Adictiva de Juego**
▪ **Cambio de Estilo de Vida** (incursión en el mercado laboral de la pareja)
▪ **Estrés Familiar**: - Problemas económicos (ruina económica) - Problemas judiciales (delitos y la vergüenza social)
▪ **Problemas con la pareja:** - Deterioro físico (problemas intestinales, dolores de cabeza, insomnio, etc.) - Deterioro psicológico (ansiedad, depresión, resentimiento, etc.) - Culpabilidad ante su actitud negadora de la realidad - Pérdida de confianza hacia el jugador o jugadora - Ideación de suicidio
▪ **Coodependencia**
▪ **Situaciones de maltrato o violencia intrafamiliar:** - Dimensión psicológica - Dimensión económica - Dimensión física - Dimensión sexual

Mapa Conceptual **Consecuencias Familiares derivadas de la Conducta Adictiva de Juego**
▪ **Disfuncionalidad familiar:** - Procesos de comunicación - Relaciones de intimidad
▪ **Cambios en la dinámica familiar:** - Roles familiares
▪ **Problemas con los hijos** - Problemas de afecto - Sensación de abandono - Culpabilidad por la situación - Problemas fisiológicos - Sentimientos de temor y odio - Grandes sentimientos de vergüenza social con respecto a sus familiares y amigos - Gran preocupación por el otro progenitor (madre)
▪ **Problemas con los demás miembros familiares**: sobre todo cuando el adicto es un hijo: padres y los hermanos.
▪ **Ruptura familiar:** - Separación - Divorcio

Fuente: Elaboración propia.

Es evidente que la factura que pasa el juego patológico al ámbito familiar es muy grande y así nos lo ha ido constatando cada una de las historias de vida realizadas. Sin un ápice de duda y de resquemor, todos y todas apuntan que las familias son las que más directamente van a sufrir las consecuencias del problema con el juego. No olvidemos que para una familia, tanto vivir en la ignorancia de lo que pasa, como descubrir el problema, lleva implícito la aparición de una grave sintomatología disfórica. Tener un jugador o una jugadora dentro de la familia presupone tener una fuente continúa de estrés. Aunque es larga la lista de los elementos disfóricos expresados por nuestros entrevistados y entrevistadas, con respecto a este tema, toda ella es fácilmente comprensible si tenemos en cuenta que todas las derivaciones descritas con anterioridad (económica, laboral, judicial, social, etc.) no tiene como única víctima al jugador o jugadora sino también a la familia en su conjunto.

> *Yo no me di cuenta. Yo estaba trabajando, la niña chica y no me di cuenta. Pero fue enterarme y ya venirme todo de golpe. Me enteré del problema y de todo lo demás de golpe: que le debía a mengano a fulano… de todo de golpe. Me quedé en shock (Familiar, 25 años*).

Profundizando un poco en el tema vemos que, de entre los elementos que terminan por minar, poco a poco la relación familiar, nuestros entrevistados y entrevistadas destacan fundamentalmente la brutalidad que tiene para con ella la bajada del poder económico, que algunas veces ronda la pobreza absoluta. Como ya hemos visto, la necesidad económica se instala día a día en la familia del jugador

teniendo que pedir en muchos casos socorro a algún familiar o institución social para hacer frente a una situación desesperada.

Llega un momento en que no tienes para comer porque todo el dinero es para pagar. La deuda se hace tan grande, tan grande, que no sabes que hacer. Jugando él decía que no cobraba y no teníamos dinero para pagar porque se gastaba lo suyo y lo que yo ganaba. Él no cobraba pero él seguía pidiéndome dinero para sus gastos porque él fumaba, se tomaba un café, cogía algunas veces un autobús,… exigía dinero. Llegó un momento en que la cuenta era muy gorda, porque desaparecía el dinero que ganábamos. Llegó un momento que no teníamos ni para comer. Nació nuestro hijo y no teníamos ni para él. Yo he ido a Cáritas para pedir para la leche. A mí me daban los vales de leche para pagar en la farmacia. Cuando no tenía cortada la tarjeta de Hipercor compraba lo necesario para los niños. La verdad que muy mal. Es muy difícil vivir así, trabajando los dos. Esto no se puede olvidar jamás. Cuesta perdonar todo esto (Familiar, 53 años).

Mi madre me tuvo que ayudar bastante. Gracias a ella no tuvimos problema de necesidad. También me ayudaba en la ropa y los zapatos de los niños cuando llegaba un cumpleaños yo le decía lo que necesitaba. La verdad que gracias a ella necesidad, necesidad, no hemos pasado, aunque yo lo he pasado muy mal; psicológicamente acabas muy mal (Familiar, 42 años).

En otros casos nos hemos percatado de que, si el cónyuge no trabajaba, se ha visto obligado a tener que hacerlo para hacer frente, tanto a esa situación económica desesperada, como a las deudas contraídas por éste. Aunque las deudas se intuyen, nunca, casi nadie, llega a imaginar hasta donde ha sido capaz de llegar el jugador o jugadora y su descubrimiento implica un gran shock, sobre todo para la pareja, que acaba arrastrada por el estrés crónico, llegándole a ocasionar problemas de depresión o ansiedad.

Yo no tenía ni para comer y me tuve que poner a trabajar a limpiar escaleras, a limpiar casas y lo que ganaba era la mitad para pagar y la mitad para comer. Se me saltan las lágrimas de pensar a lo que había llegado. Yo tenía un plátano para mí y para mis tres hijos. Un plátano o una manzana. Eso es muy duro, la verdad es que muy duro. Y eso me ha costado mucho, mucho trabajo, superar eso (Familiar, 59 años).

Yo me sentía muy deprimida. Intentaba llevar mi casa pa lante y al ver que no podía, que te sientes incapaz, que el dinero te falta un mes y otro y que te cuesta tirar pa lante caes en depresión. Yo estaba muy deprimida. Llegas a pensar cosas horrorosas (suicidio) aunque después no las hagas. Yo sentía que estaba metida en un pozo y no podía salir. Superas todo esto gracias a la ayuda que te dan, porque yo necesité ayuda y no me da vergüenza decirlo. Cuando llegué a la asociación es cuando realmente descubrí todo lo que había, las deudas que tenía mi marido, y eso te afecta mucho y si no te ayudan es muy difícil pasarlo (Familiar, 53 años).

Otra gran fuente de estrés tiene que ver con temas judiciales. En algunas situaciones, legalmente la familia tiene que hacer frente a juicios pendientes con la posibilidad de encarcelamiento del jugador o jugadora debido a sus continuos delitos (desfalco, robo, falsificación, etc.). Este hecho va a suponer un incremento de la tensión ya existente dentro de la familia, porque además de su alcance psicológico implicaría añadir un complemento de vergüenza social a la situación.

Cuando despiertas a la realidad de lo que te pasa quieres pensar que eso no puede estar pasándote a ti. Sabes que algo pasa con tu marido, porque las cosas no van bien de ninguna forma, pero nunca llegas a pensar que tu marido ha podido robar o que ha falsificado tu firma. El mundo se te cae encima y piensas en todo, pero sobre todo en tus hijos. A mí se me caía el alma a los pies cuando pensaba en lo que la gente podría estar diciendo y que mis hijos se enteraran de cómo era su padre y que ellos sufrieran (Familiar, 44 años).

Poco a poco vas cogiéndole odio. Pasas de quererlo a odiarlo por todo lo que te está haciendo. Psicológicamente acabas destrozada, incluso es tal la manipulación que hay, que terminas por creer que parte de lo que pasa tienes tú la culpa. Eso te hace tapar la situación de cara a los demás. Yo no quería que nadie se enterara de lo que pasaba en mi casa. La única que sabía algo era mi madre, de hecho ella, como ya te he dicho me ayudaba bastante. Pero hasta que no recibes ayuda profesional no eres consciente de lo que estas pasando y de cómo de verdad hay que afrontarlo. Yo hasta ese momento no me di cuenta de lo mal que lo había hecho. No supe manejar la situación (Familiar, 42 años).

Cómo bien nos trasladan, la pareja tiende a sufrir un gran deterioro físico y mental, en parte potenciado por la incapacidad para recuperar la confianza en el jugador o jugadora en el desarrollo de constantes sentimientos de duda que a veces se vuelven obsesivos, haciendo que muchas de ellas acaben separándose o pidiendo el divorcio.

Son tantas las veces que te dice que no va a volver a pasar que terminas por no creerle. Al principio te da pena y le perdonas, confías en que no va a volver a pasar, pero termina por pasar y al final te cansas de la situación. Yo en una ocasión me fui, le dejé. Estuvimos varios meses separados y al final me prometió que iba a pedir ayuda y vinimos a la asociación y volví con él. Hasta ahora todo va caminando bien (Familiar, 27 años).

Vivir con un jugador es vivir en la desesperación, porque lo peor no es que te mientan constantemente, sino que le dan la vuelta a la situación con tal habilidad que te hacen sentirte culpable de la situación. Yo llegó un momento en que llegué a creer que la que se gastaba el dinero era yo y no él, porque cuando llegaba algún recibo del banco y yo le pregunta, él me enseñaba el papel del banco donde estaba mi firma ¿cómo me iba yo a imaginar que él estaba falsificando mi firma? Casi me volví loca. A partir de enterarme de lo que pasaba no fui capaz de confiar en él. Me ha costado mucho,

mucho retomar la confianza. Si te soy sincera creo que en el fondo aún tengo la cosita de que tengo que estar sobre aviso (Familiar, 53 años).

Yo me encontré con que las deudas de mi marido sumaban siete cifras y mi piso estaba embargado por una entidad bancaria con fecha puesta para la subasta. Mi reacción fue dejarlo. Estuvimos varios meses separados. Hasta que él no tomó el compromiso serio de dejarlo no volvimos. Yo no quería más promesas pues siempre volvíamos a lo mismo y hasta que yo no vi, que él se lo tomó en serio no volví con él (Familiar, 33 años).

En realidad muchos manifiestan que el cónyuge y los hijos suelen encontrarse psicológica y físicamente más afectados que el propio jugador. Confesado el problema el jugador o jugadora dice entrar en un proceso de relajación y de liberación mientras que la pareja se encuentra de bruces con una realidad, aunque muchas veces intuida, no conocida y sin saber qué hacer para resolverla.

Yo estaba deseando salir, deseando salir del calvario donde yo estaba metido porque de verdad que era muy infeliz, tanto si me tocaba como si no me tocaba. Porque no podía disfrutar de ese dinero o porque el agujero era cada vez más grande. Entonces yo estaba frito, frito, estaba deseando que me cogieran o lo que fuera para que me llevarán a un médico a un psicólogo o un psiquiatra, donde fuera. Mi mujer cuando lo supo todo lo pasó muy mal. Ella no quería tener nada conmigo. Yo estuve seis meses aislado de mi mujer, ella no quería saber nada de mí, hasta que yo no me puse en serio con mi tratamiento. Ella todo lo que decía era que había arruinao su casa, que era un vicioso y un degenerao (Jugador, 60 años).

No teníamos apoyo de nadie. Me pasaba todo el día llorando preguntándome como yo no me había dado cuenta de lo que ocurría. Teníamos montones de deudas, él estaba parao y con mi sueldo apenas nos llegaba para nada. No contábamos con el apoyo de nadie ya que tanto su familia como la mía nos habían dado de lado. MI hijo mayor, que entonces tenía 14 años, me pidió que me separara, mis padres que no le dejara entrar en casa y yo sólo quería despertar de esa pesadilla (Familiar, 42 años).

Al principio lo que sucede es algo que parece raro pero no lo es tanto. Cuando se te complican las deudas quieres que tu familia se medio enteré y así te puedan pagar las deudas, tú paras un poco el juego y cuando pasa un poco de tiempo vuelves de nuevo a las andadas. Hasta que tu mundo no se cierra al juego no te das cuenta de lo que hay verdaderamente. Por eso cuando te descubren de verdad sientes que por fin todo ha terminao, que te despiertas de la pesadilla; aunque la verdad que te cuesta mucho, mucho trabajo al principio (Jugador, 55 años).

Escudriñando un poco la situación a la que se enfrenta la pareja veremos que las consecuencias que padecen vienen definidas por tres momentos. En principio se tiende a negar la situación. No reconoce el peligro o el problema y por tanto piensa

que no hay nada por lo que preocuparse. Esta actitud corre en su contra ya que hace que el problema se dilate en el tiempo, dado que tarde o temprano va a terminar por ser consciente de la realidad entrando en la segunda etapa que viene definida por un proceso agudo de estrés. El haber mantenido su conducta de juego va a pasarle una gran factura, ya que se va a sentir enormemente culpable de haber empeorado la situación con su actitud negadora. Intentará ayudarle, normalmente le facilitará dinero con la idea de que resuelva sus deudas, pero esto no hará más que seguir manteniendo dicha conducta por lo que su esfuerzo por remediar la situación quedará en saco roto y por tanto emergerán la frustración, el rechazo y la culpabilidad.

> *Intentas ayudarle pero sirve de muy poco porque él no quiere ayuda para dejarlo, sólo que le limpies un poco su "basura" y seguir con lo suyo. A esta conclusión no llegas hasta que no recibes ayuda. Tú sólo piensas en la vergüenza y por eso le tapas. Una y otra vez te crees que va a cambiar y eso no es así, pero sin saberlo le sigues el juego hasta que termina explotándote en las manos. Pensando en que le estas ayudando, después te das cuenta que no, que al contrario, que has estado participando en su problema y terminas sintiéndote peor. La culpa es lo peor que te puede pasar. Sentirte culpable te hace mucho daño y yo no he parado de sentirme de otra manera. He necesitado ayuda para superar la culpa (Familiar, 44 años).*

Finalmente esta situación tiende a desembocar en una fase de agotamiento y de miedo. La pareja empezará a exacerbarse, a tener trastornos de sueño, de irritabilidad pérdida de apetito y en algunos casos un consumo excesivo de fármacos pudiendo desencadenarle conductas disfuncionales.

> *Yo todavía estoy tomando las pastillas que me mando el médico. Hace unos años que el médico me mandó unas pastillas para controlar mis nervios y mi ansiedad y aún sigo. Yo lo pasé tan mal que me está costando recuperarme. Quiero creer que lo conseguiré, sobre todo por mis niños que ya bastante han pasado. La verdad que las terapias ayudan mucho, por lo menos a mí la psicóloga me está ayudando a ver las cosas de forma que yo las entienda mejor (Familiar, 25 años).*

Cómo vemos es fácil advertir, a través del análisis de algunas historias de familiares, cómo la adicción al juego acaba minando el bienestar psicosocial de la pareja y por ende el de la familia. Tanto es así que la mayoría confiesa haber sufrido, problemas psicológicos, aunque en algunos casos estas molestias se han visto acompañadas de dificultades fisiológicas como por ejemplo: alteraciones del sueño, continuos dolores de cabeza, problemas intestinales, etc.

> *Yo no sé por qué pasa, pero siempre terminaba creyéndome todo lo que me decía. Aún hoy me lo pregunto. Mienten tanto que al final conseguía darle el dinero que me pedía. Siempre decía que esta vez sí, que voy a solucionarlo todo, pero no era así, al contrario cada vez la situación se inflaba más y yo cada vez estaba peor. Llegué a estar*

tan deprimida que apenas comía, y dormía. Sólo tenía ganar de llorar y de cerrar los ojos y no abrirlos (Familiar, 53 años).

No obstante las peores apreciaciones vienen determinadas a nivel psicológico. Estar sumida en procesos graves de ansiedad, depresión, sentir ira, resentimiento, culpabilidad, confusión, inhibición verbal, timidez, etc., puede llevarles a la desesperación. Situación que tiende a agravarse por la brutal vivencia de frustración que sienten al considerarse fracasadas en lo que se refiere a su papel de esposas y madres.

De ahí que algunas de ellas tiendan a sentirse emocionalmente enferma por lo que es normal que piense en su propia muerte o en la de su marido, como única fórmula para acabar con esa situación. Según sus testimonios, los hijos son el único motivo por el que el suicidio se convierte en una idea muchas veces pensada pero nunca llevada a cabo.

Yo lo llegué a odiar. Le llegué a desear que se matara con el coche. Yo me decía si se mata, me queda el seguro, pago las trampas y yo en casita con mis niños. Todo eso lo he pensado yo. Después decía: ¡No Díos mío perdóname, no me hagas pensar esas cosas, mis niños sin padre, no!. Pero pensarlo lo piensas varias veces (Familiar, 59 años).

Estaba tan deprimida que pensaba que lo mejor era…, tú me entiendes. Me da miedo hasta decirlo, pero piensas en que lo mejor que te puede pasar es acabar con todo, con la pesadilla que tienes encima. Pero… a la misma vez que lo piensas se te viene a la cabeza la imagen de tus hijos y enseguida piensas en tus hijos, en la situación en la que si lo haces dejas a tus hijos y se me ponía la carne de gallina sólo con pensarlo (Familiar, 46 años).

Poco a poco me sentí que no valía para nada. En alguna ocasión llegué a pensar que si faltara alguno de los dos, toda esta situación llegaría a su fin; pero al mismo tiempo, pensaba en mis hijos, ¡qué sería de ellos si yo faltara! Me pasaba todo el día en un sin vivir, siempre asomada a la ventana, pensando dónde estaría él, y que todo se arreglaría si a mi marido le pasara algo (Familiar, 53 años).

Todas estas vivencias no hacen más que reverenciar otro de los grandes problemas que orbita o subyace alrededor del círculo adictivo. Tanto los jugadores como los familiares y técnicos que trabajan en su proceso de rehabilitación, no han vacilado en poner sobre la mesa el problema del *maltrato* o *violencia intrafamiliar* en la que se ven inmersos. Pese a ser un problema admitido por muchos jugadores y sus familiares, al día de hoy, todavía les cuesta mucho hablar sin tapujos del tema, sobre todo en lo que hace referencia a su dimensión sexual, cuando ésta existe. Aunque en

pocos casos nos hemos encontrado con manifestaciones expresas de maltrato físico o verbal, la mujer de un ludópata se siente muy maltratada a nivel psicológico.

> *Con las mentiras y los engaños, poco a poco, me fui volviendo una mujer sin autoestima. Te hacen sentir que no vales para nada; que todo lo haces mal. Pero lo peor de todo esto es que acabas creyéndotelo y eso ten deja tocada psicológicamente (Familiar, 46 años).*

> *Mi marido empezó a ser violento cuando estaba ya bien cogido por el juego. Él quería tranquilidad, que nadie le molestara, que nadie le hablara y que nadie le exigiera. Entonces ya se puso violento. Sobre todo fue violento cuando le faltó el dinero. Cuando le faltaba el dinero y ya estaba bien cogido. Cuando yo le dije lo de…*[2] *llegó un momento antes incluso de la separación que sí me agredió. Llegó un momento en que sí me agredió. También daba puñetazos en las puertas, los espejos rotos, tiraba los cacharros, decía palabras feas e insultaba, todo eso. Yo durante un tiempo pasé mucho miedo llegué a dormir con una tijera debajo de la almohada por si acaso (Familiar, 44 años).*

Esta dimensión de la violencia, en la mayoría de los casos, tiende a tomar la forma de situaciones donde reconocen haber sido ignoradas, humilladas, criticadas, aisladas de la familia y de sus amistades, y torturadas psicológicamente, en cuanto que son culpabilizadas de hechos o situaciones (siempre relacionadas con temas económicos), en las que no tienen nada que ver, pero terminan aceptando su autoría.

> *Te engañan tan bien, que terminas por creer todo lo que te dicen. Yo reconocí haber sacado dinero de la cartilla sin ser verdad, él me lo confesó después. Pensé hasta que me estaba volviendo loca porque no me acordaba de las cosas que supuestamente él decía que había hecho (Familiar, 53 años).*

> *Yo era una persona muy alegre, muy agradable con todas las personas y me trató como si fuera una basura, me anuló como persona. Me daba hasta vergüenza hablar. Yo no hablaba porque pensaba que si hablaba hacía el ridículo. Yo esto que te estoy contando hace unos años no habría podido expresarlo, porque pensaba que si hablaba metía la pata. Es ahora y aún me cuesta (Familiar, 59 años).*

De hecho el jugador suele admitir esta forma de proceder. En su mayoría reconocen haber utilizado el maltrato como forma de comunicación y relación familiar. La estrategia que arguye el ludópata, consiste en neutralizar al rival para hacerlo dócil y manejarlo a su antojo, en cuanto que no le ponga trabas a su forma de proceder. Él no sólo necesita satisfacer su necesidad económica, sino también disfrutar de una

[2] Hace referencia al hecho de que cuando se enteró de lo que realmente había, cambió la domiciliación de la nómina para que él no tuviera acceso a ella y así poder gastársela en el juego.

buena imagen de cara a su familia y sus amistades y vivir tranquilo en casa y para ello no puede tener a la pareja como verdugo sino como aliada.

> *Yo siempre hacia lo mismo. Lo hice para seguir jugando sin problemas y me funcionó durante bastante tiempo. Yo a mi mujer la maltraté psicológicamente, nunca llegué al maltrato físico, pero el otro sí. Yo… entre una de las muchas cosas que hice… ya llegó el momento en que si yo sacaba dinero del banco o cualquier historia de esas yo falsificaba su firma. Yo aprendí a falsificar su firma y firmaba el cheque con la firma suya, lo cobraba y cuando aparecía el cargo encima le exigía que me explicara en donde se había gastado ese dinero, y ya como la tenía loca, porque yo llegué a tener a mi mujer loca, pues ya ella pensaba que derrochaba el dinero. Ella se culpaba y yo tan tranquilo, pues de cara a la galería la que gastaba más de la cuenta era ella (Jugador, 55 años)*

Conexo a esta problemática, nos encontramos con otra de las grandes dificultades manifestadas, tanto por la familia como por los jugadores, como es el tema de la interrelación que se dibuja dentro del ámbito familiar. De sus discursos no se nos escapa el hecho de que un hogar dirigido por la adicción al juego, es un hogar que está cimentado bajo el yugo de la disfuncionalidad que la propia enfermedad encierra. Tanto el jugador o jugadora como sus familiares son conscientes, y así lo han expresado, del cambio que a este nivel se produce en función del propio proceso adictivo. De ser una pareja, con un modelo de relacionales normales, pasan a convertirse en prácticamente unos extraños, dónde el sentimiento del *odio mutuo* tiende a sustentar la relación, si ésta aún perdura.

> *Las relaciones con mi mujer durante el proceso fueron las más horrorosas del mundo. Llegó un momento en que a mí me daba igual todo. Además mi mujer y yo hemos sido de los noviazgos de nueve años, desde niños, de hablar mucho, yo hablo hasta los codos y mi mujer todavía más que yo. Nosotros el diálogo lo perdimos completamente. Yo estaba loquito por pelearme con mi mujer para irme y si ella no tenía ganas de pelear, yo buscaba la pelea. Evidentemente las relaciones eran muy malas (Jugador, 56 años).*

> *Nosotros nunca habíamos tenido problemas. Siempre perfectamente. Durante el noviazgo perfectamente. Pero en los últimos años, sobre todo en los últimos tres años, éramos dos personas que yo creo que no convivíamos, sino que nos odiábamos (Jugador, 45 años).*

> *En nuestro matrimonio no había comunicación ni nada de nada. Ese tema muy mal, muy mal, porque él siempre estaba buscando una excusa para salir corriendo e irse a jugar. Le daba igual todo, hasta los hijos (Familiar, 44 años).*

Sin embargo quienes mejor explican lo que pasa en este tipo de situaciones son los profesionales que trabajan, día a día y coco con codo, con ellos. El adicto o adicta al

juego, de forma general tiende a conformar una dinámica de "familia enferma" capaz de ser analizada a través de lo que se conoce como "triangulo del drama". Según anotaciones realizadas por la psicóloga de AONUJER, el análisis transaccional nos ayuda a analizar y a entender la relación que tiende a implantarse en los hogares acaudillados o comandados por procesos adictivos. En concreto el sistema disfuncional tiende a postularse como la manifestación de un juego transaccional con tres posiciones básicas que interactúan entre sí, para mantener la disfunción o el juego. En esta dinámica disfuncional, la familia queda fragmentada alrededor de los tres vértices que conforman la geometría del triángulo: la víctima (adicto), el rescatador (familiar-hijo) y el perseguidor (familiar- pareja).

> *Para entender bien a una familia que sufre de la adicción de uno de sus miembros es necesario tener en cuenta algunas cuestiones básicas. En todo ámbito familiar de un adicto se produce lo que comúnmente hablamos como "triángulo del drama". Esto implica que la dinámica de las relaciones, la comunicación y la conducta de sus miembros, cambian y se hacen disfuncionales, como resultado de ese proceso adictivo. Además estos cambios pasan a formar parte de la dinámica de la adicción, produciendo codependencia y facilitando la conducta adictiva (Psicóloga de AONUJER).*

Vinculado a lo anterior, podemos plantear otros de los temas esgrimidos por los profesionales que trabajan esta problemática, como es el tema de la *codependencia*. Sin saberlo, algunas de las mujeres manifiestan síntomas de esta práctica disfuncional con respecto a sus parejas ya que se ven incapaces de terminar con la relación de abusos a las que están sometidas, debido a su dependencia emocional. Tienden a no reconocer su situación y mentirse sobre ella, minimizando, justificando y negando lo que acaece en su relación.

> *El gran problema que yo tenía era que le quería mucho, aunque le odies por lo que te hace. Él fue mi único novio, nos casamos jóvenes y la verdad que durante un tiempo todo fue muy bien. En verdad te niegas a reconocer la realidad; a ver lo que hay. Yo prefería seguir con él, aún sabiendo lo que había, porque después de un tiempo lo sabes, aunque te hagas la tonta para no perderle. Yo pensaba que sin él no podría hacer nada y me ofusqué en esa idea. Mi familia y algunas amigas me decían: Abre los ojos ¿no ves lo que te está haciendo?, pero yo seguía encerrada en lo mío. Mi gran culpa ha venido después, cuando tomé conciencia del daño que esa actitud tuvo en mi familia (Familiar, 53 años).*

Como vemos, la codependencia tiene que ver con la respuesta que el familiar (sobre todo las féminas) tiende a adoptar en aras de encontrar una solución al problema de la adicción. En muchas ocasiones, la mujer o la madre de un ludópata tiende a llevar a la práctica, de forma compulsiva y a pesar del daño resultante, una forma totalmente inadecuada de relacionarse con él, dado que con el tiempo terminan produciendo un sistema de relación positivo al desarrollo de la adicción.

Yo llegué aquí culpándome de todo lo que pasaba por no haber sabido solucionar el problema de mi hijo con el juego. En mi casa todo eran voces, disgustos y una convivencia entre hermanos horrorosa. Pero lo peor de todo era que yo no sabía que hacer y todo lo hice mal. Por aquel entonces mi hijo tenía una novia que yo no quería ni en pintura porque yo la culpaba a ella de lo de mi hijo. Mis culpas iban de mí hacia ella, sin darme cuenta salvaba a mi hijo de su propia responsabilidad. De eso me he dado cuenta ahora, pero antes no lo veía así. Cuando empecé mi terapia yo estaba tan mal que me costaba enterarme de lo que se decía, sólo lloraba y escuchaba (Familiar, 58 años).

Aunque la codependencia nace a la luz de situaciones alienantes, paradójicamente, ésta acaba convirtiéndose en un verdadero factor de alianza que termina por agravar aún más el proceso adictivo, ya que en sí misma, pasa a convertirse en una nueva fuente de adicción.

Cuando la familia se pone en tratamiento sabe que tiene una serie de síntomas que le hacen sentirse muy mal y que asocian a la tensión que les produce el tener que vivir con un adicto, pero nunca piensan que ellas han desarrollado otro tipo de relación adictiva como es la codependencia (Psicóloga de AONUJER).

Aunque el familiar no sea capaz de darle nombre y apellidos a la situación de *malestar psicosocial* que sufre, es fácil apreciar como esta situación aparece reseñada a través de su sintomatología. Ya sea envuelta, en una necesidad obsesiva para controlar o sentirse responsable de la conducta de otros, o por abrigar profundos sentimientos de incapacidad, vergüenza o autoimagen negativa, en la mayoría de los casos la codependencia tiende a encubrirse bajo el disfraz que encierra el propio proceso adictivo o bajo la generalidad de un proceso depresivo.

Yo sabía que algo me pasaba, que estaba muy mal. La gente más cercana a mí me lo decía. Yo sabía que mi marido escondía algo pero que yo no terminaba de saber que era y eso me ponía muy mal y empiezas a querer controlarlo todo, a que nada se te escape. Después crees que el problema es otra mujer, que te está engañando con otra y te echas tú la culpa. La culpa para mí fue lo peor porque empecé a sentirme que no servía para nada. Incluso llegas a sentir vergüenza de ti misma, a no querer salir a ningún sitio, a estar sola, a creer que te mereces lo que te pasa y por eso siempre acababa defendiéndole delante de todos, porque en el fondo lo quieres y crees que te está haciendo un favor quedándose contigo y que de otro modo nadie lo haría (Familiar, 46 años).

No obstante esta situación de maltrato no queda ahí. Aunque todos los familiares esgrimen como uno de los peores estresores la mala situación económica a la que se ve abocada la familia por los continuos desmanes económicos a los que les tiene esclavizados el jugador o jugadora, son muy pocas las que visualizan esta situación como parte del proceso de maltrato al que se ven sometidos. La dimensión

económica del maltrato viene caracterizada por cuestiones tan visibles como: la absoluta privación y control en lo que se refiere a poder manejar y tener dinero (ingresos y/o gastos), la sutil impunidad con la que se ve el jugador a la hora de hacer únicamente suyo el dinero de la familia y el constante endeudamiento al que ésta se ve sometida.

> *Al principio yo sacaba dinero, pagaba los recibos del agua, de la luz, los gastos de la casa y de los niños, después él se fue encargando de eso de los recibos. Le daba el recibo de la luz o del agua para pagar y se suponía que lo había pagado y no lo había pagado porque entonces me llegaba el recibo de corte o me la cortaban. No teníamos dinero ni pa comer. Él nunca cobraba. Toda mi nómina la quitaba a. Cuando yo iba al banco a sacar dinero ya no había nada. Todo era para él, para su juego y sus deudas (Familiar, 42 años).*

> *Él siempre mentía, que si el coche se ha roto, que si tengo muchos gastos en el trabajo, que si no cobro. Mi situación fue pasar de no tener dinero, porque él se lo gastaba en el juego, a no tener dinero porque cuando ya se destapó todo, tuvimos que afrontar todas sus deudas, que fueron muchas (Familiar, 46 años).*

Otro de los grandes escollos a salvar en la pareja es el tema de la intimidad. Aunque en este sentido nos hemos encontrado con un cierto comedimiento a la hora de hablar del tema sin tabúes, algunos familiares sí han tenido el valor de plantear su situación con toda normalidad. Como primera cuestión reconocen que, junto al dinero, este es uno de lo temas que les ponen sobre aviso de que algo pasa o de que las cosas no marchan bien dentro de la pareja. Pasar de tener unas relaciones sexuales gratas y frecuentes a otras muy exiguas, lleva a la pareja a situar el tema de forma errónea. En principio, la pareja del ludópata tiende a pensar que hay otra mujer en la vida de su marido. Esta apreciación no les resulta descabellada, ya que enlazando hechos y atando cabos de cómo trascurre su dinámica diaria, les lleva a concluir que la falta constante de dinero, la práctica inexistencia de relaciones íntimas, el pasar noches fuera de casa o el llegar a casa, ponerse a discutir y enseguida marcharse, son hechos incuestionables de que su pareja se está viendo con otra persona.

> *El tema de la intimidad muy mal. Cuando él empezó con el juego fue cuando éstas empezaron a cambiar. Al principio normal, unas relaciones normales. Después empezó a esquivarme, a no querer tenerlas. Siempre decía que estaba cansado con el trabajo y eso me dio a mí que pensar. Lo primero que se te viene a la cabeza es que hay otra. Que está con otra y que se está gastando el dinero con ella. La rabia te puede sólo de pensarlo. Yo pensaba que era un degenerao que no le importaba nada ni nadie; sus hijos pasando necesidad y él gastándose el dinero con otra (Familiar, 42 años).*

> *Lo primero que pensé es que estaba con otra. Cada vez que intentaba ser cariñosa ponía excusas. Le preguntaba por ello y me contestaba que estaba mal de la cabeza que él no estaba con otra, que le dejara tranquilo. Él lo poco que estaba en casa quería estar sin problemas que los niños le dejaran ver la tele y que no le molestásemos. Si le*

contrariabas se ponía violento, daba un portazo y aparecía a las tantas de la noche. Pues que quieres que te diga… piensas que tiene otra o que está metido con algo de drogas, que también lo pensé, menos lo del juego, yo imaginaba cualquier cosa (Familiar, 44 años).

Diferente lectura podemos sacarle a esta situación cuando la adicta al juego es una mujer. Más que pensar en una cuestión relacionada con la infidelidad, el marido tiende a cavilar que su falta de relaciones sexuales se debe a una cuestión de tipo económico. En concreto los pocos familiares hombres entrevistados esgrimen como posible hipótesis el chantaje emocional, en cuanto que pensaban que sus parejas no intimaban con ellos porque no eran capaces de satisfacerlas a nivel económico, dadas las continuas quejas que éstas mostraban con respecto a este tema.

El tema sexual nulo completamente. Ella nunca quería tener relaciones. Yo quería pero ella siempre decía que le dolía esto, lo otro, y así estuve durante mucho tiempo. Aunque yo no pensaba en serio que mi mujer pudiera estar con otro, porque la verdad que el problema de bingo de mi mujer era por el día, ella nunca faltaba de noche; de vez en cuando sí se me pasaba por la cabeza pensar en eso. La relación con mi mujer cambió mucho por el juego. Siempre se quejaba por el dinero. Nunca había dinero, y eso era lo que más me extrañaba, yo tenía un buen trabajo y casi nunca acabábamos el mes bien. Tuve que buscarme otro trabajo de contable por la tarde creyendo que podía ser la solución, pero seguimos igual hasta que se destapó todo (Familiar, 68 años).

Yo sabía que algo jugaba, porque empezamos a ir al bingo juntos con los amigos, lo que pasa que yo no pensé que estuviera tan metida en eso. La verdad es que nosotros nunca habíamos tenido problemas de dinero. Teníamos un negocio dónde ella trabaja y yo tenía mi trabajo. Aunque éramos una pareja muy independiente, teníamos una cierta libertad, el tema sexual siempre había ido bien. Pero la cosa empezó a torcerse un poco, cuando tuvimos que cerrar el negocio. Mi mujer estaba siempre cabreada por el dinero, que no tengo pa esto, que no tengo pa lo otro, que las niñas tienen mucho gasto y no me alcanza… siempre la misma matraca. A partir de eso yo empecé a darme cuenta de que cada vez que quería arrimarme a ella, ella siempre me echaba en cara que yo en lo único en lo que pensaba era en eso y no en los problemas que teníamos (Familiar, 58 años).

Aunque es poco probable, dado que en la mayoría de los casos el ludópata parece vivir una especie de "anorexia sexual", esto no quita el hecho de que en ciertas ocasiones el jugador sienta la necesidad de demandar algún tipo de intimidad con su pareja. ¿Qué sucede cuando esto ocurre? Si tenemos en cuenta el discurso aportado por los familiares veremos que en éstos tiende a producirse una especie de bloqueo o negación, ya que la gran mayoría recusa tener relaciones con el adicto, por cuanto la situación de pareja suele estar al borde del abismo y mantener relaciones sexuales tiende a resultarles un acto desagradable o violento. De ahí que no nos extrañe encontrarnos con algún que otro testimonio donde la pareja asemeje esta situación con la dimensión sexual de la violencia intrafamiliar.

Yo perdí el gusto por todo. Sobre todo por las relaciones de pareja. Yo me he sentido una mujer violada cuando quería tener relaciones de pareja. Yo no podía tener relaciones con él (Familiar, 59 años).

Otro de los grandes impactos que la adicción genera sobre la dinámica familiar, y del que ésta no suele ser muy consciente, tiene que ver con el cambio en la definición de sus roles. Generalmente, los hogares que sufren el azote de la ludopatía tienden a cambiar su dinámica ubicando a sus miembros en roles disfuncionales propios de situaciones de codependencia, cuyo objetivo fundamental es seguir alimentado el propio proceso adictivo. Abandonarse al juego de la adicción implicaría, según nos ha referenciado la psicóloga de AONUJER, fabricarse un mecanismo de defensa capaz de ocultar sus temores y disminuir la ansiedad, ya que introduce la sensación de estar haciendo algo por resolver el problema. Desgraciadamente el desenlace final de este juego viene definido por un *fortalecimiento de la adicción y un debilitamiento de la familia*.

Ya te comenté antes de que yo con lo de mi hijo no di ni una. La cabeza te pide hacer algo por tu hijo, pero yo no hice nada a derechas. Mis otros hijos me lo recriminaban constantemente. Me decían: no le tapes, no le tapes, pero yo en mi afán de ayudarle, de que no le pasara nada, de que la cosa se pusiese peor, sobre todo en el trabajo, porque en ese tiempo estaba trabajando, le justificaba todo. Mi intención siempre ha sido de ayudarle, pero ese fue mi error y ha sido en la terapia dónde me he dado cuenta de todo. La terapia ayuda mucho (Familiar, 58 años).

En esa nueva asunción de roles disfuncionales, la pareja tiende a ocupar preferentemente el papel del *recriminador*, por cuanto que procura culpar al adicto de todos los problemas que acaecen en la familia. Los pilares de este tipo de relación se basan en la recriminación reiterativa y el sermoneo constante que con el tiempo, lo único que consiguen es *quemar* a la pareja e *indignar* al adicto, poniéndole ante sus ojos la excusa perfecta para seguir inmerso en su proceso de adicción.

Yo desde el principio tuve la sensación de que me casé engañada. Yo me casé engañada. Yo no sabía que jugaba, pero él estaba jugando y su familia sabía lo que había. Desde el principio todo fue un problema por culpa de él. Yo sabía que él tenía la culpa y siempre se lo recriminé y más cuando me enteré que todos mis problemas eran por una maldita máquina. Él no aguantaba que le dijera las verdades y cuando se las decía, él cogía siempre la puerta y aparecía a las tantas (…) Vivir así durante tanto tiempo me generó mucha frustración y ansiedad, pero el mayor problema ha sido ver como todo esto le ha afectado a mi hijo. Mi hijo tiene algunos problemas de comportamiento y estamos en ello, bueno más bien yo que él (Familiar, 44 años).

La verdad que yo le machacaba mucho. Yo le he echado en cara lo del juego, que por su culpa estamos como estamos, y sigo haciéndolo. Yo soy así y me cuesta cambiar, lo

pasé tan mal que siempre sale el tema. Han pasado casi cinco años y aún sigo recriminándole que por su culpa aún no tenemos una casa. Yo se lo he tirado mucho encima. A él nunca le gustaba que se lo dijera, lo que pasa que antes la daba igual y ahora se enfada deque siga recordándole todo lo que me hizo (Familiar, 25 años).

Por su parte los progenitores, sobre todo en la figura de la madre, tienden a posicionarse más en el papel de rescatadores y/o cuidadores. De manera general, la madre suele encargarse de la ardua tarea de tener que cuidar y salvar a su hijo de los problemas que le confieren su adicción, como por ejemplo: pagar sus deudas, excusarle constantemente, justificar ante los demás sus actos, etc. Sin quererlo promueven el autoengaño o la falta de conciencia, ya que les mantienen cegados o alejados de las consecuencias que depara su adicción. Ante esta realidad es fácil que el ludópata pueda llegar al auto-convencimiento de que no tienen ningún problema con el juego.

Mi madre intentó ayudarme. Yo no se lo puse fácil porque siempre andaba con mentiras. La pobre siempre andaba al quite con todos. Cuando necesitaba dinero era fácil sacárselo. Le metía cualquier bulo y se lo creía. Yo me aproveché de eso y durante un tiempo la tuve frita: o le pedía dinero o se lo quitaba. Llegué a una situación que me daba igual que en mi casa todo fueran peleas y gritos. A mí sólo me interesaba que mi madre me diera dinero y lo que dijeran mis hermanos me daba igual. La verdad es que no te das cuenta de lo que haces. Tu obsesión es jugar y no piensas en otra cosa (Jugador, 22 años).

Llegados a este término, se nos abre la posibilidad de profundizar en otro gran tema como es el de los hijos. Para ello partiremos de los siguientes interrogantes: *¿Qué pasa con los hijos?* y *¿Qué posición ocupan dentro de esta vorágine adictiva?* Valorar de forma directa las implicaciones que tiene la ludopatía en los hijos es bastante complicado. El principal escollo viene dado por la edad. Ha sido muy difícil hacernos con su punto de vista, ya que una gran parte de ellos o ellas eran muy jóvenes (niños/as), y esto complicó mucho la posibilidad de obtener una verdadera visión de la situación por la que están pasando; o eran adultos con una vida hecha, y no les interesaba volver a recordar la *sin razón* vivida. Pese a esto, si sumamos los testimonios recibidos de los tres lados (hijos - padres - profesionales) obtenemos una visión muy concreta de cómo la progenie se ve afectada por el proceso adictivo de sus progenitores.

Tomando en consideración los datos obtenidos para este tema, vemos que el discurso queda prácticamente centralizado en el *eje afectivo*. Es fácil esbozar cómo debe de ser el *día a día* para un hijo o hija que vive prisionero de la adicción al juego de alguno de sus progenitores. Generalmente sus emociones quedan definidas por dos impresiones: la falta de afecto y el abandono. El plano emocional queda sujeto a una especie de *montaña rusa* dónde el desafecto, la inestabilidad emocional, la culpa y la auto-responsabilidad tienden a darse la mano. De ahí que algunos de ellos o ellas se

sientan culpables de esta situación, llegando a pensar qué abran hecho para que su padre tenga esa conducta con ellos.

> *Yo siempre pensé que mi padre no nos quería. Él nunca estaba en casa y si alguna vez aparecía siempre estaba enfadado. Aún tengo el recuerdo temeroso de mi madre de cuando escuchaba la puerta. Nos poníamos todos a temblar porque no sabíamos por donde le podía dar (Familiar, 26 años)*.

> *Yo creía que tenía la culpa de que mi padre no nos quisiese. Siempre he intentado portarme bien y estudiar para que estuviese contenta conmigo, pero eso nunca pasaba. Yo recuerdo que de más pequeña me afectaba mucho que mi padre se pusiera a gritarnos. Lo pasas muy mal. Nosotros lo hemos pasado muy mal (familiar, menor de edad)*

> *A mi padre no lo veíamos casi nunca. Por la mañana siempre era mi madre la que nos levantaba y nos llevaba al colegio y después del colegio muy poco. De más pequeña el recuerdo de mi padre era de estar enfadao, y peleando con mi madre. No nos daba nunca un beso, nunca estaba con nosotros y eso te hace sentir mal. Lo pasamos muy mal… mi madre sobre todo. No sabes que pasa en casa, sólo ves peleas y te sientes mal. Yo lloraba cuando veía llorar a mi madre y todos los días pedía que no se peleasen, de estar bien en casa (Familiar, menor de edad).*

En ciertas ocasiones toda esta desafección puede llegar a generarles algún que otro problema físico, aunque las principales implicaciones tienden a situarse en el plano psicológico. De hecho, es fácil percibir como algunos de estos menores son capaces de llegar a somatizar las situaciones de malestar que sufren. En este sentido, el familiar del adicto o adicta es el que mejor visualiza este problema, ya que reconoce en los síntomas de sus hijos su propia sintomatología.

> *Ahora cuando llegaba a casa…, él entraba, y estábamos mi hija y yo y cuando lo sentíamos llegar, mi hija me decía: mamá vamos a acostarnos, vamos. Y cuando hacía así (levanta la mano) nos echábamos a temblar porque ya era bronca. Al día siguiente mi hija ya se encontraba mala, si no le dolía la barriga le dolía la cabeza. Aunque la verdad que ella fue muy valiente con lo del padre, me ayudó mucho, pero también sufrió mucho (Familiar, 59 años).*

> *Siempre que había problemas mis hijos se alteraban y el más pequeño acababa haciéndose pipi encima. Poco pasaba con el jaleo que algunas veces montaba. Porque las palabrotas, los puñetazos en la puerta, tirar los cacharros y todo lo que hacía, lo hacía delante de los niños. Mis niños se asustaban mucho. La verdad que él con los hijos no ha tenido relación ninguna. Si le decía ves a recogerlos a la guardería, después me llamaba la maestra y me decía: no ha venido, tu marido no ha venido a buscarlos y ahora tenía que andar yo llamando a alguien para que me hiciera el favor (Familiar, 44 años).*

Frente a esta situación, no resulta extraño encontrarnos con que el temor y el odio sean las emociones que dominen la vida de estos menores. Esos sentimientos vienen fundamentados en la idea de que el progenitor o progenitora ludópata es la causante de la infelicidad que sienten, ya que en sus casas todo va mal.

> *La culpa de todo la tenía mi padre. Mi padre no le daba dinero a mi madre y siempre había peleas. No le podíamos pedir nada a mi madre porque nunca podía comprarnos nada. Mi made siempre estaba triste y yo… no sé, creo que le odiaba por todo lo que nos hacía pasar. Alguna vez pensé que lo mejor era que no regresara que se fuese y no volviera más (Familiar, Menor de edad).*

> *Durante mucho tiempo le tuve mucho miedo y le odié. Con el tiempo te vas dando cuenta de todo lo que pasa en tu casa, de lo mal que lo estamos pasando y sabes que él es el culpable. Sin quererlo es así; te sale. Llegas a pensar cosas horribles, pero no puedes evitarlo. Con el tiempo te das cuenta mejor de todo y llegas a sentirte muy mal por haber tenido esos pensamientos, pero mientras lo estás pasando mal, lo piensas (Familiar, 26 años).*

De igual modo, abrigan una gran vergüenza por lo que les pasa. Se sienten incapaces de hablar de sus problemas con los demás, tendiendo a envidiar el entorno de sus amistades, ya que ven que éstos no tienen los mismos problemas que tienen ellos o ellas.

> *A mis hermanos y a mí nos daba mucha vergüenza que nuestros amigos se enterasen de nuestros problemas. Además nunca podíamos ir a ningún sitio como cumpleaños y eso porque no teníamos dinero para comprar los regalos (Familiar, menor de edad).*

> *No puedes comprarte ropa nueva, siempre vas con ropa usada, de tus hermanos, de tus primas y eso te da vergüenza, porque tus amigas sí se compran muchas cosas y tú también quieres tener cosas" (Familiar, menor de edad).*

A parte de sufrir por ellos, también sienten una gran congoja por la situación en la que se encuentra su madre. Aunque éstas en principio intentan evitar que se enteren o una vez enterados intentan minimizar el problema ellos son conscientes de lo que realmente pasa.

> *Yo sufrí mucho por mi madre. Yo era consciente de todo lo que pasaba, de que mi padre tenía problemas y eso no se podía esconder. Mi madre también tenía un carácter fuerte y cuando había problemas con mi padre yo temía que mi madre le contestará y se liara la cosa más, pues mi padre llegó a ser en algunos momentos violento, sobre todo insultaba mucho (Familiar, 26 años).*

Al principio, mi madre no quería decirlo, pero nosotros sabíamos que algo pasaba con mi padre, porque escuchábamos las peleas que tenían y veíamos a mi madre llorar. Ya después nos lo dijo mi madre y la verdad que… mal (Familiar, menor de edad).

Conocido el problema por todos y superada, en muchos casos la culpabilidad, los hijos e hijas tienden a aliare con la madre en contra del padre como forma de castigo ante la situación que les está haciendo pasar. A priori este tipo de correctivo no va a tener efecto en el ludópata, dado que no es capaz de dilucidar nada que no sea "su juego". Dado que este tipo de conductas tienden a permanecer en el tiempo, sus consecuencias serán visibilizadas una vez su pensamiento y sus acciones queden centradas en su entorno familiar y empiece a valorar lo que realmente tiene y pudo haber perdido.

Yo siempre he tenido a mis hijos de mi parte. Mis hijos me ayudaron mucho, sobre todo mi hija. Mi hija ha sido muy responsable siempre, desde que tenía catorce años. Mi hijo pequeño se fue muy joven a la mili y no sabía nada, pero al poco tiempo se lo tuve que decir pues él me notó muy triste y se lo tuve que decir. Le sentó fatal pues él tenía al padre en un pedestal y le costó trabajo asimilarlo, se llevó unos pocos de días sin salir de casa. Cuando se fue no paraba de llamarme para ver como estaba, me mandaba todos los meses dinero, de lo que él cobraba, para que no me faltase. Él estuvo un tiempo muy serio con el padre. A mí me ayudó mucho, incluso cuando se vino de destino a Huelva, se vino a casa y no quería que trabajase, pero yo insistí en que sí, total que me ayudó mucho (Familiar, 59 años).

La relación con mi familia no me importaba, la verdad, no piensas en ello. Mientras yo estaba metido en el juego no sabía ni dónde estaban mis hijos, me daba igual todo. Cuando desperté del mundo donde estaba metido yo ya tenía hombrecitos. Con el mayor fue con el que tuve muchos problemas ya que era el que le decía cada día a mi mujer que me dejara. A mí todavía me da mucho sentimiento todo esto, yo me perdí todo lo bueno con mis hijos. Pero bueno… (Jugador, 55 años).

Al igual que el cónyuge, los hijos e hijas también tienden a adquirir una serie de roles, que bajo el precepto equívoco de creer *estar ayudando*, tan sólo fomentan que la adicción siga estando instalada en su dinámica familiar. No obstante, esta asunción de roles, no es más que la revelación de las consecuencias que esta problemática llega a tener en la vida de cada uno de ellos: mostrarse en rebeldía, pretender ser héroes o hacer como que el problema no va con uno, suelen ser las *posiciones refugio* o *tablas de salvación*, más recurridas por los hijos. Tanto el rebelde como el héroe buscan centralizar la atención en ellos mismos, pero de forma distinta. Mientras que el primero pretende que la familia vuelque en él la ira y la frustración llevando a cabo un comportamiento negativo (indisciplina), el segundo lo busca a través de la consecución

de logros positivos. Quiere que la familia se sienta orgullosa de él o de ella intentando ser el hijo o la hija perfecta.

> *Mi hijo tiene ahora 13 años y tiene problemas de comportamiento. Siempre los has tenido en el colegio y ahora tiene muchos problemas en el instituto y en casa. Siempre se le ha achacado a él, porque nunca hemos sabido admitir, tanto él, que no la ha admitido nunca, y yo, porque no me daba cuenta, quizás no me daba cuenta, no sé en qué mundo estaba metida, de que realmente el problema era suyo y no del niño. Desde chiquinino en la guardería mi hijo manifiesta la ira pegando bocaos. Antes nosotros no sabíamos tanto sobre el manejo del niño, no teníamos conocimiento de… digamos de la educación ni nada de eso. Él daba bocaos, pegaba y conforme fue al colegio igual, desde preescolar ya molestaba. Pinchaba, molestaba mucho a cualquiera para llamar la atención. Hoy día sigue haciéndolo. Hay que llamarle la atención muchas veces, muchísimas veces. Hay que estar siempre encima de él para todo y cómo nunca le ha gustado estudiar pues ese ha sido otro problema. Él siempre ha estudiao obligao. (Familiar, 44 años).*

> *A mí nunca se me dio bien estudiar y mi madre lo sabía, pero te esfuerzas para no darle a tu madre otro disgusto. Yo salía muy poco de casa para estar con mi madre y ayudarla en todo, en la casa, en la compra… la verdad en todo, cómo se tuvo que poner a trabajar yo le echaba una mano en lo que podía y así ella no se agobiaba (Familiar, 26 años).*

> *Yo sé que mis hijos lo han pasado muy mal. Ellos nunca han dicho nada pero en sus caritas yo veía la tristeza. La verdad que siempre que había algún problema entre su padre y yo se iban para la habitación y hacíamos como que no pasaba nada. Desde que estoy en rehabilitación y mi hija es un poco más mayor he hablado algo con ella y me ha referido lo mal que lo ha pasado, incluso al padre le ha dicho que deje de beber, cosa que antes ni se hubiese atrevido (Jugadora, 39 años).*

Por último indicar que otro tema de gran interés es el que tiene que ver con la *ruptura familiar*. Tanto para los hijos como para las hijas, hablar de esa posibilidad lleva implícita una manifestación de sentimientos encontrados, en cuanto que algunas veces han deseado que sus padres se separaran, mientras que en otras confiaban en que todo se arreglara y así poder volver a la normalidad. La evidencia del primer pensamiento se hace explícita cuando las consecuencias de la adicción empiezan a hacer mella en la dinámica familiar, mientras que la del segundo viene asociada a los momentos iniciales del proceso adictivo, es decir, cuando la situación empieza a no estar bien pero aún no ha llegado a *dejar tocada* a la familia. Aunque la edad puede determinar la madurez del análisis en cuanto a esta situación, no podemos dejar de valorar que el deseo o los sentimientos sentidos están ahí, independientemente de la capacidad de razonar que se tenga.

No sé parece como que… pero la verdad es que lo piensas. Yo desee que mis padres se separaran. Yo no quería que mi padre volviese a casa ¿para qué? ¿para tener más broncas y ver a mi madre todo el día mal?. No, yo no quería eso. Llega un momento en que esa idea te ronda por la cabeza más de una vez y de dos. Aunque después cuando la cosa se arregla te arrepientes de haberlo pensado, pero eso pasa, esa idea la piensas (Familiar, 26 años).

Al principio no lo piensas porque quieres a tu padre y deseas que todo esté bien, pero después sí. Yo lo llegué a desear porque le cogí miedo. Yo me alegraba de que no estuviese en casa, porque así no lo veía y no peleaba con nosotros (Familiar, menor de edad).

A ciertas edades, este tema no sólo se piensa o se desea, sino que suele ser recurrido o reclamado por los hijos o hijas como fórmula que termine con la pesadilla que están viviendo. Aunque parezca extraño, más que actuar de parachoques, los hijos tienden a objetivar mejor la situación que sus progenitoras. Independientemente de la opinión que puedan tener los hijos, la decisión de seguir adelante con la unión de la familia recae en el otro cónyuge. Decisión que movida, principalmente por los inmovilismos sociales (prejuicios) y la escasa capacidad para pensar claramente la situación, suele ser más de continuación que de ruptura.

Mis hijos más de una vez me dijeron que me separara, que lo dejara, que así no podíamos seguir, pero yo… yo me resistía a dejarlo. Muchas veces me decía a mí misma que era tonta, que por que no lo hacía y así se acababa con el problema, pero me daba pena dejarlo. A una la educaron para estar con la familia y eso es muy difícil de romper (Familiar, 48 años).

Los otros eran más pequeños y no hablaban del tema pero mi hijo mayor sí me dijo que le dejara. Pero una lleva con él toda la vida, desde que teníamos diecisiete años y... él fue mi único novio y la verdad que eso te limita bastante a la hora de pensar que hacer. Yo la verdad que le amenazaba muchas veces con dejarlo pero nunca tomé la decisión de hacerlo (Familiar, 53 años)

Yo estuve unos meses separada de él, pero después volví con él en una de las veces que te promete que va a cambiar y yo siempre me lo creía. Me decía cualquier cosa y me lo creía todo. Pero llegó un momento en que ya la cosa no podía ser y me opuse y fui a un abogao y me preparó los papeles y se los día y fue cuando él decidió venir a la asociación obligao. Vino con su hermana y ella fue la que me explicó lo de las terapias y me dijo que ella estaba dispuesta a ir con sus hermanos pero que debería ser yo la que viniera y él me pidió la oportunidad de seguir juntos y de venir a la asociación (Familiar, 44 años)

6.- AFRONTAMIENTO DEL PROBLEMA. FAMILIA Y PROCESO DE REHABILITACIÓN. APRENDIENDO A VIVIR SIN EL JUEGO

¿Es posible dejar de jugar? ¿Existe una salida real para este problema? Si recurrimos a la vieja sabiduría popular enunciada, a través de sus *atemporales paremias,* descubriremos que una de ellas, bien podría reflejar la situación que tenemos entre-manos y que responde a: *No hay mal que cien años dure, ni cuerpo que lo resista.*

Esta paremia popular viene a decirnos que a nada le precede la finitud, sino todo lo contrario, todo tiene su tiempo y llegado éste, la situación tiende a transmutar. Pero este cambio no obra por sí mismo. Siempre hay un elemento que opera como fluido que termine haciendo que el *vaso rebose*. En este caso, poner nombre a la *gota que colma el vaso* significaría tener muy presente todo lo relatado hasta ahora, ya que ésta estaría conformada por la suma de todos los costes que lleva aparejada la propia adicción al juego.

De manera general, toda situación límite lleva implícita un proceso de desesperación dónde el adicto o adicta acaba superado y acorralado por las propias circunstancias que le obligan a tener que decidir *qué hacer*. No obstante, plantearse esta cuestión no es tarea fácil, dado que la mayoría no están preparados o preparadas para tomar una decisión de tal alta enjundia, ya que esto, de nuevo, lleva implícito un cambio de identidad: dejar de *ser adicto* para pasar a *ser ex-adicto*.

> *Yo me encontraba fatal, fatal, pero me podía el juego. Yo ya estaba vencido por él. Fíjate hasta donde que cuando mi mujer me dio a elegir entre irme de casa o acabar con el juego, decidí buscar ayuda pero no por mí, sino porque yo ya vi, que esa vez iba en serio y sino quería verme, con las maletas en la calle, tenía que darle ese gusto (Jugador, 66 años).*

A partir de este momento su vida queda supeditada a una doble decisión: pedir ayuda confesando el problema, si aún la familia no lo sabe, o huir de la situación intentando acabar con ésta de modo dramático. Aunque el suicidio es un tema muy recurrente en todos ellos, ya que en algún momento de su *historia de juego* han pensado en él como medida que les ayudase a terminar con su pesadilla, son muy pocos los que al final han sido capaces de llevar a cabo su consumación.

> *Me quise matar dos o tres veces. Bueno matar, como yo no sirvo para eso, me quise tirar dos o tres veces por el balcón, pero por tal de yo no hacerme daño me tomé una vez una caja de pastillas y antes de que me quedara dormido, porque como soy tan tonto, y mi cuñao que es ATS, le llamé y le dije lo que había hecho y yo ya no me enteré de nada, me quedé dormido y me tuvieron que llevar en una ambulancia a las tres y media de la mañana (Jugador, 35 años).*

Yo ya pensé varias veces en quitarme la vida pero eso era muy fácil decirlo. Yo dije de quitármela pero no tuve valor. No tuve valor porque hay que tener mucho valor. Yo lo intenté en una ocasión; una vez si lo intente. Cuando me di cuenta estaba en un sitio que pasaba por ahí el TALGO, en el matadero y me puse el coche allí parao en la vía pero vamos cuando sentí el pitido del tren pues como es un paso a nivel dije ¿pero que haces tú aquí? Y me quité y paso el tren (Jugador, 66 años).

Me encontraba tan mal que una vez me tomé pastillas. Sólo una vez lo intenté y me ha pesado mucho. El no pensar en mis hijos cuando lo intenté me ha dolido mucho y lo estoy superando desde que llegué aquí. Ellos me están ayudando. Yo quiero curarme y hago todo lo que ellos me digan (Jugadora, 39 años).

Ante esta vicisitud vemos que la mayoría opta por confesar la situación a la familia para que ésta se haga cargo de la situación. Confesión que va a estar precedida de una gran tensión personal, derivada del socavo económico al que ha sometido a su familia (durante un largo período de tiempo) dada su incapacidad para controlar su juego y mucho menos a dejarlo.

Mi período de juego fue mentira sobre mentira, destruyendo la economía familiar. Problemas de tipo judicial. Deudas con el banco llegó un momento en que no me pagaban la nómina. Yo había dejado de pagar préstamos, tenía mi piso embargado, tenía la nómina embargada, y al final no me quedo otra que confesarlo todo (Jugador, 55 años).

Deseas que todo acabe, que te descubran porque ya no puedes más. Tu economía hundida, tu familia destrozada y tú el culpable de todo lo que está pasando porque una máquina o el bingo te tienen comido el coco. ¡Es increíble hasta dónde te pueden hacer llegar! (Jugador, 53 años).

Evidenciado el problema la cuestión siguiente pasaría por ¿qué se puede hacer ante una situación de tal envergadura? La tendencia natural lleva a querer encarar el problema de forma personal. De hecho este es el argumento que el propio adicto o adicta va a utilizar de cara a su familia para convencerla de que, si él se lo propone, puede dejar de jugar sin requerir la ayuda de nadie.

Yo lo intenté varias veces. Cuando la cosa venía muy mala intenté dejar de jugar por mí mismo, sin ayuda de nadie. Mi mujer me dijo de ir a un psicólogo pero yo le dije que no, que yo era capaz de dejarlo, pero… lo único que haces es engañarte, porque al final que estás ¿un mes o dos meses sin jugar? pero después vuelves a las andadas otra vez (Jugador, 51 años).

Es a lo primero que te agarras. Lo primero es creer que tú, si quieres, lo puedes dejar, pero es otra de las mentiras que te sacas de la manga. Aunque te lo propones y lo

cumples durante unos días, al final acabas cayendo en lo mismo y más jodido todavía (Jugador, 40 años).

Intenté dejarlo sola pero al final volví. Creo que estuve… más o menos un año sin ir al bingo, pero después volví. Yo pensé que no iba ser capaz de dejarlo. La verdad que estoy en ello, llevo ya tres años y muy bien" (Jugadora, 39 años).

En principio, esta solución suele ser aceptada por la familia, ya que la mayoría desconoce la magnitud del tema que tienen entre-manos. De hecho todos los casos analizados, aludieron haber llevado a cabo esta fórmula para dejar de jugar, la cuestión es que a nadie le funcionó. La razón de este fracaso hay que situarla en el hecho de que la determinación de dejar el juego no llevaba el respaldo de una *decisión propia*, sino que nació desde la imposición, como contrapartida para seguir formando parte de la familia.

Mi mujer me dijo que había que ir a un a asociación y yo me resigné y yo dije: yo hago lo que ustedes queráis porque yo me veía en la calle. Yo no asumí que tenía un problema. Yo pensé de ir a la asociación dos o tres meses y cuando esto se tranquilice pues ya seguiré yo con mi ritmo (Jugador, 55 años).

Mi mujer me dijo que me tenía que poner en tratamiento o me tenía que ir de la casa. Mi hija se enteró de que había una asociación en Córdoba y yo, pues… puse miles de pegas para no ir, que yo no estaba enfermo que los enfermos eran ellos (Jugador, 66 años).

Yo intenté quitarme solo, dos o tres veces y estuve un mes y medio, incluso dos sin entrar en ningún salón, pero cuando ya no podía más entraba. Yo me he ido llorando del salón. Yo salía de allí fatal. Muchas veces decía: "yo me quito de esto por cojones porque esto no puedo conmigo" y entonces vine ya, pero yo no quería venir. Vine obligao. Yo no quería venir, gritando que no quería venir, pero ya me vi como un desgraciao porque mi mujer me quiso dejar y… vine por probar (Jugador, 34 años).

Vistos los resultados, lo normal es que en otro episodio *desaforado de juego*, vuelva a ser pillado y tome conciencia de que realmente necesita ayuda y decida dejar de jugar. Salvado este obstáculo, todos son conscientes del giro que a partir de ese momento va a tomar sus vidas: *dejar de jugar no es fácil pero sí es una tarea factible*. Consecuentemente esto lleva implícito la obligación de responsabilizarse de la determinación tomada. Pero esta decisión no afecta sólo al jugador o jugadora, la familia como -víctima colateral- también debe de ponerse en tratamiento.

Me ha costado mucho trabajo, pero de esto se sale y es verdad. Eso fue lo primero que me dijeron cuando yo acudí por primera vez a la asociación de Sevilla y de esto hace más de quince años (Jugador, 60 años).

Yo entendí que el único responsable de mi rehabilitación era yo. Yo tuve que ser consciente de eso y así se lo hice saber a mi familia. Ella (familia) también me ayudó mucho y desde el primer día estuvieron apoyándome. Desde el principio mi mujer vino a la asociación y hemos seguido todos los pasos que la psicóloga nos ha ido diciendo. Ella le dijo a mi mujer que tenía que comprometerse si quería que yo saliera del problema y ella desde siempre ha estado a mi lado (Jugador, 38 años).

Afrontar el problema es muy difícil. Tanto la familia como el adicto o adicta sabe que esto es una tarea encomiable que requiere: voluntad de poder y tiempo. Voluntad para deshacer una vida basada en el juego y tiempo para edificar una nueva vida basada en el *no juego*. Pero, para encauzar este nuevo proyecto necesitan "hacer suyas" algunas cuestiones básicas, preescritas por los terapeutas, sobre las que se asienta cualquier proceso de tratamiento. Ejemplo de ello tenemos el pensamiento o la idea de creer que su problema tiene solución, pero para ello es necesario acabar con la causa primaria que originó el problema de la adicción. Como hemos podido comprobar en la primera parte de este análisis, en la mayoría de los casos la ludopatía nace al amparo de otras dificultades. Problemas que deben ser resueltos si verdaderamente se quiere dejar de jugar. Todos saben que tomar conciencia del *porqué* se empezó a jugar es vital para emprender el camino de la rehabilitación.

En la acogida, que siempre la hace uno de nosotros (ex-jugador), se le dice que puede salir. Que del juego se sale. Cuando le refieres eso te miran sorprendidos porque la verdad es que… a mí también me pasó lo mismo. La primera vez que acudí a la asociación a pedir ayuda, el que me hizo la acogida me dijo: "pues nada tú no te preocupes que de esto se sale" y la verdad que tuvo razón yo ya llevo más de quince años sin jugar (Monitor terapéutico).

Para mí la palabra clave cuando viene a la asociación fue que se podía dejar de jugar. Yo no lo creía posible, pues lo había intentado varias veces y siempre volvía a jugar. Eso para mí fue…., gente que no conoces y que sin saber lo que tú traes o no traes te digan eso…, para mí fue vital (Monitor terapéutico).

El proceso de tratamiento es complicado mucho más de lo que creen en un principio. En la primera entrevista, conmigo, se le deja claro todo lo que conlleva el proceso de rehabilitación. De todo ello se habla, tanto con el afectado, como con la familia. A partir de ahí todo depende de ellos. Es importante que todos estén concienciados de la necesidad de apoyar a los profesionales en su proceso de rehabilitación (Psicóloga).

También hemos comprobado que, en mayor o menor medida, todos llegan a la convicción de la necesidad de tener que desprenderse de la mochila que llevan a la espalda y que les ha imposibilitado mirar la vida desde otra óptica que no sea el juego. Saben que para enfrentarse a su situación, requieren de una fuerza que sólo obtendrán si son capaces de perder los miedos que han ensombrecido sus vidas. Para ellos y ellas *huir de la vida* les ha llevado a vivir una *no vida* dominada por el pensamiento absolutista de la adicción.

A mí no se me abrieron los ojos hasta que no vine aquí. La psicóloga me ayudó mucho a valorar mi situación. Yo sabía que mi vida no iba bien, que yo no era feliz, que estaba siempre deprimida, pero nunca te planteas el motivo. Hasta que alguien no te dice que lo que te pasa es por algo, no te paras a pensarlo y cuando de verdad lo piensas te das cuenta de que tú no has empezado a jugar por nada, sino que ha habido algo que te ha llevado a hacerlo" (Jugadora, 39 años).

Cuando realmente descubres el porqué terminas enganchao o jugando te das cuenta de lo fácil que hubiese sido solucionar ese problema y no haber llegado hasta donde yo he llegado. El problema es que eso lo terminas descubriéndolo en la terapia, pero como dicen los compañeros del grupo lo más importante es saber reaccionar y no dejar que vuelva a pasar. Yo ahora todo lo que me pasa lo hablo con mi mujer y creo que saldré de esto (Jugador, 29 años).

Lo mismo de siempre te hace sentirte vacía. Sientes que no puedes aspirar a otra cosa y te deprimes y acabas en el bingo. Mi vida eran mis hijos, mi marido y mi casa y con el tiempo te vas dando cuenta que tu familia ya no depende tanto de ti y… al final pues terminas como terminas, todo el tiempo en el bingo. Yo al final tiré palante porque como, ya te he explicado mis hijos se metieron en la droga, y yo me di cuenta que si quería ayudarles tenía que salir de esto y eso fue lo que hice. Me armé de valor y tiré palante y nada, todo muy bien. Llevó ya varios años rehabilitada (Jugadora, 66 años).

6.1.- PRINCIPIOS FUNDAMENTALES SOBRE LOS QUE SE ASIENTA EL PROCESO DE REHABILITACIÓN.

Tomada la decisión e iniciado el camino hacia el cambio, es importante que los sujetos implicados sepan con claridad cuáles van a ser las nuevas reglas del juego. Tratar la adición no implica sólo predisposición o condescendencia; se requiere de otros elementos como el apoyo y la disciplina. Tomarse en serio la idea y contar con apoyos suelen ser las claves que determinan el éxito o el fracaso en el proceso de tratamiento. Ser disciplinado o disciplinada no es dable. De sus bocas hemos escuchado que, encarar esta nueva etapa es muy duro y más si se hace en soledad. En este sentido, todos ellos, son consecuentes de la importancia que adquiere la familia en todo el proceso de recuperación. Su papel es determinante en cuanto que pasa de ser *aliada inconsciente* en los procesos de juego a *aliada consciente* en el proceso de *no juego*.

No obstante, es importante reseñar que de todos los implicados en esta problemática, quien más claro lo tiene es el propio ludópata. Tanto el varón como la mujer ludópata son conscientes de la importancia que tiene la participación de la familia en su proceso de rehabilitación, dado que a la mayoría les precede un historial de fracaso. Haber intentado dejar el juego, sin la ayuda familiar y profesional, es algo muy común entre ellos, pero poco efectivo. De ahí que cuando tienen claro dejar de jugar lo hagan solicitando su ayuda.

Mi familia fue muy importante. Yo estoy seguro que sin su ayuda yo no estaría hoy hablando con usted. Yo siempre he dicho que si mi mujer no hubiese tirao palente con esto yo no lo hubiese conseguido. Dejar el juego cuesta mucho y necesitas que tu mujer esté contigo, encima tuya apoyándote en todo, sino es muy difícil (Jugador, 34 años).

Yo lo tengo muy claro, muy claro. Si mi mujer y mis hijos no hubiesen estado ahí, yo ahora no sé que hubiese sido de mí. No sé donde estaría en estos momentos, bueno sí jugando como siempre (Jugador, 40 años).

Pero no todos corren la misma suerte. La realidad analizada nos muestra que no todas las personas que tienen este problema gozan del mismo apoyo familiar. La mujer adicta es quién más va a sufrir esta privación. Tanto por boca propia, como de las profesionales, se nos ha hecho partícipes de este apunte: lo habitual pasa por ver a la mujer enfrentándose a su problema en la más estricta soledad.

Yo no he recibido ayuda de nadie. Yo he salido sola de todo esto. Mi marido no quiso saber nada de todo esto. Él decía que todo esto era mi problema y… me dejó sola, bueno la verdad que en todo porque tampoco ayudó con lo de los hijos. Él siempre ha vivido para él (Jugadora, 66 años).

Mi marido no me ha ayudado en nada, en nada. Él vino aquí el primer día y el segundo le dijo a la mujer de Jorge (monitora) que esto lo veía una tontería. En nada, en nada. Yo lo he llevado todo sola. Ni siquiera me preguntaba cómo me iba (Jugadora, 39 años).

En su defecto, algunas de estas mujeres encuentran el apoyo necesario en la amistad. En momentos tan difíciles una buena amiga puede funcionar como sinapismo ante un momento de titubeo o debilidad.

Una buena amiga mía me está ayudando. La conozco desde hace mucho tiempo. Realmente su madre era mi amiga, pero murió con la edad mía, tenía cáncer. Ella es muy joven tiene 23 años nada más, pero como ella siempre ha estado conmigo y le gusta estar conmigo, pues me ayuda mucho. Trabajamos juntas, sabe el dinero que gano, ella lo sabe todo sobre mi problema y me acompaña aquí (asociación). La verdad que me está ayudando mucho, mucho (Jugadora, 39 años).

En otros casos el apoyo viene de la mano de los hijos. Es importante valorar este hecho ya que en algunos casos esto puede determinar el futuro más inmediato de la familia. Al margen del infausto pretérito vivido, los hijos tienden a olvidar y a perdonar más fácilmente todos los sin sabores pasados, que la propia pareja. De ahí que sin pensárselo apoyen cualquier decisión que vaya encamina a dejar el juego.

Ella no quería saber nada de mí, yo estuve seis meses aislado de mi mujer; ella no quería saber nada de mí hasta que no me pusiera en tratamiento. Mis hijos siempre han estado enterados por la madre, además fue mi hija la que más me apoyó e insistió mucho en el tema y me llevó a Sevilla, porque desde que se descubrió mi adicción ellos han estado al tanto de todo. Cuando empezamos a ir Sevilla fue cuando mi mujer empezó a entender que tenía que ayudarme y a partir de ahí todo muy bien. Han estado siempre apoyándome en todo, en mi rehabilitación, en lo de la asociación, en todo (Jugador, 60 años).

Mi hija desde el principio me dijo "esto se va a solucionar mamá. Hay cosas que no se pueden solucionar pero esto sí". Yo creo que eso fue lo que más me hizo reaccionar, fui a un psiquiatra, vine aquí. La verdad que me ayuda mucho. Cuando necesito hablar o desahogarme hablo con ella, antes no lo hacía. Antes me lo tragaba todo y ahora no, ahora procuro hablar con ella, con mi amiga o con mi hermana (Jugadora, 39 años).

Mi hija me buscó donde ir a curarme porque la cosa ya era imposible. Me localizó una asociación en Córdoba, que como te dije al final no fui, pero ella insistió, insistió y al final terminé viniendo a esta asociación, bueno cuando estaba antes detrás de la iglesia de la Concepción. En verdad con mis hijos no es que estuviesen las relaciones cortadas pero no había fluidez y sin embargo siempre han estado ahí ayudándome. El que falló fui yo. Ellos necesitaron mi ayuda, porque yo estaba muy bien preparado para ayudarles en los estudios (tiene estudios universitarios) y no lo hice (Jugador, 66 años).

Una última cuestión importante de reseñar es la que se refiere al tema de los hijos adictos. ¿Qué pasa cuando el afectado por la adición es un hijo? Si tenemos en cuenta lo narrado por alguno de sus progenitores, veremos que la responsabilidad recae prácticamente en la figura de la madre. Sin quererlo, los sin sabores de la adicción van a colocar a la madre en una situación muy delicada. Cómo descendiente velará por él, al mismo tiempo que tiene que hacerlo por sus otros hijos y por su pareja, y no siempre esta situación resulta compatible. El conflicto familiar aparecerá en el momento en que alguno de los sectores familiares se muestre disconforme con lo que sucede en casa.

En mi casa todo eran voces, disgustos y una convivencia muy mala. Mi hija, con toda su familia también vivía en mi casa, total un desastre (Familiar, 58 años).

Cuando la adicción entra en casa en nombre de un hijo, es normal encontrarnos con este hecho. Aunque el padre suele tomarse muy mal el problema del hijo, éste tiende a delegar toda la responsabilidad en la madre, pues suele tener claro que es a ella a quien le corresponde el cuido de sus hijos.

A todos nos cayó como un jarro de agua fría. Mi marido se medio peleó con él y se desentendió del tema. Los hermanos muy mal y yo no tuve más remedio que hacerme cargo de la situación. La verdad es que me vi muy sola sin saber que hacer, muerta de

miedo, porque yo no sabía ni que era eso del juego. Después ya me dijeron que lo de mi hijo era una enfermedad, que había tratamiento y que se podía parar (Familiar, 58 años).

6.2.- TRABAJANDO POR LA RECUPERACIÓN. EXPECTATIVAS Y SENTIMIENTOS QUE GENERA EL PROCESO DE REHABILITACIÓN

Sentados los principios de la actitud personal para querer salir y la disposición de la familia a aceptar el problema e involucrarse en su solución, sólo nos queda abordar la última parte y que tiene que ver con la ayuda propiamente dicha. Actualmente se tiene claro que si se quiere afrontar con éxito la recuperación del ludópata, ésta debe contemplar una combinatoria de ayuda profesional y autoayuda, miscelánea que cumplen muy bien algunas de las asociaciones que se han creado al hilo de esta problemática.

Desde el primer momento que ponen un pie en la Asociación, tanto el jugador o jugadora como la familia, son informados del proceso de intervención que van a tener que seguir y que queda recogido en el *Programa de Atención a Personas Afectadas por el Juego Patológico.* Este programa tiene su razón de ser en la necesidad que surge de trabajar con las personas que tienen problemas con el juego o con otro tipo de adicciones sociales y con su núcleo familiar. De hecho, las técnicas que dirigen la ayuda profesional en la asociación identifican a este programa como el eje central de la asociación. Sin él, buena parte del asociacionismo quedaría vacío.

Realmente lo que da vida a la asociación es el programa de ayuda que se lleva a cabo. Sin su proyección, prácticamente seria imposible que un jugador pudiera rehabilitarse por completo. A través de la asociación obtenemos los medios para mantenerlo y desarrollar las actividades que surgen del mismo (Psicóloga de AONUJER).

Una vez han sido informados, el engranaje empieza a funcionar. Es importante saber que la primera etapa en *echar a rodar* es la denominada como *fase de acogida*. Aunque parezca un poco exagerado considerar a esta etapa como una de las más importantes del proceso de tratamiento, no lo es, ya que de ella va a depender si la persona toma la decisión de quedarse o irse.

Al principio te resistes en venir ya que no sabes lo que te vas a encontrar, pero como no te queda otra pues vienes. Vienes avergonzado, echo polvo, en una palabra desesperado y obligado, y esperas que te reciba una persona…, tu me entiendes, un médico o algo así y que te eche la bronca por todo lo que has hecho y eso te da un poco de reparo. Pero eso no es así. Cuando ves que eso no es así te quedas sorprendido. Yo cuando me vi delante de dos personas como yo, que habían sido jugadores como yo, que empezaron a contarme sus problemas, me entró una tranquilidad por todo el cuerpo que no veas. Eso hace que te relajes y que pienses en que no eres un bicho raro

y que existe una esperanza para ti y para tu familia. La verdad que eso me ayudó mucho (Jugador, 65 años).

Como podemos ver, esa determinación viene facilitada por el hecho de encontrarse ante personas con la misma consideración que ellos. No sentirse reos arbitrados por un juez facilita mucho la toma de decisiones en positivo, ya que de alguna manera, este tipo de relación permite descargar el sentimiento de culpa que normalmente traen. Conocer y ser partícipes de las vivencias de otras personas que han pasado por el mismo infierno, les ayuda a visualizar su presente y a encarar su futuro más inmediato con otros ojos.

Yo vine el primer día para callarle la boca a mi mujer. Entré aquí y dije: "esto es muy fácil aquí para engañar al personal". Me hicieron una entrevista, (la acogida) y cuando escuché y vi que tenían los mismos problemas que yo, que sus casos eran muy parecidos al mío, que los problemas sociales, todos eran muy similares a los míos. Y ya me lo tomé con más conciencia y fui progresando bastante hasta el día de hoy afortunadamente (Jugador, 30 años).

La forma en cómo me recibieron la primera vez (acogida) me ayudó a darme cuenta del problema que tenía y eso me dio ánimos para empezar con las terapias. (Jugadora, 39 años).

De igual modo, todos los afectados y/o afectadas por la problemática (jugador como familia) valoran muy bien la ayuda técnica que les ofrece el Programa de Intervención Psicosocial llevado a cabo por AOUNUJER. Roto el hielo, el jugador o jugadora será puesta en manos de los profesionales de la Asociación. La psicóloga será quien lleve a cabo la Historia Clínica, que consiste en valorar sí realmente esa persona tiene un problema con el juego y hasta que punto está afectado por él. Realizada la valoración se determinará el seguimiento individual de cada caso, su incorporación a los grupos de tratamiento, así como la necesidad de establecer otro tipo de actuaciones que faciliten su rehabilitación.

Dictaminado como enfermo patológico, éste deberá acudir a una cita con la trabajadora social de la Asociación, para proceder a la formalización del proceso de ayuda. Para ello deberá de rellenar y firmar una serie de documentos imprescindibles como son el documento de autoprohibición y el contrato terapéutico. Realizado esto y en una segunda cita la trabajadora social llevará a cabo la Historia Social y establecerá, tanto el tratamiento social, como el proceso de seguimiento, ambos encaminados a la mejora de las condiciones socio-familiares del ludópata y de su familia. No olvidemos que es importante detectar y determinar el grado de deterioro sociofamiliar en el que se encuentra tanto el enfermo o enferma como la familia.

Toda la ayuda que te dan es importante. El que personas que hayan tenido tu mismo problema te echen una mano es muy importante, pero también lo es la ayuda que recibes de la psicóloga, la trabajadora social y la abogada. Siempre puedes acudir a ellas cuando las necesitas. Yo creo que ahí está el tema principal, que recibimos una ayuda muy completa (Jugador, 47, años).

A la Asociación llegan muy mal. Viene tan mal a nivel personal y familiar que es vital la ayuda que le prestamos los profesionales y ellos lo saben y con el tiempo lo valoran mucho (Psicóloga).

Situado el caso, tanto el afectado o afectada como el familiar (pareja o progenitor) entrarán a formar parte del programa de tratamiento para su rehabilitación introduciéndole en el *Grupo de Inicio*. Este tipo de grupos son conducidos por monitores de autoayuda y ayuda mutua y sus objetivos están enfocados a conseguir la adaptación de la persona al organigrama de la asociación. Durante un tiempo comprendido entre cuatro y seis meses, en sesiones de una hora y media, con una periodicidad de dos veces por semana y de manera independiente (jugadores y familiares por separado) se abordan temas tan cruciales como: tomar conciencia de la enfermedad, ser capaz de expresar las motivaciones que ayudan a seguir con el tratamiento, reducir el nivel de ansiedad y trabajar para hacer desaparecer los sentimientos de culpabilidad que tanto ahogan al adicto como al familiar.

Desde el primer de día que entré en la terapia me enseñaron a cómo debía afrontar el problema. Te enseñan a que veas el problema como una enfermedad y no como un vicio. Lo mejor que yo veo es que te permiten hacer preguntas y plantear tus dudas y eso te ayuda mucho (Jugador, 38 años).

Al principio me sentí un poco incómoda porque entré en el grupo con veinte hombres y yo una mujer sola ¡con todas las mujeres que hay jugando! Además yo soy muy corta, yo no sirvo para hablar y eso me… pero a los poco días me di cuenta del bien que me hacía y deseandito estaba de que llegara el día de la terapia (Jugadora, 39 años).

Desde el primer día que entré en terapia me fui relajando, entendí qué es la enfermedad, que yo no tenía culpa de nada, porque ellos tampoco la tienen, que yo también estaba enferma, que no hay que tener prisa, que hay que echarle mucha paciencia, que es cuestión de tiempo. Me sirvió mucho todo, porque cuando yo llegaba a casa ponía en práctica todo lo que escuchaba en las terapias y así echaba yo para delante mis 24 horas (Familiar, 58 años).

Esta fase es contemplada por alguno de nuestros jugadores como de las más difíciles, ya que coincide con la puesta en marcha de una serie de técnicas del control de los impulsos que permitan la exposición a los indicios asociados al juego como son: llevar dinero en el bolsillo y dejar de frecuentar compañías y lugares de juego, etc. El

acatamiento de todas estas normas es difícil, ya que por ambas partes se requiere de voluntad y disciplina férrea. Voluntad al jugador o jugadora que se va a ver obligado a tener que deshacerse, casi por completo de su droga -*el dinero*- (llevará sólo para los gastos teniendo que ser justificados mediante ticket) y disciplina al familiar que tendrá que hacer cumplir las normas sin vacilación ninguna.

> *Yo lo pasé muy mal, yo pasé mucho mono. Una de las cosas que yo pasé muy malamente fue lo del dinero. Para mí mi droga era el dinero y yo pasé de estar acostumbrado a llevar mucho dinero encima a tener que dejar de llevar dinero. Yo tenía la sensación de ir desnudo por la calle y yo eso no…, yo eso de meterme la mano al bolsillo y no tocar el dinero físicamente para mí era muy malo (Jugador, 55 años).*

> *Los dos o tres primeros mese fueron mortales porque yo estaba muy acostumbrado, desde pequeño a llevar mucho dinero y tener siempre dinero y de golpe y porrazo pasas a no tener dinero y a mí me encanta, por ejemplo, salir por las tardes a pasear y si se me antoja comprarme una revista pues comprármela, o se me antoja tomar café o una coca-cola pues tomármela, a no poder hacerlo ahora. Te parte mucho, mucho, pero nos tenemos que habituar a esto, no hay otra. Además mi mujer lo lleva sin piedad, súper controlado (Jugador, 29 años).*

> *Lo que peor llevé fue lo del dinero y pasar por los sitios donde yo me había pasado casi media vida y no poder entrar. Tuve que cambiar mis hábitos y mis rutas de paso. Yo sabía que si quería vencer la tentación del juego, no podía pasar por delante de ellos (bares). Menos mal que me lo tomé en serio y al final salí de esto (Jugador, 44 años).*

> *En la primera parte, en los dos primeros meses lo que más me ha costado trabajo no era lo de no llevar dinero, porque ya últimamente yo un día tenía 500 € y otros no tenía nada, tenía 0 €, entonces lo del dinero no tanto, pero me ha costado mucho trabajo de no entrar en los salones. Yo donde vivo, hay un salón que está debajo mía, está en la misma carretera y yo me llevaba ahí hasta tres días jugando y… (Jugador, 35 años).*

Pero andar este camino no será igual para un hombre ludópata que para una mujer ludópata y así nos lo han referenciado. En la mujer, este problema cobra mayor relevancia, ya que es ella misma la que tiene que ejercer el control de su propia situación adictiva, al carecer prácticamente de ayuda familiar. Si en un principio pensábamos que esta doble responsabilidad pudiera laxar o vedar el proceso, esto no ha sido así. Al contrario, en los casos estudiados (donde se cumplía esta salvedad) nos hemos encontrado con que las ganas de salir del infierno del juego ha podio más que cualquier dificultad encontrada en el camino. También nos hemos dado cuenta que salvar este tipo de obstáculos confiere a la mujer mayores niveles de *autoestima,* facultad que, por otro lado, resulta vital para afrontar con determinación cualquier proceso de rehabilitación.

Mi familia me dice que tengo mucha fuerza de voluntad. Ven que estoy sola y que ya llevo dos años y nueve meses sola afrontando el problema. Yo iba a comprar y yo tenía el dinero en mi cartera. A mí nadie me lo controlaba ni me pedía cuentas de ello. Yo he sido fuerte. He tenido que ser fuerte porque yo lo he pasado tan mal que quería salir de esto. Todos me dan la enhorabuena porque he sido fuerte, porque estoy sola y yo me he controlao. Yo me he quitado mi mono, como se suele decir. Yo lo he pasado muy mal, pero muy mal de quererme suicidar. Imagínate que esto es lo último (Jugadora, 39 años).

A mí no me quedó otra. Yo tuve que tirar palante sola con el tratamiento y curarme porque yo necesita curarme, mis hijos necesitaban que yo dejara el juego para poderles ayudar. Yo sabía que no era fácil pero saque fuerzas y tire con ello hasta que lo conseguí y estoy muy orgullosa de todo lo que he logrado (Jugadora, 66 años).

Con respecto a la labor que se le encomienda al familiar apuntar que éste, de manera general, suele tomar con mucha complacencia su papel de *controlador*. Atendiendo a sus manifestaciones esto podría ser explicado del siguiente modo: En principio esta misión es vista como la única forma que tiene el familiar de ver cumplidas sus ansias de venganza hacia el jugador. De hecho algunas parejas llegan tan mal que cuando acuden a pedir ayuda desean y esperan que, la persona dispensadora de la ayuda, actúe como un juez ejerciendo su labor de manera implacable, es decir, reprendiéndoles y castigándoles y cuando en realidad ven que esto no es así, muestran su decepción.

Yo desde el principio lo tuve claro, no vacile en llevar al pie de la letra las indicaciones de la psicóloga. Además, yo te voy a ser sincera aunque esté mal decirlo, a mí me resultó fácil porque lo vi como una forma de vengarme de él por todo lo que me había hecho. Es tanta la rabia y el odio que llevas dentro que quieres que de alguna manera pague lo que te ha hecho. Realmente le deseas lo peor (Familiar, 25 años).

El día de la acogida me enteré de tantas cosas que mi marido había hecho y que yo ignoraba, que fue para mí como un juicio donde yo era la víctima. Llegué esperando que le condenaran a trabajos forzados y todo fueron palabras de apoyo, ánimo y aliento. Ese día todo mi dolor se convirtió en rabia, en ira, me sentía abandonada, sola y aunque prometí que ayudaría a mi marido, yo lo que quería era venganza y que pagara por todo el mal que me había hecho (Familiar, 42 años).

Más tarde, reducida la rabia y la ira, solo les queda hacer una valoración de lo conseguido hasta ese momento. Es a partir de ahí dónde realmente descubren que con esta forma de proceder sí se van obteniendo los resultados esperados. Lo que importa es que el adicto pueda rehabilitarse, y una buena forma de conseguirlo es siguiendo al pie de la letra las indicaciones establecidas por los técnicos.

Él dice que le tengo muy apretado que no le dejo respirar y yo le digo que si quiere bien y si no quiere pues ya sabe. Yo soy así. Entre que yo de por sí soy así y que aquí me decían que tenía que ser firme, que no podía bajar la guardia, pues yo la verdad es que no le paso ni una y eso nos ha ayudado bastante en la recuperación (Familiar, 25 años).

Yo estoy rehabilitado gracias a mi mujer. Mi mujer fue muy dura conmigo en todo lo que le dijeron y eso me vino muy bien. Ella no me dio ni un poco de tregua (Jugador, 51 años).

Sin embargo todos son conscientes (sujeto adicto y familiar) que controlar los estímulos es un paso necesario pero no suficiente para acabar con el problema del juego. De ahí que se tenga claro que estas técnicas no pueden ser aplicadas en solitario, sino que forman parte de un programa más integral que ayude a la recuperación total del jugador o jugadora.

Ir franqueando el camino marcado se muestra de vital importancia para ellos ya que les permite reafirmarse, tanto en su voluntad de poder como de querer salir de la adición. Superar el *Grupo de Inicio* es señal de que van por buen camino y que están preparados para pasar de nivel y por tanto para afrontar nuevos retos en su rehabilitación. Salvada esta primera dificultad, tanto el adicto o adicta como el familiar ya estarán preparados para subir de grado y formar parte de un nuevo nivel denominado como *Grupos de Rehabilitación.* Al igual que los anteriores, estos también son conducidos por monitores de autoayuda y ayuda mutua y se realizan por separado (grupo de jugadores en rehabilitación y grupo de familiares en rehabilitación). Se reúnen una vez por semana en sesiones de hora y quince minutos y tiene una durabilidad mínima de entre seis y ocho meses. Entre sus cometidos estaría profundizar en la recuperación del jugador y del familiar y en la superación definitiva de la dependencia. No obstante, estos logros son alcanzables siempre y cuando la intervención se dirija a restituir áreas afectadas por al adicción como la personal, la familia y la social. Teniendo en cuenta la información dada por al psicóloga de AONUJER vemos que en estos grupos se trabajan aspectos tales como: la mejora de la convivencia familiar y la competencia social; saber identificar con claridad actividades y situaciones de riesgo; eliminar conductas familiares que sean excusas para jugar y adquirir habilidades y técnicas de adaptación y afrontamiento ante posibles cambios en el estado anímico del jugador o jugadora y del familiar.

Tanto el jugador o jugadora como el familiar aprenden que el tratamiento consiste en un proceso de aprendizaje orientado principalmente hacia la abstinencia del juego, ya que el fin último no va encaminado al uso responsable del juego, sino a no jugar. Para ello deben de ser consientes de que deben de corregir toda una serie de creencias irracionales o distorsiones cognitivas que les han mantenido en el juego y que es necesario permutar.

Cuanto te dicen que tú tienes que dejar de jugar radicalmente que ni siquiera puedes jugar al parchís, piensas que están locos. Pero luego, poco a poco, en las terapias te vas dando cuenta de que tienen razón, de que para poder dejar el juego es necesario no jugar a nada, que hay que evitar toda situación que te empuje de nuevo al juego. Pero para lograr esto es necesario tener la cabeza muy clara y las terapias te ayudan mucho (Jugador, 53 años).

Yo desde que estoy en la terapia he aprendido que muchos de mis problemas, por no decir todos, venían del juego. Yo antes le echaba la culpa de todos mis males a mi familia, al trabajo, a todo el mundo menos a mí. Vives tan sumido en tu mundo del juego que no te das cuenta de nada (Jugador, 35 años).

De igual modo, reconocen sus carencias en el campo de las habilidades sociales y aprenden a ser conscientes de que una buena parte de sus problemas vienen determinados por esta situación. No comprender sus problemas, no saber afrontar los conflictos que les surgen, no saber ejercer el autocontrol y carecer de habilidades comunicativas, suelen ser los fallos que comúnmente más cometen. De ahí que valoren muy positivamente el trabajo que se lleva a cabo en los grupos de rehabilitación, ya que les permite conocer y clarificar las posibles conexiones que se establecen entre la falta de habilidades sociales y la implicación en el juego.

El problema que yo tengo es que todo me lo guardo para mí. Yo me callo todo y no cuento nada. Yo he tenido un problema gordo con mi marido que no he sabido solucionar y ahora estamos como estamos. Yo nunca cuento las cosas y eso es malo. Ahora me estoy abriendo, ahora. Me estoy abriendo desde que estoy aquí, un poquito más, poco a poco. La vida sigue y mi vida desde que estoy aquí ha cambiado mucho, mucho (Jugadora, 39 años).

Yo soy muy corta, yo no sirvo para hablar. Ahora me están enseñando a hablar, porque no puedo. Quiero y no me sale. Pero estoy esforzándome mucho y aquí me están ayudando. Estoy deseando que llegue el día de la terapia porque la verdad que me ayuda mucho. Desde que estoy en la rehabilitación todo es diferente. Me encuentro estupendamente (Jugadora, 58 años).

Reconozco que yo soy muy manejable. Yo no he tenido personalidad nunca para decidir, me han dicho cualquiera: "vamos para acá" y yo pues "vamos para acá". He caído en las drogas, en las máquinas y me han pasado muchas cosas por eso. Porque no tengo… no sé decir que no y me ha pasado siempre eso y ahora con el tiempo que llevo aquí estoy intentando aprender pero me está costando mucho (Jugador, 35 años).

Superados los objetivos trabajados en este grupo, tanto el jugador o jugadora como el familiar pasarían a formar parte de un nuevo grupo: El *Grupo de Rehabilitación Conjunta*. Este se reúne el segundo viernes de cada mes, con una duración de dos horas y a diferencia de los anteriores, éste estaría dirigido por la

psicóloga y los dos monitores (el de jugadores y familiares). Aunque se concibe como la continuación de los objetivos ya tratados en el grupo anterior, en éste se tiende a profundizar en algunos objetivos concretos tales como: el desarrollo de habilidades sociales, mejorar las relaciones sociales y familiares haciendo mucha incidencia en las habilidades relacionadas con el diálogo.

Si permanecemos atentos nos daremos cuenta que es la primera vez que adicto y familiar *se ven las caras* en el proceso de rehabilitación. Atendiendo a lo razonado por los técnicos y los monitores de autoayuda, vemos que la explicación de este hecho es sencilla ya que ésta forma parte de las prerrogativas de la propia adicción. Tenemos que tener en cuenta que, cuando una familia tocada por la ludopatía llega pidiendo ayuda, trae consigo un artefacto que termina estallándoles en las manos. De intuir o de entrever que la cosa puede estar muy mal, la familia pasa en cuestión de minutos a ser consciente de la cruda realidad que envuelve el problema de juego es mucho peor de lo que imaginaban y esta situación es imposible afrontarla de forma conjunta. Nos referimos fundamentalmente al tema de la *ruina económica* y en algunos casos *problemas judiciales*.

> *Cuando te enteras de todo lo que hay, te sientes incapaz de perdonarle. Yo durante mucho tiempo le he odiado por todo lo que nos había hecho a mí y a mis hijos. Sinceramente, si no llega a ser por la terapia, ahora quizás estaríamos separados (Familiar, 42 años).*

> *Necesitas repetirte una y otra vez que tienes que olvidar, que si quieres tirar para delante necesitas perdonar, pero cuesta mucho. Yo desde le principio le dije a mi marido que si quería mi perdón se lo tenía que ganar día a día demostrándome que de verdad estaba dispuesto a dejar de jugar y por ahora lo va consiguiendo, espero que de verdad consigamos salir de todo esto (Familiar, 27 años).*

> *Yo estaba tan avergonzado de todo lo que había hecho que no podía mirar a mi familia a la cara. Necesitaba expiar mis culpas y comprender porque había llegado hasta ese punto y a partir de ahí ser capaz, de verdad, de poder hablar con mi mujer y pedirla perdón por todo y eso me llevo bastante tiempo (Jugador, 45 años).*

Como vemos, es necesario (si se quiere ser eficaz en el tratamiento) que ambos, pero sobre todo el familiar, sea capaz de comprender el problema marcando distancias con el jugador o jugadora. De ahí que todos los implicados en el tema valoren como esencial, que antes de abordar el problema sentando a ambos -*cara a cara*- se haga por separado, donde ya cada uno haya tenido tiempo de pensar, reflexionar y trabajar sobre el tema. Adquirida esa maduración personal, tanto el jugador como el familiar, estarán en condiciones de poder confrontar los sentimientos, emociones y hechos que han sido manifestados de manera separada durante sus terapias de ayuda y que es lo que se les va a exigir a este nivel de la terapia.

Todo tratamiento que plantee desde el principio juntar al jugador con el familiar, como se hace en otras adicciones, está avocada al fracaso. Aquí estamos tratando de problemas muy grandes, donde la familia tiene deudas de millones de pesetas y eso para una familia es muy difícil de asimilar. Cada uno necesita tiempo para digerir lo que tiene entre manos (Monitor terapéutico).

En general, es tal el sentimiento de culpa, de reproche y de malestar, que tiene la familia cuando se entera de todo lo que hay que es necesario canalizarlo y trabajarlo de manera individualizada, sino sería un polvorín. Algunas veces, en la terapia conjunta, nos hemos encontrado con alguna que otra situación que colea y que hemos tenido que neutralizar. ¡Imagínate si no fuera así! (Psicóloga).

También de forma conjunta, pero esta vez conducidos únicamente por la Psicóloga, se establece el grupo denominado como *Grupo de Psicoterapia*. Esta terapia es lleva a cabo de forma semanal en una sesión de hora y media de duración. Su objetivo prioritario está enfocado a trabajar el restablecimiento de los lazos emocionales (tanto del enfermo como del familiar que le acompaña) rotos por el juego, aunque también se intenta recuperar la vida social del jugador o jugadora.

Hemos podido comprobar que esta parte del tratamiento es muy importante puesto que la totalidad de los entrevistados han manifestado que este es uno de los temas más difíciles de recomponer. Aunque, ambas partes son conscientes del gran esfuerzo que conlleva abordar esta cuestión, es el familiar quien más dificultades va a encontrar a la hora de poner en pie todo lo que tiene que ver con el tema de las emociones, sentimientos, etc. La explicación que le dan a este hecho viene de la mano de que, mientras que los adictos viven en la inopia o ajenos a los problemas que genera su adicción, el familiar se da de bruces con ellas. Vivir bajo el yugo de la mentira y la irresponsabilidad hace que la pareja pierda todo lazo de confianza y credibilidad, y por ende, toda complacencia con el jugador o jugadora.

Es muy difícil llegar a tener una relación normal después de todo lo que has pasado. Dentro se te queda el gusanillo de que…, de que no te terminas de fiarte de él. Yo a raíz de todo esto me he vuelto muy desconfiada. Aunque en las terapias trabajas esa parte, cuesta mucho (Familiar, 42 años).

Después de tantos embustes te resulta muy difícil creerle. Volver a confiar en él resulta muy difícil. A la mínima piensas que ya te está engañando y ese pensamiento después de todo lo que has pasado cuesta mucho (Familiar, 53 años).

Yo sé que perdonarme es difícil y entiendo que a mi mujer le cueste, pero yo lo estoy intentando. Yo necesito estar bien con mi familia. Para mí, mi familia es lo más importante que tengo ahora y quiero que todo vaya bien con ella" (Jugador, 38 años).

De igual modo son conscientes de que, para poder rehacer la relación necesitan de dos cuestiones básicas: por un lado, tener muy claro que realmente es eso lo que quieren (voluntad de querer) y por otro, tiempo para conseguirlo. Pero también nos hemos percatado de que, la concesión que hace la familia con respecto a este tema va a ir ligada a los resultados del tratamiento. Si los avances son positivos, la pareja suele ser más magnánima en sus concesiones que si estos son negativos. Para comprometerse con la rehabilitación, el familiar necesita de algo más que unas promesas que casi nunca ha cumplido. Precisa de hechos que constaten que el resultado es bueno y que todos los esfuerzos van por buen camino. Necesita visualizar un futuro factible y eso sólo es posible con cuotas grandes de esperanza que les ayude a superar cualquier dificultad que se interponga en esa visión.

> *Yo siempre lo he dicho que yo me desenamoré y luego me enamoré de él viendo las acciones que hacía. Me ha costado mucho tiempo y trabajo pero como yo iba viendo el cambio que él iba dando, pues todo le parece poco para mí. Porque es verdad, es una persona que abro la boca y le falta tiempo para darme lo que quiero y a poquito a poco le digo "tío tú me vas conquistando otra vez". Y lo comento mucho con la gente de la terapia que me dicen: "Ay que alegría, cuando estaré yo así" (Familiar y monitora terapéutica).*

> *Él terminó toda su rehabilitación y ahora nos llevamos muy bien. Hablamos mucho y la comunicación muy bien. Yo cuando tengo algún problema se lo cuento y él me cuenta los suyos. Yo por su mirada sé si me miente o no y la verdad que la relación cada vez ha ido mejor. Con mis hijos estupendo. Mi chico siempre dice que ahora en la casa se respira amor, como había al principio. Aunque la vida me ha dado algunos palos grandes, yo se que me quiere y el bache se ha superado (Familiar, 59 años).*

> *La relación ha tardado en recuperarla. Yo le tenía tanto odio…, menos quererlo en ese momento…Yo sabía que quería ayudarlo, pero a la vez, de tanto daño que me había hecho quería mandarlo a tomar viento. Pero, poco a poco, como todo ha ido bien… pues una le da un poco de confianza, pero no del todo. La confianza no la tiene ganada del todo. Eso dependerá de si terminamos bien con la terapia (Familiar, 25 años).*

Otra de las cuestiones fundamentales que se trabaja en la terapia es la que tiene que ver con el tema de la *Recaída*. Aunque parezca inaudito, el fantasma de la recaída tiende a instalarse, tanto en la cabeza del jugador o jugadora como en la del familiar, una vez se ha iniciado el proceso terapéutico. Aunque este miedo en principio no se hace muy evidente en los grupos iniciales, éste va a ir incrementándose a medida que se va avanzando en el tratamiento. Como muy bien nos apunta la psicóloga de AONUJER, esto es explicable a través de lo que se conoce como el efecto *Bumeran*, que implica que a medida que el enfermo va ganando confianza con el tratamiento, el familiar a su vez la va perdiendo, llegando a convertirse en un miedo patológico.

Uno de los aspectos que más preocupan a los familiares es tener que volver al punto de partida una vez ha iniciado el proceso de tratamiento. Esto sucede cuando el jugador recae, cuando vuelve a jugar y esto el familiar lo lleva muy mal" (Psicóloga).

Es perceptible entender el pánico que estas personas sienten ante un episodio de recaída. Para el familiar este hecho no sólo significaría *desandar lo andado*, sino que también se verían escindidas todas las esperanzas puestas en el proceso de rehabilitación, ya que la confianza depositada, tanto en el jugador como en la terapia, quedaría barrida de un plumazo.

Sí piensas en que puede ser posible una recaída, que eso está ahí. Yo lo he pensado como también he pensado en qué pasaría si eso sucediera. Si él volviera a recaer, yo no sé que es lo que pasaría pero vamos…, seguro que me iría con mis niñas. Yo me iría con mis niñas y él tendría que decirme a mí un porqué muy fuerte de la recaída, para yo poder volver con él. Porque por una simple tontería que haya caído, pues no, a mí no me puede venir con rollos porque yo lo he pasado muy mal para que me diga a mí: "es que tenía eso o aquello ", a mí con eso que no me venga porque yo lo he pasado muy mal (Familiar, 25 años).

Yo ni me atrevo a pensar en ello. Yo me llevaría un palo muy grande, porque yo tengo depositadas todas las esperanzas en la rehabilitación y si recayese es como si todo fracasara y si esto fracasa ¿qué otra opción tenemos? No quiero ni pensarlo (Familiar, 44 años).

Por su parte, para el jugador o jugadora la recaída puede llevar implícita la idea de incapacidad. No poder dejar de jugar significaría asumir la idea de rendición y de predestinación. En pocas palabras, estar condenado a jugar porque, hagas lo que hagas, siempre acabarás jugando. Pensamientos que en el fondo son irracionales y que es necesario reconducir, ya que de ellos depende, en parte, el buen funcionamiento del proceso de rehabilitación.

Volver a jugar cuando estás intentando dejarlo es una situación que te lleva a la desesperación. Date cuenta que cuando uno llega aquí, es porque antes ha intentando dejarlo pero no ha podido y ve como su única y última opción la ayuda profesional. Entonces cuando ves que con esto no obtienes los resultados esperados pues te vienes a bajo y en tu cabeza ya empiezas a decirte que no lo vas a conseguir, que nunca vas a poder dejar el juego y eso psicológicamente te mata, porque acaba con todas tus esperanzas de salir del agujero (Jugador, 38 años).

Para mí sería lo último. Sería como reconocer tu fracaso y yo no puedo permitirme recaer. Mis hijos no me lo perdonarían y yo tampoco. Para mí sería como reconocer que no sirvo para nada y eso me haría volver otra vez al estado depresivo en el que he estado mucho tiempo y del que estoy saliendo. Creo que no lo aguantaría (Jugadora, 39 años).

De ahí que todos coincidan en este hecho: *desmitificar la recaída*; considerarla como algo que puede suceder, pero que también puede atajarse, sin que ello conlleve una pérdida de todo lo trabajado hasta ese momento. Hacerla parte del proceso de tratamiento como un aspecto más del que hay que ocuparse, tanto en el grupo de autoayuda como en el de psicoterapia. Actualmente ésta se trabaja en el grupo de autoayuda de forma no terapéutica, a través de lo que se conoce como la *técnica del espejo* que consiste en contar vivencias personales para que los pacientes se identifiquen con aquellas y les puedan ayudar a superar los miedos que evidencian en terapia. Una vez que dejan los grupos de autoayuda, estos pensamientos son trabajados en la psicoterapia con la psicóloga a través de lo que se conoce como la reestructuración cognitiva y la racionalización de pensamientos irracionales, desde un enfoque cognitivo-conductual y a través del psicodrama con la dramatización de sucesos traumáticos del paciente.

> *El miedo más cercano que tienen tanto el jugador como el familiar, pero sobre todo este último, es a volver a los inicios del proceso de rehabilitación, recaer. Por eso es necesario desbloquear esos pensamientos. Uno no puede estar pensando todo el tiempo en que va a recaer y que qué pasaría si recayese, pues el tratamiento dejaría de ser eficaz y no adelantaríamos nada (Psicóloga).*

> *En verdad hablar de este tema en las terapias te ayuda mucho, porque a todas nos da mucho miedo pensar que pasaría si nuestro familiar volviera a jugar. A mí me ha quitado un poquito de presión y eso me ha ayudado a estar un poco más centrada en los logros que vamos consiguiendo día a día (Familiar, 46 años).*

> *De este problema se habla mucho en los grupos de terapia. A todos nos preocupa bastante y eso lo saben los monitores y la psicóloga y por eso se trabaja en la terapia. La verdad es que el hablarlo te ayuda bastante, por lo menos a mí me sirvió, porque cuando yo empecé a tomarme en serio la rehabilitación fue cuando empecé a pensar en qué pasaría si volviera a jugar y me entró hasta taquicardia, porque yo no quería ni imaginar lo que pasaría si eso me pasara (Jugador, 51 años).*

Cómo última parte del proceso de rehabilitación se contempla (aunque de forma complementaria, pero no por ello menos importante) que cada viernes del último mes se lleve a cabo lo que se conoce como *Terapia Social*. Ésta corre a cargo de los técnicos (psicóloga, trabajadora social y abogada) y con ella se pretende que, tanto los pacientes en proceso de rehabilitación, como los que ya se encuentren rehabilitados, mantengan un contacto asiduo con la asociación AONUJER. Los temas a tratar son muy heterogéneos, ya que lo mismo se pueden proyectar películas educativas relacionadas con el juego, como charlas informativas sobre algún tema relacionado con él (por ejemplo el maltrato), como dar información sobre otras actividades adictivas como pueden ser Internet, el teléfono móvil, las compras compulsivas, etc. A esta terapia también pueden acudir, si así lo desean, el resto de los familiares de la pareja que está en tratamiento. En ella podrán hablar y expresar sus sentimientos con respecto al familiar y a su rehabilitación.

Yo desde que supe lo de mi hermano me ofrecí para ayudarle. Yo siempre que he podido he venido a las charlas, a las convivencias que se han hecho en Huelva y a los congresos regionales. También colaboro en la asociación en todo lo que puedo pues gracias a ella mi hermano se rehabilitó y toda la familia está muy agradecida por ello (Familiar, 57 años).

Nosotros vamos siempre que podemos a las charlas. Yo he aprendido muchas cosas en ellas y me han ayudado en algunos problemillas que yo he tenido y… si puedo económicamente pues también voy a las convivencias que hacemos con la gente de la asociación (Familiar, 46 años).

No podemos terminar este capítulo sin subrayar otro aspecto, sobre el que los entrevistados han hecho mucho hincapié, y que tiene que ver con el tema de la *sociabilidad*. Cómo el tratamiento tiene una durabilidad larga (de tres a cinco años), es normal que los pacientes que sigan este proceso acaben adquiriendo niveles altos de amistad con algunos de sus compañeros de grupo terapéutico. Esto puede ser considerado como normal si tenemos en cuenta que, una buena parte de ellos acabó eligiendo el juego por encima de sus amistades y familiares. El formar parte de un grupo despierta en ellos la necesidad de abandonar su aislamiento, de compartir con los demás, tanto sus ideas y sus sentimientos, como su tiempo. A partir de aquí, es normal que todos ellos tomen conciencia de la importancia que adquiere el tener una buena red social y familiar.

A mí el juego me llevó a la más absoluta de las soledades. Sólo quería estar solo, que nadie me molestará, porque yo lo único que quería era jugar y jugar. Fíjate lo que te voy a decir, puede ser… pero es la verdad: a mí me molestaba todo el mundo, yo sólo quería estar solo, jugando sin que nadie me dijera nada y eso pues… Hasta que no entré en terapia no me di cuenta de lo importante que es tener a gente a tu alrededor y ahora pues he hecho algunos amigos en la terapia (Jugador, 34 años).

En el juego no hay amigas de verdad, sólo son amigas de juego con las que coincides en el bingo pero ya está. Ahora sí que considero que tengo amistades. Estar tanto tiempo compartiendo terapia con tus compañeros hace que con alguno de ellos tengas más cercanía y al final eso te lleva a tener una buena amistad (Jugadora, 58 años).

Pero estar solo y sentirse solo no es algo perceptivo del jugador o jugadora sino que también afecta al familiar. Si antes de la adicción, la familia acostumbraba a hacer algo de vida social, ésta desaparece como consecuencia de todas las dificultades que aparecen conexas a la ludopatía. Salir del aislamiento y volver a tener una vida social genera en el familiar unas expectativas muy esperanzadoras en lo que respecta a su capacidad de afrontar todo el proceso de rehabilitación. De ahí que manifiesten que compartir desgracia una de forma especial.

Estoy deseando de ir a las convivencias que se hacen en Punta Umbría y Mazagón. Deseándolo porque me han ayudado mucho. Desde que estoy aquí todo es diferente. Me he abierto más a la gente, hablo con mis compañeras de grupo y con algunas estoy tomando una cierta amistad. En mi cara empieza a aparecer una pequeña sonrisa, ya no estoy tan triste y eso me ayuda a ver las cosas de otra manera (Familiar, 27 años).

Mis amistades de ahora son de la asociación. Sobre todo un matrimonio con el que comenzamos y terminamos la terapia. Somos muy buenos amigos, vamos a todos los sitios que podemos juntos. Antes del problema nosotros salíamos con los amigos o con algunos familiares. En vacaciones íbamos a la playa y nos quedábamos en la carabana que teníamos en el camping y la verdad que alternábamos con mucha gente. Pero… al final acabas haciendo tu vida con tus hijos. Todo lo demás desaparece. Ya no te apetece ir a ningún sitio y si vas ya no es lo mismo (Familiar, 53 años).

Sin darte cuenta te sientes identificada con la gente que asiste a la terapia y eso te ayuda a abrirte con ellas. Aunque al principio te sientes un poco incómoda y extraña, ese sentimiento pasa rápido y cuando quieres darte cuenta ya has hecho amistades y el no sentirse sola te da fuerzas para afrontar todo lo que venga por delante (Familiar, 42 años).

Antes de concluir, se hace necesario apuntar otro aspecto de gran interés como es el grado de conexión que se da en algunas de las personas entrevistadas con respecto a todo lo que tiene que ver con la asociación. Aunque a nivel profesional no se aconseja que los pacientes adquieran un alto grado de relación con la asociación, hasta que no acaben su proceso de rehabilitación, es normal que algunos de ellos acaben siendo partícipes de la vida de la asociación. Si en un principio esta idea puede tener un fundamento terapéutico positivo, con el tiempo puede acabar teniendo resultados perversos en cuanto que puede provocar altos niveles de desmotivación y por ende de desvinculación con la asociación. De igual modo, esta situación puede lastrar la continuidad del propio movimiento asociativo, en cuanto que si no es capaz de contar con un capital humano que apueste por este tipo de intervención, la filosofía y práctica de la autoayuda y ayuda mutua podrían desaparecer y con ellas, prácticamente la única opción con la que cuenta este colectivo para salir de su situación adictiva.

Aunque se les hace partícipes de nuestra asociación, sólo una pequeña parte termina involucrándose en ella. Esto es normal si tenemos en cuenta que terapéuticamente no es aconsejable que el paciente tenga un alto grado de relación con la asociación (Psicóloga).

Llevar adelante la asociación requiere de mucho trabajo y no todo el mundo está dispuesto. Tienes que estar muy convencido de querer ayudar y apostar por ello, porque a esto hay que dedicarle muchas horas y de forma altruista. Aquí nadie cobra nada (Miembro de la Directiva).

Aunque, como ya hemos podido comprobar, todos son conscientes de la importancia que tiene la asociación en su proceso de recuperación, no en todos germina la semilla del *querer ayudar* o lo que más formalmente se denomina como la *ayuda mutua*. Hemos visto que para una parte de los pacientes (adicto y familiar) la asociación forma parte de su vida, en cuanto que ésta se conforma únicamente como el vehículo desde el que se le ofrece su tratamiento o rehabilitación. Entre los posibles motivos que justifican esta desvinculación nos hemos encontrado con que para algunos, el *querer alejarse* viene razonado por el deseo de *olvidar el problema* y por ende *pasar página*, y en otros el problema está en que, en el fondo aún siguen vigentes los esquemas sociales que recuerdan que haber sido un adicto es algo reprochable, es decir, algo por lo que estar socialmente avergonzado.

> *No sé qué pasará cuando terminemos el tratamiento, pero creo que dejaremos de venir. Para mí esto ha sido muy duro y una vez que terminemos quiero hacer borrón y cuenta nueva y para ello creo que es necesario no seguir viniendo a la asociación, aunque admito que si no llegamos a venir aquí el problema no lo hubiésemos solucionado; pero necesitamos olvidarnos de esta pesadilla cuanto antes (Familiar, 27 años).*

> *No quieres pensar en ello pero la verdad es que no te gusta que la gente se entere de que estás viniendo a un sitio de estos porque tu marido tiene problemas de juego. Aunque ya no sientes tanta vergüenza como al principio de venir aquí, algo te queda dentro de que no… de que no te gusta que la gente que te conoce te vea entrando y eso es así (Familiar, 46 años).*

> *Me queda poco para acabar y no sé que voy a hacer. Yo siempre estaré agradecido por la ayuda que todos me dan aquí, pero me va a costar mucho trabajo seguir vinculado a la asociación, ya no sólo porque no vivo en Huelva y eso ya es un problema, sino porque si te soy sincero todavía me da un poco de reparo reconocer abiertamente el problema y que la gente me identifique con ello (Jugador, 39 años).*

Sin embargo para otros, la asociación adquiere un significado que trasciende lo puramente terapéutico, llegando a establecer grandes vínculos con ella. Entre los motivos expresados el que adquiere el mayor peso es el de la reciprocidad, es decir, el deseo de querer mostrar agradecimiento y hacer receptores a otros de toda la ayuda recibida, queriendo hacer por sus compañeros lo mismo que han hecho por ellos.

> *Agradeces tanto la ayuda que te han dado que no puedes por menos que pagar con la misma moneda. Yo llevo aquí ya muchos años y no me canso, al contrario cada vez estoy más orgulloso de ayudar a la gente que viene como yo vine aquí, hecho una mierda, y eso nunca se me olvidará (Jugador, 55 años).*

La asociación forma parte de mi vida. Yo he estado metido e implicado con la asociación al cien por cien desde el principio y eso me ha ayudao. Al principio yo decía vendré aquí hasta con el bastoncito. Lo decía en el año 91 y lo sigo diciendo ahora. ¿Por qué? Porque hombre de alguna manera es que ya la satisfacción personal que recibes cuando estás en los grupos y ves a la gente que llega como tu llegaste un día y yo no he perdido el norte. Los principios de todo esto no se pueden olvidar (Miembro de la directiva y monitor terapéutico).

Por último destacar que a nivel de directiva, colaboradores y profesionales existe una gran inquietud al pensar que esta forma de ayuda pudiese desparecer por la falta de apoyo de las propias personas que se han visto beneficiadas por su ayuda. Aunque todos son muy conscientes de que es prácticamente la única ayuda a la que un adicto o adicta al juego puede optar, dado que su situación de ruina económica no le permite barajar las opciones privadas, no todos parecen interiorizar los principios que mueven esta línea de intervención terapéutica. De ahí que se tema que con el tiempo la falta de implicación, por parte de los usuarios de la asociación, acabe por dilapidar un sistema de ayuda, que al día de hoy se muestra bastante eficiente en lo que respecta a la rehabilitación de personas que no sólo llegan con problemas de ludopatía, sino con cualquiera de los diversos tipos de adicciones sociales que hoy día están muy presentes en nuestro espectro social como son la consumopatía o compra compulsiva y la adicción al teléfono móvil e Internet.

Hay personas que son muy desagradecidas que cuando llegan… y ya están que de alguna manera ya han sacao el pescuezo para no asfixiarse pues ya se les olvida los principios y eso no se puede olvidar. Esto necesita seguir y esto es así. Si esto se cae ¡que solución hay! Ninguna, al día de hoy ninguna. Por eso es importante que la gente siga unida a la asociación aunque haya terminado la rehabilitación y esté en mantenimiento (Monitor terapéutico).

Lo mismo sucede con el tema de la *sobrecarga* que acaban padeciendo aquellas personas que al final deciden participar o colaborar con la asociación. De manera general preocupa que éstas acaben sufriendo el *síndrome de burnout*, debido al exceso de responsabilidad que conlleva sacar adelante un centro de estas características y opten por abandonar. De ahí que todos manifiesten la necesidad de hacer algo para concienciar a los usuarios (enfermo y familiar) de la importancia que tiene el tema de la autoayuda como base de la intervención psicosical que se lleva a cabo en su proceso de rehabilitación contra la ludopatía.

Muchas veces pienso y se lo digo a mi marido que voy a dejar de ir a la asociación porque en verdad estoy cansada. Son más de 15 años y estoy cansada. Necesitamos que entre gente nueva… pero luego vengo porqué se que a mi marido le gusta y en el fondo a mí también (Monitora terapéutica).

Es muy bueno que haya gente nueva tomando el relevo, pues esto no se lleva solo. Esto requiere de tiempo y trabajo, aquí se hacen muchas cosas y se necesita a gente que esté dispuesta a colaborar. Nosotros no podemos pagar… el presupuesto sólo llega para pagar a los técnicos y lo demás sale de nosotros, como te he dicho de nuestro tiempo y trabajo. Esto ayuda a mucha gente y esto no puede dejarse caer, por eso es importante que la gente entienda lo importante que es esto (Monitor terapéutico).

Si unimos ambas preocupaciones nos damos cuenta que este no es un tema baladí, sino todo lo contrario. Es de vital importancia que la problemática de las adicciones sociales, abanderadas por la ludopatía, sea contemplada como un verdadero problema de salud pública y que como tal necesita de un tratamiento social mucho más sistémico. Desde el movimiento asociativo se pide que las instituciones públicas no se queden sólo en la aceptación o reconocimiento del problema, sino que den un paso más allá, e intenten establecer líneas de intervención y de financiación basadas en la existencia de una realidad cada vez más afianzada en nuestro sustrato social.

Cada vez recibimos menos ayudas y menos dinero. Mejoramos nuestra situación económica cuando en el año 2009 se nos acreditó como Centro de Tratamiento Ambulatorio de Juego Patológico por parte de la Dirección General para la Drogodependencia y Adicciones de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social desde la Junta de Andalucía se nos dio el un poco cuando obtuvimos el reconocimiento por la junta de Andalucía de Centro de Tratamiento pero con los recortes el presupuesto ha ido mermando y ahora estamos en las últimas intentando resistir y mantenernos porque si nosotros desaparecemos ¿qué alternativa tiene la gente con este problema? Creemos que ninguna. Como esta la cosa ahora ninguna y eso no puede ser, debemos de seguir ayudando (Monitor y Miembro de de la Directiva).

Para finalizar diremos que, aunque estos datos nos acercan un poco más al conocimiento de la realidad en la que vive inmersa una familia *tocada* por la adicción al juego, sería necesario ahondar un poco más en ciertos temas que son definitivos, a la hora de comprender esta problemática, y de los que aún quedaría mucho por conocer. Desde nuestra posición interesa ofrecer un tratamiento del tema lo más exhaustivo posible, y esto sólo es factible si tenemos en cuenta nuestros puntos de partida. A lo largo de este trabajo hemos podido validar o confirmar la importancia que adquiere el contexto familiar dentro de esta problemática, configurándolo como pilar fundamental, tanto en lo tocante a buscar motivos que expliquen el problema cómo en lo que respecta a la valoración de sus efectos nocivos, así como en lo referente a la búsqueda de soluciones. De ahí que todo esto nos lleve a reflexionar si de verdad la familia se sabe conocedora de toda esta responsabilidad y si realmente está preparada para ello o si de antemano se está dando por hecho una situación que no es tal cual, dado que la responsabilidad no nace y muere en este contexto, sino que debe de estar compartida a otros niveles como es el de la *responsabilidad social* de los *organismos oficiales* que tienen competencia en esta materia.

CONCLUSIONES

1.- NOTACIONES CONCLUSIVAS

Reconocerse víctima de una adicción no es nada sencillo. Este cometido requiere de un gran aporte de gallardía y cavilación; situaciones de las que, en un principio, carece todo sujeto adicto, pero que son imprescindibles para acometer cualquier proceso de rehabilitación social con un mínimo de validez o eficacia. Pero esto por sí solo no es suficiente; es necesario romper con las resistencias sociales que obstaculizan cualquier intento por conceder a las *adicciones sin sustancia* los mismos atributos deletéreos o nocivos que se le otorgan a las *adiciones con sustancia*. Como bien hemos podido comprobar -*el juego adictivo*- al igual que la droga, el alcohol y el tabaco, lleva implícito toda una serie de quiebras o rupturas socio-personales que, en la mayoría de los casos, acaba desencadenando verdaderos itinerarios o procesos de exclusión social, tanto para el adicto como para su familia.

A partir de aquí estableceremos los hallazgos más relevantes que sobre el tema de las *adicciones sociales*, de manera general, y de la *adicción al juego*, en particular, hemos desvelado a lo largo de toda nuestra incursión investigadora. Será necesario destacar que, aunque una parte bastante sustancial de las mismas estará dedicada a esbozar las principales líneas que definen y demarcan el problema de la adicción al juego, no hemos descuidado la parte de nuestro estudio que ha pretendido establecer un *marco teórico conceptual desde dónde poder realizar el estudio de la ludopatía como fenómeno histórico y cultural*, entendiendo a ésta como parte integrante de un contexto conceptual y teórico más general como es el de las *adicciones sociales.*

Como inicio de nuestras conclusiones debemos reseñar que la necesidad de indagar sobre problemáticas sociales nuevas nos lleva a descubrir el tema del que se ocupa esta tesis doctoral. Salvando las exiguas posibilidades que, al día de hoy, existen con respecto al estudio de esta temática desde una perspectiva sociológica, nos hemos percatado de que ante nosotros se abre un mundo prácticamente ignoto en el que poder adentrarse y descubrir nuevas especificidades disciplinares. Se sabe que las tendencias adictivas ocupan un lugar importante en el espíritu del hombre y la sociología ha dado buena cuenta de ello cuando entre sus líneas de interés ha tenido a bien ocuparse de temas que tienen que ver con el complicado mundo de las adicciones, particularmente en el ámbito de la sociología de la desviación. Por otro lado, afín a los contextos sociales desde dónde poder explicar el fenómeno de las adicciones, sobre todo aquellas que tiene que ver con las drogodependencias, la sociología ha encontrado en los procesos de *cambio social* una fuente productora de estudio ya que ha permitido crear un nuevo enfoque dentro del campo de las adicciones como es el de las *adicciones sociales*.

A lo largo de esta tesis, también hemos podido evidenciar que, actualmente el campo de las adicciones se nos muestra como realidad muy heterogénea, donde la droga, como *unidad adictógena*, no sólo no comparte espacio, sino que va dando paso a otros nuevos elementos como es el caso del juego, Internet, un teléfono móvil, etc., capaces de seducir y de ejercer su mismo poder de atracción. De igual manera hemos

podido llegar a descubrir que ya no nos resulta tan extraño hablar de una *sociedad adictiva*, sino todo lo contrario, cada día que pasa se nos hace más cotidiana su conceptualización, y esto tiene que ver con el campo estrictamente sociológico del estudio de los modelos sociales, particularmente desde un paradigma de posmodernidad e individualismo, y la construcción de la sociedad como fruto de la acción colectiva.

Situando el concepto de adicción en nuestro estudio hemos podido comprender la importancia que adquiere el hecho de tener que diferenciar entre diferentes construcciones conceptuales, como es el caso de la toxicomanía, la dependencia y la compulsión, que aún perteneciendo a una misma familia temática no deben ser consideradas como homónimas de la adicción, aunque existan algunos elementos que al menos aparentemente les aproxime más que los diferencie.

De igual modo, es importante subrayar que, aunque se está intentando otorgar a las *adiciones sin sustancia* la misma categoría o estatus que a las *adicciones con sustancia,* este logro -en parte- sólo ha sido conseguido para el juego patológico o ludopatía ya que es la única tipología que aparece recogida de forma explícita, tanto en el DSM-IV (Manual de Diagnóstico de Picopatología) como en el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales y del Comportamiento establecida por la ONS). Llama la atención el llamativo contraste entre estas fuentes de criterio diagnóstico y la realidad del discurso de los agentes que participan de la intervención clínica y social, ya que se muestran contrarios a esta idea manifestando que basta con mirar la realidad que nos envuelve para darnos cuenta que el problema de las adicciones no se reduce sólo a las drogas y al juego, sino que cada vez hay más personas que se acercan a los dispositivos profesionales pidiendo ayuda porque consideran que pueden tener un grave problema, entre otros con el móvil, con las compras, con Internet, etc. Por ello, se hace necesario resaltar el hecho de que cada vez son más los investigadores que consideran que las adicciones sociales gozan de una identidad propia, formando lo que se conoce como *círculo nosográfico* -independiente- aunque compartido con las adicciones químicas. Agrupamiento que viene avalado, tanto por las coincidencias que se obtienen en el área psicopatológica, en la clínica y en la neurobiología, como por su índice de comorbilidad, su constelación genética y sus estrategias terapéuticas.

También es importante tener claro que para poder abordar de una forma holística el concepto de adicción es necesario tener muy en cuenta su complejidad y pluralidad analítica, en cuanto que éste presenta una dimensión biológica, psicológica y social, que hace su estudio mucho más exacto y enriquecedor. Precisamente, uno de los propósitos de esta tesis es reivindicar el papel del análisis sociológico dentro de esta perspectiva multidisciplinar. Si queremos encontrar una explicación sociológica al tema de las adicciones debemos de prestar atención a todos aquellos elementos que motiven el porqué algunas personas son capaces de entrar en la espiral de la adicción. Para ello el discurso debe de centrarse en valorar que aspectos de nuestro sistema socio-cultural participan de la construcción de un engranaje sujeto a los imperativos del nihilismo, el individualismo y el narcisismo que abocan al sujeto a tener que

enfrentarse a un presente poco deleitable y a un futuro muy incierto, dónde cada uno tenga que construir su propia identidad, un "yo" marcado por la confrontación entre la *realidad real* y la *realidad deseo*.

Otra de las cuestiones a resaltar tiene que ver con el hecho de su invisibilidad. Generalmente este tipo de adicciones tienden a pasar inadvertidas, aunque al final terminan haciendo su aparición, ya que si en los inicios, el uso que la persona suele hacer del objeto o de la conducta no es considerado como adictivo, con el tiempo esto tiende a permutar y, lo que en un principio pudiese parecer un episodio de uso descontrolado, más tarde pasará a convertirse en algo muy serio, ya que el sujeto tiende a mostrarse incapaz de detener la conducta adictiva. Aunque nuestra sociedad esté instalada en la negación de este tipo de adicciones, porque cueste creer que una persona pueda estar, bien enganchada a un ordenador, a una máquina de juego, a un teléfono o bien controlada por una necesidad como la comida, el sexo o el trabajo, esto ocurre y negar lo evidente lleva aparejado muchos inconvenientes, no sólo a la hora de diagnosticar el problema sino también en los procesos de intervención que tiene que ver con la rehabilitación de las personas que viven sometidas al yugo de la adicción.

Se pude constatar que no existe una única razón que explique el porqué algunas personas se conducen a la adicción como una forma de *conceptuar su vida*. Pese a que esta patología tiende a fraguarse en el tiempo, como bien hemos referenciado en la conclusión anterior, su etiología multifactorial tiende a situarse en torno a aquellos factores que tienen que ver con el ámbito sociocultural, sociodemográfico, familiar y personal. De igual modo habría que especificar que, la matriz sinóptica resultante de conjugar todas y cada una de estas unidades potenciales, no tiene un carácter cerrado, sino dinámico, dado que habría que ir anexándole cada nuevo elemento que fuese surgiendo con el proceder del tiempo. De ahí que es importante no perder de vista el hecho de que los factores sociales relacionados con la génesis de las adicciones (la conmutación de los mecanismos de socialización, la decrepitud familiar, la sobrepresión, la oferta ilimitada de objetos adictivos que se encuentran al alcance de todos, la proliferación de la enfermedad depresiva, etc.) tienden a envolver el aprendizaje de conductas adictivas que son utilizadas como instrumento de relación interpersonal y de logro social; ya que, incluso aunque se nos acuse de ejercer un enfoque cándidamente Mertoniano, la valoración del dinero, el poder, el consumismo, o el éxito, entendidos como preceptos postulables a nivel social, generan un clima de tensión estructural (con una derivación claramente anómica) que termina favoreciendo, como bien apuntaba Merton (1992), el mantenimiento de modelos conductuales basados en la violencia y la competencia.

Bajo el escenario de lo socialmente permitido y legalmente establecido se sitúa el tipo de adicción social que ocupa nuestra temática doctoral -*el juego patológico*- . Esta visualización no resulta nada haragana o negligente dado que el juego como actividad social ha acompañado al hombre desde tiempos pretéritos configurándose como un elemento imprescindible de su contexto cultural y social. De manera general

hemos podido apreciar que el juego ha sido un tema al que han recurrido pensadores de muy diversa índole disciplinar. Ya sea desde la filosofía, la psicología, la pedagogía, la antropología o la sociología, la verdad es que todas estas disciplinas han tratado de conceptuar el juego como un fenómeno social. De igual modo podemos constatar que la diversidad a la que se enfrenta el estudio de esta realidad social suele ser bastante imprecisa, en cuanto a terminología ya que éste se resiste a una noción o idea definitiva, y polisémica en cuanto al significado que proyecta dentro del campo del estudio social, dada su naturaleza ambivalente y su carácter multidimensional. De ahí que pueda reseñarse que a través del juego el ser humano, no sólo se introduce en la cultura y participa de ella, sino que éste actúa como vehículo de comunicación y de creatividad, es decir, como un modelo de transmisión simbólica de la realidad. Pero también debemos de considerar que cualquier clasificación que se haga del juego debe de tener presente, no sólo las motivaciones que subyacen a la naturaleza humana que la generan, sino también, que cada tipología intentará representar la concepción del mundo que cada momento histórico irá determinando.

En esta determinación es fácil vislumbrar que las diferentes configuraciones que se forman del juego, están relacionadas con el encuadre de diferentes niveles de estudio entre ellos el socioeconómico. Esta perspectiva socio-económica nos ha permitido vincular el juego a tres campos conceptuales fundamentales muy relacionados entre sí como son el trabajo, la industria y la política. Es fácil argüir el antagonismo que desde un planteamiento social representa el binomio *trabajo/juego*. Desde siempre el trabajo ha sido concebido (y en ello tiene mucho que ver la ideología y la política) como algo serio y obligatorio, mientras que el juego ha sido pensado en claves de tiempo libre y diversión. Dos realidades paralelas dentro de un mismo escenario social que es necesario entender bajo notaciones económicas. Aunque, desde un punto formal el juego puede ser considerado improductivo (en sí mismo no genera riqueza), hoy en día éste forma parte del ámbito productivo, ya que detrás de él se ha construido un gran sistema de comercialización e industrialización que sí genera riqueza. El juego actualmente se ha convertido en uno de los pilares vitales para cualquier sistema económico ya que, en volumen de dinero, ocupa el cuarto lugar dentro de la clasificación de sectores que conforman nuestra economía.

De igual modo es importante resaltar que el juego, en mayor o menor medida, va ligado al sistema social que lo crea y lo ampara, quedando sujeto a un mayor o menor nivel de permisividad social dependiendo de la carga moral y ética que sobre él hayan querido establecer los diferentes legisladores sociales. Cómo hemos podido comprobar a lo largo de esta investigación, nuestro país, siempre se ha caracterizado por tener una gran tradición jugadora; hábito que ha ido resistiendo, época a época hasta llegar a 1977, todos y cada uno de los envites reguladores de carácter restrictivo y los propios cambios sociales en que se gestaban diferentes generaciones de jugadores, como ha quedado reflejado en el discurso de nuestros informantes. El proceso de regulación del juego en España se inicia con la despenalización de la actividad en el Real Decreto Ley 16/1977, de 25 de Febrero, por el que se regulan los aspectos penales, administrativos y fiscales de los juegos de suerte, envite o azar y apuestas. Abierta la veda hemos podido atestiguar cómo esta actividad ha ido creciendo, casi sin parar, hasta llegar el 2008. A partir de este año el consumo del

juego presencial se ha visto un poco replegado (sobre todo el privado), como consecuencia de dos cuestiones claves: de un lado tenemos el impacto que la crisis económica ha tenido sobre la renta disponible neta y el nivel de consumo; y de otro la aparición de lo operadores *on line*, modalidad que no sólo ha dinamizado el mercado de juego, sino que ha abierto el camino de la regulación de este sector a nivel internacional. Aún así, los ingresos tributarios por juego en España siguen teniendo un peso relativamente relevante en los ingresos totales del Estado, ya que éstos oscilan entre el 3,5% y el 4,5% de los ingresos no financieros.

Todo esto nos lleva a concluir que, es casi impensable que hoy alguien discuta o dude de un hecho tan evidente como que el juego goza de una gran legitimidad social. Legitimidad que se ve apoyada por la aparición persistente de formas diferentes de juego y por las continuas campañas de publicidad que incitan a consumir juego como una forma de obtener un dinero fácil y rápido que permita cumplir deseos insatisfechos o resolver situaciones económicas muy precarias como bien hemos podido apreciar en algunos de nuestros sujetos entrevistados, al plantearlo como el principal motivo que les llevó a iniciar su conducta de juego. Del mismo modo podemos razonar que mientras que el juego sea rentable a nivel económico, éste contará con la venia absoluta de las leyes. Actualmente se vende y se consume juego como una mercancía más, sin detenernos a pensar en el coste social que conlleva su consumo desmesurado. Apenas interesa conocer las implicaciones que el juego tiene en la persona que lo consume. Se conoce que el juego de apuesta o de dinero es una de las actividades de ocio que ocasiona más abusos y conflictos dado su gran potencial adictivo, pero parece no importar. Tampoco parece concernir el dato de que España es el país de la Unión Europea que más dinero gasta por habitante en juego y uno de los primeros del mundo. Pero detrás de estas flamantes cifras económicas se esconden otras no tan halagüeñas, y que tienen que ver con la realidad trágica a la que tienen que enfrentarse todas aquellas personas que han acabado enganchadas al juego. Se sabe, porque cada vez son más las voces expertas que se hacen eco de ello, de que la ludopatía está instituyéndose como un grave problema para muchos sujetos, entre ellos menores de edad, ya que este colectivo no permanece, ni permanecerá impasible ante este fenómeno, sino todo lo contrario, las nuevas formas de juego ofrecidas vía Internet pueden despertar aún más el *apetito trasgresor*, que todo adolescente suele anidar, sobre todo sabiéndose engañador de los sistemas de control diseñados para mantenerles alejados del juego. De igual modo, también les resulta excitante creer que a través del juego pueden hacer realidad todos sus sueños consumistas, ya que a través de él pueden ganar mucho dinero y de una forma fácil.

Como vemos, los daños colaterales que deja la economía del juego son muchos, y la responsabilidad social para acometer sus costes o consecuencias muy exigua. Como parece revelar el discurso que hemos analizado, actualmente, el entramado social parece estar más volcado en descubrir y potenciar nuevos ámbitos capaces, no sólo de mantener viejas adicciones, sino de fomentar otras nuevas. Cada vez resulta más difícil crear verdaderos antídotos que mitiguen los costes de vivir en una sociedad cada vez más competitiva e impersonal donde el valor de la persona queda relegado a un segundo plano en aras de la valía que ocupan las nuevas éticas ideadas. De ahí que

las adicciones siempre terminen revelándose como un camino, ciertamente equivocado, que cualquier sujeto puede tomar como vía que le encamine hacia la felicidad. Sin embargo la realidad (como bien hemos podido apreciar a lo largo de todo este trabajo) se impone a la ficción demostrando que las nuevas formas de confrontar la vida están cimentadas en pautas alienables, que más que conseguir la idealizada felicidad, lo que están logrando es aumentar la incapacidad de los sujetos a vivir sin tener que recurrir, en cada momento de desánimo vital, a fórmulas adictivas que hagan su vida más tolerable o menos insufrible; y de esto dan fe los datos obtenidos en nuestro trabajo ya que, tanto en el discurso dado por los jugadores como el llevado a cabo por las jugadoras aparece confirmado este hecho. Si en principio el juego les sirve de correctivo ante situaciones poco gratas, al final éste acaba formando parte de la misma vorágine agravando el problema; y esto sólo sucede cuando dejan de vislumbrar el sofismo de creerse estar viviendo un mundo figurado como si fuese real, empujados por su propio pensamiento irracional.

Aunque la adicción al juego ha empezado a ser reconocida como un problema de salud pública, esto no ha ido acompañado de los procesos de intervención eficaces y mucho menos de las medidas preventivas oportunas. Se confía en la prevención como medida a tener en cuenta en cualquier proceso de intervención, pero apenas se recurre a ella. Al día de hoy, aún sigue considerándose esta medida como el último eslabón de la cadena a la hora de abordar cualquier fenómeno, sobre todo de índole social. De ahí que -cómo era de esperar- tanto la titularidad, como la responsabilidad del problema, vuelvan a recaer sobre el recurso social más explotado o esquilmado: *la familia*, al estudio de cuya situación revelada a través del discurso de sus agentes hemos dedicado buena parte de este trabajo.

De nuevo la familia tiene ante sí el reto de las adicciones, pero esta vez bajo el epíteto de *sin sustancia*. No olvidemos que ésta llegó a representar todo un acaecimiento socio-cultural, de suma importancia, liderando el movimiento de la lucha contra la drogadicción, particularmente durante la cruda situación de los años 80. Independientemente de que la familia sea neófita en este tema o haya pasado por alguna situación parecida, la realidad tiende a mostrar una vez más como ésta vuelve a convertirse en uno de los medios más recurrente para el problema de las adiciones. De la familia se espera todo: cariño, valentía, disponibilidad, sacrificio, solidaridad, etc., es decir, se les confieren toda una serie de atributos y habilidades capaces de hacerles llevar a situaciones muy difíciles y comprometedoras, pero que si no fuera por ellas, quedarían sin cubrir dada la imposibilidad de que otras personas pudieran hacerlo. De ahí que en el plano social, la familia haya supuesto un inestimable recurso, ya que sin ella no podríamos estar hablando del único recurso que, al día de hoy, parece estar funcionando y que tiene que ver con la filosofía de la *ayuda mutua*. Nos referimos al entramado organizacional que bajo el patrocinio de luchar contra el juego patológico se ha creado para este fin. Bajo el amparo del *asociacionismo* se ha podido aunar a toda una fuerza renovadora, que presta una ayuda inmensurable, encamina a ofrecer a las familias golpeadas por la adicción al juego una nueva alternativa: *una vida sin juego*.

No obstante, no podemos perder de vista que esta idea se muestra factible, siempre y cuando vaya proferida de la ayuda profesional. Pese a las dificultades que algunas veces se puedan dar entre estos recursos (la autoayuda y la ayuda profesional), ambos son necesarios. Necesidad que viene de la mano de la complementariedad, en cuanto que ésta responde a la articulación de un único fin: *dejar de jugar*. Aunque, cada parte del proceso de intervención terapéutico responda a enunciados muy diferentes, dado que el grupo de autoayuda al poner el acento en conseguir la *abstinencia total* resulta ser un instrumento muy útil para la otra parte de la moneda -la ayuda profesional- ya que la terapia familiar llevada a cabo (sistémica-constructivista) lo que busca es una reposición integral en la relación conyugal y en la imagen de uno mismo y esto sólo es operable bajo una ausencia total de juego.

¿Cuánto puede afirmarse sobre esta red de fenómenos descrita anteriormente desde lo que nos han enseñado los datos recogidos en esta investigación? Dado que nuestro punto de partida tenía como objetivo básico -*analizar la problemática social que acarrea la práctica adictiva del juego, así como valorar el papel que cumple la familia y el asociacionismo*- consideramos que sería necesario elegir una perspectiva metodológica que se sirviese de estrategias que nos permitieran abordar y comprender el fenómeno teniendo en cuenta el punto de vista de los propios afectados por la problemática. De ahí que, bajo el pilar de una perspectiva metodológica *cualitativa* hayamos intentado construir el marco empírico que engloba todo el proceso investigador de esta tesis. Imbuirnos en su realidad *ínter- subjetiva*, no sólo nos ha permitido hallar respuestas a los interrogantes que situaban nuestros principales puntos de partida, sino que también nos ha otorgado la posibilidad de llegar a vislumbrar y conocer una problemática tan compleja como es la ludopatía. De todo lo analizado y comprendido (teniendo siempre como referencia el discurso dado por los propios afectados) podemos señalar que son muchos los aspectos que deberían tenerse en cuenta si se quiere llevar a cabo un análisis minucioso del tema. No obstante, antes de pasar a enunciar las conclusiones más generales, es necesario formular la siguiente inferencia:

> *Aunque se aprecien rasgos comunes en algunas de las historias de vida analizadas, no podemos perder de vista la idea de que cada una de ellas debe ser singularizada en cuanto que, contempla un relato vivido de una forma única.*

Realizada esta apreciación, pasaremos a enunciar los rasgos conclusivos que consideramos puedan ser de mayor interés, ya que tomados en su conjunto, ofrecen un retrato bastante fidedigno de la realidad a la que se ven abocados todos aquellos sujetos que terminan sucumbiendo a los encantos del juego. Como inicio obligado, empezaremos destacando la *estrecha correlación* que hemos encontrado entre las diferentes delineaciones teóricas analizadas y descritas en la primera parte de esta tesis, con la realidad avistada por los propios implicados en el proceso de estudio.

En cuanto a los principales discursos analizados (tanto el adicto como el familiar) con respecto al problema del juego, hemos podido valorar que estos tiende a cambiar y reconstituirse como expresión del momento en que se encuentre el proceso de rehabilitación iniciado para dejar de jugar. Si en un principio, todos manifiestan creerse o creerles unos "viciosos del juego", porque socialmente es lo que se dice de ellos y así lo han asumido, con el tiempo esta idea acaba declinando. Iniciados en el conocimiento de la problemática, es cuando el jugador y el familiar tienen la verdadera posibilidad de pensar en una nueva perspectiva del problema: *el juego como adicción o enfermedad*. Pero esto no es tarea sencilla, sobre todo para el familiar. Visualizar el problema del juego como una enfermedad requiere despojarse de todas sus vestimentas socio-culturales, que en algunos casos han servido o actuado como mecanismos de defensa ante situaciones dramáticas y esto requiere de tiempo; un tiempo sustancial pues recordemos que, el discurso dado por los familiares a la hora de valorar la naturaleza del problema fue bastante menos contemplativo o mucho más agresivo que el del propio jugador o jugadora.

Pero la presión social es muy difícil de dirimir y eso lo hemos podido comprobar a lo largo de todo el análisis del proceso discursivo. Si bien terminan aceptándose o visualizando al jugador como un enfermo, en el fondo son incapaces de despojarse de algunos de los imperativos sociales que asocian juego con conducta desviada. Tanto al jugador como al familiar les cuesta desprenderse de la alocución -*vergüenza social*- ya que ha sido argüida o sacada a colación ante muchos de los temas esgrimidos. De ahí que todo esto nos lleve a concluir que, actualmente la adicción al juego sigue estando presidida por connotaciones nada nobles que, lejos de rescindirle su naturaleza estigmatizadora, tratan de mantenerla oculta a ojos del contexto social. Porque aunque el juego siga contando con el beneplácito social, en el fondo el jugador se sabe poseedor de una conducta sancionada, dada su incapaz por gestionarla de una forma razonada.

De otro lado destacar que, el inicio en esta práctica viene argumentado bajo la idea de que al formar parte de la cotidianidad, el juego se cuela en la vida de un ludópata en forma de esparcimiento o entretenimiento social. Hoy casi nadie duda de que los juegos de azar, en cuanto juego de apuestas, han proliferado pródigamente y que es tal su diversidad que muy pocas personas pueden presumir de no haberse dejado seducir por la magia de la suerte o por la simple idea de ganar dinero. De manera general hemos descubierto que, para una buena parte de nuestros ludópatas *el jugar* les venía desde muy jóvenes, apenas habían alcanzado la mayoría de edad, aunque también es verdad que para otra parte de ellos, sobre todo en las mujeres, sus experiencias con el juego empiezan con una edad mucho más adulta, concretamente pasados los treinta años.

Bajo este escenario es fácil vislumbrar cómo en gran parte de nuestros entrevistados se llegan a formalizar auténticas historias de vida basadas prácticamente en el juego. Pero ¿qué les lleva a jugar? En este sentido nos hemos encontrado con una vasta lista de explicaciones o justificaciones. Aunque en principio, muchos de los jugadores (que no jugadoras) entrevistados confesaban no creer tener ningún motivo

de enjundia que argumentase su conducta de juego, la realidad descrita puso de manifiesto lo contrario, ya que a medida que avanzaban en sus discursos éstos terminaron haciéndose visibles. Para unos el juego les funcionó como medio de interacción social o les ayudó a llenar el vacío sentido al dejar otras adicciones; otros sin embargo, lo utilizaron como una forma de evadirse de sus problemas o para escapar de una realidad que no les era grata. En otros casos ayudó a resolver situaciones de soledad, incomunicación o aislamiento.

En general hemos visto que la necesidad de huir de una situación problemática suele ser el elemento que tiende a transmutar a un jugador social en un ludópata. No saber cómo afrontar las situaciones estresantes que les depara la vida, les convierte en sujetos vacilantes, inseguros y poco resolutivos. Salvo excepciones, podemos anotar que la mayoría de nuestros informantes reconocen al contexto familiar (tanto su familia de origen como la familia creada) como el principal promotor de su conducta de juego adictiva. Ya sea por una relación matrimonial frustrada, ambiente familiar conflictivo, desestructuración familiar, falta de control y autoridad familiar, problemas económicos, conductas adictivas de algunos de sus miembros (incluida la ludopatía), la cuestión es que ésta, involuntariamente, tiende a mostrarse como una efectiva fuente dadora de juego. Situación que resulta contraria cuando se trata de encontrar soluciones al problema; en estos casos es la familia la que de forma consciente suele hacerse cargo de la situación en la que se encuentra el jugador, intentando con ello paliar, en parte, la responsabilidad adquirida en el problema, sino también como forma de plantearse una nueva situación de vida donde le juego no tenga cabida.

De otro lado también hemos podido comprobar, cómo la adicción al juego cohabita con otro tipo de adicciones (fundamentalmente en el jugador varón). Comúnmente ésta tiende a coexistir con el consumo excesivo de alcohol y de tabaco, así como con otro tipo de drogas entre ellas el cannabis y la cocaína. En relación a estas últimas decir, que es la población ludópata, de menor edad, donde más se avista este tipo de línea poliadictiva, mientras que el jugador adulto presenta un perfil más ligado al consumo desmesurado de alcohol y de tabaco.

Independientemente de la causa, la realidad analizada nos muestra que si bien, se empieza a jugar por placer o diversión, se termina jugando por necesidad. Contrariamente a lo que pudiésemos pensar en un principio, los sujetos entrevistados han mostrado que la línea que divide lo placentero de lo alienante es muy tenue, pudiendo ser rebasada en un espacio corto de tiempo. Pero ¿dónde han situado nuestros informantes ese punto de inflexión? De forma mayoritaria lo emplazan en un proceso de descontrol y de obsesión por el juego. Jugar deja de ser divertido cuando pasa a dominar tu vida, a restringir totalmente la libertad. Normalmente este tránsito suele acaecer cuando el jugador o jugadora decide refugiarse en su *mundo de juego*, evitando toda relación ajena a este contexto de juego. De ahí que valoren o sean conscientes de que su verdadero problema empieza cuando su pensamiento se siente prisionero del juego, anulando cualquier vestigio de voluntad por querer controlar esta actividad.

Cómo bien hemos podido determinar, convertirse en un adicto o adicta al juego no sucede de un día para otro. Llegar a ser jugador o jugadora requiere de un cierto tiempo. No obstante, este proceso no ha operado de la misma manera en todas las historias de vida analizadas, de ahí que podamos situar la *vivencia de juego* más corta en torno a un proceso de tres años y la más larga exceda los veinte años. Independientemente a este factor, hemos visto que en todas ellas viene a confirmarse que la conducta adictiva de juego pasa por una serie de *fases* que, dependiendo de la conjugación de estos tres factores: *sutileza* para ocultar la conducta, *dinero* para gastar y *tiempo* del que disponer, tenderá a reducirse o a dilatarse en el tiempo. De hecho, todos y todas nuestras jugadoras se identifican de una forma bastante clara con la progresión clásica por la que pasa todo ludópata y que queda determinada del siguiente modo:

1ª.- Fase de entrada al mundo de juego (inicio): Si bien en un principio puede estar avalada por la idea de la *diversión*, en cuanto aparece la *ganancia* de manos de la *suerte*, todo cambia. Se sigue jugando pero esta vez pensando en el juego.

2ª.- Fase de pérdidas: Fomentada por el efecto psicológico que produce el verbo *ganar*, el jugador o jugadora tiende a incrementar su conducta de juego con el resultado de que empezará a perder mucho más de lo que puede ganar, quedando atrapado por la sin razón del juego*: jugar para recuperar lo perdido y vuelta a perder*.

3ª.- Fase de desesperación: Perdido el sentido racional del juego, todos reconocen que ya no importa si se pierde o si se gana, la cuestión es complacer la necesidad imperiosa de jugar.

4ª.- Fase de desesperanza o abandono: Sabedores de que su vida ha tocado fondo (ahogados por los problemas económicos, laborales, familiares, legales, etc.) y albergada la sensación de no poder deshacerse de su adicción, todos nuestros entrevistados y entrevistadas han reconocido entrar en un proceso de abatimiento o desánimo; situación que algunos intentaron resolver mediante la ideación y consumación del suicido, otros pidiendo ayuda y otros, sabiéndose totalmente incapaces de dejar de jugar, abandonándose al azar de su propio destino.

Pero sobre todo hemos podido comprobar que la continuidad en los procesos de juego de nuestros sujetos entrevistados, tiende a estar muy determinada por el propio proceder que adquiere la conducta de juego. En concreto aludimos al discurso dado, por todos nuestros jugadores y jugadoras, y que tiene que ver con la sustentación del pensamiento irracional sobre el que se asientan sus conductas adictivas de juego. Empujados por su propia irracionalidad, no sólo terminan siendo dependientes de una gran amalgama de cogniciones falaces, capaces de retroalimentarse con cada situación y en cada acto de juego, sino que pretenden convencer y persuadir a los demás de que su conducta de juego no debe ser censurada, dado que ellos ha jugado, o bien para salir de una situación de vida

desapacible o para pagar las deudas que les había provocado su imparable situación adictiva.

Otra conclusión de interés tiene que ver con las consecuencias que acarrea la adicción al juego. De manera general, tanto nuestros entrevistados como entrevistadas, han reconocido que *ser ludópata tiene muchos costes*. Costes que se visualizan, no sólo en el campo de lo económico, sino también en el personal, el laboral, el social, el legal y el familiar. Vivir, día tras día, emplazados en la falacia del juego, les traslada a una existencia tutelada por la ansiedad, el estrés, la depresión y la desesperación. Situaciones que son trasladadas al ámbito familiar de forma directa y que suelen tener como resultado un tipo de relación perniciosa, dado que ésta tiende a estar arropada por la mentira constante, la actitud violenta y el machaque psicológico, sobre todo cuando el adicto es varón.

Por otro lado destacar que es fácil avistar (en la mayoría de las historias narradas por nuestros entrevistados y entrevistadas) como los graves problemas económicos son capaces de desmembrar el proyecto vital del ludópata y el de su familia. Condiciones esenciales no cubiertas, miseria económica y necesidad de pedir ayuda social, suelen ser los atributos que mejor define la situación a la que tiene que enfrentarse una familia tocada por la adición al juego. Hambrientos de dinero, suelen idear “mil y una manera” de conseguir dinero, aunque para ello tengan que jugarse su puesto de trabajo, su casa, su familia, sus amistades, su estatus social y su propia dignidad. No existen contemplaciones cuando se trata del juego. Todo deja de ser visible a ojos del jugador o jugadora ludópata. La familia, sus amistades y su trabajo mantendrán su valor, siempre y cuando éstos les sirvan para sus propósitos y no se inmiscuyan en sus planes de juego. De ahí que se desvivan por ocultar, con mucho tiento, la doble vida que llevan.

Pero al final todo acaba sabiéndose y el adicto o adicta se ve obligada a tener que confesar su doble identidad y realidad. En nuestros entrevistados, generalmente esta situación acaece, o bien porque han sido descubiertos, o porque han intentado acabar con su sicalíptica vida, o porque envueltos por un momento de lucidez han sido capaces de pedir ayuda. Llegados a esta situación, aunque la solución parezca sencilla, en realidad nos hemos dado cuenta que no lo es. No lo es, porque aunque todo parezca estar a favor de iniciar el proceso de cambio, en el fondo son pocos los que desean que esto acaezca de verdad. Si bien prometen dejar de jugar y para ello acceden a la petición familiar de ponerse en manos de profesionales, ya que ellos por sí mismos se han mostrado ineficaces, sólo es una fachada que les permite bajar la tensión por un tiempo, mientras urden un nuevo plan de juego. No obstante, ya metidos de lleno en el proceso de tratamiento y mientras esperan a que se serene la situación familiar, algunos empiezan a verse y a sentirse identificados con muchas de las cuestiones manifestadas en las sesiones terapéuticas, que les hace replantearse la postura que tenían con respecto a su proceso de rehabilitación.

Preguntándonos por los motivos que facilitan este proceso de cambio, vemos que el argumento lo sitúan en el propio carácter que toma el proceso de ayuda. Sentirse identificados con un grupo de personas que tiene el mismo problema que él o ella, y verse aceptados *tal cual son*, les ayuda a reflexionar sobre su presente y a idear un nuevo futuro. Esto es importante porque, como bien hemos podido valorar, les ayuda (tanto al adicto como al familiar) a desarrollar una perspectiva diferente del problema. A ambos les interesa recuperar la autoestima, menoscabada o anulada por su proceso de juego, y construir sus nuevas identidades, teniendo en cuenta otros referentes que no sean los dados por el juego.

Por último apuntar que, superar la adicción al juego, como muy bien nos han sabido trasladar todos nuestros entrevistados (adictos, familiares y profesionales) resulta ser una tarea bastante ardua pero no imposible y eso es lo que debe de calar en la mente de cualquier persona o familia vencida por la adicción al juego. Saben que dejar de jugar es posible; tan sólo tienen que tener determinación y apoyo para poder hacerlo. Dominar la adicción implica enfrentarse a ella, hacer visibles los miedos que un día les llevaron a tomar el camino erróneo y saber salir adelante. En este sentido también podemos anotar que, la institución familiar queda determinada como un factor clave en los procesos de recuperación. Se sabe que sin apoyo familiar el camino hacia la recuperación será mucho más inextricable y de eso saben mucho las mujeres ludópatas ya que, generalmente, suelen encarar sus procesos de tratamiento en la más estricta soledad, sin la ayuda de sus parejas.

De hecho es importante resaltar que la mayoría de las jugadoras entrevistadas pasó o estaba pasando sola el proceso de tratamiento viéndose, alguna de ella, apoyada en algunos momentos por una amistad. Preguntando por los motivos que podían esconderse detrás de esta actitud o posición, las propias jugadoras expresaron la profunda incomprensión recibida, sobre todo por parte de la pareja, quedando relegado el problema a la más estricta individualidad, en cuanto que: *si ella se ha buscado el problema que ella lo resuelva*. Si tenemos en cuenta cada una de las historias dadas por las mujeres jugadoras vemos como este discurso toma forma, en cuanto que los motivos que iniciaron las conductas de juego tienen relación con la familia creada. En todas ellas hemos podido ver como la mujer siente una gran frustración dado que su vida familiar no ha resultado ser lo que esperaban puesto que en ellas han mediado situaciones tales como: episodios de malos tratos, parejas con problemas con el alcohol, hijos con problemas de drogas, grandes sentimientos de soledad, depresión, etc. En parte, todo esto vendría a manifestar o explicaría porque la mujer cuando se inicia en el juego lo hace a edades mucho más tardías que el hombre, normalmente pasados los treinta años.

De igual modo podemos afirmar que, tanto nuestros entrevistados como entrevistadas son conscientes de que, aparte de la ayuda familiar, también es necesario disponer de un plan efectivo de tratamiento con el que poder encarar el proceso de deshabituación o la salida de la adicción. Pero esto tampoco es fácil, ya que su ruinosa situación económica sólo les va a permitir recurrir a la ayuda pública o a la que ofrecen las organizaciones creadas para este fin. Pese a esta limitación, todos

coinciden en encumbrar a la única alternativa factible de la que disponen: el *asociacionismo*. El valor de este recurso reside en la creencia de que si se quiere afrontar con éxito la rehabilitación, ésta debe de ofrecer un programa que conjugue la autoayuda con la ayuda profesional. Sin este punto de partida sería muy complicado salir invicto porque, con cada una de ellas se va a pretender cubrir una parte del problema. Con los grupos de autoayuda se intenta trabajar todos aquellos aspectos que están relacionados con la construcción de una nueva identidad o situación de vida como es -*una vida sin juego*- sobre la que deban identificarse tanto el jugador como su familia; mientras que con la ayuda profesional se abordarán todos aquellos aspectos que ayuden a normalizar la imagen que tienen de sí mismos, así como el intento de conseguir una regeneración global en lo que a la relación de pareja se refiere.

Todo esto nos lleva a establecer un último hallazgo y es que parece ser que, al día de hoy, fuera del recurso asociativo se hace inviable cualquier proceso de rehabilitación. Esta idea viene fundamentada en el hecho de que, a aparte del taxativo valor clínico, el recurso asociativo adquiere, para una gran parte de los entrevistados, un gran valor social. Tanto para el jugador o jugadora como para sus familiares, formar parte de este recurso implica tener un nuevo referente desde el que poder apoyarse, salir de su aislamiento social y encarar el futuro desde otra óptica vital. Pero esto no siempre resulta fácil. Dado el valor estigmatizador que adquiere esta conducta a nivel social son pocos los que, una vez terminado el proceso de rehabilitación, deciden hacer suya o poner en práctica la filosofía que ha dado vida al movimiento asociativo: *la ayuda mutua*. Hemos podido ver que, ser conscientes de la importancia que tiene el asociacionismo en el proceso de tratamiento no implica que se tenga adquirida la facultad del *querer ayudar* y esto, con el tiempo, puede resultar letal para la propia permanencia del recurso.

De igual forma nos hemos dado cuenta que, al anterior factor endógeno habría que sumarle otro de carácter exógeno y que tiene que ver con la falta del arrope institucional. Aunque ha sido duro el camino andado hasta llegar al reconocimiento del problema, esto no puede quedarse ahí. Se sabe que el diagnóstico, por sí mismo, no vale nada; es necesario acompañarlo de unas buenas medidas preventivas y de intervención que ayuden a solucionar el problema, y esto sólo es posible si se cuenta con un buen respaldo económico. Respaldo que, hoy por hoy, se nuestra muy insuficiente dada la penuria económica a la que están sometidas la mayoría de las organizaciones que trabajan en aras de esta problemática.

Respecto a la posibilidad de líneas futuras de investigación animadas por estos hallazgos, es importante partir de la evidencia de que, dada la gran complejidad que adquiere el tema de las *adicciones sociales* y más concretamente el tema sobre el que se ha centrado esta tesis como es el de la *adicción al juego*, se ha hecho imposible llegar al conocimiento exacto del fenómeno. Sabemos que todo resquicio o restricción encontrada en el desarrollo de este trabajo puede convertirse en una nueva línea de investigación, de ahí que propongamos como nuevas vías que nos ayuden a

profundizar en la comprensión de esta problemática, temas tan imprescindibles como son el de la mujer y los jóvenes.

Dadas las limitaciones encontradas a la hora de obtener una muestra más amplia de mujeres (sólo 4 historias de vida), creemos que seria necesario insistir en este tema dada la especificidad de las características avistadas en este estudio. Lo mismo sucede con el grupo de jóvenes. En los últimos años hemos sido testigos del incremento que han tenido (asociaciones para la rehabilitación de jugadores patológicos) las demandas o peticiones de ayuda por parte de este colectivo, tanto en lo que a juego patológico se refiere como a otro tipo de adicciones, sobre todo las tecnológicas, como la adicción al móvil o a Internet.

De igual modo es importante señalar la importancia que adquiere seguir profundizando en todas aquellas cuestiones que tienen que ver con los aspectos sociales imbricados en la aparición y reforzamiento de este tipo de problemáticas de naturaleza social. Independientemente de la definición que cada actor pueda conferirle a su problema, hemos visto que tanto el *juego como problema*, como cualquier otro tipo de adicción social analizada en el capítulo II de esta tesis, es un fenómeno que responde a una gran pluralidad de factores, todos ellos favorecidos por los efectos inicuos de una sociedad compleja y narcisista cimentada, fundamentalmente, en el valor de lo material, de lo etéreo, de lo superfluo e intrascendente, que tan bien han sabido describirnos autores como: Baudrillard, Bauman Zygmunt o Lipovetsky.

BIBLIOGRAFÍA

Abraham, S. y Lewellyn-Jones, D. (1994). *Anorexia y Bulimia*. Madrid: Alianza Editorial.

Adès J. (1994). Conduites de dependance et recherhe de sensations. En Baillo, D. et Venisse, J.L. (Eds). *Depéndanse et conduites de depéndanse (pp. 147-166).* Paris: Masson.

Ádes, J. y Lejoyeux, M. (1999). Dépendances comportamentales: achats compulsisfs, addictions sexualles, depéndanse au travail, kleptomanie, trouble explosif intermittent, trichotillomaine. *Encycl.Méd. Chir Psychiatre,* 37- 396-A20. París.

Ádes, J. y Lejoyeux, M. (1999), Dépendence au travail. *Encyl-Méd. Chir Psychiatrie*, *37*-396-A20. París.

Ádes, J. y Lejoyeux, M. (2003), *Las nuevas adicciones*. *Internet, sexo, juego, deporte, compras, trabajo y dinero*. Barcelona: Kairós.

Aguirre, S. (1995). Entrevistas y Cuestionarios. En Aguirre, A. *Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. Barcelona: Marcombo, 171-180.

Alonso-Fernández, F. (1988). *La depresión y su diagnóstico.* Madrid: Labor.

Alonso-Fernández, F. (1994). Las noxas televisivas. *Psicopatología*, *14* (4), 145-148.

Alonso-Fernández, F. (1996). *Las otras Drogas*. *Alimento, sexo, televisión, compras, juego y trabajo*. Madrid: Temas de Hoy.

Alonso-Fernández, F. (1996). *Vencer la depresión con la ayuda del médico, la familia y los amigos*. Madrid: Temas de Hoy.

Alonso-Fernández, F. (1997). *Psicopatología del trabajo*. Barcelona: Edika-Med.

Alonso-Fernández, F. (2000). Las adicciones sociales y sus límites. *Psicopatología*, *20* (1), 3-14.

Alonso-Fernández, F. (2001). *Las claves de la depresión*. Madrid: Cooperación Editorial.

Alonso-Fernández, F. (2002). El Síndrome de las adicciones sociales: sus tipos y sus límites. *Psicopatología*, *22* (3), 173-187.

Alonso-Fernández, F. (2003). *Las nuevas adicciones*. Madrid: TEA Ediciones.

Alvarado, S. (2005). *Adicciones* en: www.adicciones.org.

Alvira, F. (1980). *Los dos métodos de las Ciencias Sociales*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Ambrosini, C.M. (2006). Juegos permitidos, juegos peligrosos: la eutrapelia en: Aristóteles.www.pucp.edu.pe/eventos/congesos/filosofí/programa_general (24 May. 2006).

American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Angell, R. (1974). El uso de documentos personales en Sociología: una revisión crítica de la literatura, 1920-1940. En Balán, J. *Las historias de vida en ciencias sociales. Teoría y técnica*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 19-26.

Anguera, M.T. (1992). *Metodología de la Observación en las Ciencias Humanas*. Madrid: Cátedra.

Arbinaga, F. (1996). Conductas de juego con apuestas y uso de drogas en una muestra de adolescentes de la ciudad de Huelva. *Análisis y Modificación de Conducta,* 22, 577-601.

Arensan, G. (1991). *Una sustancia llamada comida. Cómo entender, controlar y superar la adicción a la comida*. McGraw-Hill.

Aubut, J. y cols (1993). *Les agresseurs sexuels: théorie, evaluation et traitement*. París: Maloine.

Avia, M.D. (1983). Técnicas cognitivas y de autocontrol. En Mayor, J. y Labrador, F. (Eds.), *Manual de modificación de conducta*. Madrid: Alhambra.

Báez, C., Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1994). Características demográficas, de personalidad y psicopatológicas de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un estudio descriptivo. *Clínica y Salud*, *5*, 289-305.

Baillo, D. (1993). Recherche épidémiologique, troubles du comportement alimentaire et conduites de depéndanse. *L´Encéphale*, *19*, 285-292.

Balager, Pretes, R. (2008). ¿Adicción a Internet o adicción a la existencia?. *Revista Digital Universitaria*, *9* (8), 3-9.

Balán, J. (1974). El uso de las historias vitales en encuestas y sus análisis mediante computadoras. En Balán, J. *Las historias de vida en las ciencias sociales. Teoría y técnica*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 67-83.

Balcells, J. (1994). *La investigación social. Introducción a los métodos y las técnicas*. Bacelona: PPU.

Bantulà I Janot, J. (2006). Los estudios socioculturales sobre el juego tradicional: una revisión taxonómica. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares, vol.LXI*, *2*, 19-42.

Barroso Benítez, C. (2003). *Las Bases Sociales de la Ludopatía*. Tesis doctoral Universidad de Granada, Granada, España.

Barth, R.J y Kinder, B.N. (1987). The mislabeling of sexual impulsivity. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *13* (1), 15-23.

Baudrillard, Jean (2005). *Cultura y Simulacro*. Barcelona: Kairós

Baudrillard, Jean (2007). *La Sociedad de Consumo. Sus mitos, sus estructuras*. Madrid: Siglo XXI.

Bauman, Zygmunt, (2000). *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*. Barcelona: Gedisa

Bauman, Zygmunt, (2001), *La sociedad individualizada.* Madrid*:* Cátedra.

Bauman, Zygmunt, (2001). *La postmodernidad y sus desencantos*. Madrid: Akal, D.L.

Bauman, Zygmunt, (2002). *La ambivalencia de la modernidad y otras conversaciones*. Barcelona: Paidós.

Bauman, Zygmunt, (2003). *Comunidad en busca de seguridad en un mundo hostil.* Madrid*:* Siglo XXI de España Editores.

Bauman, Zygmunt, (2005). *Amor líquido: Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.

Bauman, Zygmunt, (2006). *La vida líquida*. Barcelona: Paidós Ibérica, S.A.

Bauman, Zygmunt, (2006). *Vidas desperdiciadas. La modernidad y sus parias*. Barcelona: Paidós.

Bauman, Zygmunt, (2007). *La sociedad sitiada*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina.

Bauman, Zygmunt, (2009). *Ética posmoderna*. Madrid: Siglo XXI.

Bauman, Zygmunt,(2009). *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina.

Bauman, Zygmunt, (2011). *Cuarenta y cuatro cartas desde le mundo líquido*. Barcelona: Paidós.

Bardin, L. (1986). *El análisis de contenido*. Madrid: Akal.

Beck, A., Wright, F., Newman, C. y Liese, B. (1999). Terapia Cognitiva de las drogodependencias (Tra. Rodíguez, A). Paidos Ibérica Ediciones.

Beck, U., Giddens, A. y Lash S. (1997). *Modernización Reflexiva. Política, tradición y estética en el orden social económico*. Madrid: Alianza Universidad.

Beck, Ulrich. (1998). *La sociedad del riesgo.* Barcelona: Paidós.

Beck, Ulrich. (2000). *Un nuevo mundo feliz.* Barcelona: Paidós.

Beck, Ulrich. (2002). *La sociedad del riesgo global. Madrid:* Siglo XXI.

Beck-Gernshein, E. (2003). *La reinvención de la familia.* Buenos Aires: Paidós.

Beck-Gernshein, E. (2003). *Individualización. Barcelona:* Paidós.

Becker, S. (1974). Historias de vida en Sociología. En Balán, J. *Las historias de vida en las ciencias sociales. Teoría y técnica*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 27-41.

Becoña, Iglesias, E. (1993). *El juego compulsivo en la Comunidad Gallega*, Santiago de Compostela, Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia.

Becoña, Iglesias, E. (1996). *La ludopatía*. Madrid: Aguilar.

Becoña, Iglesias, E. (1997). Características de la mujer jugadora patológica, *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *2* (*1)*, 21-34.

Becoña, Iglesias, E. (1998). Conductas adictivas. ¿El problema de siglo XXI? *Psicología Contemporánea*, *5*, 4-15.

Becoña, Iglesias, E. (1999). Epidemiología del juego patológico en España. *Anuario de Psicología*, *30*, 7-19.

Becoña, Iglesias, E. (2002). Evolución de las opiniones y creencias sobre el juego de azar en la población adulta a lo largo de 10 años: 1991-2001. *Adicciones*, *14* (supl. 2), 94-95.

Becoña, Iglesias, E. (2004). El juego patológico: Prevalencia en España. *Salud y Drogas*, *4 (2)*, 9-34.

Becoña, Iglesias, E. (2004). Prevalencia del juego patológico en Galicia mediante el NODS. ¿Descenso de la prevalencia o mejor evaluación del trastorno?" *Adicciones*, *16*, 173-184.

Becoña, E. y Fuentes, M.J. (1996). El juego patológico en niños del 2º ciclo de EGB. *Psicothema*, *8*, 13-23.

Becoña, E. y Míguez, M.C. (2001). Juego problema y juego de riesgo en adolescentes: su relación con el consumo de tabaco y alcohol, *Adicciones*, *13* (3), 279-288.

Becoña, Iglesias, E., Mínguez, M.C: y Vázquez, F.L. (2001). El juego problema en los niños escolarizados de la enseñanza secundaria de 14 y más años de Galicia. *Psicothema*, *13*, 559-564.

Beltrán, M. (1991). *La Realidad Social*. Madrid: Tecnos.

Bergalli, R., Bustos, J. y Miralles, T: (1983). *El pensamiento Criminológico I. Un análisis crítico*. Bogotá Colombia: Editorial Temis, S.A.

Bergh, C. Eklund, T., Sodersten, P. y Nordin, C. (1977). Altered dopamine function in pathological gambling. *Psychol Med, 27* (2), 473-475.

Bergler, E. (1957). *The psychology of gambling*. New York: Hill and Wang.

Blanco, C., Oresanz-Muñoz, L., Blanco-Jerez, C. y Sáiz-Ruiz, J. (1996). Phatological gambling and platelet MAO activity; A psychobiological study. *Am J Psychiatry*, *153*, 119-121.

Blanco, Medina, D. (1998). *Programa para la prevención del juego patológico*. Granada: FAJER.

Black, D.W, Goldstein, R´B, Noyes, R. y Blum, N. (1994). Compulsive behaviors and Obsesive-Compulsive Disorder (OCD): Lack of a relationship between OCD, eating disorders, and gambling. *Compr Psychiatry*, *35* (*2*), 145-148.

Blaszczynski, A. (1993). Juego patológico: una revisión de los tratamientos. *Psicología Conductual*, *1* (3), 409-440.

Blaszczynski, A. y Silove, D. (1995). Coghitive and behavioral therapies of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, *11*, 195-219.

Blum, K., Sheridan, P.J., Wood, R.C, Braverman, E.R., Chen, T.J. y Comings, D.E. (1995). Dopamine D2 receptor gene variants: Association and linkage studies in impulsive-addictive-compulsive behavior. *Pharmacogen*, *5*, 415-418.

Blume, S.B. (1987). Compulsive gambling and the medical model. *Journal of Gambling Behavior*, *3* (*4*), 237-249.

Bolívar Bonilla, C. (2005). Aproximación a los conceptos de lúdica y ludopatía. Fundación colombiana de tiempo y recreación. V Congreso Nacional de Recreación. Noviembre de 1998. Manizales. Colombia en: http:www.redcreacion.org/documentos/congreso5/Cbolivar.htm.(13 Oct. 2005).

Bombín, B. (Comp.) (1992). *El juego de azar. Patología y Testimonios*. Valladolid: Consejería de Sanidad y Bienestar Social, Junta de Castilla y León.

Bombín, B. (1994): *Estudios sobre las adicciones sociales*. Valladolid: CETRAS.

Brown, R.I. (1987c). Models of gambling addictions as perceptual filters. *The Journalof Gambling Behavior*, *3*, 224-236.

Brown, R.I. (1988). Models of gambling and gambling addictions as perceptual filtters. Journal Gambling Behavior, *3*, 224-236.

Brunner, H.C. Nelen, M. Breakefield, X.O., Ropers, H.V y Van Oost, B.A. (1993a). Abnormal behavior associated with a point mutation in the structural gene for monoamine oxidase A. *Science*, *262*, 578-580.

Bucher, C. (1999). Particularités médico-legales des situations de jeu pathologique, *Neuro-Psy*, *14* (2), 54-58.

Bueno, G. (2000). *Televisión: Apariencia y verdad*. Barcelona: Gedisa.

Burgues, E.A. (1974). El crecimiento de la ciudad: Introducción a un proyecto de investigación. En Theodorson, G.A. (Compil.). *Estudios de Ecología Humana*. Barcelona: Labor, 72-76.

Caballero, Muñoz, D. (1995). ¿Un modelo dialéctico para la conducta de consumo? *Psicothema, 7* (1), 147-158.

Camino Roca, J.L. (2005). Juegos de poder y psicológicos. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, *54*, 99-107.

Campailla, G. (1977). Le síndrome psycho-coronarien. *La Vie Médicale*, *58*, 2155-2162.

Canevaro, A. (1995). Terapia familiar trigeracional, en Garrido, M. y Espina, A. (Comps.). *Terapia familiar: Aportaciones psicoanáliticas y transgeneracionales*. Madrid: Fundamentos, 145-180.

Cañas Fernández, J.L. (2004). Antropología de las Adicciones. Psicoterapia y Rehumanización. Madrid: Dykinson.

Cañas Fernández, J.L. (2013). Psicoterapia y Rehumanización de las adicciones. Un Modelo para la Bioética Personalista. *Cuadernos de Bioética*, *XXIV*, 1ª, 101-112.

Carballo, J.L., Secades, R., Fernández, R., García, O. y Sobell, L., (2004). Recuperación de los problemas de juego patológico con y sin tratamiento. *Salud y Drogas*, *4* (2), 61-78.

Carnes, P.J. (1983). *Out of the Shadows*. *Understanding sexual addiction.* Minneapolis: Campeare Publications.

Carnes, P.J. (1983). *The sexual addiction*. Minneapolis: Campeare Publications.

Carrasco, J.L., Sáiz-Ruiz,J., Hollander, E., Cesar, J., López-Ibor, J.J.(1994). Jr. Low platelet monoamine oxidase activity in pathological gambling. *Acta Psychiatr Scand*, *90*, 427-431.

Castañeda, E. y García de Alaba, J.E. (2011). Perspectivas actuales de la adicción al trabajo. *Psicología y Salud*, *21* (1), 131-139.

Centro de Investigaciones Sociológicas (1989). Datos de opinión: loterías, otros juegos de azar. *REIS*, *45*, 291-312.

Charlot, V. (1994). L`addiction au travail. *Neuro-Psy*, *9*, 48-50.

Chóliz Montañés M. y Villanueva Silvestre, V. (2011). Evaluación de la adicción al móvil en la adolescencia. *Revista Española de Drogodependencias, 36* (2), 165-184.

Clemente Díaz M. (1984). La prevención de la delincuencia: la importancia del diseño ambiental. *Estudios de Psicología*, *17*, 41-56.

Chr Lasch (1979). *The Culture of Narcissism*. New York. Warner Books.

Cloninger, R. (1999). *Personality and psichopathology*. Washington: American Psychopathological Association Press.

Cloward, R. y Ohlin, L. (1960). *Delinquency and opportunity a theory of delinquent gangs*. New York: The Free Press.

Cohen, A.K. (1955). *Delinquent Boys: The Culture of the Gang*. Nueva York: Free Press of Glencoe.

Coleman, E. (1992). Is your patient suffering from compulsive sexual behavior? *Psychiatric Annals*, *22* (6), 320-325.

Comas Arnau, D. (1994).Los jóvenes y el uso de las drogas en la España de los años noventa. Tesis doctoral Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España. En: biblioteca.ucm.es/tesispdf.

Comisión Nacional del Juego (1986). *Libro Blanco del Juego*, Madrid: Ministerio del Interior.

Comisión Nacional del Juego (2010). Memoria de juego 2010. Dirección General de Ordenación del Juego. Secretaría de Estado de Hacienda. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

Comisión Nacional del Juego (2011). Memoria de juego 2011. Dirección General de Ordenación del Juego. Secretaría de Estado de Hacienda. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

Consoli, S. (1990). Approche psychosomatique en pathologie cardiovasculaire. *Encyclopédie Medico-chirurgicale*, *20* (4), 37.402.

Cooper, A. (2000). *Cybersex.* Filadelfia: Brunner-Rontledge.

Coria, C. (1991). *El dinero en la pareja*. Barcelona: Paidós.

Corominas, J. (1984). Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana. Madrid: Gredos.

Coventry, K.R. y Brown, I.R. (1993). Sensation seeking, gambling and gambling addictions. *Addiction*, *88* (4), 541-554.

Criquillion-Doublet, S. (1992). Boulimies et achats pathologiques. *Dependances*, *4* (*3*), 13-15.

Crips, B.R., Thomas, S.A., Jackson, A.C. y Thomason, N. (2001). Partners of problem gamblers who present for counselling: Demographic profile and presenting problems. *Journal of Family Studies*, *7*, 208-216.

Crockford, D. y el-Guebaly, N. (1998 b). Naltrexone in the treatment of pathological gambling and alcohol dependence. *Can J Psychiatry*, *43*, 86.

Crockford, D. y el-Guebaly, N. (1998). Psychiatric Comorbidity in Pathological Gambling: A Critical Review*. Can J Psychiatry*, *43*, 43-50.

Cusack, J.R., Malaney, K.R. y DePry, D.L. (1993). Insights about pathological gamblers. "Chasing losses" in spite of the consequence. *Postgrad Med*, *93* (5), 169-176.

Custer, R.L. (1984). Profile of the pathological gambler. *Journal of Clínical Psychiatry*, 45, 12 (2), 35-38.

Custer, R. y Milt, H. (1985). *When luck runs out. Help for compulsive gamblers and their families*, Nueva York: Facts on File Publications.

Daghestani, A.N., Elenz, E. y Crayton, J.W. (1996). Pathological gambling in hospitalizad substance abusing veterans. *J Clin Psychiatry*, *57* (*8*), 320-362.

Darbyshire, P., Oster, C. y Carrig, H. (2001). The experience of persuasive loss: Children and young people living in a family where parental gambling is a problem. *Journal of Gambling Studies*, *17*, 23-45.

DeCaria, C.M., Hllander, E., Grossman, R. Wong, C.M, Mosovich, S.A y Cherkasky, S. (1996). Neurobiology and Treatment of Pathological Gmbling. *J Clin Psychiatry, 57* (*8*), 80-84.

Defrance, C. (1999). Traitement cognitivo-comportamentant du jeu pathologique. *Neuro-Psy*, 14 (1), 17-21.

De Fuentes-Merilla, L., Koeter, M. W, Schippers, G.M. y Van den Brink, W. (2004). Tmporal stability of pathological scratchcard gambling among adult scratchcard two years later. *Addiction*, *99*, 117-127.

Dehoux, L. (1965). Sobre la terminología de Educación Física. En: *Citius, Altius, Fortius*, (*VII, 3).* Madrid INEF, 324-332.

Delgado, J. y Gutiérrez, A. (1994). *Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Síntesis.

De la Gángara, J.J. (1993). *Síndromes, dependencias y otras pasiones. Psico-sociopatología de la vida cotidiana*. Madrid: Arán.

De la Gángara, J.J. (1996). *Comprar por comprar*. Madrid: Cauce.

De la Gándara, J.J, Fuertes, J.C. y Sanz, O. (1999). *Adicciones sin drogas*. Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad, Agencia Antidroga.

De la Gángara, J.J., Fuertes, J.C. y Álvarez, M.T. (2000). *El juego patológico una adicción como otra cualquiera*, Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Agencia Antidroga.

De la Gándara, J.J. y Álvarez T. (2001). "Juego patológico (ludopatía)" en *Psiquiatría y Atención Primaria*. *2* (1), 7-14, Barcelona: J&C Ediciones Médicas S.L.

De las Heras, J. (2005). La *Sociedad Neurótica de Nuestro Tiempo*. Madrid: Espasa Calpe.

Del Líbano, M., Llorens, S., Schaufeli, W.B. y Salanova, M. (2006). Adicción al trabajo. Acciones Preventivas (II). Gestión Prácticas de Riesgos Laborales, *28*, 18-25.

Del Líbano, M., Llorens, S., Schaufeli, W.B. y Salanova, M. (2006). Adicción al trabajo: Concepto y evaluación. Gestión Práctica de Riesgos Laborales, *27*, 24-30.

De Miguel, A. (1988). *Estudio sociológico sobre las máquinas recreativas con premio*. Madrid: Andemar-Facomare.

Didia, J., Dorpinghaus, A., Maggi, C. y Haro, G. (2009). Adicciones a Internet: Una posible inclusión en la nosografía. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, *73* (1), 73-82.

Dishion, T. J., Andrews, D.W. y Crosby, L. (1995). Antisocial boys and their friends in early adolescence: Relationship characteristics, quality and interactional process. *Child Development*, *66*, 139-151.

Domínguez, J.A. (2000). La observación participante. En Cruz, F. y Gualda, E. (Coords). *Métodos y Técnicas de Investigación Social*. Huelva: Estudios Sociales e Intervención Social, 217-231.

Domínguez, Álvarez, A. (2007). Epidemiología del Juego Patológico. En Moreno Mariscal, S. (Coord.) *Guía Clínica: Actuar ante el Juego Patológico*. Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.

Doménech, Álvarez, Y. (1998). Los grupos de autoayuda como estrategia de intervención en el apoyo social. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, *6*, 179-195.

Domínguez, Álvarez, A. (2007). Juego Patológico y Juventud. En Moreno Mariscal, S. (Coord.). *Guía Clínica: Actuar ante el Juego Patológico*. Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.

Domínguez, Álvarez, A. (2007). Factores implicados en el Juego Patológico. En Moreno Mariscal, S. (Coord.). *Guía Clínica: Actuar ante el Juego Patológico*. Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.

Durkheim, E. (1982). La División del Trabajo, Madrid: Akal.

Duverger, M. (1978). *Métodos de las ciencias sociales*. Barcelona: Ariel.

Echeburúa E. (1992). Psicopatología, variables de personailidad y vulnerabilidad psicológica al juego patológico. *Psicothema*, *4*, 7-20.

Echeburúa E. (1993). Las conductas adictivas: Una ruta común desde el “crack” al juego patológico. *Psicología Conductual*, *1*, 321-337.

Echeburúa E. (1994). *Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Echeburúa E. (1996). *El alcoholismo*. Madrid: Aguilar.

Echeburúa E. (2000). *¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Echeburúa E. (2005). Retos de futuro en el tratamiento del juego patológico. *Adicciones*, *17* (1), 11-16.

Echeburúa, E., Amor, P. y Cenea, R. (1998). Adicción a Internet: ¿Una nueva adicción psicológica?. *Monografías de Psiquiatría*, *2*, 38-44.

Echeburúa, E. y De Corral, P. (1993). Adicciones Psicológicas: más allá de la metáfora. *Clínica y Salud*, *5*, 251-258.

Echeburúa, E. y De Corral, P. (2008), Juego responsable: ¿Una alternativa para la prevención y el tratamiento de la ludopatía?. *Adicciones*, *20* (4), 321-326.

Echeburúa, E. y Báez, C. (1990). Enfoques terapéuticos en el tratamiento psicológico del juego patológico. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, *8*, 127-146.

Echeburúa, E. y Báez, C. (1994a). Concepto y Evaluación del juego patológico. En Graña, J.L. (Ed.). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.

Echeburúa, E. y Báez, C. (1994b), Tratamiento psicológico del juego patológico. En Graña, J.L. (Ed.). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.

Echeburúa, E. y Báez, C. y Fernández-Montalvo, J. (1994a). Efectividad diferencial de diversas modalidades terapéuticas en el tratamiento psicológico del juego patológico. *Análisis y Modificación de Conducta, 20*, 617-643.

Echeburúa, E. y Báez, C. y Fernández-Montalvo, J. (1996). Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gamnbling: long-termautcome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *24*, 51-72.

Echeburúa, E. y Báez, C., Fernández-Montalvo, J. y Páez, D. (1994 b). Cuestionario de Juego patológico de South Oaks (SOGS): validación española*. Análisis y Modificación de Conducta*, *20*, 769-791.

Echeburúa, E., De Corral, P. (1986). Prevención de la recaída en las conductas adictivas: estrategias de intervención. *Drogalcohol*, *11*, 16-24.

Echeburúa, E., De Corral, P. (1994). Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora. *Clínica y Salud*, *5*, 251-258.

Echeburúa, E., De Corral, P. y Amor, P.J. (2004). Prevención de las recaídas en las ludopatías, *Salud y Drogas*, *4* (2), 97-116.

Echeburúa, E., De Corral, P. y Amor, P.J. (2005). El reto de las nuevas adicciones: objetivos terapéuticos y vías de intervención. *Psicología Conductual*, *13* (3), 511-525.

Eisen, S.A., Lin, N., Lyons, M.J., Scherrer, J.F., Griffith,K., TrueWR, Goldberg, J. y Tsuang, M.T. (1998). Familial influences on gambling behavior: An analysisi of 3359 twin pairs. *Addiction*, *93* (*9*), 1375-1384.

Eisestein, V.W. (1956). Sexual problems in marriage. *Neutoric Action in Marriage*. Nueva York, Basic Books, 101-124.

Ellis, H. (1975). *Sueños eróticos*. Madrid: Tropos.

Estallo, J.A. (1993). Videojuegos, personalidad y conducta. *Psicothema*, *6*, 181-190.

Estallo, J.A. (1995). *Los videojuegos: Juicios y Prejuicios*. Barcelona: Planeta.

Faber, R.J. y O`Guinn, T.C. (1998). Compulsive consumption and credit abuse. *Journal of Consumer Policy*, *11*, 97-109.

Fairburn, C. (1998). *La superación de los atracones*. Barcelona: Paidós.

Featherstone, M. (1991). *Consumer, Culture y Postmodernism*. London: Sage.

Feilgeman, W., Kleinman, P.H., y Lesieur, H.R. (1998). Problem gamblers, problem substance users, and dual problem individuals, an epidemiological study. *Am J Public Healt*, *88* (3), 467-470.

Ferenczi, S. (1919a). Fenómenos de materialización histérica. En: *Obras completas, Tomo III*. Madrid: Espasa Calpe, 411-412.

Ferenczi, S. (1919c). Neurosis del domingo. En: *Obras completas, Tomo III*. Madrid: Espasa Calpe, 410-411

Fernández-Alba, A., Labrdor, F.J., Rubio, G., Ruiz, B., Fernández, O. y García, M. (2000). Análisis de las verbalizaciones de jugadores patológicos mientras juegan en máquinas recreativas con premio: estudio descriptivo. *Psicothema*, *12* (4), 654-660.

Fernández-Alba, A. y Labrador, F.J. (2002). *Juego Patológico*. Madrid: Síntesis.

Fernández, A. y Luengo, A. (2004). Tratamiento cognitivo-conductual del juego patológico, *Salud y Drogas*, *4* (2), 79-96.

Fernández, Alepuz, R. (2007). Juego Patológico y Familia. En Moreno Mariscal, S. (Coord.). *Guía Clínica: Actuar ante el Juego Patológico*. Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.

Fernández-Montalvo, J., Echeburúa, E. y Báez, C. (1995). El Cuestionario Breve de Juego Patológico (CBJP): un nuevo instrumento de "screening". *Análisis y Modificación de Conducta*, *21*, 211-223.

Fernández-Montalvo, J., Báez, C. y Echeburúa, E. (1996). Distorsiones cognitivas de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un análisis descriptivo. *Cuaderno de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, *37*, 13-23.

Fernández-Montalvo, J., Báez, C. y Echeburúa, E. (2000). Ludopatía y trabajo: análisis de las repercusiones laborales de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras. *Clínica y Salud*, *11* (1), 5-14.

Fernández-Montalvo, J y Echeburúa, E. (1997). *Manual práctico del juego patológico*. *Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid: Pirámide.

Fernández-Montalvo, J y Echeburúa, E. (1998). Laborodependencia: Cuando el trabajo se convierte en adicción. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *3* (*2*), 103-120.

Fernández-Montalvo, J y Echeburúa, E. (2001). Trastornos de personalidad y juego patológico: una revisión crítica. *Psicología Conductual*, *9*, 527-539.

Fernández-Montalvo, J, Báez, V. y Echeburúa, E. (2000). Ludopatía y trabajo: análisis de las repercusiones laborales de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras. *Clínica y Salud*, *11*, 5-14.

Fernández-Montalvo, J. y Castillo, A. (2004). Repercusiones familiares del juego patológico: una revisión clínica, *Salud y Drogas*, *4* (2), 149-166.

Ferraroti, F. (1980). Les biographies comme instrument analytique e interprétatif. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, *69*, 237-248.

Ferrer i Balsabre, L. (2008). Ecología de las nuevas adicciones. Comunicación presentada en la VII Jornadas ADAFAD: "El ocio juvenil". Vivencias usos y consumos, también de sustancias. A Coruña.

Fink, Eugen (1996). Le jeu comme symbole du mond. Paris: Les Editions de Minuit.

Fleta, J. y Olivares, J.L. (2009). Adolescencia y adicción a las nuevas tecnologías. *Boletín de la Sociedad Pedriátrica de Aragón, La Rioja y Soria, 39* (3), 84-90.

Flores, T. (1996). Ansiedad y patrón de conducta de tipo A. En Tobeña, A. (Ed.), *Ansiedad. Orígenes y tratamiento*. Madrid: Zambeletti.

Foucault, M. (1999). *Entre filosofía y literatura*, Barcelona: Paidos.

Freud, S. (1999). Carta a Fleiss. En Chassaing, J.L.. Écrits psychanalytiques classiques sur les toxicomanies. París: Association freudienne international.

Friedman, M. y Rosenmn, R.H. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascuolar findings. *J American Medical Association*, *179*, 1286.

Gadamer, H.G. (1998). *La actualidad de lo bello*. Barcelona: Ediciones Paidós.

Gadamer, H.G. (1997). El juego como hilo conductor de la explicación ontológica, en *Verdad y Método. Fundamentos de una hermenéutica filosófica*, Salamanca: Editorial Sígueme.

Gaja, R. (1993). *Videojuegos. ¿Alienación o desarrollo?.* Barcelona: Grijalbo.

Galán, F. (2006). Apuntes para una filosofía del juego. http://entreocios.blogspot.com/archive.html (11 Oct. 2007).

Galbraith, J.k. (1985). *La sociedad opulenta*. Barcelona: Planeta-Agostini.

García Ferrando, M. (1979). *Sobre el método*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

García Ferrando, M. y Sanmartín, R. (1996). LA observación científica y la obtención de datos sociológicos. En García Ferrando, M., Ibáñez, J. y Alvira, F. (Coords.). El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación social. Madrid: Alianza, 115-146.

García, J.L., Díaz, C. y Aranda, J.A. (1993). Trastornos asociados al juego patológico. *Anales de Psicología*, *9* (1), 83-92.

García-Andrade, J.A. (1993). *Psiquiatría forense*. Madrid: Fundación Ramón Areces.

García Gracia, M.I, Fernández, Y. y Zofío, J.L. (1997). *La industria de la cultura y el ocio en España. Su aportación al PIB*. Madrid: Sociedad General de Autores y Editores, Fundación Autor.

García-Resa, E., Braquehais Conesa, D. y Ochoa Mangado, E. (2002). La ludopatía, ¿adicción comportamental?". *Conductas Adictivas*, Casos clínicos, 2 (2), 3-3, 7 ref.

García Montes, J.M y Caballero Muñoz, D., (2006). Los estilos de vida como sustancia de la adicción: consideraciones a propósito de internet y del teléfono móvil. En López Ríos, F. (Coord.). *Drogas y Adiciones en la Sociedad Actual*. Almería: Universidad de Almería, 41-69.

García, C. y Monferrer, J. (2009). Propuesta de análisis teórico sobre el uso del teléfono móvil en adolescentes. *Comunicar*. *Revista Científica de Educomunicación*, *17* (33), 83-92.

Garrido, M., Jaén, P. y Domínguez, A. (2002). Relaciones de pareja y juego patológico: un estudio descriptivo a través de la Escala de Ajuste Diádico (DAS). *Apuntes de Psicología*, *20*, 33-48.

Garrido, M., Jaén, P. y Domínguez. A. (2004). *Ludopatía y relaciones familiares*. Barcelona: Paidós.

Gaudia, R. (1987). Effects of compulsive gambling on the family intervention. *Journal of Gamblin Studies*, *10*, 67-76.

Gesbsattel, V. (1932), Süchtiges Verhalten in Gebiete sexueller Perversionen. *Mschr. Psychiatry*, *82*, 113-117.

Gibbs, J.P. (1966). Conceptions of deviant behavior: the old and the new. *Pacific Sociological Review*, *9*, 9-14.

Giddens, A. (1995). *La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*. Madrid: Cátedra Teorema.

Giddens, A. (1998). *Modernidad e Identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona: Península.

Giddens, A. (2000). *Un mundo desbocado. Los efectos de la globalización en nuestras vidas*. Madrid: Taurus.

Giddens, A y Hutton, W (Eds.). (2001). *En el límite. La vida en el capitalismo global*. Barcelona: Kriterios Tusquets Editores.

Gil Roales, J. (1996). La adicción como conducta. En Gil Roales, J. (Ed.), *Psicología de las adiciones*. Granada: Némesis.

Glaser, D. (1960). Differential association and criminological prediction. *Social Problems*, *8* (1), 6-14.

Goffman, E. (2006). *Estigma: La identidad deteriorada*. Madrid: Amorrortu.

Goldberg, I. Greenfield, D.N. Virtual Addiction, Oackland, New Harbinger Publication, 1999. En: www.rider.edu-users.psyciber-suportgp.acheterml.

Gómez-Jarabo, G. y Alonso-Fernández, F. (2001). Consideraciones psicobiológicas sobre las adicciones alimentarias. *Salud Mental, 24* (2), 16-24.

González, Alcantud, J.A. (1993). *Tractatus ludorum. Una antropología del juego*. Barcelona: Anthropos.

González Ibañez, A. (1989). *Juego patológico: una nueva adicción*. Madrid: Canal de Comunicaciones.

González Río, M.J. (1997). *Metodología de la Investigación Social. Técnica de recolección de datos*. Alicante: Editorial AGUACLARA.

Goodman, A. (1998). Sexual addiction. An integrated approach. Connecticut International Universities Press: Madison.

Gray, M. y Littlefield, M. (2002). Black Women and Addictions. En Straussner y Brown (Editores. *The handbook of addiction treatment for women*. San Francisco: Jossey-Bass, 301-322.

Greenfield, D.N. (1999). *Virtual Addiction.* Oackland: New Harbinger Publication.

Greenson, R. (1947). On Gambling. *Americam Imago*, *4*, 61-77.

Griffiths, M.D. (1990). Addiction to fruit machines: A preliminary study among young males. *Journal Gambl Behaiorv*, *6* (1), 113-126.

Guerricaechevarría, C. y Echeburúa, E. (1997). Tratamiento de la adicción al teléfono (líneas partyline y eróticas): un caso clínico. *Análisis y Modificación de Conducta*, *23*, 697-727.

Guillén Royo, M. (2003). Hacia una revisión crítica del análisis neoclásico del consumo: Una alternativa basada en las necesidades. *Revista de Economía Crítica*, *1*, 95-111.

Gupta, R. y Derevensky, J.L. (1997). Familial and social influences on juvenile gambling behavior. *Journal of Gambling Studies*, *13*, 179-192.

Gupta, R. y Derevensky, J.L. (1998). Adolescent gambling behavior: A prevalence study and examination of the correlates associated with problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, *14* (4), 319-345.

Gutiérrez Delgado, M. (2004). La bondad del juego. *Escuela Abierta*, *7*, 153-182.

Hardoon, K., Gupta, R. y Derevensky, J.L. (2004). Psychosocial variables associated winh adolescent gambling. *Psychology of Addictive Behaviors*, *18* (2), 170-179.

Heineman, M. (1989). Parents of male compulsive gamblers: clinical issues/treatment approaches. *Journal of Gambling Behavior*, *5*, 321-333.

Heineman, M. (1994). Compulsive gambling: Structured family intervention. *Journal of Gambling Studies*, *10*, 67-76

Hirst, Paul, Q. (1988). Marx y Engels sobre la ley, el delito y la moralidad. En Taylor, Walton y Young (Dir.). *Criminología crítica*, (4º ed.) México: Siglo XXI Editores.

Hodgins, D.C. y El-Guebaly, N. (2000). Natural and treatment-assisted recovery from gambling problems: A comparison of resolved and active gamblers. *Addiction*, *95*, 777-789.

Hodgins, D. C. (2001). Processes of changing gambling behavior. *Addictive Behaviors*, *26*, 121-128.

Hodgson, R.J. (1993). Exposición a estímulos y prevención de recaídas. En Casas, M. y Gossop, M. (Eds.). *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona: Citrán.

Hodgson, R.J., Budd, R.y Griffiths, M. (2000). Compulsive behaviors: En Henn, Sartorius, Helmchen, Lauter (Eds.), *Contemporary Psychiatry*, Vol. III, Berlín, Springer, 241-250.

Holderness, C.C., Brooks-Gunn, J. y Warren, M. (1994). Co-morrbidity of Eating Disorders and Substance Abuse. Review of the Literature. *International Journal of Eating Disorders*. *16* (1), 1-34.

Hollander, E. (ed.) (1993). *Obsessive-Compulsive related disorders*. Washinton: American Psychiatric Press.

Hollander, E., Frenkel, M. DeCaria, C., Trungold, S., Stein, D.J. (1992). Treatment of Pathological gambling with clomipramine. *Am J Psychiatry*, *149* (*5*), 710-711.

Hollander, E., DeCaria, C., Mari, E., Wong, C. Mosovich, S. Grossman, R., y Begaz, T. (1998). Short-term Single-Blind Fluvoxamine Treatment of Pathological Gambling. *Am J Psychiatry*, *155*, 1781-1783.

Holzamer, K. (1974). Televisión: tarea o pretensión informativa. *Folia Humanística*, *12* (137), 353-368.

Hosokawa, M., Tahiri, S. y Uehata, T. (1982). *Karoshi*. Tokio: Rodo-Keizam.

Hudak, C.J., Varghese, R. y Politzer, R.M. (1989). "Family, marital and occupational satisfaction for recovering pathological gamblers". *Journal of Gambling Behavior*, *5*, 201-210.

Hume, D. (1980). *De la libertad y la necesidad. En Investigaciones sobre el conocimiento humano*. Madrid: Alianza Editorial.

Ibañez, A., Pérez de Castro, I., Fernández-Piqueras, J.y Saíz-Ruiz, J. (1998). Sex differences in pathological gambling geneticcontribution (resumen). *Am J Med Genet*, *81* (*6*), 523.

Ibañez, A., Pérez de Castro, I., Fernández-Piqueras, J., Blanco, C. y Saíz-Ruiz, J. (1999). Genetic association study between pathological gambling and DNA polymorphic markers at MAO-A and MAO-B genes. *Molecular Psychiatry, 3*. En prensa.

Ibáñez, A. y Saíz-Ruiz, J. (2000). Neurobiología y genética molecular en el juego patológico. *I Congreso Virtual de Psiquiatría*, 1 de febrero/15 de marzo 2000. Conferencia 8CI-C [26 pantallas]. Disponible en: http://www.psquitria.com/congreso/mesas//mesa8/conferencias/8-cic.htm. (19 Oct. 2005).

Ibáñez, A. y Saíz-Ruiz, J. (2001). *La ludopatía una "nueva enfermedad"*. Barcelona: Masson.

Iñíguez, L. (1999). Investigación y Evaluación Cualitativa: Bases teóricas conceptuales. *Atención Primaria*, *23* (8), 496-502.

Iruita, I.M. (1996). *Estudio sobre la prevalencia de los jugadores de azar en Andalucía*. Sevilla: Comisionado para la Droga, Consejería de Asuntos Sociales, Junta de Andalucía.

Jacobs, D.F. (2000). Juvenile gambling in North America: AN analisys of long-term trends and future prospects. *Journal of Gambling Studies*, *16* (2), 119-152.

Jaén, Rincón, P. y Garrido, Fernández, M. (2004). El juego en la pareja: desarrollo de un modelo explicativo de los patrones de construcción, deconstrucción y reconstrucción del vínculo matrimonial. En: Garrido, Fernández, M., Jáen, Rincón, P. y Domínguez, Álvarez, A. (2004). *Ludopatía y Relaciones familiares*. Barcelona: Paidós.

Jaén, Rincón, P. y Garrido, Fernández, M. (2004). Aportaciones de los Modelos Sistémicos y relacionales para la comprensión del juego patológico. En: Garrido, M., Jaén, P. y Domínguez, A. (Comps), (2004). *Ludopatía y relaciones familiares*. Barcelona: Paidós.

Jiménez Rodríguez, J. y Fernández de Haro, E. (1999). Estudio de algunas variables sociodemográficas relevantes en jugadores patológicos que acuden a tratamiento. *Análisis y Modificación de Conducta*, *25* (99), 51-80.

Kafka, M.P. (1991). Successful antidepressant treatment of no-paraphilic sexual addicts ans paraphilias in men. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52 (*2*), 60-65.

Kafka, M.P. y Prentky, R. (1992). Fluoxetine treatment of nonparaphilic sexual addiction an paraphilias in men. *Journal clinical Psychiatry,* 53, 351-358.

Kafka, M.P. y Prentky, R. (1994). Preliminary observations of DSM-III-R axis I comorbidity in men with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Journal clinical Psychiatry,* 55, 481-487.

Kernberg, O. (1995), Las relaciones amorosas. Buenos Aires: Paidós.

Killinger, B. (1993). *La adicción al trabajo, una dependencia repetible. Guía para la familia*. Barcelona: Paidós.

Kim, S.W. (1998). Opioid antagonists in the treatment of impulse-control disorders. *J Clin Psychiatry*, *59* (4), 159-164.

Kipman, A., Gorwood, P., Mouren-Simeoni, M.C y Adès, J. (2001). Anorexie mentale et obsession: continuité ou contiguité. *Annnales Médico-Psychologiques*, *159*, 60-75.

Kockott, G. (2000). Sexual Disorders. En Henn, Sartorius, Helmchen y Lauter (Edit.), *Contemporany Psychiatri*, Berlin: Springer, *3*, 207-227.

Kohnstamm, R. (1991). El mundo de la televisión. En Kohnstamm, R, *Psicología práctica del niño*. Tomo II (143-162). Barcelona: Herder.

Kuhn, J.M. y Cordier, B. (1989). Bases neurobiologiques du comportement sexual: de la théorie à la pratique. *Annales de Psychiatrie*, *4* (4), 302-305.

Ladouceur, R. (1991). Prevalence estimates of pathological gamblers in Québec. *Canadian Journal of Psychiatric*, *36*, 732-734.

Ladouceur, R. (1993). Aspectos fundamentales y clínicos de la psicología de los juegos de azar y dinero. *Psicología Conductual*, *3*, 361-374.

Ladoceur, R., Ferland, F., Roy, O., Bussieres, E.T. y Auclair, A. (2004). Prevention of pathological gambling in adolescents: A cognitive approach. *Journal de Therapies Comportamentale el Cognitive*, *14*, 124-130.

Lambert, D. (1994). Les diverses configurations du viol et des violeurs. *Neuro-Psy*, 9 (10), 404-406.

Lavega, P. (1998). Revisión Crítica de las definiciones del juego: Reflexiones y propuestas en torno a la aplicación educativa/recreativa del Juego. "The Playfulness of Society" European IPA Congress Antwerp, Belgium, 15-18 April.

Leary, K. y Dickerson, M. (1985). Levels of arousal in high and low frequency gamblers. *Behav Res Ther*, *23* (6), 635-641.

Legarda, J.J., Babio, R. y Abreu, J.M. (1992). "Prevalence estimates of Pathological gambling in Sevilla (Spain)", *British Journal of Addictions*, *87*, 767-770.

Lejoyeux, M., Tassain, V. y Adès, J. (1996). Aspects cliniques el psychopatologiques des conduites de risque. *Neuro-Psy, 2* (8), 315-323.

Lejoyeux, M. y Adès, J. (1999). Le jeu pathologique; aspects épidémiologiques et biologiques. *Neuro-Psy*, *14* (1), 7-12.

Lejoyeux, M., Mc Loughiln, M. y Adès, J. (2000). Epidemiología de la dependencia conductual: revisión de las publicaciones y resultados de estudios originales. *Eur Psychiatry Ed.Esp*., 7, 378-380.

Lesieur, H.R., Blume, S.B y Zoppa, R.M. (1986). Alcoholism, drug abuse and gambling. *Alcohol Clin Exp Res*, *10*, (*1*), 33-38.

Lesieur, H.R. y Klein, R. (1987). Pathological gambling among school students. *Addict Behav*, *12*, 129-135.

Lesieur, H.R. y Heineman, M. (1988). Pathological gambling among youthful multiple substance abusers in a therapeytic community. *Bristish Journal of Addictions, 83*, 765-771.

Lesieur, H.R. y Rothschild, J. (1989). Children of Gamblers Anonymous members, *Journal of Gmbling Behavoir*, *5*, 269-282.

Lesieur, H.R. (1988b). Report on Patholical Gambling in New Jersey, griten for the New Jersey. *Covernor´s Advisory Commission on Gmbling*, Reno, Nevada.

Lesieur, H.R. y Blume, S.B. (1991). Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment unit using the Addiction Severity Index. *Br J Addict*.

Lesieur, H.R. y Rosenthal, R.L. (1991). Pathological gambling: A review of the literatura. *J Gambl Stud*, *7*, 5-40.

Levine, M.P. y Troiden, R.R. (1988). The myth of sexual compulsivity. *The Journal of Sex Research*, *25*, 347-363.

Lewin, M. (2004). Juego, fantasia: del más allá al espacio transicioanl*. Psicoanálisis APdeBA*, *Vol. XXVI*, *2*, 351-373.

Li, W.L. y Smith, M.H. (1976). The propensity to gamble: somestructural determinants. En Eadington, W.R. (ed.). *Gambling and Society*. Illinois: Charles C. Thomas.

Llinares, Pellicer, C., Santos Díez, P., Albiach, C., Camacho Ferrer, I. y Palau Muñoz, C. (2006). Diferencias de sexo en adictos a máquinas tragaperras. *Adicciones*, *18* (4), 371-376.

Lipovetstsky, G. (1995). *La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. Barcelona: Editorial Anagrama.

Loeber, R. y Stouthamer-Loeber, M. (1986). Family factors as correlats and predictors of juvenile conduct problems and delinquency. In Morris, N. & Tonry, M. (Eds,*Crime and Justice: An Annual Review of Research*, *7 (*29), 149.

López de Ayala, M.C. (2004). El análisis sociológico del consumo: una revisión histórica de sus desarrollos teóricos. *Sociológica*, *5*, 161-188.

López-Ibor, J.J., Sáiz-Ruiz,J., Moral, L., Moreno, I. y Viñas, R. (1991). Neuroendocrine serotonergic challenges in clinical research. En Sandler, M. Coppen, A. y Harnett, S. (eds.). *5-Hydroxytryptamine in Psychiatry*. Oxford: Oxford University.

López-Ibor, J. J. (Dire.) y Valdés Miyar, M (Coord.) (1996). *DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Barcelona: Masson, S.A.

López Jiménez, A. (2002). *Los juegos de azar. Juego social y ludopatía*, Zaragoza: Gobierno de Aragón y Universidad de Zaragoza.

Lorenz, V.C. (1987). Family dynamics of pathological gamblers. En T. Galski (Ed.) *The handbook of pathological gambling*. Springfield, IL. Charles C. Thomas Publisher.

Lorenz, V.C. (1989). Some treatment approaches for family members who jeopardize the compulsive gambler`s recovery. *Journal of Gambling Behavior*, *5*, 303-312.

Lorenz, V.C., y Yaffe, R.A. (1988). Pathological gambling. Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the spouse. *Journal of Gambling Behavior*, *4*, 13-26.

Lyotard, Jean-Francoise (1994). *La Condición Postmoderna*. Madrid: Cátedra Teorema. Madrid, López, R.I. (2000). La Adicción a Internet. *Psicología Online*.

Mankoff, M. (1971). Societal reaction and career deviance. *The Sociological Quaterly*, *12*, 204-218.

Manowitz, P. Amorosa, L.F y Goldtein, H.s. (1993). Uric acid level increases in humans engaged in gambling: A preliminary report. *Biol Psychol*, *36* (*3*), 223-229.

Marlatt, G.A. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En Casas, M. y Gossop, M. (Eds.), *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona: Citrán.

Marotta, J.J. (1999). Recovery from gambling problems with and without treatment (natural resolution). *DissertationAbstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, *60*, 29-52.

Marsal, J.F. (1974). Historias de vida y ciencias sociales. En Balán, J. *Las historias de vida en las ciencias sociales. Teoría y técnica*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 43-63.

Martín, B. y Cortés, M. (2004). Acceso a la documentación y formación en juego patológico, *Salud y Drogas*, *4* (2), 117-148.

Matey Patricia (2000). "Adicción, dependencia del sexo". En: http://www.trainesmed.com (11/03/2000).

Matza, D. (1981). *El proceso de desviación*. Madrid: Taurus.

Mc. Dougall, J. (1991). De la sexualité addictive. *Psychiatrie Française*, *22*, 29-51.

McConaghy, N., Armstrong, M.S., Blaszczynski, A.P. y Allcock, C. (1983). Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling. *BR J Psychiatry, 142*, 366-372.

McConaghy, N., Blaszczynski, A.P., y Frankova, A. (1991). Comparison of imaginal desensitization with other behavioral treatments of pathological gambling. A two-to nine-year follow-up. *Br Psychiatry*, *159,* 390-393.

McCormick, R.A. (1993). Disinhibition and negative affectivity in substance abusers with and without a gambling problem. *Addict Behav*. *18* (3), 331-336.

McCormick, R.A. y Taber, J.I. (1987). "The pathological gamblers: Salient personality variables", en Galski, T. (Comp.). *The handbook of pathological gambling*, Springfield, III, Charles C. Thomas Publisher, 9-39.

Mc Dougal, J. (1999). De la sexualité addictive. *Psychiatrie française*, *4* (*99*), 194-216.
McElroy, S.L, Pope, H.G. y otros (1991). Kleptomania: A Report of cases. *American Journal Psychiatry*, *148*, 652-657.

Meadows, J.R. (2002). *The relationship between substance-related disorders and depression, sexual addiction, and pathological gambling in a treatment center for substance-related disorders*. Unpublished doctoral dissertation, Mississippi State University.

Mellody, P. (1997*). La adicción al amor*. Barcelona: Obelisco.

Merton, R.K. (1992). *Teoría y Estructuras Sociales*. México: Fondo de Cultura Económica.

Millar, S. (1972). *Psicología del Juego Infantil*. Barcelona: Fontanella.

Millar, W.R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.

Minuchin, S. (1988). *Técnicas de Terapia Familiar*. Buenos Aires: Paidós.

Moody, G. (1990). *Quit compulsive gambling*. Wellingborough: Thorsons.

Moran, E. (1970). Varieties of pathological gambling. *British Journal of Psychiatry*, *11* (6), 593-597.

Moreno, I., Saíz Ruiz, J. y López-Ibor, J.J. (1991). Serotonin and gambling dependence. *Human Psychopharmacology*, *6*, 9-12.

Moreno, I., Saíz Ruiz, J. y López-Ibor, J.J. Aspectos clínicosny Evolutivos de la ludopatía. Iº Congreso Virtual de Psiquiatría, 1 de febrero -15 de marzo 2000, Conferencia 8-CI-A Disponible en http://www.psiquiatria.com (18/01/2006).

Moreno, I., Saiz Ruiz, J. y López-Ibor, J.J., Sánchez-Nievas, G. (1995). Ludopatía ¿Un trastorno del ánimo?. *Anal Psiquiatry*, *11* (*2*), 35-67.

Moreno, I., Saíz-Ruiz, J. (1991). Tratamiento de un caso de ludopatía (juego patológico) con sales de litio. *Anuario Psiquiátrico*, Barcelona: Prous, 249-254.

Moreno Mariscal, S. (Coord.)(2007). *Guía Clínica: Actuar ante el juego patológico*. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.

Moskowitz, J.A. (1980). Lithium and lady luck. *N Y State J Med*, *14*, 785-788.

Nacht, S. (1972). El masoquismo. Buenos Aires: Sudamérica.

Nathan, P.E. (2003). The Role of Natural Recovery in Alcoholism and Pathological Gambling. *Journal of Gambling Studies*, *19*, 279-286.

Naval, C., Sádaba, C. y Brigué, J. (2004*). Impacto de las TIC en las relaciones sociales de los jóvenes navarros*. Universidad de Navarra.

Nestler, E.J., Fitzgerald L.W. y Self D.W. (1995). Neurobiology. En Oldham, J.M., Riba, M.B. (eds.). *Review of Psychiatry (Voluumen 14) (Section I) Substance Abuse*. Washington: American Psychiatric Press, 51-82.

Nicolaides P. (1988). Limitsto the expansion of neoclassical economics. *Cambridge Journal of Economics*, *12*, 313-328.

Nietzssche, F. (1992). *Así habló Zarathustra*. Barcelona: Planeta-Agostini.

Norbeck, E. (1972). "The antropological Study of Human Play" en: *Rice University Studies*, 60: 3.

Norwood, R. (1986). *Las mujeres que aman demasiado*. Buenos Aires: Vergara.

Ochoa, E., Labrador, F., Echeburúa, E., Becoña, E. y Vallejo, M.A. (1994). *El juego patológico*. Barcelona: Plaza y Janés.

Oldman, D. (1978). Compulsive gamblers. *Sociological Review*, *26*, 349-371.

Olivos Aragón, P. (2003). Nuevos sujetos posmodernos, ¿nuevas patologías?, ¿nuevos pacientes? Sección II: Algunos modelos conceptuales y teorías que explican los trastornos de la personalidad. En *Trastornos de personalidad. Hacia una mirada integral*. Sociedad Chilena de Salud Mental: Editorial Riquelme Vèjar y Alex Oksenberg Schorr.

Orford, J. (2001). *Excessive appetites: A psychological view of addictions* (2ª Edición). Chinchester: Wiley.

Organización Mundial de la Salud (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas de diagnóstico (CIE-10).* Ginebra.

Ortega y Gasset, J. (2003). *El Tema de Nuestro Tiempo*. Madrid: Espasa Calpé.

Ortí, A. (1996). La apertura o el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semidirectiva y la discusión en grupo. En García Ferrando, M, Ibáñez, J y ALvira, F. (Coords.). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación social*. Madrid: Alianza, 189-221.

Osma, J. (2002). Observatorio epidemiológico de sustancias psicoactivas, uso de Internet y juegos electrónicos en una institución universitaria. *Adicciones*, *14*, 209-225.

Organización Mundial de la Salud (1992). CIE-10*. Clasificación Internacional de las enfermedades*. Madrid: Méditor.

Pallavicini, J. y Lolas, J. (1991). Ninfomanía sintomática. *Revista Psiquiatría Clínica*, *2*, 138-146.

Paniagua, C. (1990). Análisis de un hábito de juego, *Revista de Psicoanálisis*, *5* (*6*), 893-907.

Pardinas, F. (1989). *Metodología y técnicas de investigación social en ciencias sociales*. México: Siglo XXI.

Paredes Ortiz, J. (2002): El deporte como juego: Un análisis cultural. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Alicante, Alicante, España.

Pavarini, M. (1983). *Control y Dominación: teorías criminológicas burguesas y proyecto hegemónico*, México: Siglo XXI.

Pedinielli, J.L., Rouan, G. y Bertagne, P. (1997). Addictions et dependence. *Pratiques Psychologiques (Nouvelles Addictions), 4*, 5-12.

Pérez, M.P. (2007). "Juego Patológico y Mujer", en Moreno Mariscal, S. (Coord.). *Guía Clínica: Actuar ante el Juego Patológico*. Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.

Pérez de Castro, I., Ibáñez, A., Torres, P, Sáiz-Ruiz, J. y Fernández-Piqueras, J. (1997). Genetic association study between pathological gambling and a functional DNA polymorphism at the D4 receptor. *Pharmacogenetics*, *7*, 345-348.

Pérez de Castro, I., Ibáñez, A., Sáiz Ruiz, J. y Fernández-Piqueras, J. (1999). Genetic contribution to pathological gambling: Association between a functional DNA polymorphism at the serotonin transporter gene (5-HTT) and affected males. *Pharmacogenetics*, *9*, 397-400.

Pérez Serrano, G. (1994). *Investigación cualitativa*. *Retos e interrogantes*. Métodos. Madrid: La Muralla.

Platón, A. (1999). *Leyes*. En *Diálogos*, Introducción, *traducción y notas de Francisco Lisi,* Madrid: Gredos, (tomos VIII-IX).

Plattner, I.E. (1995). *El estrés del tiempo*. Barcelona: Herder.

Platt, A. (1974). "The Triumpf of Benevolence: The Origins of the Juvenile Justice System in the United States", en Quinney Richard (Ed.). *Criminal Jusstice in America*. Boston: Little Brown.

Platt, A. (1977). *The Child Savers*, (2ª Edición). University of Chicago Press.

Politzer, R.M y Hudak, C.J. (1994). Trastornos del juego. En Fleming, M.F. y Barry, K.L. *Guía clínica de los trastornos adictivos*. Madrid: Morby, 435-450.

Postman, N. (1991). *Divertirse hasta morir*. Barcelona: Tempestad.

Poudat, F.X. (1997). Les addictions sexuelles. *Pratiques Psychologiques*, *4*, 45-58.

Pourtois, J.Py Desmet, H. (1992). *Epistemología e instrumentación en ciencias humanas*. Barcelona: Herder.

Pratarelli, M.E., Browne, B.L. Y Johnson, K. (1999). The bits and bytes of computer/internet addicion a factor analylic approach. *Behavioral Research Methods Instruments Computers*, *31* (*2*), 305-314.

Prieto, M. (1999). *Para comprender la adicción al juego*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Prochaska, J.O. y Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En Casas, M. y Gossop, M. (Eds.). *Recaíds y prevención de recaídas*. Barcelona: Citrán.

Provenzo, E.F. (2000). "Los juegos de vídeo y el surgimiento de medios interactivos para los niños". En Steinberg, ShR y Kincheloe, J.L. (Comps.). *Cultura infantil y multinacionales*. Madrid: Morata, 109-118.

Pujadas, J.J. (1992). *El método biográfico: el uso de las historias de vida en las ciencias sociales*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Quinney, R. (1977). *Class, state and crime: on the theory and practice of criminal justicie*, Nueva York, McKay.

Ramírez, L.F., McCormick, R.A. Ruso, A.M. y Taber, J.I. (1983). Patterns of substance abuse in pathological gamblers undergoing treatment. *Addict Behav*, *8*, 425-428.

Raylu, N. y Oei, T.P.S. (2002). Pathological gambling: a comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, *22*, 1009-1061.

Reed, R.C. y Blaine, D.A. (1988). Sexual Addictions. *Holistic Nurs Pract*., *2* (4), 40-52.

Reik, T. (1942). *From thirty years with Freud*. Londres: Hogarth Press.

Rivera, Navarro, J. (2005). Un análisis de los grupos de ayuda mutua y el movimiento asociativo en el ámbito de la salud: adicciones y enfermedades crónicas. *Revista de Antropología Experimental*, *5*, *Texto 13*, 1-21.

Ritzer, G. (2000). *El encanto de un mundo desencantado*. Barcelona: Ariel.

Robert, C. y Botella, C. (2002). "Trastornos del control de los impulsos: el juego patológico", en: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. *Manual de Psicopatología* (Volumen 1), Madrid: Mc Graw-Hill.

Robinson, B.E. (1998). *Chained to the desk. A guidebook for workaholics*. Nueva York: New York University Press.

Rodríguez Gómez, G. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Granada: Aljibe.

Rodríguez Martos, A. (1989). Estudio piloto estimativo de la prevalencia de juego patológico entre los pacientes alcohólicos que acuden al programa DROSS*. Rv. Esp. Drogodependencia*, *14* (4), 265-275.

Rohrlich, J.B. (1992). The dynamics of work addiction. *Israelian Journal of Psychiatry and Related Sciences*, *18* (*2*), 147-156.

Romero, M.B. (2008). Adicción sexual y Trastornos depresivos*, BIBPSICO. Biblioteca de psicología.* En: vvv.bibliotecapsicologia.org.

Roiz, M. (1989). La familia, desde la Teoría de la Comunicación de Palo Alto. *Revista Internacional de Sociología (REIS)*, *48* (89), 117-136.

Rojo, A. (1997). Los documentos personales en la investigación sociológica: Historias de Vida, Relatos, Biografías, Autobiografías. Su diferenciación y pertinencia. *Revista General de Información y Documentación*, Servicio de Publicaciones de la Universidad Complutense de Madrid, *7* (2), 385-395.

Rooth, M. (1995). *Cómo superar la adicción a la comida*. Barcelona: Urano.

Rosecrance, J. (1985). Compulsive gambling and the medicalization of deviance. *Social Problems*, *32* (*3*), 275-284.

Rouamb, G., Pedinielli, J.L. y Bertagne, P. (1996). "Le jeu patrhologique: una inadaptation renouvelée". En Chanoit, P. y de Verbizier, J. (Eds). *Les nouvelles inadaptations*. París: Érès, 61-69.

Roy, A., Custer, R., Lorenz, V. y Linnoila, M. (1988). Depressed pathological gamblers, *Acta Psychiat. Scand, 77*, 163-165.

Roy, A., adinoff, B. y Roehrich, L. (1988a). Pathological gambling: A psychobiological study. *Arch Gen Psychiatry*, *45*, 369-373.

Ruiz, M. (2001). Entrevistasen profundidad e Historias de Vida. En Cruz, F. y Gualda, E. (Coords). *Métodos y Técnicas de Investigación Social*. Huelva: Estudios Sociales e Intervención Social, 119-146.

Sabine, G.H. (1990). *Historia de la teoría política*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.

Sáiz-Ruiz, J., Carrasco, J.L. y Moreno, I. (1993). Investigaciones neuroquímicas en el juego patológico (ludopatía).*Farmacología del SNC*, *7* (*3*), 89-96.

Sáiz-Ruiz, J., Ibañez, A., Pérez de Castro, I., Fernández-Piqueras, J. (1998). Dopamine receptor genes and pathological bambling. Toronto: Proceedings of the American Psychiatric Association. *Annual Meeting NR390 mayo 30-junio 4.*

Sáiz-Ruiz, J., Moreno, I. y López-Ibor, J.J. (1992). Ludopatía: estudio clínico y terapéutico-evolutivo de un grupo de jugadores patológicos. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatric Cienc Afines*, *20* (*4*), 189-197.

Salanova, M., Prieto, F. y Peiró, J.M. (1993). El significado del trabajo: Una revisión de la literatura, en: Peiró, J.M, Prieto, F., Bran, J., Ripoll, P, Rodríguez, I., Hontangas, P. y Salanova, M. (Eds). *Los jóvenes ante el primer empleo. El significado del trabajo y su medida*. Universitat de Valencia: Nau Libre.

Salanova, M., Del Líbano, M., Schaufeli, W.B, y Fidalgo, M. (2006). La adicción al trabajo. *Notas Técnicas de Prevención* (759), 1-6. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Salinas, J.M. (2004). Instrumentos de Diagnóstico y Screening del juego patológico. *Salud y Drogas*, *4* (2), 35-60.

Santamarina, C. y Marinas, J.M. (1994). Historias de vida e historia oral. En Delgado, J.M. y Gutiérrez, J. (coords.). *Métodos y Técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Síntesis, 257-285.

Sarabia, B. (1990). Documentos personales: historias de vida. En García, M., Ibáñez, J. y Alvira, F. (comps.). *El análisis de la realidad social*. Madrid: Alianza Editorial, 205-226.

Saunders, R. y Villa, A. (1998). *El juego patológico. Prevención, evaluación y tratamiento en adolescentes*. Madrid: Pirámide.

Savron, G., Pitti, P. y De Luca, R. (2003). Stati dell`umoree trattti di personalita in un campioni di giocatori dàzzardo patologici e dei loro familiari. *Rivista di Psichiatria*, *38*, 247-258.

Schneider, J.P. (1991). How to recognize the signs of sexual addiction. Asking the right questions may uncover serious problems. *Postgraduate Medicine*, *1, 90* (*6*), 171-174.

Schwartz, H. y Jacobs J. (1984). *Sociología Cualitativa. Métodos para la reconstrucción de la realidad*. México: Editorial Trillas.

Schwartzman, H. (1979). *The antropoly of children`s play*. New York: Plenum.
Shaffer, H.J., Stein, S.A., Gambino, B. y Cummings, T.N. (eds.) (1989).*Compulsive gambling; Theory, research, and practice*. Lexington: Lexington Books.

Shaw Clifford, R. y Mckay Henry, D. (1972*). Juvenil Delinquency and Urban Areas*. Chicago: The University of Chicago Press.

Secades Villa, R. y Villa Canal, A. (1998). *El Juego Patológico. Prevención, Evaluación y Tratamiento en la Adolescencia*. Madrid: Pirámide.

Selltiz, C. (1965). *Métodos de investigación en las relaciones sociales*. Madrid: Rialp.

Sender, R. (1997). *El trabajo como adicción*. Barcelona: Citrán (Ediciones en Neurociencias).

Serrano Maíllo, A (2011). *El problema de las contingencias en la Teoría del Autocontrol. Un test de la teoría general del delito.* Madrid: Dykinson.

Shaffer, H.J. y Hall, M.N. (2002). The natural history of gambling and drinking problems among casino employees. *Journal of Social Psychology, 142*, 405-424.

Sicilia, Salcedo, E. (2007). "Concepto de Juego Patológico", en Moreno Mariscal, S. (Coord.). *Guía Clínica: Actuar ante el Juego Patológico*. Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.

Sicilia, Salcedo, E. (2007). "Juego Patológico y abuso de sustancias", en Moreno Mariscal, S. (Coord.). *Guía Clínica: Actuar ante el Juego Patológico*. Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.

Sicilia, Salcedo, E., Fernández, Alepuz, R. y Pérez, Pérez, M. P. (2007). "Evaluación y Diagnóstico del Juego Patológico", en Moreno Mariscal, S. (Coord.). *Guía Clínica: Actuar ante el Juego Patológico*. Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.

Simmel, E. (1920). On the psychoanalysis of the gambler. *Internationale Zeitschrift fur Psychanalyse*, *6*, 244-258.

Simmel, G. (1977). *La filosofía del dinero*. Madrid: Instituto de Estudios Políticos.

Slutske, W.S., Jackson, K.M. y Sher, K.J. (2003). The natural history of gambling and drinking problems among casino employees. *Journal of Social Psychology, 142*, 405-424.

Sommers, I. (1988). Pathological gambling: Estimating prevalence and group characteristics. *International Journal of Adictions*, *23*, 477- 490.

Snyder, R.J. (1986). Gambling swindles and victims. *Journal of Gambling Behaveior*, *2*, 50-57.

Soper, w.B. y Miller, M.j. (1983). Junk-time junkies: An emerging addiction among studes. *School Counsello*, *31*, 40-43.

Specker, S.M., Carlson, G.A., Christenson, G.A. y Marcotte, M. (1995). Impulse control disorders and attention deficit disorder in pathological gamblers. *Ann Clin Psychiatry*, *7* (*4*), 175-179.

Stein, D.J., Hollander, E., DeCAria, C.M., Simeon,D., Cohen, L. y Aronowitz, B. (1996). M-Chlorophenylpipeeazine challenge in borderline personality disorder: Relationship of neuroendocrine response, behavioral response, and clinical measures. *Biol Psychiatry. 40* (*6*), 508-513.

Stinchfield, R.D. y Winters, K.C. (1998). Adolescent gambling: A review of prevalence, risk factors and health implications. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, *556*, 172-185.

Sully, J. (1902). Essay om laugther. London: The Kings Worrd Press.

Sztulman, H. (2001). Vers le concept de personnalités limits addictives. *Annanles Médico-Psychologiques*, *159*, 201-207.

Taber, J.L., Mccormick, R.A. y Ramírez, L.F (1987). The prevalence and impact of major life stressors among pathological gamblers. *International Journal of Addictions*, *22*, 71-79.

Takushi, R., Neighbors, C., Larimer, M.E. Lostutter, J. (2004). Indicated prevention of prolem gambling among college students. *Journal of Gambling Studies*, *20 (*1), 83-93.

Taylor, I. (1999). *Crime in Context. A Critical Criminology of Market Societies*, Cambridge: Polity Press.

Taylor, S.J. y Bogdan, R (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación social*. Buenos Aires: Paidós.

Taylor, I., Walton P. y Young, J. (Dir.)(1988). "Criminología crítica en Gran Bretaña: reseña y perspectivas" en *Criminología Crítica*, (trad. Nicolas Grab), (4ª Ed.), México: Siglo XXI Editores.

Tec, N. (1964). *Gambling in Sweden*. Totowa: The Bedminster Press.

Timko, C., Moos, R.H., Finney, J.W. y Lesar, M.D. (2000). Long-term outcomes of alcohol use disorders: Comparing untreated individuals with those in alcoholics anonymous and formal treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, *61*, 529-540.

Timms, R.J. y Conners, P. (1992). "Adult promyscuity following childhood sexual abuse: and introduction", *Psychotherapy patient, 8*, 19-27.

Toneatto, T. y Ladoceur, R. (2003). Treatment of Pathological Gambling: A Critical Review of the Literature. *Psychology of Addictive Behaviors*, *17*, 284-292.

Torres López J. (2000). Economía política. Madrid: Pirámide.

Turón, J.V., Salgado, P, González, A. y Vicente, P. (1990). Tratamiento farmacológico del juego patológico. Córdoba. *Actas de la XV Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica*, 368-375.

Ulrich Beck (1997). La reinvención de la política: Hacia una teoría de la modernización reflexiva, en: Beck, U., Giddens, A. y Lash, S. (1997). *Modernización reflexiva. Política, tradición y estética en el orden social moderno*. Madrid: Alianza.

Vachon, J., Vitaro, F., Wanner, B. y Tremblay, R.E. (2004). Adolescent gambling: Relationship with parent gambling and parenting practices. *Psychology of Addictive Behaviors*, *18* (4), 398.401.

Valdés, M. (1997. El estrés. Madrid: Acento Editorial.

Valdés, Torres, R. (2004). Tratamiento grupal de la ludopatía. Una experiencia desde el Centro de Día ARTIC. *Salud y Drogas*, *4* (1), 99-105.

Valleur, M. y Matysiak, J.C. (2005). *Las nuevas adicciones del Siglo XXI. Sexo, pasión y videojuegos*. Barcelona: Paidós.

Vandereycken, W. y Houdenhove, V. (1996). Stealing behavior in eating disorders: Characteristics and associated psychopathology. *Comprehensive Psychiatry*, *37* (*5*), 316-321.

Varian H.R. (1987). Microeconomía intermedia. Barcelona: Antoni Bosch.

Vaughan, G. (1992). Workaholism. Learning self-care to prevent burnout, *AORN Journal*, *56* (*5*), 873-877.

Vázquez González, C. (2003). *Delincuencia juvenil. Consideraciones penales y criminológicas*. Madrid: Editorial Colex.

Vázquez Roel, J. (2000). Formas de ludopatía. *Psicopatología*, *20* (1), 27-39.

Veblen, T. (1974*). Teoría de la clase ociosa*, Méxio: Fondo de Cultura Económica.

Vega Fuente, A. (1989). Apuntes para una criminología escolar, en *Criminología y Derecho penal al servicio de la persona*. San Sebastián: Instituto Vasco de Criminología, 422-423.

Villahoz, González, J., Fernández Alepuz, R. y Pérez, Pérez, M.P. (2007). "Tratamiento en el Juego Patológico", en Moreno Mariscal, S. (Coord.). *Guía Clínica: Actuar ante el Juego Patológico*. Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.

Villalba Quesada, C. (1996). Los grupos de apoyo basados en la autoayuda: Una propuesta para el inicio y acompañamiento profesional. *Psychosocial Intervention*, (*5*) 15, 23-42.

Visauta, B. (1989). *Técnicas de investigación social I: Recogida de datos*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, S.A (PPU).

Volberg, R.A. y Steadman, H.J. (1988). Refining prevalence estimates of pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*, *145*, 502-505.

Von Hattingberg, H. (1914). Analerotik, angslust and eigensinn. *Internationale Zeitschrift fur Psychoanalyse*, *2*, 244-258.

Wallen, G. (1993). Sexual Abuse and Eating Disorders. *British Journal of Psychiatry. 163*, 771-775.

Washton, A.M, y Boundy, D. (1991). *Querer no es poder. Cómo comprender y superar las adicciones*. Barcelona: Paidós.

Weiss, D. (2004). The prevalence of Depresión in Male Sex Adiccts Residing in the United States. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of treatment and Prevention*. 11,1-2, 57-69.

Wexler, S. (1981). *A chart on the effects of compulsive gambling on wife*. Paper presented at the Sixth National Conference on Gambling and Risk-Taking. Atlantic City. December.

Wise, R.A. y Bozarth, M.A. (1987). Psychomotor Stimulant Theory of Addiction. *Psychological Review*, *94* (4), 469-492.

Wood, R.T., Griffiths, M-D. (1998). The adquisition, development and maintenance of lottery and scratchcard gambling in adolescence. *Journal of Adolescence*, *21* (3), 265-273.

Young, K. (1998). *Caught in the Net: how to recognise the signs of Internet Addiction and a winning strategy for recovery*. Nueva York: Wiley.

Zuckerman, M. (1990). The psychophysiology of sensation-seeking. *Journal of Personality*, *58* (*1*), 313-339.

Zuckerman, M. (1970). *Sensation Seeking: Beyond the Originak Level of Arousal*. Hillsdale, Illinois: Lawrnce Erlbaum.

Zuk, G. (1988). *Terapia Familiar y Familias en Conflicto*. México: FCE.

ANEXO:

ÍNDICE DE CUADROS Y TABLAS

1.- ÍNDICE DE CUADROS

CAPÍTULO I

Cuadro I. 1. Registro homólogo de la adicción y la dependencia 41
Cuadro I. 2. Fases del ciclo adictivo 60
Cuadro I. 3. Matriz sinóptica. Etiología multifactorial de las adicciones sociales 65
Cuadro I. 4. Los elementos adictógenos derivados de las cuatro dimensiones del estado depresivo 66

CAPÍTULO II

Cuadro II. 5. Clasificación Básica de las Adiciones 77
Cuadro II. 6. Clasificación Básica de las Adicciones según su legalidad e ilegalidad 78
Cuadro II. 7. Clasificación de las Adicciones Sociales 79
Cuadro II. 8. Criterios propuestos para el Trastorno de Ingesta Compulsiva DSM-IV (APA, 1994) 84
Cuadro II. 9. Trastornos Alimentarios de Origen Psíquico 85
Cuadro II. 10. Alteraciones de la neurotransmisión en los bulímicos 87
Cuadro II. 11. Manifestaciones distintivas entre la Bulimia Adictiva y Bulimia Anoréxica 88
Cuadro II. 12. Cuestionario de estimación de su tendencia a la Compra Compulsiva 101
Cuadro II. 13. ¿Busca usted la novedad en sus compras? (Adaptado por R. Cloninger) 106
Cuadro II. 14. Etapas psicológicas en la decisión de compra 107
Cuadro II. 15. Etapas psicológicas en la decisión de compra de un consumópata 108
Cuadro II. 16. Disensiones entre el coleccionista y el consumópata 112
Cuadro II. 17. Síntomas asociados a la Adicción Sexual 119
Cuadro II. 18. Niveles o grados que pueden adquirir las conductas sexuales adictivas 122
Cuadro II. 19. Test de Detección de los Trastornos sexuales adictivos (Patrick Carnes, 1983) 127
Cuadro II. 20. Circuito neuroendocrino autorregulador que constituye el soporte neurofisiológico de la actividad sexual 129
Cuadro II. 21. Adiciones concurrentes entre adictos sexuales en proceso de recuperación 132
Cuadro II. 22. Conductas sexuales adictivas normativas parafílicas o no normativas 135
Cuadro II. 23. Conductas sexuales adictivas normativas o no parafílicas 136
Cuadro II. 24. Concepción global de la adicción sexual. Niveles (Larnes, 1983) 137
Cuadro II. 25. Dimensión del Acoso Sexual 142
Cuadro II. 26. Proceso de Secuenciación entre consumo, tiempo libre/ocio bienestar 154
Cuadro II. 27. Rasgos que definen al “buen trabajador” 157
Cuadro II. 28. Rasgos que definen al “adicto al trabajo” 158
Cuadro II. 29. Secuencias evolutivas propias de la Adicción al Trabajo 164
Cuadro II. 30. Formas de pensamiento en los adictos al trabajo 168
Cuadro II. 31. Test de riesgo de Adicción al Trabajo (Robinsons, 1989) 175
Cuadro II. 32. Estrategias de prevención para la Adicción al Trabajo 177
Cuadro II. 33. Adicción al Móvil. Protocolo diagnóstico por analogía con el DSM-IV 185
Cuadro II. 34. Decálogo: Prevención de la Adicción al Móvil 188

CAPÍTULO III.

Cuadro III. 35. Naturaleza del juego 211

Cuadro III. 36. Síntesis clasificatoria de los juegos de azar (Barroso Benítez, 2003) 249

CAPÍTULO IV.

Cuadro IV. 37. Criterios diagnósticos del juego patológico en el DSM-III. 288
Cuadro IV. 38. Criterios diagnósticos del juego patológico en el DSM-III-R 288
Cuadro IV. 39. Criterios diagnósticos del juego patológico en el DSM-IV 289
Cuadro IV. 40. Criterios diagnósticos del juego patológico en el CIE-10 290
Cuadro IV. 41. Estimación de la validez diagnóstica de los diez ítems propuestos por el APA en el DSM-IV para identificar el juego patológico 291
Cuadro IV. 42. Instrumento de medida del juego patológico -GA20- 292
Cuadro IV. 43. Instrumento para cuantificar el problema del juego (Prieto y Cañón, 1998) 293
Cuadro IV. 44. Fases de evolución del juego patológico (R. Custer, 1984) 313
Cuadro IV. 45. ¿Cómo se cae en el juego patológico? 318
Cuadro IV. 46. Tipología de jugadores (Morán, 1970) 321
Cuadro IV. 47. Tipos de jugadores propuestos por Kusyszyn (1978) 322
Cuadro IV. 48. Clasificación propuesta por Scimecca (1971) 323
Cuadro IV. 49. Tipos de jugadores (Custer y Milt, 1985) 324
Cuadro IV. 50. Tipos de jugadores (McCorminck y Taber, 1987) 325
Cuadro IV. 51. Tipos de jugadores (González, 1989) 326
Cuadro IV. 52. Tipos de jugadores (Moody, 1990) 326
Cuadro IV. 53. Tipos de jugadores (Ochoa y Labrador, 1994) 328
Cuadro IV. 54. Tipos de jugadores (Alonso-Fernández, 2003) 329
Cuadro IV. 55. Tipos de jugadores (Hodgson, Budd y Griffiths, 2000) 330
Cuadro IV. 56. Costes atribuibles a la ludopatía adictiva (Alonso-Fernández, 2003) 380
Cuadro IV. 57. Heurísticos y Sesgos característicos de los jugadores de azar (Fernández-Alba, 1999) 415
Cuadro IV. 58. Modelo de Sharpe y Terrier (1993) 425

CAPÍTULO V.

Cuadro V. 59. Cuestionario South Oaks Gambling Screen (SOGS). Ficha técnica 432
Cuadro V. 60. Cuestionario breve de Juego patológico (CBJP). Ficha técnica (Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez, 1995) 433
Cuadro V. 61. Escala de veinte cuestiones de jugadores anónimos. Ficha técnica (Adaptada por Prieto y Llavota, 1998) 434
Cuadro V. 62. Cuestionario de Juego Patológico FAJER. Ficha técnica 436
Cuadro V. 63. Cuestionario electrónico de juego patológico. Ficha técnica 437
Cuadro V. 64. Cuestionario South Gambling Screen-Revised Adolescent (SOAGS-RA) (Winters, Stinchfield y Fulkerson, 1993) 437
Cuadro V. 65. Cuestionario de juego de Massachusset (Massachusset Gambling Screen, MAGS) (Shaffer, LaBrie, Scanlan y Cummings, 1994) 438
Cuadro V. 66. Tratamiento. Técnicas de Control y exposición a los estímulos 463
Cuadro V. 67. Modelo psicológico del proceso de recaída (Marlatt, 1993, modificado 467
Cuadro V. 68. Modelo de intervención para la prevención de la recaída (Marlatt y Gordon, 1985) 469

CAPÍTULO VII.

Cuadro VII. 69. Eje imaginario. Dualidad de la desviación 564
Cuadro VII. 70. Esquema teórico. Etiología de la Desviación 564
Cuadro VII. 71. Tipología de Howard S. Becker. Relación entre percepción de la conducta y la conducta real. 569

CAPÍTULO VIII.

Cuadro VIII. 72. Diferentes enfoques de estudiar la Realidad Social 623
Cuadro VIII. 73. Diferencias entre paradigmas 624
Cuadro VIII. 74. Características básicas de la entrevista 636
Cuadro VIII. 75. Principios de la Observación Científica Sociológica 644
Cuadro VIII. 76. Esquema interpretativo del Análisis del Discurso 654

CAPÍTULO IX

Cuadro IX. 77. Mapa conceptual. Causas explicativas de la conducta adictiva de juego 671
Cuadro IX. 78. Mapa conceptual. Consecuencias derivadas de la conducta adictiva de juego 702
Cuadro IX. 79. Mapa conceptual. Causas familiares explicativas de la conducta adictiva de juego 714
Cuadro IX. 80. Mapa conceptual. Consecuencias en el contexto familiar derivadas de la conducta adictiva de juego 720

2.- ÍNDICE DE TABLAS

CAPÍTULO III.

Tabla III. 1. Mercado de juego en España en 2011 por operador (% sobre cantidades jugadas. Millones de euros) 266
Tabla III. 2. Mercado de juego en España en 2011 por tipo de operador (% sobre ingresos netos. Millones de euros) 267
Tabla III. 3. Mercado de juego en España en 2011 por tipo de juego (% sobre ingresos netos. Millones de euros) 267
Tabla III. 4. Evolución de cantidades jugadas/Tipos de juego LAE (Millones de euros) 268
Tabla III. 5. Evolución ingresos netos Juegos LAE (Millones de euros) 268
Tabla III. 6. Distribución de ventas juegos LAE por Comunidades Autónomas (Millones de euros) 269
Tabla III. 7. Evolución de cantidades jugadas por tipo de juego ONCE (Millones de euros) 270
Tabla III. 8. Evolución ingresos netos por tipo de juego ONCE (Millones de euros) 270
Tabla III. 9. Distribución de ventas juegos LAE por Comunidades Autónomas (Millones de euros) 271
Tabla III. 10. Evolución del ingreso neto por casino 272
Tabla III. 11. Evolución del ingreso neto por máquina C (Millones de euros) 272
Tabla III. 12. Casinos: Ingresos netos por Comunidades Autónomas (Millones de euros) 273
Tabla III. 13. Bingos: Ingreso neto por sala (Millones de euros) 274
Tabla III. 14. Bingos: Ingresos netos por comunidades autónomas (Millones de euros) 275
Tabla III. 15. Número de máquinas tipo A y B (Miles de unidades) 276
Tabla III. 16. Máquinas B: Ingresos netos por Comunidades Autónomas (Millones de euros) 277
Tabla III. 17. Demanda mercado de juego en España en 2011 por operador (% sobre cantidades jugadas. Millones de euros). 278
Tabla III. 18. Juego *On Line* en España en 201 (% sobre ingresos netos. Millones de euros). 280

CAPÍTULO VIII.

Tabla VIII. 19. Historias de vida. Jugadores/as 633
Tabla VIII. 20. Historias de vida. Familiares 634