

MANUAL SOBRE JUEGO PATOLÓGICO

UNA EXPERIENCIA EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIA AL JUEGO COMPLUSIVO

MANUAL SOBRE JUEGO PATOLÓGICO

UNA EXPERIENCIA EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES



PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIA AL JUEGO COMPLUSIVO



MANUAL SOBRE JUEGO PATOLÓGICO

UNA EXPERIENCIA EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

PROGRAMA DE PREVENCIÓN
Y ASISTENCIA
AL JUEGO COMPULSIVO

**GOBIERNO DE LA PROVINCIA
DE BUENOS AIRES**

D. Daniel Osvaldo **SCIOLI**
Gobernador

D. Juan Gabriel **MARIOTTO**
Viceregobrnador

Lic. Alberto **PÉREZ**
*Ministro de Jefatura
de Gabinete de Ministros*

Dr. Alejandro F. **COLLIA**
Ministro de Salud

**LOTERÍA DE LA PROVINCIA
DE BUENOS AIRES**

D. Jorge **RODRÍGUEZ**
Presidente

Dr. Néstor **COTIGNOLA**
Vicepresidente

Lic. Pilar **ÁLVAREZ OLAIZOLA**
Secretaria Ejecutiva

Dra. Julieta **CAHE**
*Coordinadora del Programa de Prevención
y Asistencia al Juego Compulsivo*

“ A veces sentimos que lo que hacemos
es tan solo una gota en el mar,
pero el mar sería menos
si le faltara una gota. ”

Madre Teresa de Calcuta

1910 - 1997

Misionera de origen albanés naturalizada india

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

pag. 17	CAPÍTULO 1 PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIA AL JUEGO COMPULSIVO
pag. 27	CAPÍTULO 2 ¿QUÉ ES LA LUDOPATÍA?
pag. 45	CAPÍTULO 3 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN AL JUEGO
pag. 51	CAPÍTULO 4 ALGUNAS CUESTIONES SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA COMPULSIÓN AL JUEGO
pag. 59	CAPÍTULO 5 EL JUGADOR COMPULSIVO Y SU ENTORNO
pag. 65	CAPÍTULO 6 COMO SE PRESENTA EL JUGADOR EN LA CLÍNICA
pag. 71	CAPÍTULO 7 ¿CÓMO SE CONVIERTE EN UNA ADICCIÓN AQUELLO QUE COMENZÓ SIENDO UN JUEGO?

MANUAL SOBRE JUEGO PATOLÓGICO. Una experiencia en la provincia de Buenos Aires.
Programa de prevención y asistencia al juego compulsivo.

Primera Edición.

Copyright © Instituto Provincial de Lotería y Casinos de la Provincia de Buenos Aires.
2015

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del Copyright,
bajo las sanciones legalmente previstas, la reproducción total o parcial de esta obra
por cualquier método o procedimientos comprendidos en la reprografía y tratamientos informáticos.

Diseño y Diagramación: María Natalia Salvarezza

Impreso en la Dirección de Impresiones del Estado y Boletín Oficial (DIEBO)
La Plata, Buenos Aires, Argentina

ÍNDICE DE ANEXOS

<u>pag. 81</u>	CAPÍTULO 8 JUEGO COMPULSIVO: DISPOSITIVO DE ABORDAJE Y MODALIDAD DE INTERVENCIÓN	<u>pag. 147</u>	ANEXO I CREACIÓN DEL PROGRAMA DE AUTOEXCLUSIÓN
<u>pag. 91</u>	CAPÍTULO 9 IMAGEN SOCIAL DEL JUGADOR COMPULSIVO. EFECTOS SUBJETIVOS DE LAS SIGNIFICACIONES SOCIALES OTORGADAS	<u>pag. 151</u>	ANEXO II CARTA DE UN PACIENTE DADO DE ALTA
<u>pag. 103</u>	CAPÍTULO 10 JUEGO COMPULSIVO Y ÁMBITO LABORAL	<u>pag. 153</u>	ANEXO III EXPERIENCIA EN EL TALLER DE DIBUJO Y PINTURA
<u>pag. 109</u>	CAPÍTULO 11 LUDOPATÍA Y LA TERCERA EDAD	<u>pag. 155</u>	ANEXO IV NÓMINA DEL PERSONAL POR CENTRO ASISTENCIAL
<u>pag. 119</u>	CAPÍTULO 12 LA HISTORIA DEL JUEGO		
<u>pag. 129</u>	CAPÍTULO 13 EL JUEGO, UNA RESPUESTA A LA POSMODERNIDAD		
<u>pag. 137</u>	CAPÍTULO 14 EL DOLOR Y EL DUELO EN LA CLÍNICA DEL JUEGO COMPULSIVO		

PRÓLOGO

Perderlo todo por el juego. Poner en riesgo a la familia, los amigos, los afectos. Este flagelo, considerado por los especialistas como un trastorno emergente es, ante todo, un problema de salud pública. Por eso, es necesario garantizar desde el Estado las herramientas para dar batalla a esta enfermedad que no discrimina por sexo ni edad.

Como cualquier otra adicción, el juego compulsivo vuelve a la persona vulnerable, la hace prisionera, deteriora sus vínculos personales y laborales y afecta severamente su desempeño cotidiano. Por ese motivo, y con el objetivo de ampliar siempre el concepto de salud, el Estado de la provincia de Buenos Aires está ahí para dar respuesta, contener y acompañar en el proceso de recuperación.

La creación por parte del gobierno de la Provincia de un programa para la prevención y la atención al juego patológico tiene ese objetivo: brindar asistencia a la persona con problemas y a su entorno familiar, así como también evitar el aumento de la incidencia de esta adicción en nuestra población.

Para eso trabajamos. Para asegurar el acceso a servicios asistenciales adecuados, eficaces y gratuitos; para evaluar y monitorear la situación epidemiológica en la población bonaerense y, a partir de ese análisis, elaborar nuevas estrategias y políticas públicas tendientes a combatir esta enfermedad en todos sus planos y aristas. Porque una vez recuperada, la persona que padece ludopatía tiene nuevas demandas y necesidades, y ahí también hay que estar para contenerlo.

El rol del Estado debe centrarse en proteger la salud integral de sus habitantes, y por ese motivo, para dar pelea a la ludopatía también es necesario bucear en las causas que la provocan para atacarla de raíz. Los especialistas hablan hoy de la adicción como una enfermedad biopsicosocial, esto quiere decir que no es un problema individual, sino un problema social. Para eso también estamos preparados, con los mejores profesionales de equipos interdisciplinarios, comprometidos y capacitados.

Cuando decimos que el juego patológico y las adicciones en general son un problema de salud pública, hablamos de este concepto en su sentido más integral y abarcativo. Tener buena salud no quiere decir solamente estar bien físicamente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de dolencia o enfermedad.

Ver más allá y estar un paso por delante, anticiparse y prevenir, también forman parte de las acciones de un Estado responsable y comprometido, con la convicción de que la verdadera política es aquella que amplía y garantiza los derechos de los ciudadanos.

Dr. Alejandro F. Collia
Ministro de Salud
de la provincia de Buenos Aires

CAPÍTULO 1

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIA AL JUEGO COMPULSIVO

FUNDAMENTOS DE LA CREACIÓN DEL PROGRAMA

El juego patológico es un trastorno emergente y como tal precisa la puesta en marcha de programas preventivos y la ampliación de los recursos específicos para el tratamiento de estos pacientes, a través del desarrollo de programas de asistencia.

En virtud de que el Estado debe proteger la salud integral de sus habitantes, y considerando al juego compulsivo como un problema de salud pública, consideramos la importancia de la creación de una Red de Atención al Juego Compulsivo, con servicios públicos y gratuitos.

En tal sentido, en septiembre de 2005, ante el aumento de la demanda de pacientes y familiares por dicha problemática y teniendo en cuenta datos internacionales de las características de la enfermedad, comenzó a funcionar el Programa de Prevención y Asistencia al Juego Compulsivo en la provincia de Buenos Aires a partir de la firma de un convenio de asistencia técnica entre el Instituto de Lotería y Casinos y el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

El Programa tiene como objetivos la Prevención y Asistencia al Jugador Compulsivo implementando acciones tendientes a:

1. Promover la salud y prevenir a la población en general de las consecuencias del Juego Patológico.
2. Prevenir el aumento de la incidencia de esta problemática, en la población de la provincia de Buenos Aires.
3. Contener y mejorar en forma integral a los pacientes.
4. Contener al grupo familiar y el entorno de los pacientes.
5. Brindar asistencia al jugador compulsivo y a su familia.
6. Asegurar el acceso a servicios asistenciales adecuados, eficaces y gratuitos.
7. Articular acciones de promoción de la salud con diferentes sectores y actores ligados a la problemática.
8. Evaluar y monitorear la situación epidemiológica en la población de la provincia de Buenos Aires.
9. Capacitar y actualizar al personal de organismos gubernamentales y a agentes comunitarios, para que puedan realizar la detección precoz y su posterior derivación a la asistencia en nuestra red de servicios gratuitos.
10. Difundir el perjuicio que produce la patología.
11. Facilitar la reinserción social de las personas atendidas.
12. Prevenir de la patología a la población vulnerable.

CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA

Se desarrolla en centros creados para tal fin, con estructura edilicia independiente. En la primera etapa abrieron centros asistenciales en las ciudades de Vicente López (donde también, funciona el 0800 y la administración central del Programa), Mar del Plata, Tandil y La Plata. Debido a la demanda detectada en el servicio telefónico se puso en marcha la segunda etapa, en la cual, se inauguraron los centros en las localidades de Pergamino, Avellaneda y Morón. Asimismo durante el transcurso de 2011 se abrieron tres nuevos centros en las localidades de Necochea, Bahía Blanca y Olavarría.

El tratamiento de las personas afectadas incluye aspectos médicos, psicológicos y sociales por parte de un equipo profesional interdisciplinario.

Desde la perspectiva de una evaluación integradora, el análisis conjunto de

todos estos ámbitos, sin limitarse exclusivamente a las conductas de juego. Una limitación importante en la evaluación del jugador patológico es la fiabilidad de los datos que el paciente proporciona. Resulta necesario contrastar, en la medida de lo posible, la información que aporta el jugador con la que pueden aportar personas significativas en la vida de éste. De esta forma, se podrá estimar más adecuadamente la gravedad del problema, además de poder realizar una evaluación más rigurosa de los progresos terapéuticos conseguidos tras el tratamiento.

En la primera fase del tratamiento, que se concreta a partir de la primera entrevista, se realiza un diagnóstico situacional, teniendo en cuenta aspectos individuales, familiares y sociales. Este espacio permite incrementar la motivación de los pacientes para realizar el tratamiento y seleccionar estrategias de intervención y planificación para el proceso terapéutico. Estos primeros encuentros son el eje sobre el cual basculan las restantes técnicas de evaluación.

Cada paciente concurre acompañado de su familia y/o red social a la cual también se le brinda atención, esto multiplica considerablemente la cantidad de personas que son atendidas en los servicios del Programa.

Modelos de atención

Espacios individuales: tendientes a que el paciente verbalice aspectos de su historia y de su patología de carácter personal.

Espacios grupales: la participación en grupos terapéuticos combina la intervención sobre las actitudes con técnicas de reestructuración cognitiva, ofreciendo un espacio esencial de contención con pares donde circula el cuidado de sí mismo y los otros: la autoayuda.

Espacio de familiares, referentes o allegados: es un eje central del tratamiento ya que la contención es fundamental para sostener y consolidar los cuidados, es también un espacio donde se pueden identificar las consecuencias de los actos del jugador sobre su entorno (violencia familiar, abuso de los vínculos, ruptura de los vínculos familiares).

El entorno del paciente asume el compromiso de ayudarlo a sostener los cuidados propuestos por el tratamiento, a saber: no manejar dinero, no consumir alcohol y drogas, no concurrir a espacios públicos o privados destinados al juego, aceptar acompañamiento.

Centros de atención

LA PLATA: Diagonal 74 N° 1627 / (0221) 427-1657

VICENTE LÓPEZ: Dr. Nicolás Repetto 4237 / (011) 483-60320

MAR DEL PLATA: Tres de Febrero 2405 (P.A.) / (0223) 491-5608

TANDIL: Arana 915 / (02293) 431-836

PERGAMINO: Estrada 1939 Barrio Centenario / (02477) 414554 / 414555

AVELLANEDA: Av. Mitre 2071 (P.A.) Loc. Crucecita / (011) 4265-0080 / 4203-2161

MORÓN: Mendoza 372 / (011) 4483-6173

NECOCHEA: Calle 56 N° 3159 / (02262) 42-0085

BAHÍA BLANCA: O` Higgins 543 / (0291) 45-26781

OLAVARRÍA: Vélez Sarsfield 3035 / (02284) 44-0102

Servicio telefónico de atención gratuita

La línea de atención **0-800-444-4000** es un servicio telefónico gratuito, anónimo y de orientación que tiene como objetivos la contención, información y, si se produce la demanda, la derivación a los Centros de Atención especializados de la Red. En una sociedad donde la comunicación se desarrolla mediatizada (computadoras, teléfonos, medios gráficos y audiovisuales), la posibilidad del anonimato durante la primera demanda de ayuda resulta importante. Esta modalidad, como en otros campos (drogadependencia - violencia - SIDA - suicidio), brinda una respuesta rápida y contenedora.

Un servicio telefónico es, muchas veces, el primer contacto de una familia con alguien capacitado para escuchar, orientar, resignificar e instrumentar acciones concretas. Del servicio telefónico se desprenden, asimismo, tres amplias y necesarias tareas:

- La prevención, desarrollada a partir del funcionamiento del mismo servicio (cuanto antes se llegue a la problemática, más efectiva es su intervención).
- La investigación a partir del registro de datos surgidos de la entrevista telefónica.
- La obtención de datos estadísticos. Entre dichos datos, son importantes quién realiza la llamada, lugar, característica de la consulta (llamada preventiva, asistencial, informativa), situación que desencadena la llamada, datos relacionados con el jugador (edad, tiempo y frecuencia de juego, sexo, situación laboral y escolar), preferencia y prevalencia de determinado tipo de juego, aspectos económicos (poder adquisitivo y gasto en el juego), conciencia de enfermedad.

La difusión de esta línea gratuita se realiza a través de los spot publicitarios que el Instituto Provincial de Lotería y Casinos emite en los medios de comunicación masiva como así también en actividades de concientización comunitaria y clases de formación.

Autoexclusión

El Programa de Autoexclusión de salas de juegos de azar se encuentra destinado a brindar ayuda a quienes consideren necesario que les sea prohibida la entrada a las salas.

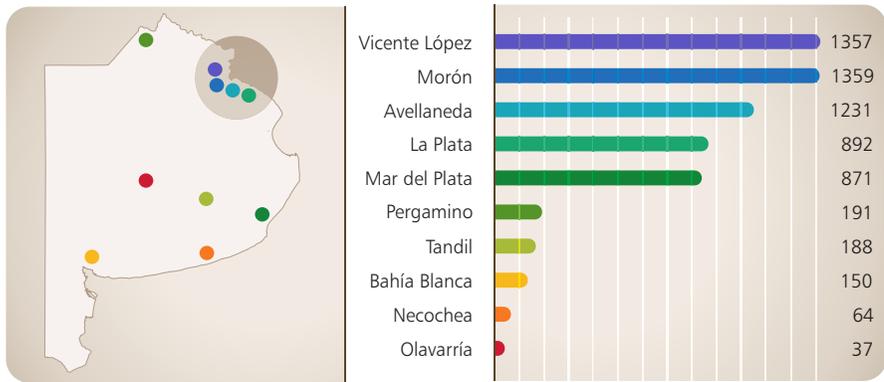
Se trata de una herramienta que es solicitada en forma libre y voluntaria. En un principio se firmaba en las salas de juego pero desde el año 2008 se firma en el Centro de atención mas cercano al domicilio, donde se le informa acerca del tratamiento.

El interesado en autoexcluirse debe llevar dos fotos carnet y un testigo. El pedido es irrevocable, por un período de 2 años y es una medida complementaria que forma parte de una oferta mucho más amplia, especializada e integral dentro del Programa.

DATOS ESTADÍSTICOS DEL PROGRAMA

PACIENTES ASISTIDOS POR CENTRO

Desde la creación del Programa, en septiembre de 2005, hasta diciembre de 2014.



total **6340**

PRESTACIONES (en números)

470

Es el número de pacientes **ACTIVOS** que mensualmente se atienden dentro del Programa.

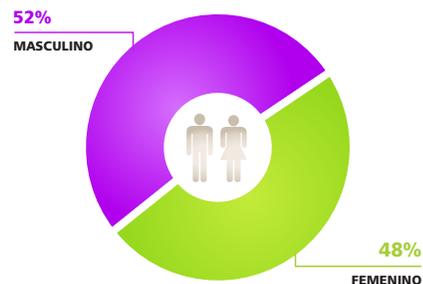
490

Es el número de prestaciones **GRUPALES** que el Programa realiza por mes.

257

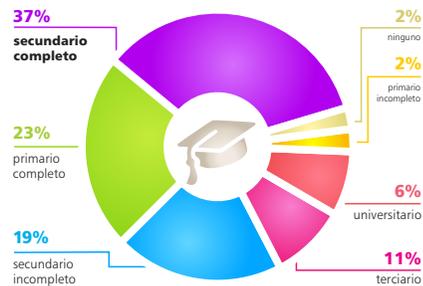
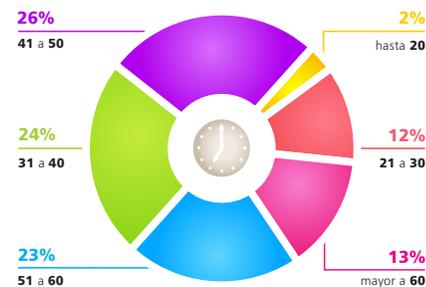
Es el número de **ALTAS** otorgadas por el Programa desde su inicio hasta el mes de diciembre de 2014.

PERFIL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LOS DIVERSOS CENTROS

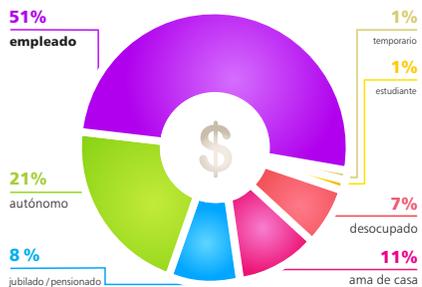


CASI NO EXISTE DIFERENCIA CUANTITATIVA ENTRE **MUJERES Y HOMBRES** ATENDIDOS

UNA GRAN MAYORÍA DE LOS PACIENTES SUPERAN LOS 30 AÑOS DE **EDAD**

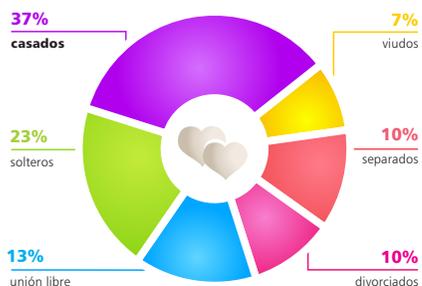


MÁS DE LA MITAD DE LOS PACIENTES HA CURSADO **ESTUDIOS SECUNDARIOS**



EL **80%** DE ESOS PACIENTES TIENE INGRESOS PROPIOS Y FIJOS

EL **40%** SE ENCUENTRA EN PAREJA AL MOMENTO DE INICIAR EL TRATAMIENTO



PERFIL DE LOS PACIENTES EN RELACIÓN AL JUEGO



DATOS ESTADÍSTICOS DE LA LINEA DE ATENCIÓN GRATUITA

REGISTRO DE LOS LLAMADOS



DESDE OCTUBRE DE 2009 A DICIEMBRE DE 2014 SE REGISTRARON UN TOTAL DE **7094** CONSULTAS AL 0-800-444-4000

57% llama el propio jugador

- 17% llaman otros
- 15% llama su pareja
- 7% llama su padre o madre
- 4% llaman sus hijos

71% se enteran del Programa en las salas de juego

- 9% por otras personas
- 9% por internet
- 4% por prensa, TV, o radio
- 4% por otros medios
- 3% por profesionales

54% son hombres

46% son mujeres

35% de los jugadores tienen entre 51 y 60 años

- 32% tienen entre 41 y 50 años
- 26% tienen entre 31 y 40 años
- 4% tienen de 21 a 30 años
- 3% tienen más de 60 años



CAPÍTULO 2

¿QUÉ ES LA LUDOPATÍA?

Dra. JULIETA CAHE
COORDINADORA DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIA AL JUEGO COMPULSIVO

Los juegos de azar, de una u otra forma, probablemente estuvieron difundidos por todas las culturas. Históricamente la existencia del juego relacionado con las apuestas se remonta a varios de miles de años atrás, arqueólogos han descubierto dados primitivos que datan del año 3500 A.C. hechos con el hueso astrágalo de ovejas. También existen pinturas rupestres en las cuevas que representan los juegos de azar y ofrecen una nueva prueba de la existencia de los primeros jugadores. Desde los romanos hasta los egipcios y otras civilizaciones han inventado juegos y actividades en las cuales se apostaba no solo dinero y propiedades, sino también la propia vida, su libertad o la de alguno de sus familiares.

Fue Girólamo Cardano (1501 - 1576) médico, matemático, filósofo y astrólogo, quien escribió la primera obra importante relacionada con el cálculo de probabilidades en los juegos de azar. Fue en 1565 y se llamaba "*Liber de ludo alearum*" (Libro de los juegos de azar) pero fue publicado recién en 1663.

En la actualidad, los juegos de azar son variables. Desde los juegos de apuestas informales, como pueden ser las apuestas deportivas, naipes o juego clandestino, hasta el oficial, como son las loterías y los casinos. Actualmente, el juego legalizado está aumentando en todo el mundo. El deseo y la voluntad de apostar dinero u otros objetos de valor a resultados establecidos al azar parece ser universal. Aunque la mayoría de los individuos pueden participar del juego como una actividad social, agradable y controlada en ciertas personas se convierte en un problema demasiado serio en términos de tiempo invertido, del dinero apostado y siguen jugando a pesar de los sustanciales efectos negativos personales, sociales,

familiares y financieros.

Dentro de la órbita de la psiquiatría, hace un poco más de cien años Kraepelin describió la “manía de juego”. Pero recién fue reconocida como una entidad nosológica en 1980 por la American Psychiatric Association (APA) que la introdujo en el DSM-III con la denominación de “*juego patológico*”.

La OMS la incluyó en 1992 en una categoría diagnóstica dentro de los trastornos de los hábitos y del control de los impulsos.

Consideramos que el juego compulsivo es un problema de importancia creciente dentro del marco de la salud pública, que se vincula a las crisis sociales.

Si bien se consideraba al juego patológico como un trastorno de la personalidad respecto del control de los impulsos, con un comportamiento disfuncional en relación al juego, que afecta su vida personal, de relación familiar y profesional, de manera persistente y recurrente, pero como se verá más adelante ya muchos, por convención, lo consideran una adicción del comportamiento.

Lo cierto es que los criterios diagnósticos operativos DSM IV (cuadro 1) tienen el mismo diseño que el de las adicciones a sustancias, lo que muestra la concepción subyacente para esta enfermedad, de hecho en la nueva edición DSM V (cuadro 4) es reclasificado.

Dos categorías de trastornos del juego se suelen destacar en los trabajos publicados: **el juego problema** y el **juego patológico**. En primer lugar podemos diferenciar:

a) Juego social, que tiene lugar entre amigos o compañeros, su duración es limitada, y con pérdidas aceptables que se han determinado previamente. No existen riesgos y la persona no pierde el control de sus actos.

b) Juego problemático, en el que se evidencia un aumento en la cuantía de las apuestas y en la frecuencia de éstas, así como en el tiempo dedicado al juego. El sujeto incrementa su implicación en el juego, probablemente coincidiendo con algún acontecimiento vital estresante

En el juego compulsivo hay una progresión en la frecuencia del juego, la cantidad apostada, la obsesión por el juego y la obtención del dinero con el cual jugar.

Las características del jugador compulsivo, en términos de su conducta, se

evidencian por:

- Obsesión por jugar y conseguir dinero para seguir jugando.
- Necesidad de aumentar la magnitud o frecuencia de la apuesta para conseguir la excitación deseada.
- Intranquilidad e irritabilidad cuando no puede jugar.
- Pérdida repetida de dinero en el juego y regreso al día siguiente para intentar recuperarlo.

El juego supone una alteración sustancial de la adaptación familiar, laboral, económica y social del sujeto. Asimismo la relación entre juego patológico y otros trastornos psicopatológicos es muy estrecha. Todo ello hace imprescindible, desde la perspectiva de una evaluación integradora, el análisis conjunto de todos estos ámbitos, sin limitarse exclusivamente a las conductas de juego. Una limitación importante en la evaluación del jugador patológico es la fiabilidad de los datos que el paciente proporciona. Resulta necesario contrastar, en la medida de lo posible, la información que aporta el jugador con la que pueden aportar personas significativas en la vida de éste. De esta forma, se podrá estimar más adecuadamente la gravedad del problema, además de poder realizar una evaluación más rigurosa de los progresos terapéuticos conseguidos tras el tratamiento.

A diferencia de la drogadependencia, en el juego compulsivo no existe una sustancia externa que produzca un daño a nivel orgánico; ello hace que en muchos sectores de la población todavía no se la considere como una enfermedad.

En la actualidad juego patológico tiene criterios diagnósticos médicos descriptos, tanto en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª edición, revisión del texto (DSM-IV-TR) y reevaluado para la reclasificación en la 5ª edición (DSM V), así como en la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10) (cuadro 2). Ambos sistemas de clasificación resumen el juego patológico desde una perspectiva atórica (es decir, una lista de criterios de diagnóstico únicamente objetivos y de comportamiento), y ambos clasifican el juego patológico dentro de una sección de trastornos de impulsividad. Aunque contamos con varios instrumentos populares de evaluación y diagnóstico (scree-

ning) basados en estos criterios, hay pocas investigaciones que examinen la fiabilidad, validez y la exactitud de estos, el SOGS uno de los más populares (cuadro 3).

Los datos de las encuestas de prevalencia indican variabilidad en las tasas de trastornos del juego, por las diferencias en los métodos de encuesta, el uso de técnicas de detección, administración y también la consecuencia de la variabilidad asociada con la disponibilidad y accesibilidad a los juegos de azar. Sin embargo hay estudios que demuestran que en algunos casos las tasas de prevalencia son estables en el tiempo a pesar de un aumento en las oportunidades de juego, lo que sugiere que algún tipo de adaptación social podría llegar a tener lugar cuando el juego se vuelve menos novedad en un entorno local. Podríamos determinar que las tasas de prevalencia de la ludopatía varían en todo el mundo en un rango de 0.5% a 3%.

En las últimas dos décadas, los investigadores han identificado muchos factores de riesgo predictivos de los procesos asociados con el desarrollo del juego patológico. Una parte sustancial del trabajo empírico sobre la patogenia indica que asociaciones demográficas particulares; entre ellas exposición a temprana edad, sexo masculino, origen étnico, nivel socioeconómico bajo, y el estado civil divorciado o separado son los factores generales de riesgo que están asociados con el juego problema.

Estos hallazgos, sin embargo, como se verá en nuestras estadísticas en la provincia de Buenos Aires suelen presentarse de forma parcial o diferir según la población en cuestión, entonces también habría que tener en cuenta variables como el tipo de juego de azar. Para resaltar este punto importante, entre otros resultados, los apostadores de cartas, ruleta y deportes tienden a ser hombres de mediana edad con altas tasas de comorbilidad con otras adicciones y si consideramos las máquinas tragamonedas, las apostadoras tendieron a ser mujeres con mayores tasas de comorbilidad psiquiátrica y aparición posterior de adicción al juego.

Los trastornos de la salud mental con respecto al juego son altamente comórbidos con otros desordenes psiquiátricos. La evidencia más fuerte se relaciona con los trastornos por consumo de sustancias. El estudio más grande de

epidemiología psiquiátrica realizada hasta el momento (NESARC, EEUU, N° 43.093), los jugadores patológicos tenían un riesgo 6 veces mayor de tener un diagnóstico de abuso de alcohol y 4,4 veces mayor riesgo de sufrir un trastorno por consumo de sustancias comparación con los no jugadores. Además, las tasas de depresión mayor y distimia triplican a las de los no jugadores, mientras que las tasas de un episodio maníaco son ocho veces mayor en los jugadores compulsivos. Por otra parte, el riesgo trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobias y específicas son cada uno más de tres veces superiores en los jugadores además de doble riesgo de fobia social. También tendrían un riesgo ocho veces mayor de padecer un trastorno de la personalidad. Módulos para los trastornos obsesivo-compulsivos de estrés postraumático no se incluyeron en este estudio.

En otra encuesta a gran escala (NCS-R, EE.UU.) que fue la primera en obtener datos retrospectivos a la aparición de estas patologías, indicó que el inicio del juego patológico precedió a un trastorno comórbido en un 23,5% de los casos, mientras que el juego patológico posterior al trastorno comórbido se manifestó en el 74,3% de los casos. Los resultados de la NCS-R también sugirieron que los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad fueron predictores para la aparición y posterior desarrollo de ludopatía. Con respecto a los trastornos por consumo de sustancias, el juego patológico con mayor frecuencia fue predictor del posterior desarrollo de trastornos por uso de sustancias, más que el caso inverso.

Se proponen dos modelos de integración heurística predominantes que podrían explicar la causa de los trastornos de juego: el modelo biopsicosocial y otro modelo con 3 diferentes tipos (algunos autores describen hasta 4).

El modelo biopsicosocial está esencialmente basado en un marco cognitivo-conductual y de diátesis/estrés que supone una vulnerabilidad genética o predisposición (diátesis) que interactúa con el ambiente y con los sucesos vitales (estresantes) para desencadenar conductas o trastornos psicológicos. Entonces los factores predisponentes (por ejemplo, los pobres de resolución de problemas y habilidades de afrontamiento y las vulnerabilidades genéticas) interactúan con experiencias tempranas de juego (por ejemplo, recibiendo grandes ganancias o una alta proporción de pequeñas ganancias) y experiencias psicosociales adversas

(por ejemplo problemas estresantes de la vida, el aburrimiento) para dar lugar a trastornos del juego.

Tanto el modelo biopsicosocial como el de los subtipos describen factores similares en procesos involucrados en el desarrollo y mantenimiento de los problemas del juego. La mayor diferencia es que el modelo biopsicosocial asume homogeneidad de los trastornos del juego.

El modelo tipificador postula heterogeneidad de los trastornos de juego y se manifiesta en tres vías principales que conducen a tres tipos de jugadores con problemas: **I-** conductualmente condicionado, **II-** emocionalmente vulnerable, y **III-** el impulsivo antisocial.

El subtipo conductualmente condicionado se caracteriza por una ausencia de cambios psicopatológicos premórbidos y el deterioro sobre el control del juego surge de los efectos del condicionamiento, distorsiones cognitivas, y pobre toma de decisiones relacionados con la exposición frecuente a los juegos de azar. Estos mismos principios ambientales están implicados en el causa de los otros dos subtipos, aunque cambios patológicos premórbidos son un factor de complicación en los términos de los motivos de la ludopatía y el curso de la enfermedad.

El subtipo emocionalmente vulnerable tiene depresión preexistente, ansiedad, dificultades en habilidades de afrontamiento y resolución de problemas y una historia de trauma, aquí el juego interviene en modular sus estados afectivos.

El tercer subtipo tiene impulsividad preexistente, dificultades de atención, y características antisociales, y el juego le sirve como una actividad arriesgada y emocionante.

La experiencia clínica sugiere que hay cierto mérito en tener cuenta la heterogeneidad de los trastornos de juego patológico y la validación descriptiva del modelo incluyendo subtipos. Sin embargo, no hay datos longitudinales disponibles para poner a prueba los aspectos de desarrollo o implicancias en el tratamiento de las tipologías.

Desde el aspecto neurocognitivo, las conductas que caracterizan a jugadores problemáticos (por ej. preocupación por el juego, incapacidad de detenerse, perseguir las pérdidas) son impulsivas frecuentemente prematuras, mal pensadas;

con evaluación de riesgo y toma de decisiones disfuncionales y como resultado perjudiciales a largo plazo.

El déficit inhibitorio, de memoria de trabajo, planificación, flexibilidad cognitiva y del manejo o la estimación del tiempo son más comunes en personas que sufren de ludopatía que en las sanas. Los estudios de neuroimágenes han demostrado ilustrar muchas veces lo encontrado en la clínica. En un estudio de neuroimagen para evaluar la inhibición en el juego patológico, se informó disminución de la activación en la corteza prefrontal ventrolateral en los jugadores problemas en comparación con los controles sanos.

Sin embargo, estos estudios a menudo pueden tener factores de imprecisión en cuanto a resultado ya que habría que tener en cuenta factores tales como ser los tratamientos recibidos y los potenciales efectos cognitivos nocivos de las comorbilidades (por ejemplo, depresión), además, estos estudios no permiten la caracterización de una asociación temporal entre la manifestación de déficits cognitivos y los síntomas clínicamente significativos. Estos déficits podrían ocurrir en personas con riesgo antes de desarrollar síntomas o, alternativamente, bien pudiera derivarse de la enfermedad en sí, tal vez reflejando un epifenómeno secundario o accidental.

En cuanto a la neurobiología, cada vez más pruebas implican múltiples sistemas de neurotransmisores en la fisiopatología de los trastornos de juegos de azar (por ejemplo, dopaminérgicos, serotoninérgicos, noradrenérgicos, opioides).

La dopamina está implicada en el aprendizaje, motivación y el refuerzo de estímulos, incluyendo las recompensas.

Alteraciones en las vías dopaminérgicas pueden subyacer en la búsqueda de recompensas (es decir, en este caso, juegos de azar) ese gatillo libera dopamina que produce sentimiento de placer.

En referencia nuevamente a la investigación de neuroimágenes se sugiere que la vía de mesolímbica dopaminérgica que va desde el área tegmental ventral (zona en el tronco cerebral) al núcleo accumbens (zona en los ganglios de la base) participan en el juego patológico de forma similar que en otras adicciones. Estos

estudios en jugadores patológicos han indicado disminución en la actividad estriado ventral, corteza prefrontal ventromedial y del córtex prefrontal ventrolateral durante los eventos generadores de recompensas, sugerentes de una disfunción neurofisiológica.

Otros estudios de neuroimágenes funcional muestran tanto las zonas cerebrales implicadas así como dan explicaciones a las recaídas ya sean tempranas o tardías y, de tal manera, que puede ser importante tenerlos en cuenta para su aplicación en la clínica.

Estos han permitido observar la respuesta cerebral provocada por estímulos asociados al consumo en pacientes adictos.

Fueron realizados en jugadores patológicos y en adictos a la cocaína (durante abstinencia) comparados con controles sanos, cuando observaban un video con imágenes relacionadas con su objeto de consumo.

Entonces queda implícito que no sería necesario el acto de jugar para que se active el circuito y las vías de la adicción, esta se desencadena también con imágenes o por ejemplo con cuestiones ambientales relacionadas. El registro cerebral permite observar claramente activación en dos regiones límbicas, la amígdala y el cíngulo anterior. La activación de estas dos regiones es muy significativa puesto que las dos tienen un papel muy importante en la conducta afectiva y el aprendizaje emocional. La amígdala es crítica para el aprendizaje de relaciones entre el significado biológico de los estímulos (comida, bebida, dolor) y las señales que los predicen. En los pacientes que consumen cocaína, la amígdala procesa también el significado emocional de esta droga. Por su parte, el cíngulo anterior comparte conexiones recíprocas con la amígdala y tiene también un papel en el control de las respuestas emocionales.

En estos estudios se registran al mismo tiempo la respuesta emocional del sujeto ante los estímulos relacionados con el consumo y se observa que las regiones cerebrales antes mencionadas, se activaban al mismo tiempo que el sujeto experimentaba deseo de consumo (craving) y que la activación era más intensa cuanto mayor el deseo de consumo experimentado por el paciente.

En esta situación, se ha observado que la presentación de estímulos condicio-

ados provocan un aumento de dopamina en el Núcleo Accumbens (NAc). Las regiones cerebrales implicadas cuando un individuo, animal o humano, está procesando estímulos relacionados con el consumo o un comportamiento placentero, son esencialmente, el CPF, la amígdala, el Núcleo Accumbens. Además, el hipocampo, una estructura crucial para el procesamiento de la memoria relacionada con el contexto en el cual tienen lugar el condicionamiento. Esta estructura recibe también proyecciones dopaminérgicas procedentes del Área Tegmental Ventral y, a su vez, se proyecta sobre el NAc, relacionando así un determinado contexto con su valor como reforzador o motivador.

También se ha observado activación en otras regiones de los ganglios basales, como es estriado dorsal.

Contrario a lo que podría esperarse de la participación de la dopamina, antagonistas de receptores de dopamina D2/D3 incrementan las motivaciones relacionadas con juegos de azar y las conductas en pacientes con juego patológico y no son efectivos en el tratamiento de esta patología.

Más investigación es necesaria para precisar el papel específico de la dopamina así como de las áreas cerebrales involucradas en juego patológico.

De todos modos, para la gran mayoría de la población que ingresó, ingresa o ingresará en una sala de juego o simplemente desea participar de algún juego de azar, se debe tener algunas pautas de juego responsable, teniendo en cuenta que se juega solo por diversión y entretenimiento y que, de ninguna manera, es un medio para conseguir dinero, una fuente de ingreso o medio de ganarse la vida, el juego no debe ocupar todos los espacios de las actividades sociales, laborales y recreativas.

Entonces, concurrir en lo posible acompañado a las salas de juego, establecerse un límite de días y horarios en el que se va a permanecer en la sala de juego y no traspasarlo, lo mismo para el monto de dinero destinado al juego, que no debe exceder lo planeado ni mucho menos usar dinero que estaba destinado a otro fin o pedir prestado para jugar, considerar la posibilidad de perder y evitar seguir jugando para compensar las pérdidas, si algunas de estas cuestiones no son respetadas podríamos estar en presencia de pautas de alarma de juego problemático con riesgo de ludopatía.

Cuestionarios, inventarios y autorregistros para la evaluación y apoyo al tratamiento.

Cuadro 1

Criterios Diagnósticos del juego patológico DSM IV (APA, 1995)

F63.0: Juego Patológico. [321.31]

A. Comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente, como indican por lo menos cinco (o más) de los siguientes items:

1. Preocupación por el juego (por ejemplo preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores, planificar la próxima aventura o pensar formas de conseguir dinero con el que jugar).
2. Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.
3. Fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego.
4. Inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego.
5. El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o aliviar la disforia (por ejemplo, sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión).
6. Después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de cazar las propias pérdidas).
7. Se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego.
8. Se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo o abuso de confianza, para financiar el juego.
9. Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo, oportunidades educativas o profesionales debido al juego.
10. Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación causada por el juego.

Cuadro 2

La clasificación de los trastornos mentales realizados por la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) difiere en el diagnóstico de esta patología de los criterios vertidos por la Asociación de Psiquiatría Americana (APA). CIE-10 :

1. Tres o más episodios de juego sobre un período de, al menos, un año.
2. Continuación de estos episodios a pesar del malestar emocional personal y la interferencia con el funcionamiento personal en la vida diaria.
3. Incapacidad para controlar las urgencias a jugar, combinado con una incapacidad de parar.
4. Preocupación mental con el juego o las circunstancias que lo rodean.

También menciona tres criterios para realizar un diagnóstico diferencial:

1. Un juego social habitual.
2. Un juego excesivo en enfermos maníacos.
3. El juego en el trastorno disocial de la personalidad.

Cuadro 3

Cuestionario de Juego de South Oaks (SOGS).

(South Oaks Foundation, 1992. Validación española de Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez, 1994).

NOMBRE: Nº:

TERAPEUTA: Fecha:

1. Indique, por favor, cuál de los siguientes juegos ha practicado usted en su vida. Señale para cada tipo una contestación:

1: "nunca" | 2: "menos de una vez por semana" | 3: "una vez por semana o más".

1 2 3

- a) jugar a cartas con dinero de por medio.
- b) apostar en las carreras de caballos.
- c) apostar en el frontón o en los deportes rurales.
- d) jugar a la lotería, a las quinielas, a la primitiva, a la bono-loto o a los ciegos.
- e) jugar en el casino.
- f) jugar al bingo.
- g) especular en la bolsa de valores.
- h) jugar en las máquinas tragaperras.
- i) practicar cualquier deporte o poner a prueba cualquier habilidad por una apuesta.

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

- _____ Nunca he jugado dinero.
- _____ Menos de 6 euros.
- _____ Entre 6 y 30 euros.
- _____ Entre 30 y 60 euros.
- _____ Entre 60 y 300 euros.
- _____ Más de 300 euros.

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

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

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

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

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

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

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

- _____ No.
- _____ Ahora no, pero en el pasado si.
- _____ Ahora si.

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

- _____ Si.
- _____ No.

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

- _____ Si.
- _____ No.

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

- _____ Si.
- _____ No.

Manual de Intervención en Juego Patológico [76]

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

- _____ Si.

_____ No.

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

_____ Si

_____ No.

12. ¿Ha discutido alguna vez con las personas con quien convive sobre la forma de administrar el dinero?

_____ Si.

_____ No.

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

_____ Si.

_____ No.

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

_____ Si.

_____ No.

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

_____ Si.

_____ No.

16. Si ha pedido prestado dinero para jugar o pagar deudas, ¿a quién se lo ha pedido o de dónde lo ha obtenido? (ponga una X en las respuestas que sean ciertas en su caso).

_____ **a)** del dinero de casa.

_____ **b)** a mi pareja.

_____ **c)** a otros familiares.

_____ **d)** de bancos y cajas de ahorro.

_____ **e)** de tarjetas de crédito.

_____ **f)** de prestamistas.

_____ **g)** de la venta de propiedades personales o familiares.

_____ **h)** de la firma de cheques falsos o de extender cheques sin fondos.

_____ **i)** de una cuenta de crédito en el mismo casino.

8. Anexos[77]

Hoja de puntuación del SOGS

Las puntuaciones de este cuestionario están determinadas por el número de preguntas que revelan una respuesta "de riesgo".

No se valoran las preguntas **1**, **2** y **3**.

Pregunta **4**: La mayoría de las veces que pierdo, o siempre que pierdo.

Pregunta **5**: Sí, pero menos de la mitad de las veces que he perdido, o la mayoría de las veces.

Pregunta **6**: Ahora no, pero en el pasado sí, o ahora si.

Pregunta **7**: Si.

Pregunta **8**: Si.

Pregunta **9**: Si.

Pregunta **10**: Si.

Pregunta **11**: Si.

Pregunta **12**: No se valora.

Pregunta **13**: Si.

Pregunta **14**: Si.

Pregunta **15**: Si.

Pregunta **16 a)**: Si.

Pregunta **16 b)**: Si.

Pregunta **16 c)**: Si.

Pregunta **16 d)**: Si.

Pregunta **16 e)**: Si.

Pregunta **16 f)**: Si.

Pregunta **16 g)**: Si.

Pregunta 16 h: Si.

Pregunta 16 i: No se valora.

TOTAL = (sobre un máximo de 19 puntos)

Puntuación Valoración

4 o más = Probable jugador patológico

Cuadro 4

DSM V

Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos

Trastornos no relacionados con sustancias

Juego patológico

312.31 (F63.0)

A. Juego patológico problemático persistente y recurrente, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta porque el individuo presenta cuatro (o más) de los siguientes criterios durante un período de 12 meses:

1. Necesidad de apostar cantidades de dinero cada vez mayores para conseguir la excitación deseada.
2. Está nervioso o irritado cuando intenta reducir o abandonar el juego.
3. Ha hecho esfuerzos repetidos para controlar, reducir o abandonar el juego, siempre sin éxito.
4. A menudo tiene la mente ocupada en las apuestas (por ejemplo, reviviendo continuamente con la imaginación experiencias de apuestas pasadas, condicionando o planificando su próxima apuesta, pensando en formas de conseguir dinero para apostar).
5. A menudo apuesta cuando siente desasosiego (por ejemplo, desamparo, culpabilidad, ansiedad, depresión).
6. Después de perder dinero en las apuestas, suele volver otro día para intentar ganar ("recuperar" las pérdidas).

7. Miente para ocultar su grado de implicación en el juego.

8. Ha puesto en peligro o ha perdido una relación importante, un empleo o una carrera académica o profesional a causa del juego.

9. Cuenta con los demás para que le den dinero para aliviar su situación financiera desesperada provocada por el juego.

B. Su comportamiento ante el juego no se explica mejor por un episodio maníaco.

BIBLIOGRAFÍA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders text revision. 4th edn. Washington, DC.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition (section 312.31).
- ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA.
- BERNSTEIN, P. L. (1996). *Against the Gods: the remarkable story of risk*. New York: John Wiley & Sons.
- BLASZCZYNSKI, A., NOWER, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*; 97: 48799.
- DAVID C HODGINS, JONATHAN N STEA, JON E GRANT. (2011). Seminar Gambling disorders. *Lancet*; 378: 187484.
- EVA Mª ÁLVAREZ-MOYA, SUSANA JIMÉNEZ-MURCIA, MARÍA NEUS AYMAMÍ, MÓNICA GÓMEZ-PEÑA, ROSER GRANERO, JUANJO SANTAMARÍA, JOSÉ MANUEL MENCHÓN Y FERNANDO FERNÁNDEZ-ARANDA. Subtyping Study of a Pathological Gamblers Sample". *The Canadian Journal of Psychiatry*, Vol 55, No 8. Agosto de 2010.
- NATIONAL RESEARCH COUNCIL. (1999). *Pathological gambling: a critical review*. Washington, DC. National Academy Press.
- PETRY, N.M. (2010). Pathological gambling and the DSM-V. *Int. Gamb. Stud.* 10: 11315.
- POTENZA, M.N. (2008). The neurobiology of pathological gambling and drug addiction: an overview and new findings. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363(1507), 3181-3189.
- SCOTT A.K. OBERG, GREGORY J. CHRISTIE, MATTHEW S. TATA. (2011). Problem gamblers exhibit reward hypersensitivity in medial frontal cortex during gambling. *Neuropsychologia* 2011. Vol: 49. Nro: 13. Págs: 3768-75.
- SOUTH OAKS FOUNDATION. (1992). *Validación española de Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez, 1994*.
- STEPHAN F. MIEDL, THORSTEN FEHR A. B., GERHARD MEYER, MANFRED. (2010) Neurobiological correlates of problem gambling in a quasi-realistic blackjack scenario as revealed by fMRI. *Psychiatry Research: Neuroimaging* 181. 165-173
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1992). *International Classification of Diseases (ICD-10): clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva.

CAPÍTULO 3

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN AL JUEGO

Dr. JOSÉ CONTARTESE
ASESOR DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIA AL JUEGO COMPULSIVO

FASES Y REHABILITACIÓN

Las causas por las que se inicia una persona en el juego son diversas, pero cuando se persiste en el juego se puede dar un proceso que en la mayoría de los casos comienza en la adolescencia, aunque también puede iniciarse a otra edad.

Dicha progresión fue descrita por Custer en 1984, quien propone 3 fases: a) fase de ganancia, b) fase de pérdida, y c) fase de desesperación.

En 1991 Lesieur y Rosenthal agregaron una cuarta fase: d) la fase de pérdida de esperanza, luego denominada de crisis.

En la mayoría de los pacientes estudiados, dicha progresión se completa aproximadamente en 5 años, pero puede variar entre 1 y 20 años.

a) FASE DE GANANCIA: la persona juega poco, lo hace en un contexto social y, a veces, consigue algún premio. Puede comenzar a dar gran importancia a las ganancias y a minimizar las pérdidas, lo que aumenta su optimismo y autoestima.

b) FASE DE PÉRDIDA: la conducta de juego pierde su contexto social y el jugador empieza a jugar solo; la persona va aumentando progresivamente la frecuencia y cantidad de dinero invertido en el juego, lo que incrementa las pérdidas. Para hacer frente a las mismas la persona se va endeudando, por lo que juega más dinero para pagar las pérdidas, y entra en un círculo vicioso. Comienza el deterioro familiar y laboral, está más irritable y se distancia de amigos y familiares. Es difícil que reconozca que tiene un problema. La familia puede darse cuenta haciéndose cargo de las deudas y presionando para que deje de jugar, a lo que el

jugador responde con una tregua.

c) FASE DE DESESPERACIÓN: al cabo de poco tiempo el jugador recae en el juego pero trata de ocultarlo. Los problemas financieros y las pérdidas económicas lo desbordan y a veces le llevan a cometer actos ilegales para conseguir más dinero. Cuando se descubren las mentiras, el deterioro familiar es extremo, la persona se siente atrapada y sufre de malestar psicológico y físico intenso, puede aumentar el consumo de alcohol. Esta fase puede desencadenar diversas situaciones; como el suicidio, la cárcel, huida o pedido de ayuda.

d) FASE DE CRISIS: el jugador experimenta una crisis producida por severas complicaciones generadas por el juego, a nivel familiar (divorcios o separaciones), legales, abuso de alcohol/ drogas. Ante la crisis económica y familiar intenta dejar de jugar y padece de síntomas de abstinencia. Aumenta el riesgo de suicidio.

FASE GANADORA

- Fantasía de ganar.
- Gran ganancia.



FASE PERDEDORA

- No poder dejar de jugar.
- Preocupación por el juego.
- Faltar tiempo al trabajo.



FASE DESESPERACIÓN

- Alejamiento de la familia y amigos.
- Incrementos notables en la cantidad de dinero.
- Actos ilegales.



FASE PÉRDIDA DE LA ESPERANZA

- Divorcio
- Alcohol
- Derrumbe emocional



FASE DE DESARROLLO

- Nueva forma de vida.
- Afrontar problemas.
- Muestran afecto hacia los otros.



FASE RECONSTRUCTIVA

- La preocupación por el juego disminuye.
- Desarrollar metas.
- Recuperar su amor propio.



FASE CRÍTICA

- Sentir esperanza.
- Ser práctico / Dejar de jugar.

Custer (1984); Lesieur y Rosenthal (1991)

REHABILITACIÓN: Los jugadores pueden solicitar ayuda en la fase de pérdida (normalmente presionados por la familia) lo que no favorece el tratamiento, ya que la motivación es mínima y la conciencia de tener un problema también, o bien, durante las fases de desesperación y crisis, donde sí existen mayores probabilidades de éxito, ya que la toma de conciencia es mayor. No obstante, en esta última fase hay una mayor alteración y son numerosas las áreas que hay que trabajar para solucionar el problema.

CONSECUENCIAS O PROBLEMAS ASOCIADOS AL JUEGO

El juego patológico produce consecuencias negativas y problemas en diversos ámbitos, personal, familiar, social, laboral, económico y legal.

A nivel personal, los jugadores tienden a aumentar su consumo de alcohol y tabaco; sufren de sentimientos de culpa, irritabilidad, tensión, ansiedad, síntomas depresivos y trastornos psicossomáticos como dolores de cabeza, alteraciones del sueño, problemas estomacales, etc.

La familia es una de las áreas más dañadas por el juego; éste afecta de forma muy negativa al cónyuge y a los hijos del jugador, creando un clima de crisis constante, sentimiento de traición, comportamiento abusivo por parte del jugador, desconfianza, discusiones, tensión, vergüenza. La comunicación se deteriora y los casos de separación y divorcio son corrientes. Los cónyuges sufren trastornos psicossomáticos y depresión. El juego tiene también un impacto negativo en los hijos, por las dificultades económicas en las que puede caer la familia, por la falta de tiempo y de cariño dedicado a ellos y porque éstos son en ocasiones incorporados en las peleas entre los padres, además de estar sometidos a modelos inadecuados que los pueden convertir en poblaciones de alto riesgo para el juego.

El juego conduce a un aislamiento social y a un abandono de actividades laborales y recreativas, además de una pérdida de amistades.

Los jugadores se implican menos en el trabajo y tienen menor atención y concentración en el mismo, con deterioros en el rendimiento laboral. Además, pueden incurrir en robos de dinero que pueden conducir al despido o a graves situaciones económicas en trabajadores autónomos.

El área económica es una de las más afectadas por el juego y además es, habitualmente, la clave que hace descubrir a la familia que algo está pasando.

De lo dicho anteriormente se deduce que el juego no es sólo un problema personal sino un problema social que influye en muchos aspectos y deteriora no sólo al jugador sino a las personas que están a su alrededor.

CONFLICTIVA FAMILIAR

- Mentiras; sentimiento de traición.
- Comportamiento abusivo de parte del jugador.
- Períodos de separaciones matrimoniales.
- Culpa.
- Desconfianza.
- Discusiones.
- Tensión por la crisis económica.
- Vergüenza.

TRATAMIENTO DE LA LUDOPATÍA

El tratamiento de la ludopatía debe adecuarse a cada individuo intentando incorporar desde las primeras entrevistas a su familia y su red social (generalmente deteriorada a raíz del proceso patológico). En primer lugar debe establecerse un diagnóstico que abarque las características individuales, familiares y sociales. Deben establecerse diversas estrategias individuales familiares, grupales y psicofarmacológicas.

Los aspectos a trabajar son:

- La motivación para realizar el tratamiento por parte del jugador, su familia y su red.
- La toma de conciencia sobre el problema y la aceptación de que es un jugador patológico, reconociendo que no está pudiendo manejar el juego y que necesita ayuda.
- El logro de la abstinencia al juego (por medio del control de los estímulos que

lo llevan a jugar y la reducción de las ganas de jugar).

- El trabajo sobre las distorsiones cognitivas y el pensamiento mágico. El jugador cree que sus problemas se resolverán ganando dinero en los juegos de azar. Minimizan las pérdidas y se consideran personas con más suerte que la población general.
- El tratamiento debe contemplar la historia del sujeto, ya que los eventos traumáticos enlazados al juego suelen ser frecuentes.
- El diagnóstico y el tratamiento de la comorbilidad.
- La planificación de la devolución de las deudas y el trabajo sobre las consecuencias económicas y laborales del juego.
- El restablecimiento de los vínculos deteriorados en la familia, la pareja y la red.
- La prevención de las recaídas.
- El trabajo con actividades alternativas a los juegos de azar, ligadas al ocio y el tiempo libre. Los jugadores suelen referir que solo les divierten determinados juegos de azar.
- Fortalecer la resistencia a la presión social.
- Brindar herramientas para el manejo de niveles elevados de ansiedad.

BIBLIOGRAFÍA

- BECOÑA, E. (1996). La ludopatía. Madrid. Aguilar.
- BLASZCZYNSKY, A. (1999). Pathological gambling: An impulsive control, addictive or obsessive-compulsive disorder?
- BRIZUELA, J. Juego patológico o ludopatía y otras adicciones comportamentales.
- CUSTER, R. Profile of the pathological gambler.
- DSM- IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
- ECHEBURÚA, E., FERNANDEZ MONTALVO, J., BAE, C. (1999). Prevención de recaídas en la terapia del juego patológico: eficacia diferencial de tratamientos.
- ECHEBURÚA, E. (1999). Adicciones sin drogas. Bilbao. España.
- GARRIDO, M., JAÉN, P., DOMÍNGUEZ, A. (COMPS). Ludopatía y relaciones familiares.
- OCHOA, E., LABRADOR, F. (1994). El juego patológico.

CAPÍTULO 4

ALGUNAS CUESTIONES SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA COMPULSIÓN AL JUEGO ¹

Lic. GASTÓN GAGLIARDI
COORDINADOR CENTRO VICENTE LÓPEZ

Introducción

Existen algunas coordenadas necesarias a tener en cuenta en el tratamiento de la adicción al juego y que constituyen las particularidades que presenta esta clínica. Quisiera articular algunas de ellas y para esto tomo unas palabras del apéndice del libro "Realidad y juego", de D. Winnicott ²:

"Afirmo que en el desarrollo de los seres humanos hay una etapa anterior a la objetividad y a la perceptibilidad. Es posible decir que al comienzo, en teoría, el bebé vive en un mundo subjetivo o conceptual. El paso del estado primario a aquel en el cual se hace posible la percepción objetiva no tiene que ver solo con el proceso de crecimiento intrínseco o heredado; además necesita un mínimo ambiental". Luego, agrega Winnicott: *"este paso corresponde a todo el vasto tema del viaje del individuo, desde la dependencia hasta la independencia"*.

Tomando como referencia esta cita, podemos hacernos la siguiente afirmación:

En esta clínica se trata de un viaje a la inversa, es decir, que tras la compulsión, el jugador vuelve sobre sus pasos, al quedar nuevamente, dependiendo del juego, del azar, de la suerte o de la ayuda económica de los otros.

¿Cómo se piensa en la dirección de la cura dentro del abordaje de la ludopatía?.

1. Trabajo presentado en la 2ª Jornada Internacional de Ludopatía. 28 de Abril de 2012. Universidad de Buenos Aires.

2. D.W. Winnicott. 1971. Realidad y Juego. Gedisa Editorial.

¿Cuáles son las coordenadas que un terapeuta debe tener en cuenta para posibilitar ese pasaje que conmueva esa posición?

Una primera aproximación la constituye ese mínimo ambiental, agente que posibilite el pasaje, esta es la apuesta del analista, que será distribuido sobre aquellos dispositivos del tratamiento ya sea grupo, terapia familiar o bien un abordaje individual. Fenomenológicamente, ¿qué sucede con un jugador?

Aquellos que consultan refieren que aquel entretenimiento que antes era compartido con parejas, familiares, amigos y que era pensado como un divertimento o simplemente proporcionaba una distracción, ha sufrido un cambio, una transformación volviéndose rígido, potenciándose tanto en frecuencia, como en la cantidad de dinero y tiempo que invierte en una sala de juego, pero primordialmente para el que consulta, el juego ha dejado de entretener y de hacer lazo, haciendo de esta una actividad solitaria, que paulatinamente lo aleja y lo separa.

Aporte psicoanalítico

¿Cuáles son las referencias con que puede contribuir el psicoanálisis?

¿Qué conceptos intervienen en el momento donde lo que definía al juego ya no es correspondido y hace que esta actividad irrumpa al sujeto desplazando el placer por un juego doloroso que lo aliena?

La compulsión de repetición corresponde a lo que Freud adscribió bajo el carácter de lo demoníaco³.

La disyuntiva que se genera en el sujeto sobre la conducta del juego y la moral, lo lleve a creer que existe algo malo. Como si “un diablillo posado en el hombro, susurrándole al oído, le insiste que juegue nuevamente”. Etimológicamente lo “demoníaco” proviene del griego *daimon* “dios”, “divinidad”, criatura de múltiples formas. Con el auge del cristianismo, la palabra fue tomando un tinte maléfico. A su vez, “diablo”, usado como sinónimo de demonio, proviene del latín “diábolos”,

que significa “el que divide, calumnia y desune”.

Por lo tanto, Freud liga la compulsión con la fuerza de una criatura en el interior del ser que se impone y lo dobliga. Aquello “demoníaco” que divide y desune no corresponde al dominio de la pulsión de vida que tiende a la unión y a la constitución de unidades cada vez mayores. En contraposición a estas pulsiones se encuentran aquellas que tienden a un retorno al estado inorgánico y a la destrucción de las unidades vitales, por lo tanto, esa transformación compulsiva, en tanto que se compone por actos incoercibles que se repiten impulsivamente y se imponen al sujeto, constituye la traza en el más allá del principio de placer, lugar de las pulsiones de muerte. Para el psicoanálisis, ese mínimo ambiental, capaz de doblar el destino hereditario y del azar, tiene que ver con poder instalar un espacio de creación, lugar que engendre y precipite el despliegue de la palabra portadora de lo novedoso.

Lo simbólico nos conduce al lugar de la palabra y el registro de lo imaginario apunta a la experiencia del espejo, es decir, alude al reconocerse en una imagen atrapante, frente a lo cual el yo queda capturado.

Si se queda capturado con el brillo de las máquinas, de los juegos de azar, lo hace en función de la investidura narcisista de la que parece beneficiarse el yo. Dicha imagen es asumida como una totalidad.

¿Dónde se escucha algo de lo imaginario en los que consultan?

En las frases anticipatorias como: “tengo la sensación que esta noche voy a ganar”, “si quiero y me controlo, yo sé que puedo ganar dinero jugando, ya lo hice una vez ¿por qué no lo voy a hacer de nuevo?”. Muchos jugadores repiten: “la primera vez, fui, gané y ya está, nunca más pude dejar de hacerlo...”

El jubiloso ajeteo que hace del “*infans*”, asumir una imagen anticipadamente y que estructura el yo, siendo la matriz de identificaciones, parece repetirse en la base del proceso que conduce al jugador al momento irreversible de la compulsión de repetición. La identificación que constituyen el *ideal-ich*, es decir, su imagen corporal, como las identificaciones “que permiten al hombre situar con precisión su relación imaginaria y libidinal con el mundo”⁴, los resortes de la

3. Freud. 32ª Conferencia. La angustia. 1933. Obras completas.

4. J. Lacan. 1981. Seminario I. Los escritos técnicos de Freud. Paidós.

compulsión al juego, requieren de un agregado que desquebraje y permita un arredramiento de ese sujeto en su relación gozosa con el objeto omnipresente del cual parece no poder separarse.

Ensamble institucional - Apuesta institucional

Lo grupal:

En tanto, permite armar un lugar donde el sujeto siente que pertenece y puede ser entendido. Lugar de continencia⁵ y de nuevos sentidos. Espacio para nuevas identificaciones.

El ingreso al dispositivo grupal no debe ser entendido en nociones psicológicas de impacto motivacional que pueda generarse en el encuentro con otros, sino que el sujeto pueda habilitarse simbólicamente en tanto ligue a través de la circulación significativa, para que esta “patología del acto” encuentre eco sintomáticamente allí donde el silencio pulsiona, haciéndolo sufrir.

El grupo puede dar borde, y permite preguntar sobre sus nombres. En todos los grupos se habla, esto no es una novedad, pero no en todos se trabaja con la palabra, este es un verdadero esfuerzo para el jugador que desconoce sus efectos. Diseñar un tratamiento que permita ese pasaje de la dependencia a la independencia en términos de abstinencia del goce autoerótico del cuerpo al goce de la palabra, será necesario darle otro estatuto a lo que se dice, en tanto permite cesar los actos en post del lenguaje.

Lo familiar:

La familia debe participar del tratamiento por dentro de la escena. Es elemental que intervenga dando soporte, [en tanto soportar y dar soporte], la familia puede dar elementos para una construcción y ceder los lugares que facilitan el deterioro secuencial de la subjetividad.

¿Son sujetos para armar o para desarmar?

Muchas veces las familias desarman, intentando “dar una mano”, “ayudando

con el manejo del dinero”. Es fundamental trabajar el nexo entre las actuaciones del jugador compulsivo y la dinámica familiar porque estas favorecen los despliegues compulsivos que forjan mayor malestar en la familia y el jugador. La familia puede aparecer como esa terceridad que intente un corte con el objeto de amor, un corte en el juego del gato y el ratón. Si se aloja al sujeto hay que pensar cual va a ser el lugar de la familia en tratamiento, en la importancia de poder alojar a la familia también ya que los desbordes de la pulsión de muerte pueden caer para ambos lados, tanto lo esperable desde el que juega como también de aquellos que lo acompañan.

Con respecto al lugar que tiene la familia, tanto en los despliegues de la pulsión, como el lugar óptimo de intervención y de acotamiento de los desbordes, pensé en dos ejemplos que quisiera compartir:

Una familia en sesión, informa que vendieron una casa y para evitar unos impuestos decidieron poner el dinero de la transacción en la cuenta bancaria del paciente. Por un lado, esto le generaba una gran presión al jugador que intentaba no “tentarse” y creaba una tensión en toda la familia porque ese dinero podía perderse. Y de ese modo continuar ubicándolo siempre en el mismo lugar.

Otro caso, es el de una mujer que la familia se negaba a formar parte del tratamiento. Sin embargo, tomaron las riendas del manejo del dinero haciendo un control excesivo, no solo de aquello que tenía que ver con la salida y entrada de dinero, sino también el control absoluto de las decisiones individuales controlando hasta los gustos de zapatos que se tenía que comprar.

Estos son los casos en que “una imagen vale más que mil palabras” porque sabemos el lugar que no logra ocupar la palabra, del vacío metafórico y de lo desbordante de la pulsión.

En tanto emerja la demanda y aparezcan las preguntas se puede ir pensando, también, en un trabajo individual.

Para concluir

Sujeto “desalojado” del deseo, que se pierde entre sus pérdidas, se desprende de los objetos que formaban su entorno, capturado y “colmado” por la fascinante especularidad de la máquina, se entrega a un goce autoerótico que deslibidiniza

5. Mario J. Buchbinder. Poética de la cura. Editorial Letra Viva. 2001.

todo su entorno. Condenado a proseguir en el circuito de una "infinita metonimia".

"El juego compulsivo está al servicio de seguir ignorando su condición como sujeto, de no preguntarse nada de la vida" ⁶.

Un pasaje que permita ceder esa dependencia, radica en la posibilidad de dejar de ignorar esa condición de sujetos. La vuelta que representa dicha independencia tendrá que ver con el objeto, mas no se independiza de su condición de sujeto deseante, barrado por el Otro, sujeto del inconsciente, estamos advertidos de que en términos de independencia de lo que se trata es del concepto de libertad en tanto que supone un afloramiento subjetivo. ¿Cómo encausar el deseo y trascender la captura imaginaria, y la alienación que eso comporta?

Más allá del "mecanismo de equilibrio" nos encontramos con aquello demoníaco en tanto que sin diferencias, parece confinado a reproducir sus fallas simbólicas, desgastando por efecto de lo real, el tejido simbólico. Como escribe Nietzsche sobre si un demonio te dijese:

"Esta vida como la vives ahora y tal como la has vivido tendrás que vivirla una vez mas y un infinito número de veces; nada nuevo habrá en ella, sino que cada dolor y cada placer; cada pensamiento y cada gemido, y todo lo infinitamente pequeño y grande de tu vida tendrá que retornar a ti y todo en el mismo orden y en la misma sucesión e igualmente esta araña y este claro de luna entre los árboles y también este instante y yo mismo. El eterno reloj de arena de la existencia no cesará de ser invertido de nuevo y tú con el corpúsculo de polvo".

Para un sujeto hay una necesidad de ubicar algún sentido a aquello que ocurre y se escurre, justificar o decirse algo ante el encuentro del circuito demoníaco de la repetición. El pasaje posible a la independencia del objeto se da vía la introducción del registro de lo simbólico, en tanto es posibilidad de metaforizar y reducir los efectos del circuito de la repetición. La angustia quiebra esa unidad imaginaria que hace posible ese pasaje que introduzca alguna brecha con el objeto y esta asoma en el punto donde lo real desgarrar la alineación del sujeto con el sentido.

6. La adicción al juego ¿no va más?. 2006. Lugar Editorial.

7. Lagrotta, Z. 2009. Lo real en Psicoanálisis. Editorial Letra Viva.

"Más cuando la trama de los sentidos se avería no solo deja ver el objeto, de cuyo encuentro es correlato inequívoco la angustia, sino que de ese tejido signi-ficante desgarrado, de sus restos, puede surgir algo bien distinto" ⁷.

BIBLIOGRAFÍA

BLANCA - CROCE - PETRI. (2012). Tratado sobre Juego Patológico. Lugar Editorial.

BUCHBINDER, M. J. (2001). Poética de la cura. Ed. Letra Viva.

BLANCA, D., COLETTI, M. (2006). La adicción al juego ¿no va mas?. Lugar Editorial.

FREUD, S. (1933). 32ª Conferencia. Obras Completas. Ed. Amorrortu.

FREUD, S. (1920). Más allá del principio de placer. Obras Completas. Ed. Amorrortu.

LACAN, J. (1981). Seminario I. Los escritos técnicos de Freud. Ed. Paidós.

LACAN, J. (1969). Seminario XI. Los cuatro conceptos. Ed. Paidós.

LAGROTTA, Z. (2009.) Lo Real en psicoanálisis. Ed. Letra Viva.

NIETZSCHE, F. (1882). La gaya ciencia. Biblioteca EDAF ensayos. Aforismo 341.

WINNICOTT, D. (1971). Realidad y Juego. Gedisa Editorial.

CAPÍTULO 5

EL JUGADOR COMPULSIVO Y SU ENTORNO

Lic. NORMA G. YEGRO
COORDINADORA CENTRO AVELLANEDA

El jugador compulsivo en tanto sujeto, se encuentra atravesado por el entorno. Sería erróneo, o en tal caso insuficiente no tenerlo en cuenta cuando analizamos esta problemática. Haremos un recorrido del mismo y sus posibles incidencias en el sujeto jugador compulsivo.

Tomaremos para nuestro análisis los siguientes espacios:

- . Familia de origen
- . Familia actual
- . Amigos
- . Trabajo / estudio

FAMILIA DE ORIGEN / FAMILIA ACTUAL

Es importante interiorizarnos acerca de posibles antecedentes familiares vinculados a cuadros de compulsión u otros trastornos psicológicos y/o psiquiátricos. En algunos casos nos encontraremos que tales antecedentes son minimizados o el paciente carece de registro del mismo.

Trabajar acerca de los mecanismos de comunicación entre los miembros de la familia de origen y/o actual; roles y puesta de límites, esta información nos permitirá situarnos respecto al lugar que el mismo ocupa en el sistema familiar y así plantear una estrategia acorde.

Es reiterada la experiencia en la clínica que nos muestra en este tipo de pa-

tología dificultades (ya sea por exceso o carencia) en la puesta de límites.

Recuerdo una paciente que planteaba en el grupo su malestar ya que cuando los novios de sus hermanas se quedaban a dormir en la casa (vivía en la casa con sus padres) ella debía compartir la habitación con ellos. Ante su protesta al respecto la solución ofrecida por su madre era que ella durmiera con el padre y la madre se trasladaba al cuarto con las hermanas. La carencia de límites daba lugar a la ausencia de espacios de privacidad y la expulsión de quien no se adaptara a este modelo.

Las familias con estas problemáticas presentan la necesidad de moverse en grupo, borrando las diferencias que se pueden dar entre ellos. La intimidad de un hijo o un padre o de la pareja conyugal misma pareciera ser un agravio al sistema. Presentan intolerancia a los conflictos y desacuerdos.

Mencionaré a continuación algunos roles que se observan en las familias de jugadores compulsivos:

- **El rescatador:** es quien encubre y promueve el autoengaño, paga las cuentas, justifica ausencias, etc.
- **El cuidador:** desliga al jugador de sus responsabilidades sobrecargándose de actividades que no le son propias.
- **El rebelde:** atrae la atención hacia él, transformándose en el depositario de la frustración familiar.
- **El héroe:** atrae la atención familiar desde los logros.
- **El recriminador:** culpa al jugador de la problemática familiar favoreciendo que continúe jugando.
- **El desentendido:** se mantiene al margen de la dinámica familiar.

En la familia actual nos encontramos que la incidencia de los factores que detallamos a continuación son detonantes de esta problemática en la búsqueda del jugador de aliviarse de aquello que lo agobia.

- Falta de comunicación.
- Disfuncionalidad en las relaciones sexuales.
- Dificultades en la asunción de roles parentales.
- Distribución de tareas no equitativa (por exceso o carencia).
- Elección conyugal compensatoria.

- Nido vacío.
- Nido lleno.
- Infidelidades.
- Fallecimiento de un integrante de la familia (duelo patológico).
- Dificultades para integrarse al nuevo modelo ante el nacimiento de un hijo.

Familias con modalidades relacionales disfuncionales, con dificultades o carencia en la comunicación, integrantes de la misma que presentan inestabilidad emocional, escasa tolerancia a la frustración, secretos, roles no suficientemente claros (esposas-madres, padres que ocupan el lugar de hijos, hijo parentifié -cuando asume el papel del adulto-), son las que sostienen y fortalecen la adicción.

ADICTO Y CODEPENDIENTE: ADICCIONES PARALELAS

ADICTO

- . Elude sentimientos dolorosos jugando compulsivamente.
- . Sus estados de ánimo dependen del resultado de sus apuestas.
- . Emplea en forma creciente la negación para mantener la creencia ilusoria de que él lo puede controlar.
- . Su vida se vuelve ingobernable en la medida que él pierde el control sobre el juego, transformándose en una obsesión.

CODEPENDIENTE

- . Elude sentimientos dolorosos al centrarse en el jugador compulsivo.
- . Sus estados de ánimo dependen de la conducta del jugador compulsivo.
- . Emplea en forma creciente la negación para mantener la creencia ilusoria de que "está todo bien".
- . Conseguir dinero e ir a jugar, se convierte en una preocupación absorbente.
- . La obsesión por ir a jugar lo lleva a aislarse y distanciarse cada vez más de otras personas.
- . La conducta y los asuntos del jugador se convierten en una preocupación absorbente.
- . La obsesión con el jugador compulsivo lo lleva aislarse y distanciarse cada vez más de otras personas.

. La vida se le vuelve ingobernable, pierde control sobre sí mismo y su conducta, a medida que el jugador se convierte en una obsesión.

Trabajar con la familia nos permite visualizar la modalidad relacional de la misma, ubicar qué lugar ocupa el juego en el sistema familiar. Si se trata de taponar algún conflicto latente entre los miembros. Revisar el lugar de la palabra o de la no palabra, el silencio no como instancia de escucha sino como lo no dicho, lo oculto. La mentira y su circuito familiar, ¿sólo el sujeto jugador compulsivo miente?.

OTRAS INSTANCIAS QUE ATRAVIESAN AL SUJETO JUGADOR COMPULSIVO:

. Amigos

En tanto sujetos las relaciones con pares resultan necesarias para su desarrollo. La carencia, el distanciamiento, sentimientos que generan ruptura de vínculos (envidia, celos), son características del ámbito del jugador compulsivo.

. Trabajo / estudio

La carencia de estos espacios o la sobre exigencia respecto a los mismos, escenas traumáticas vinculadas a la pérdida laboral, disconformidad, frustración en relación al trabajo o estudio actual y la carencia de proyectos posibilitadores de cambios, forman parte de la historia del jugador compulsivo.

MODALIDAD DE ABORDAJE

Hemos detallado características del entorno del sujeto jugador compulsivo y su incidencia en el mismo, es por ello que resulta necesario realizar un abordaje integral de la problemática.

El modelo de tratamiento que proponemos en este Centro de Atención consta de entrevistas individuales y grupos tanto para el sujeto jugador compulsivo como para su entorno (familiar, amigos).

TRABAJANDO CON EL ENTORNO

La atención está dirigida a toda persona que consulte acerca de un jugador

compulsivo, con asistencia del mismo o no.

Entrevistas preliminares:

- Informativas y de inducción al tratamiento.
- Evaluativas del compromiso con el tratamiento y modalidades relacionales.
- Recabar datos relevantes del jugador (p.ej. patologías preexistentes).
- Elaboración del genograma.
- Registro de compulsiones propias.

Entrevistas vinculares:

En éstas participan tanto el paciente jugador compulsivo como el integrante de la familia cuyo vínculo sea objeto de trabajo.

Entrevistas familiares:

Se incluye al jugador y a todos los integrantes de familia que acompañan en el tratamiento.

. Grupo de red:

Dirigido a toda aquella persona que acompaña al paciente en el tratamiento y también las que aún no han podido integrar al jugador al tratamiento.

. Multifamiliares:

En las mismas participan los pacientes en tratamiento y su red.

. Grupo de hermanos:

Participa el paciente y el o los hermanos.

. Grupo de parejas:

Participan novios/as, esposas/os del paciente.

CAPÍTULO 6

COMO SE PRESENTA EL JUGADOR EN LA CLÍNICA

Lic. FERNANDA GONZÁLEZ SILVETTI - Lic. ANA MARÍA BLANCO
COORDINACIÓN CENTRO BAHÍA BLANCA

*Por una cabeza,
todas las locuras.
Su boca que besa,
borra la tristeza,
calma la amargura.
Por una cabeza,
si ella me olvida
qué importa perderme
mil veces la vida,
para qué vivir.
Cuántos desengaños,
por una cabeza.
Yo juré mil veces,
no vuelvo a insistir.
¡Qué le voy a hacer!*

Tango de Gardel: "Por una cabeza"

La demanda de tratamiento

Muchas de las personas que llegan al Centro de asistencia son traídos por la urgencia y, en muchas ocasiones, por el sufrimiento que ha provocado años de

adicción al juego, la ilusión se ha trastocado en desilusión. Las máquinas no dan lo que ellos esperan recibir. Solo encuentran pérdidas. Presos de un destino azaroso como la letra de un tango. Muchos llegan traídos por otros, sin preguntas y con pocas palabras, donde suelen ser hablados por otros.

Concurren buscando un límite externo que los ayude a controlar el impulso de jugar, en este caso vienen en busca de “la autoexclusión”, y es, en este sentido, cuando hablamos de urgencia. La autoexclusión se convierte así en una herramienta eficaz frente a la imposibilidad de un control interno que frene esta “necesidad” imperiosa de jugar.

Acto compulsivo e incoercible que impide la posibilidad de pensar y de decir algo sobre ese acto propio. Va a decir Florinda Hara: “Estos objetos (en este caso el juego) constituyen para él la promesa de placer y alivio temporario para su dolor y ansiedad. Son personas que tratan de solucionar sus conflictos de la única manera: ante una sobreexcitación despliegan una conducta, una forma de acción que reemplaza a la capacidad de pensar”.

En cuanto a nuestra labor cotidiana en el centro de asistencia de Bahía Blanca, se observa la notable diferencia que existe entre la cantidad de personas que realizan tratamiento, que son las menos, de aquellas que llegan solo en busca de “la autoexclusión”. Podría también pensarse en esto último como un recurso casi “mágico”, donde solo basta esta medida para no jugar más. El problema se localiza afuera o bien se niega. Se escucha repetidas veces “*el problema es el bingo*”, “*si el bingo no estuviera en la ciudad, no tendría problemas*”.

La demanda en muchos casos no proviene del mismo afectado, pero si del entorno, desde el montaje de lazo social que todo adicto constituye, o se constituye en torno al adicto. Es probable que la diferencia tenga que ver entonces en que los que soliciten ayuda terapéutica perciban su problema como más grave, es decir, experimenten mayor malestar y consecuencias negativas relacionadas con el juego. El temor de “perder otra cosa” que todavía no se ha perdido.

Utilizando el modelo trasteórico de cambio de Prochaska y Diclemente explica que existen varios pasos que preceden y siguen a la toma de decisión de una persona sobre si debe seguir o no con esta conducta adictiva, que implica la progresión a través de cinco estadios: pre contemplativo, contemplación y preparación, acción y mantenimiento.

Con respecto al estadio de precontemplación, están situados en este estadio

los que aún no se han planteado modificar su conducta adictiva. La falta de reconocimiento del problema o déficit de “insight” como factor determinante de la resistencia a la búsqueda de tratamiento. Son muchas las personas a las que les cuesta reconocer que tienen problemas con el juego. Si acuden a tratamiento lo hacen presionados por su entorno familiar, social o laboral.

Siguiendo con el modelo trasteórico de cambio, en el estadio de contemplación se va tomando conciencia de su problemática pero no han desarrollado aún un compromiso firme de cambio.

Y es en el estadio de preparación donde se toma la decisión y se compromete a abandonar su adicción. La etapa en la que cambia es denominada por el modelo como de acción para, posteriormente, pasar al mantenimiento de la abstinencia (estadio de mantenimiento), donde la recaída es considerada parte del mismo proceso de cambio.

Entonces cuando en la medida en que, para alguien, la misma persona, un grupo familiar da cuenta de una problemática, es decir, de reconocer una adicción, se podrá transformar en un síntoma que dice algo propio que singularice una situación (la problemática de un sujeto, de una pareja, de una familia etc.). Mientras esto no se produzca, solo será tomado como un problema social, donde se borra a ese sujeto particular con sus propias condiciones y limitaciones.

El desafío que se nos presenta en la clínica es poder saber si puede o no ser un síntoma subjetivo. Es decir, si esa persona se pregunta algo respecto de lo que le sucede. Se podría pensar entonces que este sujeto podría pasar de una etapa precontemplativa o contemplativa hacia otra fase, que lo implique en su padecimiento.

Nada garantiza que se pueda intervenir allí, pero tampoco nada dice que sea imposible hacerlo. Posibilitar que algo de la palabra circule y permita introducir una dimensión de la historia propia, un modo de reinscribir lo que insiste compulsivamente.

Abrir el espacio para que se aloje la angustia. Ya que es el mismo juego el que viene a ocupar un lugar, como lo hace un tóxico, una forma de taponar la emergencia de dicha angustia.

O, mejor dicho en palabras del Dr. José Contartese en las II Jornadas de Ludopatía (año 2012): “Abrir el espacio para que se aloje la angustia, porque la conducta de juego se resiste, por eso los pacientes dicen no saber que los lleva a jugar”. Donde solo a posteriori, y en el mejor de los casos, surgen una serie de

auto reproches y culpas. Tornándose así en un círculo “vicioso” y “azaroso” por lo inexplicable.

El discurso del jugador

¿Qué nos dice el paciente?. El jugador trae un discurso propio, particular, que denota ansiedad y urgencia. Podemos pensarlo como el adicto (a-dicto; sin palabras) y sin preguntas, por lo menos en un principio. Utiliza un lenguaje que tiene que ver con llenar vacíos.

¿Vacíos de qué? Se escuchan palabras que tiene que ver con: la soledad, el aburrimiento, la omnipotencia, la violencia, el desamparo y las pérdidas.

Un jugador dijo en una reunión grupal donde se había instalado el tema de los hijos y los límites: “*Los padres padecemos de dos síndromes: el del nido vacío y el de los huevos llenos*”.

Esta frase nos permite pensar al juego como un lugar donde se llena ese vacío, pero también como espacio donde “vaciar”. La pregunta que nos hacemos sería ¿vaciar de qué?, ¿de culpa?, ¿de problemas?, ¿de demandas?, ¿de reproches?.

Este vaciarse, en el sentido de una descarga pura, sin sentido y repetitiva, donde no hay lugar para el pensamiento, solo acción y descarga compulsiva. De esta manera, el juego permitiría evacuar la ansiedad, que los aleja del vacío mental y de la experiencia de aburrimiento de la que tanto se escucha en la clínica de la Ludopatía.

Otros pacientes se refieren a la soledad en otros términos: “*nunca fui nadie, jugando soy jugador*”. Ésta búsqueda de identidad los lleva a una trampa, ya que los sumerge en más soledad. Tienen que mentir, tienen que callar eso que creen ser. Se aíslan, se apartan de la familia, de los amigos. Son ellos y la máquina, que produce placer y adrenalina, que adormece, y a su vez sirve de descarga. No hay aquí posibilidad de simbolización ni acto creativo, solo hay repetición. María nos dice: “*ahí me olvido de todos mis problemas, es otro mundo*”. Pedro refiere: “*juego por adrenalina, ahí la cabeza para de pensar*”. Agregamos que no se piensa, se actúa.

La sociedad los condena, aunque sea la misma que expone la oferta. Son adicciones socio-sintónicas, perfectamente coherentes con el modelo socio-

económico de consumo, modelo que responde a la necesidad de: consumir, gozar, donde todo se puede y es posible.

El discurso del jugador tiene palabras que remiten a la violencia. Un paciente decía: “*me gusta la ruleta porque es un juego violento... yo puedo jugar de una forma violenta*”, se refería a las apuestas. En este punto podemos pensar en experiencias traumáticas tempranas. Algunos pacientes relatan historias de violencia, de padres agresivos, de madres que no han podido libidinizar a sus hijos en épocas tempranas del desarrollo, también se escuchan historias de abandono. Esto podría traer desvalimiento y poca fortaleza necesaria para el buen desarrollo del psiquismo.

No hay palabras para nombrar este vacío y así es que irrumpe lo impulsivo, sin mediación alguna. Muchos de nuestros pacientes afirman “*no puedo parar de jugar*”, “*si tengo dinero lo juego hasta que se termina*”, “*mientras estoy jugando me siento bien, pero cuando salgo y llego a casa me derrumbo*”. En estos casos el juego sostiene el imperativo de satisfacción (temporal), luego aparece el malestar, el sentimiento de culpa con el consiguiente castigo: perder. Y en todo este circuito ¿dónde se encuentra el deseo?. Si el deseo tiene que ver con la falta, en estos pacientes la falta esta obturada por la creencia de que todo se puede.

Otra palabra que podemos escuchar en el discurso de los jugadores es: el aburrimiento. “*Juego porque estoy aburrido*”, “*ir al bingo es una distracción, no se a donde ir, estoy aburrida*”, son frases que solemos escuchar en la clínica de la ludopatía.

TIEMPO-ABURRIMIENTO-JUEGO pareciera una ecuación factible de darse en estas personas. Es que el juego va de la mano con el tiempo, ya que hay que hacer algo con el tiempo “inquietante” que transcurre.

R. Rodulfo (1995) expresa: “el aburrimiento es una de las pocas cosas de la vida que explícitamente desapruero, casi como si viera en él un ataque a la vida... Un fuerte aspecto narcisista, si pensamos en alguien a quien nada de la vida le resulta lo suficientemente entretenido o conmovedor”.

El aburrimiento es un estado que bloquea los vínculos, anula la emoción, la simbolización y empuja, en el caso de los jugadores, hacia un tiempo detenido, eterno. El aburrimiento ocupa el lugar del deseo de conocer.

¿Qué hace el jugador aburrido?. Se lanza a la búsqueda de excitación, como

antídoto del aburrimiento, sin importar si gana o pierde, solo experimentar la excitación y mantenerla. Por eso cuando ganan siguen jugando.

La emoción es sustituida por la excitabilidad, pero este estado se les vuelve en contra ya que se alejan de los vínculos produciendo aún más vacío.

En el discurso del paciente que nos llega con problemas en el juego se escuchan recurrentemente palabras que remiten a las pérdidas: “Yo sé que voy al bingo para perder”, “en ese lugar siempre se pierde”, “no lo puedo controlar si es que voy perdiendo, ya perdí el miedo a perder”. Un paciente que concurre a uno de los grupos de reflexión muy angustiado por haber tocado fondo nos dice: “ahora no hay más nada para perder”.

Frente al duelo, la persona que juega trata de “recrear” para encontrar una solución. Una pérdida actual remite a otra pérdida de una figura primordial. En el duelo se tramita la pérdida, se elabora, el dolor comienza a historizarse. A esto llamamos trabajo de duelo, pero en el duelo patológico no se logra perder al objeto, y el dolor aparece sin representación. Aparece la compulsión en la conducta de juego que resiste, y los pacientes dicen “no sé porque lo hago...”.

Hasta aquí, solo hemos tomado un aspecto de la problemática actual del jugador compulsivo. El tema es aún más amplio ya que intervienen innumerables variables que hacen a esta patología interesante y preocupante en estos tiempos donde pareciera que todo se puede, pero con un alto costo.

BIBLIOGRAFÍA

BLANCA, D., COLETTI, M. La adicción al juego, ¿no va más?

FREUD, S. (1920-1922). Mas allá del principio de placer. Psicología de las masas y análisis del yo. Y otras. Obras completas. Ed. Amorrortu, Bs.As.

FREUD, S. (1917). Duelo y Melancolía.

FREUD, S. (1914). Recordar, repetir y re-elaborar.

HARA, F. (1999). Grupos Homogéneos de Adictos - Una transición posible hacia la desalineación. Ficha de cátedra.

LAPLANCE, J., PONTALIS, B. (1981). Diccionario del Psicoanálisis.

PROCHANSKA y DI CLEMENTE. EL Modelo transteórico de Prochaska y Diclemente: Según Mayor Martínez Luis y López Camps Roque. http://virtual.funlam.edu.co/farmacodependencia/semestre2/Reinsercion/Modelo_Transteorico_Prochaska_y_Diclemente.pdf

RODULFO, R. (1995). Tratamos narcisistas no psicóticos, Paidós, Bs. As. - Cap. El síndrome del aburrimiento.

SICARDI, LEONEL. La otra cara del vacío. leonelsicardi@elpsicoanalitico.com.ar - <http://www.elpsicoanalitico.com.ar/hum3/subjetividad-sicardi-adicciones-patologias.php>

CAPÍTULO 7

¿CÓMO SE CONVIERTE EN UNA ADICCIÓN AQUELLO QUE COMENZÓ SIENDO UN JUEGO?

Lic. GABRIELA PAPPALARDI
COORDINADORA CENTRO OLAVARRÍA

Esta es una pregunta clave para entender como evoluciona un juego que en un principio es social pero que puede convertirse en un juego patológico o compulsivo. Es decir, cuando el entretenimiento se convierte en ludopatía.

Una de las funciones de este programa es la prevención y esta es la razón por la que consideramos de suma importancia poder transmitir no solo a los profesionales de la salud acerca de esta patología sino también a la persona que pueda padecerla, como a sus familiares o a su entorno más próximo con la finalidad de poder realizar un diagnóstico precoz.

El objetivo de este trabajo es informar a la comunidad sobre cómo se inicia el juego compulsivo, cómo evoluciona y cuáles son los síntomas a tomar en cuenta previo al desencadenamiento de la enfermedad.

Para esto comenzaremos presentando el testimonio que María ofreció al programa televisivo Factor Humano, realizado en la ciudad de Olavarría, al que fuimos invitados para explicar en que consiste y como se inicia el juego compulsivo.

TESTIMONIO MARÍA

María es enfermera, tiene 50 años, vive sola y jugó durante dos años de manera compulsiva en las máquinas tragamonedas.

María: Llegué a un punto que toqué fondo. Salí un día y dije que me quería matar, me quería tirar debajo de un auto, no sé porque venía llorando por la calle porque

te imaginas que tenía que vivir todo el mes y yo me gastaba todo el dinero ni bien cobraba durante la primer semana. En la primer semana ya me lo jugaba todo.

Periodista: ¿cuándo empezaste a jugar?, ¿cuánto llegaste a apostar por mes?.

María: te digo porque uno se engaña a uno mismo y a la gente. Yo trato de hablar con mis compañeras de trabajo, que son muchas y que van al bingo y yo te digo que en 10 días perdí 7000 mil pesos. Cuando me acostaba a dormir por la noche, pensaba en el bingo y me daba taquicardia y ganas de irme. Me levantaba a las tres de la mañana y me iba a jugar. O sea, soñaba con la maquinitas. Cerraba los ojos y veía las maquinitas, soñaba y me agarraba la desesperación. Estuve muy enferma.

Periodista: ¿en qué contexto comenzó a jugar? y ¿cómo fue esta evolución desde sus inicios?

María: tenía 50 años y no conocía ningún casino. Iba a Mar del Plata y nunca había entrado a ningún casino. Cuando vino el bingo, mis hijas iban y yo renegaba y les decía chicas no vayan. Y de repente hubo una situación límite. Un disparador que hizo que yo empezara a ir. Falleció un ser querido y yo estaba muy depresiva, trabajaba mucho, estaba cansada, iba a mi casa y estaba sola. Y es así que me invitaron un día y fui. Y entonces me sentí super bien, es decir, no pensaba en nada porque estás ahí adentro y no sabes si es de día o de noche, porque no hay ventanas. Entraba ahí y era feliz. Éramos la máquina y yo, porque esa era la relación. Porque no veía a la gente que estaba parada al lado. Era una relación con la máquina, era algo patológico. Ahora yo me doy cuenta de la hipnosis que me provocaba la máquina.

Periodista: María estuvo dos años jugando compulsivamente y las apuestas fueron subiendo...

María: yo empecé de a poco. Iba con 200 pesos primero, después con 400 pesos.

Periodista: ¿jugabas en las maquinitas?.

María: si, y siempre en la misma máquina. Cuando mis hijas me iban a buscar sabían dónde encontrarme porque siempre estaba sentada en la misma máquina. Fue terrible, porque llegué un momento en que estuve jugando un día entero,

estuve 24 horas en una máquina. O sea, almorzaba, desayunaba, todo ahí y hasta estuve 18 horas sin ir al baño. La verdad es que toqué fondo, fue tremendo. No me daba cuenta que estaba enferma porque yo empecé de a poquito. Después iba con mil pesos, porque cuando iba con 400 era poco.

Periodista: ¿vos trabajas?, ¿cobras un sueldo?

María: si, trabajo, soy licenciada en enfermería y trabajo 16 horas por día. A veces me venía caminando del bingo porque no tenía dinero ni para el remis. Y al otro día tenía que ir a trabajar al hospital y me iba caminando porque no tenía plata. Me terminaba gastando todo el sueldo y además tenía las tarjetas de crédito que gracias a Dios, no las perdí. Te voy a contar como fue que yo salí. Yo usaba las tarjetas de crédito para vivir y todo el efectivo lo gastaba en el bingo. Una tarde jugué tres mil pesos en una sentadita, o sea en cuatro o cinco horas, yo lo único que quería era estar ahí adentro y nada más.

Periodista: ¿esto como te afectó?

María: a mí me afecto porque estaba siempre nerviosa. Me llevaba mal con la gente, gritaba todo el tiempo, era como una desesperación porque me daba cuenta que todas las horas que trabajaba, iba ahí y perdía el dinero. Entonces, no sé cómo explicarte... es un estado de ánimo terrible, porque todo te cae mal, te afecta en la familia. Por ejemplo, mi hija me iba a buscar al bingo y yo me enojaba. Y yo no recibía ayuda porque la gente no se daba cuenta que es una enfermedad. La gente piensa que vos puedes dejar cuando querés y eso no es así. Mis amigos me retaban y yo peor lo hacía. En mi trabajo yo siempre cumplí igual, nunca deje de ir, iba sin dormir. Salía a las seis de la mañana un sábado que no tenía que ir al hospital y yo me iba al bingo y me quedaba todo el día. El día que no trabajaba estaba todo el día ahí.

Periodista: se pierde la noción del tiempo y del espacio, y hasta se pierde incluso la noción del valor del dinero...

María: yo estuve mucho tiempo culpándome y diciéndome ¿cómo hice esto?. Todo lo que pude haber hecho con este dinero. Porque el dinero ahí adentro no tiene valor. Yo siempre digo, vas a la carnicería y te quejas de que un kilo de carne sale 40 pesos y ahí adentro le echaba de a mil pesos y después iba a la carnicería y

me quejaba porque me cobraba 40 pesos el kilo de carne. O sea, adentro el dinero no tiene valor. Cuando me dicen que van a jugar con 50 pesos yo no les creo nada. Porque yo he ido con 400 pesos y no he estado más que 20 minutos.

Periodista: una de las hijas de María, que la veía mal, enferma, le pedía que dejara esa adicción, que buscara ayuda, pero ella no la escuchaba. La ayuda psicológica llegó después de la ayuda espiritual...

María: a mí lo que me hizo muy bien y lo que me hizo un click fue la parte espiritual porque yo un día pasaba por la iglesia del centro y estaba parada afuera mirando. Digamos que la parte espiritual es una necesidad básica del ser humano y yo tenía todas las necesidades básicas insatisfechas en ese momento y más la espiritual, entonces me llamaron y pasé, tuve un encuentro, mi vida ahora es una relación con Cristo. O sea, yo pude salir gracias a ese encuentro que tuve con Jesús. Igual empecé a ir al Centro (se refiere al Centro de prevención y asistencia al juego compulsivo de Olavarría), entonces me explican sobre la autoexclusión, yo me autoexcluí.

Periodista: ¿de dónde te autoexcluiste?, ¿de qué?

María: fui al Centro y pedí que me quería autoexcluir del bingo como para que no me quede ninguna duda que no iba a ir más. Es por dos años la autoexclusión. Entonces me pidieron una foto, la fotocopia del documento y un testigo. Fui con eso, firme los papeles y luego los llevé al bingo para que no me dejen entrar más.

Periodista: hoy como te manejas ¿te siguen dando ganas de ir al bingo?

María: no.

Periodista: ¿cómo manejas esa situación?, ese dinero que gastabas ¿lo aprovechas en hacer otras cosas?

María: ¿sabes la cantidad de cosas, desde que no voy al bingo, que puedo hacer?. No te digo que me sobra el dinero pero me puedo comprar lo que quiero. Como a mí me gusta mucho comer bien entonces en esa época no comía, tomaba mate porque no tenía para comer. Es horrible, es horrible.

ANÁLISIS

Ahora pasaremos a realizar el análisis del testimonio con el objetivo de poder dar respuesta a las preguntas que tanto escuchamos en el consultorio. Tales como: “¿cómo sé si estoy enfermo?”, “yo no sabía que esto que me pasaba era un problema”, “no entiendo cómo llegué a vivir de este modo”, “no me daba cuenta que el juego me perjudicaba tanto a mí, como a mi familia”, o, como lo expresó María en su testimonio: “Yo no recibía ayuda porque la gente no se daba cuenta que es una enfermedad”.

Estas preguntas reflejan que existe en la sociedad cierta dificultad para poder diagnosticar al juego compulsivo como enfermedad y, además, nos encontramos con la premisa de que el juego está aceptado socialmente. Esto conlleva a que tanto la familia del jugador como el jugador demoren en percatarse que existe un problema y realizar una consulta. Proponemos entonces, como solución, correr la mirada de ese lugar para enfocarnos en analizar como es la relación entre la persona que juega y el juego de azar, con la finalidad de poder diagnosticar si la persona está en el inicio de un juego problema. Es decir, es vital, en un primer momento, observar como es la relación que la persona va estableciendo con el juego de azar.

María comienza el relato contando como llegó a tomar contacto con lo que le estaba pasando y lo describe así: “Toqué fondo”. Es decir, a pesar de que su entorno familiar le pedía que dejara de jugar, ella sólo pudo reconocer que había un problema cuando sintió que la única salida era morirse, tirarse debajo de un auto.

¿Qué podemos decir acerca de cómo era la relación que María establecía con el juego? Será necesario detenernos en cinco aspectos fundamentales para poder dar cuenta de ello.

1) El tiempo de juego.

María dice: “Fue terrible, porque llegó un momento en que estuve jugando un día entero, estuve 24 horas en una máquina. O sea, almorzaba, desayunaba, todo ahí y hasta estuve 18 horas sin ir al baño. La verdad es que toqué fondo, fue tremendo. No me daba cuenta que estaba enferma porque yo empecé de a poquito”.

Como dice María, ella comenzó jugando de a poco pero luego llegó a estar un

día entero jugando. Es decir, perdió la dimensión del tiempo. Esto afectó también el registro de su propio cuerpo. Pasó 18 horas sin ir al baño.

Por lo tanto es importante para la temprana detección de la enfermedad poder observar si hay un incremento del tiempo de juego, y con qué frecuencia se juega. De esta manera se podrá reconocer si se trata de un juego problema.

2) El valor del dinero.

María: “Yo empecé de a poco. Iba con 200 pesos primero, después con 400 pesos”.

Como ocurre con el tiempo, también comienza a haber un incremento en la suma del dinero apostado. Podemos decir que estas dos variables, tiempo y dinero están relacionadas. A mayor tiempo jugando, mayor será el dinero apostado.

¿Por qué el jugador aumenta el monto y la frecuencia de las apuestas?

Una de las razones es lo que en otras adicciones se llama tolerancia. Necesita consumir más juego con un menor intervalo entre apuestas para lograr el placer o la euforia.

María: “Porque el dinero ahí adentro no tiene valor. Yo siempre digo vas a la carnicería y te quejas de que un kilo de carne sale 40 pesos y ahí adentro le echaba de a mil pesos”.

“Una tarde jugué tres mil pesos, en una sentadita, o sea, en cuatro o cinco horas, yo lo único que quería era estar ahí adentro y nada más”

Vemos claramente la pérdida de la noción del valor del dinero mientras está jugando. La persona deja de tomar conciencia del valor del dinero porque no registra la pérdida del mismo. Lo que sucede es que no tiene un límite de dinero para gastar, es decir, no puede parar de apostar hasta perderlo todo. El límite aparece una vez que pierde todo el dinero. Por lo tanto tampoco tiene conciencia de poner un límite al gasto de las apuestas. Esta, es una de las causas por las que estas personas comienzan gradualmente a tomar dinero de los ahorros, y sin darse cuenta, comienzan un día a endeudarse. Y es ahí donde ya se instaló el juego problema. Este podría decirse que es el inicio de la patología.

Es frecuente escuchar a los pacientes decir que continúan jugando para intentar recuperar lo que habían perdido, pero esto jamás ocurrirá, porque mientras juegan no pueden retirarse y continúan jugando hasta perderlo todo nuevamente. Y allí se comienza a instalar el circuito del juego patológico.

3) La relación con los otros: Entiéndase la familia, entorno laboral y entorno social.

María: “... es un estado de ánimo terrible, porque todo te cae mal, te afecta en la familia, por ejemplo, mi hija me iba a buscar al bingo y yo me enojaba”. María continúa diciendo: “En mi trabajo yo siempre cumplí igual, nunca dejé de ir, iba sin dormir”. “Me llevaba mal con la gente, gritaba todo el tiempo, era como una desesperación porque me daba cuenta que todas las horas que trabajaba, iba ahí y perdía el dinero...”

En el caso de María su trabajo no se vio afectado, en el sentido de que nunca dejó de ir a trabajar por estar jugando, pero sí afectó la relación con sus compañeros de trabajo.

Lo que se observa en otros pacientes es que poco a poco comienzan a llegar tarde a su trabajo, o incluso ausentarse para poder seguir jugando. Su vida social se ve afectada, es decir, dejan de frecuentar salidas con amigos, deportivas y gradualmente lo que pasa a ser el eje de sus vidas es el juego.

María lo dice así: “... Salía a las seis de la mañana un sábado que no tenía que ir al hospital y yo me iba al bingo y me quedaba todo el día. El día que no trabajaba estaba todo el día ahí...”

Respecto a la relación con su familia, María dejó de pasar tiempo con ellos. Eran sus hijas quienes tenían que ir a buscarla al bingo, ellas sabían dónde buscarla porque estaba siempre en la misma máquina.

Esto nos conduce a pensar acerca de la relación que establece María con la máquina. Se trata de un vínculo de dependencia hipnótica y tóxica, es decir, hay un desplazamiento y sustitución de las relaciones sociales y familiares por la relación con la máquina.

María: “Entraba ahí y era feliz; éramos la máquina y yo, porque esa era la relación. Porque no veía a la gente que estaba parada al lado. Era una relación con la máquina, era algo patológico. Ahora yo me doy cuenta de la hipnosis que me provocaba la máquina”.

A diferencia de un juego social, se trata de un juego solitario, donde no es necesaria la presencia del otro para jugar. Por otra parte, la inmediatez de la apuesta produce este efecto de hipnotismo en la persona que juega. No hay cortes ni intervalos en el juego ya que la recompensa es inmediata.

4) Dependencia psíquica-abstinencia.

María: *“Cuando me acostaba a dormir por la noche. Pensaba en el bingo y me daba taquicardia y ganas de irme, me levantaba a las tres de la mañana y me iba a jugar. O sea, soñaba con las maquinitas, cerraba los ojos y veía las maquinitas, soñaba y me agarraba la desesperación”*.

Lo que describe María, puede pensarse como el síndrome de abstinencia. Cuando el jugador no esta apostando aparecen un conjunto de signos y síntomas físicos. Son personas que han desarrollado dependencia psíquica hacia la conducta de apostar. María sentía taquicardia y además se le imponían pensamientos obsesivos con respecto a las máquinas dificultando que concilie el sueño. Aquí se puede observar un vínculo de dependencia con la máquina. A diferencia de otras adicciones, la dependencia no es por la incorporación de una sustancia tóxica, sino más bien, lo tóxico e intoxicante es el vínculo que la persona establece con el juego.

Julio A. Brizuela y Alfredo H. Cía., describen en su Manual de Juego Responsable, a la dependencia psíquica como el estado psicológico de necesidad de la droga o conducta adictiva caracterizado por una tendencia a tomarla o a practicarla de forma continua o periódica para obtener placer o evitar el malestar.

Esta dependencia psíquica también se desarrolla en otros tipos de juegos. Por ejemplo, un jugador compulsivo de quiniela sino juega en determinado momento, los números se le imponen en su pensamiento y comienza a sentir cambios anímicos como nerviosismo o irritabilidad.

5) Falta de control.

¿Quiénes son las personas que pueden desencadenar esta enfermedad?

No podemos dar cuenta de que existe una personalidad específica del ludópata. Pero si, lo que vemos a diario, es que las personas con tendencia a la impulsividad son más vulnerables a caer en un juego sin control. Es decir, la ludopatía puede aparecer en distintas patologías o en distintos tipos de trastornos mentales que son posibles facilitadores a desarrollar conductas compulsivas. O también podríamos llamarlas conductas compulsivas-adictivas.

Una compulsión es un impulso a realizar una conducta, y ese impulso es irrefrenable para la persona a pesar de sus intentos para no realizar la conducta. En ese sentido se asemeja a una adicción.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM IV) describe al juego compulsivo como una forma de dependencia psíquica cuando afirma que el juego patológico es análogo a la dependencia de sustancias, debido a la presencia de tolerancia, abstinencia, el uso compulsivo y agrega que el juego es un mecanismo de escape a los problemas.

En la revisión que se está haciendo para la actualización del DSM V se propone reclasificar al juego patológico como una de las tipologías de las adicciones y no como un trastorno de los impulsos.

¿En qué momento una persona puede comenzar con una conducta compulsiva?. Por lo general podemos ubicar determinadas situaciones que predisponen a los sujetos a desarrollar este tipo de conductas respecto al juego, como el fallecimiento de un ser querido, la pérdida de un trabajo, conflictos familiares, laborales, entre otros.

María: *“Y de repente una situación límite que tuve. Porque hubo un disparador que hizo que yo empezara a ir. Falleció un ser querido y yo estaba muy depresiva, trabajaba mucho, estaba cansada, iba a mi casa y estaba sola”*. Aquí podemos ver como María recurría al juego para aliviar ese estado de ánimo decaído y difícil de modificar. Pero se trataba de un alivio transitorio, obtenido por las emociones producidas durante el juego, que servía como vía de escape a un duelo difícil de atravesar.

Indicadores para una temprana detección de la enfermedad:

- Que la persona modifique su modo de jugar con el juego de azar.
- Que la persona modifique su manera de relacionarse con los otros.
- Cambios en el carácter o en su comportamiento habitual.
- Incrementa la preocupación por el juego.
- Incremento del tiempo de juego.
- Incremento del monto de las apuestas.
- Dificultad para controlar e interrumpir la apuesta.
- Mayor riesgo en personas con tendencia a la impulsividad.
- Mayor riesgo en personas en situación de vulnerabilidad.
- Paulatino desplazamiento y sustitución de actividades sociales por actividades con los juegos de azar.

De esta manera concluimos este trabajo informando a la comunidad sobre cuales son los síntomas a tener en cuenta para una temprana detección de la patología. Para cualquier consulta llame al 0-800-444-4000, nuestra línea gratuita. Allí se los va a asesorar y si es necesario derivar a alguno de los Centros de atención gratuita que dispone el Programa de Prevención y Asistencia al juego compulsivo de la provincia de Buenos Aires.

Nota: Agradecemos a María y al programa Factor humano por brindarnos la posibilidad de publicar este testimonio.

CAPÍTULO 8

JUEGO COMPULSIVO: DISPOSITIVO DE ABORDAJE Y MODALIDAD DE INTERVENCIÓN

Lic. JULIETA VACAS - Lic. GUILLERMO BURTON - Lic. MARCELO MAGRETHE - Lic. HUGO RICHERI
COORDINACIÓN CENTRO MAR DEL PLATA

DISPOSITIVO DE ABORDAJE

El Centro Asistencial Mar del Plata brinda atención a personas que presentan dificultades para controlar el impulso que los lleva a jugar en forma compulsiva (correspondiente con el código F63.0 -Juego patológico- según el DSM IV, incluido en el apartado de Trastornos de control de los impulsos), y/o a familiares o referentes afectivos que se acerquen solicitando asesoramiento y contención.

Se plantea como objetivo realizar un tratamiento integral del paciente, teniendo en cuenta aspectos relacionados con:

- la conducta de juego;
- las áreas laboral y educacional;
- las relaciones familiares y sociales;
- la administración del tiempo libre;
- la reinserción social.

El Equipo Técnico interdisciplinario mantiene reuniones semanales, en las cuales se evalúan las estrategias y modalidades de trabajo, y se debaten casos específicos.

Dentro de este encuadre, en una primera etapa, se efectúan entrevistas de admisión.

En la primer entrevista, coordinada por la Trabajadora Social, se realiza un diagnóstico social y familiar. Se cita al paciente y, en lo posible, se solicita la con-

currencia de un familiar o referente afectivo. Se brinda información acerca de la modalidad de tratamiento y del funcionamiento del Programa.

Se le asigna un turno con uno de los psicólogos del equipo, con quien continuará el proceso de entrevistas individuales. La frecuencia de estas entrevistas se establece en función de la situación clínica del paciente, y variará a lo largo del tratamiento.

El coordinador de los espacios grupales realiza paralelamente una serie de entrevistas con el paciente, que permitan precisar su grado de agrupabilidad. De acuerdo con los resultados, es integrado a uno de los dispositivos grupales.

Espacio individual

Consideramos que la implementación de entrevistas individuales a cargo del mismo terapeuta y durante todo el tratamiento permite la instalación de un adecuado vínculo terapéutico basado en la transferencia, posibilitando al paciente:

- Abrir un espacio que le permita pensar acerca de ese acto que no puede impedir llevar a cabo, a pesar de reconocer los efectos autodestructivos que implica.

- Poder recuperar positivamente la vivencia de una recaída. Aprender de ella.

- En función de lo anterior, plantearse el logro de un corte en la repetición compulsiva de lo mismo, que posibilite la aparición de la diferencia. Esto es, alcanzar y sostener la abstinencia como resultado de su trabajo y su compromiso dentro del espacio clínico.

En términos de Silvia Bleichmar: “se trata no solo de develar, hacer conciente, sino también de generar las condiciones para acompañar al sujeto en su protección ante esa parte de sí mismo que no puede controlar.”

Espacio grupal

En este dispositivo se trabaja el intercambio de experiencias, las situaciones desencadenantes de la conducta de juego, el sostenimiento de la abstinencia y las actitudes frente a las recaídas; la recuperación de espacios de gratificación, y la

recomposición de los vínculos afectivos. El compartir experiencias permite que los pacientes pongan en acción los recursos que van adquiriendo en las sesiones individuales, instalándose una dinámica de intercambio acerca de los modos de cuestionarse su particular vínculo con el juego y con la compulsión, lo cual resulta enriquecedor tanto para los pacientes como para los profesionales.

Los criterios para la conformación de los diferentes grupos están basados en la etapa del proceso terapéutico en la que se encuentre el paciente. En este sentido, existen grupos de admisión, de tratamiento y de prevención de recaídas, por los cuales va transitando el paciente de acuerdo con su evolución.

El encuadre que sostiene este dispositivo aborda al paciente como integrado en una red vincular y social, establecida a partir de alianzas que componen su inconsciente, determinando su realidad, lo que permite una doble intervención: el sujeto y sus vínculos. Es un “curarse con los otros”, a partir de procesos identificatorios que posibilitan compartir problemas a partir de la escucha.

Se trabaja en tres niveles: la historia individual, a través del discurso que cada paciente vuelca en el grupo; la relación entre los diferentes miembros del grupo (transferencia lateral) y con el terapeuta (transferencia central); así como lo que sucede en el grupo en su conjunto (transferencia grupal).

Espacio grupal de orientación para referentes afectivos y/o familiares de pacientes:

Este espacio intenta brindar un lugar de contención para el familiar. Posibilita que éste se informe acerca de las características del cuadro, y trabajar sobre las consecuencias de las conductas del paciente en la dinámica familiar; buscar alternativas para enfrentarlas que tiendan al acompañamiento y al sostén de la abstinencia. Facilita el intercambio de experiencias para generar estrategias que permitan la recomposición de los vínculos, la recuperación de espacios afectivos y la reformulación del aspecto económico, a partir de la abstinencia y la conducta reparatoria que implica el pago de las deudas.

Entrevistas individuales con referentes afectivos

Se realizan entrevistas individuales con referentes afectivos de los pacientes,

informándoles de la importancia de su participación activa en el tratamiento y en los espacios grupales para familiares. Además, cuando el caso así lo requiere, los profesionales mantienen una serie de entrevistas vinculares con el paciente y su referente, con el propósito de que cada cual pueda desplegar sus preocupaciones, ansiedades, posibilidades de contención, así como sus límites en este sentido.

Cabe señalar que, en ciertas oportunidades, se realizan entrevistas individuales con familiares o referentes de personas que no concurren a tratamiento, a quienes se les brinda orientación e información sobre esta problemática.

Área social

En los casos que así lo requieren, el área social interviene ofreciendo orientación, asesoramiento y un espacio de escucha ante la necesidad de salidas laborales, ocupación del tiempo libre, capacitación profesional y/o derivaciones a otros centros de atención. Estas entrevistas se realizan a partir del diagnóstico social efectuado en la etapa de admisión, o por derivación de los terapeutas. Esta área efectúa un seguimiento de cada caso, evaluando su evolución y reformulando las estrategias a seguir.

MODALIDAD DE INTERVENCIÓN

Intervenciones en relación a la abstinencia, la recaída, las relaciones familiares, la reinserción social.

Abstinencia y recaída parecen las dos caras de una misma moneda. Se autoexcluyen.

Desde un encuadre psicoanalítico, podemos decir que la abstinencia es un punto de llegada, un punto que el paciente se propone alcanzar. Desde este marco teórico, no se lleva la cuenta de los días de abstinencia como sí ocurre en otros abordajes. Que el sujeto diga "hace X cantidad de días que no juego", permite pensar que el día X+1 podría recaer. Que pueda decir "yo no participo

de juegos de apuestas" habla de una posición subjetiva diferente. Hay aquí un verdadero cambio de perspectiva de este sujeto respecto de ese goce que lo parasita. Tal vez sea necesario decir que en la teoría psicoanalítica el goce se distingue del placer. No son la misma cosa. El goce en todo caso está más cerca del dolor y es aquello que, en el humano parlante, no fue afectado por el significante. El goce no nos lleva siempre hacia el bienestar. ¿Por qué un sujeto buscaría su malestar?. Una pregunta que Sigmund Freud se formuló, y cuya respuesta causó no pocas polémicas. Él encuentra algo en el hombre, una tendencia fundamental hacia su propio mal y que nombra pulsión de muerte. Lacan va a concebir el concepto de goce siguiendo esta lógica freudiana. Y nos enseña que el goce es necesario acotarlo, ligarlo a lo simbólico; de lo contrario, es pura descarga mortífera.

Entonces, pensamos la abstinencia más con referencia a la posibilidad de que en el curso de un tratamiento, y como efecto de una operación de corte en relación a ese goce mortífero (que, sin embargo, lo representa como sujeto), ese objeto pulsional productor de goce que es el juego de apuestas, caiga. Que deje de propiciar la ilusión de que no hay falta y que todo es posible. Que no hay límite para mi goce. De otro modo parecería que la abstinencia viene sólo de la mano de la prohibición. Debemos reconocer, como lo señalan muchos pensadores y teóricos actuales como Eric Laurent, que el exceso y la compulsión en el sujeto moderno es algo imposible de parar sólo con la ley y las prohibiciones. Esta posición no es laxa, no implica "no intervenir", como suele pensarse la práctica del psicoanálisis desde ciertos prejuicios. Por el contrario, implica acompañar a los pacientes en el duro esfuerzo por recuperarse sabiendo, él y los profesionales que lo asisten, que no hay soluciones inmediatas, que la recuperación es a largo plazo y que puede durar una vida. No hay lugar para inocentes en esto. El jugador compulsivo, siempre tan cargado de culpa (no de angustia, que sería otra cosa), se carga de ella para no enfrentar sus verdaderos "crímenes". Crímenes que se vinculan a una ética, la del deseo, y el esfuerzo de hacer algo con esa nada que el sujeto humano encarna y porta. El jugador compulsivo intenta eludir esa vía, hacer un "cortocircuito" que le evite ese esfuerzo.

Retomando el tema de la abstinencia, la entendemos entonces como el efecto de la puesta en cuestión de los arreglos con el goce de ese sujeto particular. Esta posibilidad de cuestionar su goce le permite al sujeto saber algo acerca de su

particular posición subjetiva, que a su vez le va a posibilitar posicionarse preventivamente ante la tracción, atracción o empuje pulsional. Es en este sentido que insistimos en la idea de que no puede haber lugar para la inocencia. No porque se trate de “culpables”, sino porque de lo que se trata es de que el sujeto se haga responsable de sus modos de gozar. Y esto implica un saber acerca de esto, un saber que sabemos que el paciente se resiste a saber.

Entonces, nuestras intervenciones tenderán a facilitar ese pasaje de una posición culpable a otra que implique hacerse cargo a través de la angustia, que le posibilite ubicarse en un lugar reparatorio y no de búsqueda de penitencia. Repararse y reparar consecuentemente ese entorno que discrimina, que desconfía, que teme, que castiga. Que se permita encontrar espacios de gratificación más allá de ese espacio ilusorio que se construyó para no saber. Que se reconozca como no eligiendo para poder finalmente elegir, renunciando a esa ilusión disfrazada de acto de libertad. Situación paradójica del jugador compulsivo, quien parece desafiar al destino para terminar siendo aplastado por él.

En este punto, abordemos la otra cara de la moneda, la recaída. ¿Cómo interpretarla?, ¿cómo operar con ella?.

Alicia Donghi, en un artículo sobre adicciones, señala que “...no es lo mismo consumir estando en tratamiento que no estando en él”, es decir, una recaída en el consumo dentro del espacio clínico permite operar sobre ella. Siguiendo esta lógica, podemos pensar que no es lo mismo una recaída en el marco de un tratamiento que fuera de él. En tratamiento, ésta siempre puede ser puesta a favor. Brinda una oportunidad valiosa para que el sujeto se enfrente con sus modalidades de goce que, como vimos, es un momento ineludible en el camino de su recuperación.

Esto no es una “promoción de la recaída”, sino conceptualizarla como la irrupción de algo de lo real (que sabemos se resiste a ser afectado por lo simbólico) ante lo cual el sujeto en tratamiento puede posicionarse diferentemente a como lo venía haciendo, o sea, sometiéndose a los efectos de ese real y no queriendo saber nada de él. Ahora, con la asistencia de su terapeuta, puede afrontar ese real que le concierne e intentar someterlo a los efectos de lo simbóli-

co. Ese intento le abre la posibilidad de rearticular su realidad subjetiva, procurarse una realidad diferente, menos expuesta a los efectos mortíferos de una pulsión y un goce desligados del deseo que acota y posibilita.

Viñeta clínica

La paciente M. tiene 67 años, y más de 20 de juego compulsivo. Luego de 10 años de abstinencia sin realizar tratamiento, tiene una recaída. Ingresa al Programa y se mantiene abstinentemente durante todo un año. En lo que parecía ser el mejor momento de su recuperación, sufre otra recaída: tres ocasiones en 10 días. En la primera solicita un crédito a un prestamista (ella no manejaba dinero). Juega esa suma y pierde. Dice haberse cargado de bronca y odio, sin poder precisar el objeto de esos afectos tan intensos. Va en busca de más dinero con la misma fuente. Pide una cantidad mayor. En el momento de entrar a la sala de juego, manifiesta haber sentido un frío intenso y haber “visto” la cara de su nieto (quien presenta problemas de consumo de cocaína) y la de su esposo. Eso la detiene y no ingresa. Va a su casa y comete un acto fallido a partir del cual su esposo encuentra el recibo de uno de los créditos. Esto genera una situación de crisis familiar.

Viene a consulta, mostrándose muy compungida y arrepentida, decidida a no volver a jugar nunca más. Es martes. El miércoles, luego de tomar un café con una amiga, se queda sola y dice que pensó “¿y qué puede pasar de malo si voy un ratito?”. Va a ver a su “financista” y saca un nuevo crédito, el tercero. Relata: “ingreso a la sala, comienzo a apostar y a los pocos minutos, con la mayor parte del dinero en la mano, ¡se me despertó la mente!, tenía el estómago hecho un nudo y la garganta cerrada, me dije ¡salí de acá!, y me fui. Nunca antes me había ido de una sala teniendo dinero para seguir apostando. Esta recaída es diferente a la de 2010. Fue muy doloroso lo que pasó, pero aprendí algo. Aprendí que puedo decirle no a esto. Y eso me va a hacer más fuerte”.

Es importante consignar que la llegada de M. al Centro fue precedida por varios llamados telefónicos de sus hijas y de su esposo, y de varias entrevistas con éste. M. no quería iniciar tratamiento, se resistía a ello. La pareja, con más de 50

años de matrimonio, presenta una relación muy conflictiva, con fuertes afectos solapados, no dichos, con frecuentes discusiones y agresiones.

Podemos pensar que esta paciente por primera vez pudo realizar un corte y ponerle un límite a ese goce. Esto que ella registra y dice aprender es la posibilidad de que aparezca lo diferente en la repetición mortífera de lo mismo. Se despierta de ese ensueño, que tiene más que ver con un sujeto ausente, dislocado. El “se me despertó la mente” de M. refleja el regreso del sujeto a su locación y la posibilidad de comenzar a simbolizar.

La modalidad de intervención en cuanto al espacio individual se orientó siempre a lograr que M. pudiese enfrentar esa parte de ella misma que se empeña en desconocer. Estuvo un año creyendo que sabía y diciéndose que no volvería a jugar nunca más. La recaída le mostró algo distinto y le permitió ver que eso que se esforzó tanto en desconocer, es parte de ella y la constituye. Buscamos que el paciente pueda obrar un acto, en el sentido del acto analítico; es decir, que reestructure un orden simbólico anterior. Este acto es necesario que se realice antes de una conducta compulsiva, no después, porque ya no sería un verdadero acto de corte.

Se podría pensar que M., en relación a hechos no resueltos y no elaborados de su historia individual, pondría de manifiesto en sus recaídas una búsqueda de castigo dirigida tanto hacia el otro como hacia sí misma, en un constante volver a empezar. Nos mostraría algo de ese goce que no se dejó ver en los largos períodos de abstinencia que ella había “logrado” sostener.

A partir de su recaída, se realiza una intervención en el marco del dispositivo grupal que acote este acto compulsivo de repetición. Se le indica que deberá participar de tres encuentros en un grupo de admisión con otros pacientes, para dar testimonio de su acontecer actual e histórico en relación al juego y las recaídas. Este hecho abriría la posibilidad de marcar un límite real y simbólico que dejaría una huella de corte al *acting out*.

Decidimos que igualmente la paciente continúe con su grupo de pertenencia,

ya que la transferencia positiva establecida con sus pares y con su terapeuta la ayudaría a sostener la continuidad del tratamiento sin perder su espacio de contención.

La paciente se niega a cumplir con la indicación, ya que la interpreta como una sanción, un castigo. Esta reacción muestra transferencialmente su dificultad para reconocerse en su modo de goce y, por otro lado, devela los aspectos agresivos de su personalidad.

Ante esta postura resistente, se realiza una segunda intervención a nivel familiar, trabajando con su marido y una de sus hijas, a quienes se les propone funcionar como red de sostén emocional y de control social, para permitir a M. atravesar sus resistencias al accionar terapéutico y continuar con el tratamiento.

En este modelo de intervención, desde un encuadre psicoanalítico, nos interrogamos acerca de cuál sería el objeto que se devela a partir del acto que el paciente muestra, intentando, desde nuestra mirada, quitarle su disfraz y acceder a las resistencias que lo recubren y le entretejen su escondite.

Es importante señalar el efecto que estas intervenciones produjeron en la dinámica grupal. El grupo comenzó a reflexionar acerca de la indicación terapéutica realizada a M., y lo repetido en transferencia. El develamiento del fantasma individual de uno de sus miembros generó una resonancia fantasmática en los demás, quienes abrieron sus contenidos más negados y desestimados para comenzar una resignificación grupal.

Claro está que las intervenciones son posibles en un marco transferencial, y sabemos que esto puede ser problemático en esta clínica, ya que el apremio pulsional interfiere en el establecimiento de la transferencia. Pero establecida ésta, apuntamos a que el paciente logre privarse de ese goce, y que pueda hacerlo antes de ceder al apremio pulsional. Esto permite un acto primero que establece una diferencia en la repetición, un corte. Un paciente había estado trabajando con su terapeuta esta cuestión. Relata que un día estaba en la calle debatiéndose entre controlar o no su impulso de ir a jugar. Luego de un tiempo de verdadera lucha

interna, decide no ir, y se fue a hacer unas compras en el supermercado. En eso estaba, cuando lo llama al celular su hija de 19 años, quien lo necesitaba para una urgencia familiar. Esto marca la diferencia y constituye su despertar, porque registra que de haber estado en la sala de juego no habría atendido el llamado y no hubiese podido estar junto a ella. Acto de privación que a la vez posibilita el ejercicio de la función paterna. Este episodio resultó ser para este paciente el punto de inicio de una franca recuperación, que no dejó de pasar por otras recaídas pero con la particularidad de que el objeto iba perdiendo capacidad de producir goce, el objeto caía y él pudo dejarlo caer. Cabe señalar que este paciente previamente logró grandes avances en su reinserción social, pudiendo recobrar espacios a partir del cuidado de su imagen personal, la organización financiera que le permitió pagar sus deudas, y obtener el reconocimiento de sus pares, tanto en los ámbitos laborales como afectivos.

En síntesis nuestro criterio de intervención, tanto en el espacio terapéutico individual como en el grupal, apunta a que el paciente pueda cuestionar sus arreglos con un goce mortífero y encontrar otras formas de goce que estén al servicio de Eros. Que encuentre y se apropie de recursos para enfrentar sus demonios, aprendiendo a convivir con ellos sabiendo que lo implican como sujeto, que son parte de sí mismo.

BIBLIOGRAFÍA

BLEICHMAR, SILVIA. (2007). Revista Actualidad Psicológica N° 357.

CUETO, EMILIA. (2006). Psicoanalista a partir de Lacan - Entrevista a Eric Laurent. Revista Imago Agenda N° 106.

PACHUK, CARLOS. (2008). Los grupos terapéuticos: curarse con los otros. www.elsigma.com.

VICENTE, JAVIER. (2006). Adicciones: un fenómeno de la época - Entrevista a Alicia Donghi. Revista Contexto psicológico. Año III - N° 17.

CAPÍTULO 9

IMAGEN SOCIAL DEL JUGADOR COMPULSIVO. EFECTOS SUBJETIVOS DE LAS SIGNIFICACIONES SOCIALES OTORGADAS

Lic. JAZMÍN TABOH MARTÍNEZ - Lic. ROMINA MARIE
COORDINACIÓN CENTRO NECOCHEA

Introducción

Para comenzar a desarrollar este trabajo resulta pertinente considerar la compleja relación existente entre el sujeto y la cultura. El antropólogo Edgard Tylor (1995), desde una perspectiva descriptiva define a la cultura como “todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y cualesquiera otros hábitos y capacidades adquiridos por el hombre”. Si bien esta definición ha sido superada y complejizada, sentó las bases para desarrollos teóricos posteriores. Por otra parte, la corriente estructuralista con Claude Lévi-Strauss (1977) como representante, sostiene que la cultura es básicamente un sistema de signos producidos por la actividad simbólica de la mente humana. Tras la influencia de la lingüística, considera que la cultura es creada por el grupo social. Establece que los productos de la misma: signos, símbolos y significados pueden ser asociados. No obstante, dichas asociaciones pueden diferir en los diferentes sistemas culturales.

Como sabemos, la cultura está presente en todos los niveles de la vida humana: en la identidad, en las manifestaciones y características de todo grupo, en el pensamiento del hombre, en sus producciones y prácticas de todo tipo.

Al pensar en el vínculo existente entre cultura y subjetividad, podemos considerar lo manifestado por Pichón Riviere (1956), quien ubica la constitución subjetiva en una dimensión de interacción. Este autor plantea que el sujeto no es solo un sujeto relacionado, sino que es un sujeto producido. No hay nada en él que no sea la resultante de la interacción entre individuos, grupos y clases. Ello

significa que no hay nada en el sujeto que no implique la presencia de otro social, culturizado. Entonces, la subjetividad es al mismo tiempo singular y emergente de las tramas vinculares que la trascienden.

En este sentido, el psicoanalista Emiliano Galende (1997), afirma que la subjetividad es cultura singularizada, tanto como la cultura es subjetividad. La misma se objetiva en los productos que de ella emergen, en las formas de intercambio, en las relaciones sociales que la sostienen, en las significaciones y sentidos que organizan la producción cultural.

De acuerdo a lo mencionado, al referirnos a la dimensión de la subjetividad, podemos situar la constitución de la misma dentro de un contexto socio-histórico determinado. Dicho contexto es el que a través de la producción de múltiples significados y prácticas objetivas, construye y delimita aquello que caracteriza a cada época: establece lo permitido y lo prohibido, fija criterios de salud y enfermedad, legitima prácticas sociales, entre otras cuestiones.

Al pensar en la sociedad actual, aparece la idea del consumo como una forma de vida legitimada por el sistema capitalista.

La cultura de “hoy”, es entonces, la cultura del discurso capitalista, la del neoliberalismo feroz que, según afirma Lacan, deshace los lazos sociales. Este autor entiende que el discurso es una forma de lazo social. En el Discurso Capitalista, el sujeto como agente está atravesado por los objetos de consumo que son el producto de este mismo discurso. Los sujetos entonces, están obligados no sólo a producir sino a consumir los objetos, que son un intento de sustituir la falta estructural de goce del sujeto. Pero estos objetos no hacen que el sujeto elimine esta falta, sino que conduce a un imperativo de goce que lleva a producir distintas versiones sintomáticas.

Desde otra perspectiva teórica, pero en la misma línea de pensamiento, Ana P. de Quiroga (1998) en su libro “Crisis, procesos sociales, sujeto y grupo”, aborda el tema de la subjetividad en el contexto social actual. Señala el lugar de las adicciones en relación con el efecto que la crisis social genera en las personas. “El empobrecimiento psíquico, el deterioro de la simbolización y el temor a la destrucción interna que acechan al sujeto, lo empujan a la búsqueda de satisfacciones sustitutivas, entre ellas se recortan las distintas conductas adictivas”. También expresa: “Otro camino ligado a la fragmentación y a la dificultad de la elaboración simbólica es el de la melancolización. En ella el sujeto rompe sus lazos sociales, se

aísla, condensa en sí todo el caudal de impotencia y pérdida -por las que se responsabiliza- y esto puede llevarlo a distintas formas de destrucción”.

Según Fernando R. Parolo (2005) ya no se trata de sufrimientos personales, sino de un síntoma social, en tanto lo social aparece como “causa y cuerpo” de la manifestación de un conflicto.

En relación al punto anterior, es preciso distinguir lo que Diana Rabinovich (1989) denomina “patologías del consumo”. Según esta autora, son presentaciones del sujeto del lado de la pulsión y no del lado del deseo. Las impulsiones caracterizan a un sujeto en acto, en trayecto pulsional que no encabalga en la ley del otro de la cultura. Esta denominación abarca a las adicciones en general, entre otras problemáticas.

Por otra parte, Mauricio Tarrab (1993) señala: “el adicto es en absoluto obediente del mandato social actual de gozar”. Es quién responde ciegamente al mandato consumista de estos tiempos globalizados.

Son entonces las patologías del consumo, las nuevas enfermedades de la dialéctica sujeto-cultura, dentro de las cuales podemos ubicar al juego compulsivo.

Por otro lado, Mariela Coletti y Débora Blanca (2006) ubican al juego compulsivo dentro del conjunto de las denominadas “patologías del acto”, las cuales se presentan montadas sobre diferentes estructuras de base.

Clotilde Pascual (2008) al abordar el tema de las adicciones habla de “patologías de la dependencia”. Desde una mirada lacaniana, sostiene que la dependencia del objeto adictivo intenta borrar la dependencia estructural del sujeto con respecto al Otro. El objeto del que se goza no es el de un intercambio simbólico sino aquel puesto a disposición para el consumo, que ofrece la ilusión de borrar la falta en ser. Es la forma moderna y más extrema de realizarse sin el Otro, de excluirlo.

A partir de lo señalado por los distintos autores, podemos pensar en la compleja relación existente entre el sujeto y la cultura, y en los modos de sufrimiento que emergen en los distintos momentos socio históricos, teniendo en cuenta, como dice Alexandre Stevens, que en estas nuevas formas de padecimiento, lo nuevo tiene que ver con las diferentes manifestaciones que éstas adquieren. Es decir, lo que cambia es la envoltura formal de las mismas, los semblantes, los significantes que evolucionan en el contexto cultural. Por el contrario, la relación al goce, al objeto pulsional cambia mucho menos.

Significaciones socialmente construidas en torno a la imagen del jugador compulsivo

La noción de imaginario social de Ana María Fernández (2008) resulta pertinente a los fines de este trabajo. Alude a “un conjunto de significaciones por las cuales un colectivo -grupo, institución, sociedad- se instituye como tal; para que como tal advenga, al mismo tiempo que construye los modos de sus relaciones sociales-materiales y delimita sus formas contractuales, instituye también sus universos de sentidos. Las significaciones sociales, en tanto producciones de sentido, en su propio movimiento de producción inventan -imaginan- el mundo en que se despliegan”. Según la autora, este concepto opera como organizador de sentido. Menciona que las significaciones son imaginarias porque están dadas por creación o invención, es decir, no corresponden a elementos estrictamente reales, y son también sociales porque sólo existen siendo objeto de participación de un ente colectivo o anónimo.

Esta noción constituye una herramienta fundamental en la construcción de una idea de subjetividad histórica y no esencial, en proceso de devenir y no como entidad sustancialista, instituyéndose en la diversidad de sus lazos sociales.

A su vez, permite localizar diversas cristalizaciones de sentido que operan por eficacia simbólica, a través de la repetición insistente de sus narrativas, entre otras maneras posibles.

Cabe destacar que estas cristalizaciones de sentido instituyen los mitos sociales. Al instituir “un real” que es vivido por los actores sociales como realidad objetiva, organizan las formas de los lazos sociales, es decir, que institucionalizan tanto las relaciones materiales como las subjetivas de las persona. Son por ende, una verdadera fuerza material del campo social.

En este sentido, las conceptualizaciones mencionadas, nos han permitido reflexionar y plantearnos algunas cuestiones que atraviesan nuestra práctica como psicólogos en el Centro de Asistencia y Prevención de la ciudad de Necochea.

Durante el transcurso de este recorrido, nos formulamos interrogantes acerca de la relación existente entre el discurso social y las significaciones construidas en torno a la imagen del jugador compulsivo.

Entendemos al discurso como un conjunto de enunciados, una estructura de sentido que produce subjetividad, que produce efectos en las relaciones sociales,

moldeando maneras de pensar, actuar, valorar, etc. (Arellano, 2003).

De esta manera, podemos decir que, a lo largo de diferentes entrevistas y encuestas desarrolladas a familiares y allegados de personas que presentan problemas con el juego, visualizamos ciertas atribuciones de sentido, construidas en torno a la imagen del “jugador”.

Esto nos permitió cuestionarnos sobre el efecto de dichas construcciones en la subjetividad, teniendo en cuenta que las mismas pueden operar como marcas identificatorias y definir posiciones subjetivas.

Al escuchar el discurso de distintos pacientes, advertimos que muchas veces éstos portan y reproducen enunciados en los cuales se evidencia la influencia de lo social. Nos preguntamos de qué manera pueden operar ya sea como posibilitadores u obturadores del abordaje psicoterapéutico.

A continuación, señalamos las significaciones que aparecen con mayor insistencia en torno a lo formulado por los entrevistados respecto a la imagen del jugador.

- El jugador como un enfermo

La designación del jugador como un “enfermo” predomina por sobre el resto de las nominaciones. En muchos casos aparece sin especificarse claramente el tipo de enfermedad a la que se refiere. En otras ocasiones, se la relaciona con aspectos psicológicos:

“Es un enfermo”

“Es una persona enferma psicológicamente”

“Es un enfermo mental”

- El jugador como un perdedor

Se incluyen aquellas atribuciones de sentido que caracterizan al jugador como “aquel que pierde”. Según lo manifestado:

“Pierde todo por el juego”

“Se queda sin nada”

“Tira la plata, la pierde”

“Pierde todo y no le importa nada”

“Gasta hasta lo que no tiene”

“Deja todo en esos lugares”

En lo mencionado acerca de aquello que “se pierde”, predominan aspectos que se relacionan con factores económicos.

Según los entrevistados, “el perder” aparece como el destino inexorable de la conducta del jugador.

- El jugador como un sujeto portador de un cierto “déficit o carencia”

Aquí se observa una cierta variación respecto a aquello que se considera como carencia o déficit. La ausencia de ciertas capacidades o aptitudes se vinculan con diferentes aspectos, según lo señalado:

“Es alguien que no tiene capacidad de resolver problemas”

“No tiene personalidad”

“No tiene límites”

“No tiene control”

“Tiene necesidades y busca satisfacerlas con el juego”

- El jugador ubicado en el lugar de la “imposibilidad”

La dificultad se encuentra en “el control” y adquiere diversas variaciones respecto a aquello que no puede controlarse:

“No puede controlar el juego”

“No puede controlar sus impulsos en el juego”

“No puede controlar dejar de jugar”

“No puede controlar sus emociones hacia el juego”

“No logra controlar sus deseos de jugar”

El jugador: entre el vicio y la adicción

Por otra parte, al indagar sobre aspectos que caracterizan o definen a un jugador, observamos que la mayoría de las respuestas se orientaban a considerarlo como “alguien que tiene un vicio que no puede controlar” o, por el contrario, como “un adicto con posibilidades de recuperación”.

Respecto a los motivos que llevan a una persona a convertirse en jugador, predominaron aquellos vinculados con características internas como “problemas

psicológicos” o con el “estado de ánimo”. También se consideraron dificultades externas como “su historia de vida” y “problemas económicos”.

Resulta significativa la presencia de contradicciones, en relación a la imagen que se presenta del jugador y la posibilidad de recuperación.

El tratamiento psicológico y/o psiquiátrico fue designado como la manera de llevar adelante la misma, incluso en aquellas personas que consideraban que las causas no eran del orden de lo psíquico y asimilaban al juego con un vicio, por ejemplo.

Las construcciones mencionadas, pueden ser consideradas como portadoras de ciertas significaciones que se corresponden con distintos discursos. Es así como aparece lo moral al considerar al jugador como un “vicioso” y la mirada de la ciencia con la idea del jugador como “enfermo” o “adicto”.

Si tenemos en cuenta la significación de la palabra vicio, podemos decir, que este término deriva del latín *vitium*. Tiene el significado de defecto y una connotación negativa, que implica un hábito malo o pernicioso, inmoral o insano. En este sentido, el vicio aparece como lo opuesto a la virtud. Supone una disposición habitual hacia el mal. Significa inmoralidad, pecado, depravación en el gusto.

Teniendo en cuenta lo sostenido por Ana María Fernández respecto a los imaginarios sociales, podemos inferir que esta manera de considerar al juego compulsivo como un “vicio” puede ser pensada como una cristalización de sentido, o un mito socialmente construido.

En este punto resulta pertinente mencionar lo señalado por las psicoanalistas Lic. Débora Blanca y Lic. Luz Mariela Coletti (2006), en su libro “Adicción al juego, ¿no va más?”, que desde una posición teórico-clínica proveniente del psicoanálisis, refutan la imagen del jugador compulsivo como la de un “vicioso” empedernido, reflexionando sobre lo empedernido del impulso. En este sentido, proponen pensarla más bien como una adicción.

En relación a los testimonios y encuestas realizadas, podríamos inferir que se estaría atravesando un período de transición entre la imagen del jugador como un “vicioso” y la de un “adicto”. En este pasaje, podemos pensar en la influencia que el Discurso de la Ciencia ha teniendo por sobre el Discurso Moral.

Por otra parte, al considerar al juego compulsivo como una adicción, surgen dos acepciones del término “adicto”.

La primera “*adictus*” proviene del latín, que quiere decir adjudicado o here-

dado. La misma se utilizaba cuando los romanos, luego de combatir en una guerra realizaban una subasta y regalaban esclavos a los soldados que habían peleado bien. Esos esclavos eran conocidos como "adictus". Entonces podemos decir que adicto es un esclavo de algo.

La segunda acepción sostiene que la palabra adicto proviene del prefijo negativo "a" que significa falta o privación y "dicto" en latín que significa "dicho". Entonces adicto es quien no puede poner palabras.

Desde el psicoanálisis pensamos en la importancia fundamental que tiene la palabra que "no puede ser dicha". Al no tener lugar la palabra, en su lugar, surge la acción, el actuar, en forma compulsiva hacia algo, característica fundamental de esta patología.

Efectos subjetivos de la imagen social del jugador

Al interrogarnos sobre los efectos subjetivos de ciertas construcciones sociales, podemos considerar que en dichos enunciados la imagen del jugador aparece impregnada de aspectos que lo negativizan. Al reunir una suma de condiciones negativas, encarna un lugar desfavorable, ya sea porque "está enfermo", "es un vicioso", "no tiene", "no puede" o "pierde todo".

Si bien estas atribuciones de carácter negativo se presentan como común denominador en los discursos de los entrevistados, podemos reflexionar acerca de las connotaciones que éstas poseen en la subjetividad y vincularlo con las condiciones estructurales del aparato psíquico.

Carencia y déficit: ¿vacío o falta?

Recordemos lo enunciado desde el discurso social al definir a un jugador, "es alguien que no tiene capacidad de resolver problemas", "no tiene personalidad", "no tiene límites", "no tiene control", "tiene necesidades y busca satisfacerlas con el juego".

Si el jugador es considerado como alguien que carece de diferentes capacidades o cualidades, desde el ideal se torna necesario proveerle de aquello que no

tiene. ¿De qué se habla al sancionar a alguien como carente?, ¿podemos pensar que esto estaría relacionado con la dimensión de la falta?

Estructuralmente hablamos de una falta constitutiva del ser que origina el surgimiento del deseo (Jaques Lacan, 1960).

Sobre esta base se desarrolla la clínica clásica de la neurosis del deseo inconciente.

En una primera instancia, el mismo Lacan, designaba la falta en el ser y consideraba que lo que se desea es el ser mismo. "La falta es la falta del ser propiamente hablando. No es la falta de esto o aquello". En "Comentarios guía sobre la sexualidad femenina", contrasta la falta de ser, relacionada con el deseo, con la falta de tener, la cual se relaciona a la demanda.

Como fue mencionado en párrafos anteriores, en las presentaciones clínicas actuales se advierte el surgimiento de un aspecto diferente a lo sintomático. En este sentido Clotilde Pascual (2008) considera que se trata de desarrollar otro tipo de clínica. Toma las conceptualizaciones de Máximo Recalcati (2003) quien la denomina "Clínica del vacío". En este abordaje, Pascual sitúa al par antagónico lleno/vacío como emergente de la producción discursiva del consultante, expresando que "en lugar de encontrar un síntoma que le haga pregunta al sujeto, lo que vemos con más frecuencia, es una clínica del vacío, con una falta de la representación de falta que produce en el sujeto una sensación de vacío y la consiguiente angustia que bloquea o genera en caso contrario los pasajes al acto o de violencia".

En relación a lo mencionado se puede advertir que al faltar la representación de la falta, la angustia concomitante que surge, no logra localizarse en síntomas definidos: el acto compulsivo deviene. Acto que remite a un sufrimiento que no tiene en cuenta el dolor de existir propio de la falta en ser.

Estas presentaciones sintomáticas carecen del eje de metáfora dirigido al Otro, que provoca en el sujeto la pregunta sobre el ser ¿qué soy para el Otro?, ¿qué me quiere?.

En este punto resulta necesario advertir que quienes nos consultan no llegan con una pregunta sino con una certeza "soy un jugador compulsivo". Respuesta que muchas veces, según la singularidad, está impregnada de significaciones que, vía el imaginario social, son portadas y tomadas como marcas de identificación. El ser un "vicioso", un "adicto", un "carente", un "perdedor", puede dificultar, en muchos casos, la posibilidad de pensarse como "alguien diferente".

Todas estas formas indican una fijación de goce que identifica al sujeto y que dificulta la posibilidad de que aparezca el inconsciente y emerja la dimensión de la subjetividad. Tarea que nos convoca desde nuestra labor en un quehacer cotidiano.

Máximo Recalcati (2003) en su libro titulado "Clínica del vacío", expresa que es una clínica de falsas identidades, que instituyen al sujeto no por su deseo sino por su goce, y los sujetos mismos se segregan de los demás por esa forma de denominación.

El sujeto intenta escapar de la alienación en relación al Otro. En estas formas se juega el rechazo y el intento fallido de separación sin alienación, es decir, sin pasar por el circuito del deseo del Otro, por la castración.

"Ser un perdedor y no poder dejar de serlo"

Por otra parte, si consideramos este último aspecto, "ser un perdedor", podemos advertir, como ya fue mencionado, que lo que queda sustraído de la escena del juego es justamente la subjetividad.

El enunciado "no puede dejar de perder" refiere por una parte a aquello que insiste a través del impulso. Pero también a la actualización de un circuito que reedita y remite a otras pérdidas estructurales. Paradójicamente, lo que emerge desde lo social y queda ubicado del lado de la "imposibilidad", es justamente la dificultad de elaboración de las mismas.

Blanca y Coletti (2006) expresan que "son sujetos que han respondido a situaciones de pérdidas importantes entrando en una escena, la del juego, en la que se garantizan las pérdidas permanentes, irreparables, imparables, pero en la que queda garantizado también el olvido de lo perdido, la distracción, la entrega, la satisfacción pulsional, la ausencia de confrontación con la castración, con la falta".

Por otra parte si se considera el lugar que ocupa lo impulsivo, podemos decir, que "el no poder dejar de perder", evidencia el círculo cerrado en el que el jugador se ve envuelto.

Como ya fue mencionado, a través de la adicción al juego, el sujeto procura tapar ilusoriamente la falta estructural. El objeto del que se goza no es el de un intercambio simbólico sino el puesto a disposición para el consumo, que ofrece la

ilusión de borrar la falta en ser. Es la forma moderna y más extrema de realizarse sin el Otro, de excluirlo.

Al preguntarnos sobre nuestra intervención, en relación a lo mencionado, se torna necesario poder ocupar un lugar que opere como corte y pueda marcar una diferencia, para que, de esta manera, se pueda instalar la dimensión de la falta, de la castración y poder sustituir el "ser un jugador" por la posibilidad de ser un "sujeto deseante". Lugar que procure no reenviar al sujeto a un padecimiento solipsista y hermético, circuito que recrea un goce autoerótico, en un fallido intento de completud narcisista, como forma de abolir y no de calmar el propio deseo. Camino laberíntico que no conduce a ningún "lado", a ningún Otro.

Es por eso que nuestra tarea nos convoca a desarrollar de manera creativa una intervención que pueda operar simbolizando y restaurando ciertas fracturas imaginarias, estableciendo ligazones que permitan, posteriormente al final del recorrido, generar condiciones de posibilidad para la creación de un lazo social.

BIBLIOGRAFÍA

- ARELLANO, GONZÁLES, ORSOLA Y PAVLETIC. (2003). "Cannabis: imágenes, sujetos, discursos y contextos. Última Década," vol. 19, pp. 1-28. CIDPA. Viña del Mar. Chile.
- BLANCA, DÉBORA; COLETTI, LUZ MARIELA. (2006). "La adicción al juego, ¿no va más?". Buenos Aires. Ed. Lugar.
- FERNÁNDEZ, ANA MARÍA. (1993). "Del imaginario social al imaginario grupal". Buenos Aires. Ed. Anthropos.
- FERNÁNDEZ, ANA MARÍA. (2008). "Las lógicas colectivas. Imaginarios cuerpos y multiplicidades". Buenos Aires. Ed. Biblos.
- GALENDE, EMILIANO. (1997). "De un horizonte incierto". Buenos Aires. Ed. Paidós.
- LACAN, JAQUES. Seminario 2. "El yo en la teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalítica". Buenos Aires. Ed. Paidós. Ed. 2006.
- LACAN, JAQUES. Escritos 2. Buenos Aires. Ed. Siglo XXI. 1999.
- LACAN, JAQUES. Seminario 8. "La transferencia". Buenos Aires. Ed. Paidós.
- LÉVI-STRAUSS, CLAUDE. (1977). Antropología estructural. Buenos Aires. Ed. Eudeba.
- PAROLO, FERNANDO. (2005). "Hacia una clínica preventiva de la vulnerabilidad social". Trabajo premiado del IV congreso de salud mental y DDHH. Tercera mención. Asociación Madres de Plaza de Mayo.
- PASCUAL, CLOTILDE. (2009). ¿Cómo enferman los sujetos hoy? Conferencia presentada en el Espacio Foro, FCCL. España.
- PICHON RIVIÉRE, ENRIQUE. (1956/7). "Teoría del Vínculo". Buenos Aires. Ed. Nueva Visión.
- QUIROGA, ANA. (1998). "Crisis, procesos sociales, sujeto y grupo". Buenos Aires. Ed. Cinco.
- RAVINOVICH, DIANA. (1989). "Una clínica de la pulsión: las impulsiones". Buenos Aires, Ed. Manantial.
- RECALCATI, MÁXIMO. (2003). "Clínicas del vacío". Anorexias, dependencias, psicosis. Editorial Síntesis Ed. Madrid.
- RECALCATI, MÁXIMO. (2003). "La clínica contemporánea como clínica del vacío", en Revista Psicoanálisis y el Hospital N° 24.
- STEVENS, ALEXANDRE. "Nuevos síntomas en la adolescencia" Revista Lazos N° 4, Abril de 2001, Public. de la EOL Sección Rosario. Ed. Fund. Ross.
- TARRAB, MAURICIO. (1993). "Sujeto, Goce y Modernidad: fundamentos de la clínica". Buenos Aires. Ed. Atuel.
- TYLOR, EDGARD. (1995). "La ciencia de la cultura". En: Kahn, J. S. (comp.): El concepto de cultura. Barcelona. Editorial Anagrama.

CAPÍTULO 10

JUEGO COMPULSIVO Y ÁMBITO LABORAL

Dr. ERNESTO EDUARDO GONZÁLEZ (*)
ASESOR DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIA AL JUEGO COMPULSIVO

La importancia de un Plan de Acción en Prevención del Juego Compulsivo en los escenarios laborales es, en la actualidad, una necesidad y está condicionado por las particularidades de cada rama de actividad. El Juego Patológico es un trastorno crónico y progresivo, que domina la vida de la persona, quien fracasa en su intento de resistir al impulso viendo comprometida su persona, su vida familiar, laboral y social.

Cumple como mínimo con cinco de los criterios diagnósticos para juego patológico del DSM-IV (APA, 2001).

En las empresas, una vez cristalizada una política y un programa en relación a la ludopatía, es muy importante que las iniciativas a impulsar se trabajen en un proceso metodológico específico, generalmente desde las áreas de recursos humanos, medicina ocupacional, muchas veces con el asesoramiento de un especialista, y para ello el proceso de planificación de las intervenciones específicas deben desarrollarse en etapas. Sin embargo, en la actualidad, aún el tema de la ludopatía es poco tratado en los escenarios laborales.

Un Programa básico de Prevención Laboral en Adicciones (PPLA), tiene como finalidad principal conseguir una oferta de prevención, tratamiento y rehabilitación de la ludopatía para los recursos humanos del escenario laboral.

Este Programa, una vez consolidada la política en la empresa, consta de un equipo motor, generalmente coordinado por el jefe médico de la empresa, responsable del Programa, secundado por un especialista y la infraestructura de los servicios médicos de la empresa, con medios propios utilizando, además, la red pública asistencial y la privada a través de la obra social o medicina prepaga para la

oferta de tratamiento con medios ajenos.

Son funciones básicas del Equipo motor:

- Actividades diversas de prevención e información.
- Detección de los casos y canalización de las demandas de atención.
- Evaluación de las demandas de atención.
- Información y asesoramiento.
- Oferta de tratamiento.
- Canalización y derivación hacia los centros de tratamiento.
- Seguimiento del proceso de tratamiento.
- Determinación del momento del alta y la reincorporación al trabajo.
- Seguimiento del proceso de vuelta al trabajo y comprobación de la adaptación.

El proceso de atención en general sigue criterios tendientes a un modelo personalizado y diversificado capaz de adecuarse a las características de la persona afectada.

¿Cuáles serían las vías de detección?:

- Reconocimientos médicos y psicológicos.
- Sindicatos.
- Jefaturas de personal.
- Propio interesado.
- Servicio/Gabinete psico social de la empresa.

EL CONCEPTO DE PREVENCIÓN

- ANTICIPARSE, es decir, "realizar acciones que tienden a reducir la probabilidad de aparición de problemas", asociados, en este caso, al juego compulsivo fortaleciendo los factores protectores y minimizando los de riesgo. Lo cual es todo un desafío en el escenario laboral.

NIVELES DE PREVENCIÓN

- Primaria: Su acción se basa en evitar que aquellas personas que no han tenido

experiencias de juego compulsivo las tengan.

- Secundaria: Su acción se basa en evitar el juego problemático, por lo que actúa en población que ya ha tenido algún contacto.

- Terciaria: Busca evitar que la situación de juego compulsivo empeore y disminuir los daños asociados a éste, por lo que se relaciona directamente con modalidades de tratamiento, rehabilitación y reinserción.

Una herramienta: El CPL, Centro Preventivo Laboral

Esta herramienta la hemos concebido oportunamente y "es un organismo público o privado que se dedica a la promoción de la salud y a la prevención de las adicciones en los lugares de trabajo, para los cuales se utilizan estrategias preventivas adaptadas a los medios laborales y a la población del trabajo".

Objetivos generales:

- * Propiciar el mejoramiento de la calidad de vida de los trabajadores y sus familias.
- * Disminuir la prevalencia en adicciones que incluye el juego compulsivo entre los trabajadores y sus familias.
- * Promover la participación de los trabajadores y sus familias.
- * Conocer las necesidades de la población laboral, diagnóstico y mirada epidemiológica.
- * Promover la sensibilización y concientización respecto de las adicciones y del juego compulsivo.
- * Fomentar la creación de una red de servicios laborales preventivos.

Actividades:

- * Realizar diagnósticos de situación laboral.
- * Diseñar, planificar y desarrollar con la comunidad laboral actividades preventivas laborales dirigidas a los distintos sectores que la conforman.
- * Identificar factores de riesgo en el ámbito laboral.
- * Generar espacios de reflexión y profundización del conocimiento respecto de la problemática del consumo de drogas y del juego compulsivo.

* Brindar información y orientación a los trabajadores sobre los riesgos sanitarios y ocupacionales asociados con las adicciones y sus consecuencias.

* Informar acerca de la red asistencial local y cercana a su lugar de trabajo, y realizar la derivación a los centros de asistencia, en los casos que así se requiera, articulados al centro médico laboral.

* Ser nexo de coordinación con las entidades intermedias y ONG de su territorio.

* Propiciar, promover y facilitar información con otros sectores implicados en el tema, a efectos de generar una retroalimentación confidencial positiva.

* Generar la participación de todos los sectores y áreas del trabajo.

* Incentivar, propiciar y acompañar proyectos preventivos que surjan del sector.

* Ser agente de derivación de las demandas del sector de trabajo hacia la red de asistencia y prevención de la localidad más cercana.

Destinatarios:

El total de los trabajadores en cada ámbito laboral y sus familias.

Lugares posibles:

Son diversos. Puede ser un ámbito específico o encontrarse dentro del servicio médico de planta, dentro del área de seguridad e higiene de la empresa, o bien, puede articularse dentro de la delegación gremial, o en alguna secretaría gremial.

UN PLAN DE ACCIÓN

Para proteger a la empresa y sus trabajadores de quienes sufren las consecuencias del juego compulsivo, se debe implementar un programa preventivo de la ludopatía. Implementar un programa que se adapte a las necesidades de la empresa implica dar un paso a la vez. Ningún programa se implementa totalmente de una sola vez. Y todo esfuerzo realizado comenzará a enviar el mensaje de que la empresa está preocupada por el juego compulsivo. Se tomará ese primer paso hacia un espacio laboral "LIBRE DE JUEGO COMPULSIVO / LUDOPATÍA".

PASO UNO: un programa preventivo específico.

PASO DOS: jornada intensiva ejecutiva sobre actualización en ludopatía para los escenarios laborales.

PASO TRES: programa de concientización y capacitación para los colaboradores de áreas designadas.

PASO CUATRO: sensibilización y educación de los colaboradores (en general).

PASO CINCO: un programa de asistencia y tratamiento para los colaboradores.

En base a estos PASOS se realizará y considerará una idea de cronograma de actividades, idea de fechas y cantidad de personas a capacitar, conjuntamente con áreas de Recursos Humanos, Capacitación y Medicina Laboral.

Como nos dicen la Dra. Susana Calero y el Dr. José Contartese, reafirmamos que, así como se conocen la disminución del rendimiento, el ausentismo, el exceso de licencias y hasta la pérdida del trabajo en las adicciones a sustancia, las adicciones sin sustancia o trastornos comportamentales, presentan los mismos problemas a los que se le agregan el deterioro de las relaciones sociales y familiares.

Conocer esta temática permitirá al nivel empresarial y gremial realizar la detección precoz del recurso humano afectado, para lograr un mejor pronóstico en la recuperación.

A la vez se puede afirmar que detectar a tiempo esta enfermedad, evitará que los trabajadores puedan cometer hechos ilícitos en la misma empresa, frente a los apremios que se le generan por las deudas que esta adicción provoca a muy corto tiempo de iniciada. Por tal motivo, es aconsejable y hasta más rentable realizar un programa preventivo en el ámbito laboral que enfrentar los riesgos que la ludopatía genera.

Se trata entonces de sensibilizar y de que se trate el problema de la ludopatía como una enfermedad en los escenarios laborales. Para ello, se hace necesaria la colaboración con organismos como el Programa de prevención y asistencia al juego compulsivo del Gobierno de la provincia de Buenos Aires desde los espacios laborales de dicha provincia, con acciones concretas dirigidas tanto a empresarios, representantes de los trabajadores, a los recursos humanos, como a personas que sufren este trastorno. A los primeros, se les proporcionan herramientas para que haya un entorno laboral favorable y una serie de casos prácticos para detectar el problema de forma precoz e intervenir rápidamente

para solucionarlo. Y a los afectados para que asuman y visualicen su situación, con el fin de que puedan acceder a un tratamiento. Una tarea que merece el esfuerzo y el desafío.

BIBLIOGRAFÍA

CCOO de Madrid "¿Por qué hablar hoy de ludopatía?" - Jornada sobre ludopatía en el ámbito laboral - 12-05-2010 – (<http://ania.urcm.net/spip.php?article32193>)

CONTARTESE, J. Adicciones al juego en DOSUBA (<http://trabajosindrogas.blogspot.com.ar/2009/09/ludopatia-adicciones-al-juego-en-dosuba.html>)

CACIS @ CENTRO DE ASISTENCIA CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN DE LAS SOCIOADICCIONES. Ludopatía en el ámbito laboral financiero - (http://www.cacis.com.ar/glosario-notas/ludopatia_amb_laboral-financiero.html)

Manual de intervención en juego patológico (<http://www.unad.org/upload/57/33/ManualJuegoPatologico.pdf>)

Cuando el juego se convierte en un problema (<http://www.institutodejuegos.gov.ar/ludopatia/images/stories/instituto/Congresos/Adicciones.pdf>)

(*) Dr. Ernesto Eduardo González

Lic. en Demografía - Universidad J. F. Kennedy - Buenos Aires.

Dr. en Psicología con Orientación Social - Universidad J. F. Kennedy - Buenos Aires.

Maestría en Prevención de la Drogadependencia - Universidad del Salvador (Argentina) y Universidad de Deusto (España).

Especialista en Prevención Laboral de las Adicciones. Ha realizado diversos intercambios de experiencias y formación específica en adicciones en Argentina, Chile, Paraguay, Uruguay, México, Italia, Holanda, Canadá, España, Suecia, Israel, Francia y los Estados Unidos de América

Autor de: "Sugerencias en coordinación interinstitucional", Editorial Lumen Humanitas; "Manual sobre prevención de adicciones en el ámbito Laboral", UPCN; "Trabajo sin drogas" Gabas Editorial; "Guía preventiva sobre alcohol y drogas en el ámbito laboral", Gabas Editorial; "Manual de prevención de adicciones en el ámbito laboral - Un enfoque multidisciplinario", Gabas Editorial; y de numerosos artículos sobre adicciones y problemáticas psicosociales en los escenarios laborales.

CAPÍTULO 11 LUDOPATÍA Y LA TERCERA EDAD

Lic. RICARDO VILLAVERDE - Lic. SILVINA HERLEIN
COORDINACIÓN CENTRO LA PLATA

INTRODUCCIÓN

El siguiente es un trabajo teórico donde se plantean cuestiones relacionadas a la problemática que surge ante el aumento en la expectativa de vida, exigiendo demandas diferentes y obligando al sistema a implementar nuevas políticas sociales con el fin de garantizar la calidad de la misma.

Partiendo de esta conflictiva se plantea el problema de los adultos mayores, realizando un recorrido y ubicándonos en la etapa de la edad media de vida donde se producen cambios que nos anuncian el inicio de la vejez y sus consecuencias.

Se desarrollarán factores intervinientes en dicha etapa que, a veces, son generadores de trastornos varios como depresiones, hipocondría, o bien, originando algún tipo de adicción, por ejemplo, la ludopatía.

Se expondrán las diferentes etapas del tratamiento, comenzando desde el período de evaluación, donde se hace hincapié en el abordaje del paciente como una unidad bio-psico-social, que garantice un diagnóstico más abarcativo e integrador, y que nos permita delinear el plan de tratamiento más adecuado para cada caso.

Se continuará con el plan de tratamiento bajo la modalidad grupal, individual, familiar y psicofarmacológico dentro de una perspectiva holística.

OBJETIVOS

Los objetivos de este trabajo apuntan a la revisión de las políticas sociales fren-

te a la demanda generada por la tercera edad y su relación con la ludopatía.

Mostrar, a través de una investigación teórica, el desarrollo conceptual de la ludopatía en la tercera edad y reflexionar sobre la concepción a priori del profesional sobre la tercera edad y el abordaje en ludopatía.

EVALUACIÓN Y PLAN DE TRABAJO

¿Qué es la ludopatía?; ¿qué es un jugador patológico?. Si tenemos en cuenta los criterios según el DSM IV, se caracteriza por un comportamiento de juego deadaptado, recurrente y persistente, determinado por la aparición al menos de cinco de los siguientes síntomas:

1. Preocupación por el juego (por revivir experiencias pasadas con el juego, compensar ventajas con competidores o planificar la próxima aventura, o pensar formas de conseguir dinero con el que jugar).
2. Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.
3. Fracaso repetido en los esfuerzos por controlar, interrumpir o detener el juego.
4. Inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego.
5. El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (por ejemplo, sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión).
6. Después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de “cazar” las propias pérdidas).
7. Se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego.
8. Se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo, o abuso de confianza, para financiar el juego.
9. Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego.
10. Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego.

Por otra parte la OMS no hacía referencia específica a este trastorno hasta la

CIE-10, donde los criterios diagnósticos son algo diferentes y se considera necesario que aparezcan los siguientes factores:

- Tres o más períodos de juego durante al menos un año.
- Continuación de estos episodios a pesar del malestar emocional y la interferencia del funcionamiento personal en la vida diaria.
- Incapacidad para controlar los impulsos de jugar, combinada con una incapacidad para parar.
- Preocupación por el juego o las circunstancias que lo rodean.

Si bien estos criterios son reales y se observan en la clínica constantemente, en este trabajo vamos a abordar al tema no sólo desde el concepto de juego patológico o denominando, por consiguiente, al que lo padece como jugador compulsivo, sino, a nuestro entender, desde un lado más humano, es decir, de personas que padecen un trastorno adictivo ligado como siempre a un objeto de consumo, en este caso al juego. ¿Por qué hacemos esta diferencia?, porque considero según lo visto en la clínica, que teniendo en cuenta las caracteropatías de este trastorno, es conveniente referirme al tema como un trastorno adictivo el cual se liga a diferentes objetos de consumo.

Esto nos abre una puerta que nos permite trabajar desde el paciente y no desde el objeto de consumo y sus sustituciones, problema que tanto se observa en la clínica, y a su vez, darle un dejo de flexibilidad a la idea de cronicidad; cuestión que termina reforzando la dependencia, pasividad y autoagresividad que el paciente trae en su constitucionalidad, observable en su modalidad funcional y vincular con la que los mismos se presentan.

Para esto preferimos aferrarnos al concepto de habilitación y dejar un poco de lado el concepto de rehabilitación, es decir, habilitar al paciente a que pueda manejar su vida con más autonomía y con un fin más productivo y no tan autoagresivo. Para llevar a cabo esta tarea es necesario que, desde su evaluación, el abordaje no se limite sólo a un tratamiento desde lo psicológico sino que sea más abarcativo e integrador, tomando al paciente como una unidad bio-psico-social, o sea, una persona que está conformada por un organismo, un aparato psíquico y que se encuentra inmerso en un contexto social determinado.

Para hablar de nuestros abuelos, en relación a este trastorno, primero realizaremos una breve reseña sobre la situación tanto desde lo social como desde lo individual en la que se encuentran los mismos en la actualidad y cómo llegan a desarrollar una adicción. Debido a la prolongación de la vida y, por consiguiente, el incremento de la población de personas mayores, comenzaron a plantearse una diversidad de exigencias cotidianas acordes a esta etapa, que dejan en evidencia la gran necesidad de instrumentar nuevas políticas sociales que garanticen que este aumento en la expectativa de vida vaya acompañado por medidas que den lugar a una mejor calidad de la misma.

Estas personas que, son las que conforman el espectro de adultos mayores, se encuentran en situaciones de vulnerabilidad, ya sea por razones bio-psicológicas o socioeconómicas, que perturban su condición de vida. Entre estos factores hallamos: factores económicos y sociofamiliares como ser: debilitamiento de los lazos, déficit de vivienda, ausencia de apoyo familiar, hacinamiento, falta de cobertura social y de ingresos. También podemos observar factores relacionados con enfermedades y/o discapacidades como limitaciones psíquicas o físicas que colocan a las personas mayores en situación de dependencia para concretar alguna actividad básica.

Para poder situarnos mejor en la problemática es bueno enfocar la cuestión del envejecimiento desde lo que algunos autores llaman la edad media de la vida, edad que marca el punto final de la juventud o temprana adultez y el inicio de la vejez. Para algunos esta época es la de autorrealización y gratificación, pero también es el paso a la vejez y, por consecuencia, el buen o mal envejecer se encuentra contenido en este pasaje. Este pasaje corresponde, desde el punto de vista vivencial, al momento en que se empieza a sentir que se puede estar envejeciendo, a admitir que existen límites a la vida. Paralelamente a este aspecto vivencial, deberíamos considerar el correlato corporal.

En el plano somático: síntomas de fatiga, cansancio, disminución de la capacidad muscular y sexual. En lo afectivo, ansiedad, desinterés, irritabilidad o inhibición. En lo intelectual, disminución de la concentración, de la atención, de la memoria y de la capacidad de expresión.

A su vez, también podemos observar que, en algunos de los casos en esta etapa ya se han establecido logros como la familia, el trabajo o la actividad profesional organizada; los hijos han llegado a la adolescencia o están transitando la juventud y, por consiguiente, el alejamiento del hogar; una de las temáticas coincidentes con respecto a este tema es el síndrome del nido vacío, el cual se vive como un sentimiento de tristeza frente a la pérdida, no sólo a la de la cercanía de los hijos sino del rol social que justifique su existencia. Este período está vinculado con un período interno de introspección donde se plantean cuestiones relacionadas a la falta de tiempo, a la no realización de sus ideales, a la pérdida del trabajo, roles sociales y familiares y el encuentro de la pareja luego de la partida de los hijos. Es decir, una vivencia de pérdidas relacionadas con lo corporal, lo social y psicológico, que requieren de un trabajo psíquico de elaboración que es el duelo.

Todas estas situaciones críticas determinan entonces la necesidad de revisar el camino recorrido y la posibilidad de decidir un replanteo, un cambio. Cuando esto es posible y el paciente puede renunciar a determinadas metas e ideales para plantearse otras más reales y viables se genera un sentimiento de reconciliación consigo mismo. Pero cuando la persona no cuenta con estos recursos se genera la imposibilidad de aceptar las nuevas condiciones que impone el envejecimiento; puede llevar a que aparezca una reacción global de rechazo generando una preocupación exagerada que puede terminar en estados depresivos, manifestaciones hipocondríacas y/o actuaciones donde se busque demostrar que todavía se es joven. Es aquí donde se pueden observar rupturas de parejas, formación de nuevos grupos de amigos más jóvenes, recursos de cirugía estética o desarrollar algún tipo de adicción.

PLAN TERAPÉUTICO

En el caso de la tercera edad, como mencionamos anteriormente, se producen naturalmente cambios significativos en las tres esferas (psíquica, física y social), por lo que podemos inferir que los trastornos que se producen en las personas que padecen esta problemática se acentúan aún mucho más en los adultos mayores; lo que hace más complejo el abordaje y por consiguiente más imprescindible.

ble la realización de una evaluación exhaustiva desde lo bio-psico-social de un modo más abarcativo e integrador, motivo por el cual se debe contar con un equipo interdisciplinario que nos permita delinear el plan de tratamiento adecuado para cada caso.

Desde el plano psicológico la evaluación consta en indagar sobre aspectos referidos a su historia y momento actual teniendo en cuenta:

- Un examen semiológico del estado actual del paciente en relación a sus funciones psíquicas y cognitivas (memoria, atención, sensopercepción, orientación al o y autopsíquica, ansiedad, angustia, introspección y prospección, afectividad, lenguaje, juicio y raciocinio, etc.).
- Evaluación neuropsicológica.
- Conciencia de enfermedad, grado de subjetividad que presenta el paciente frente a la misma.
- Modalidades funcionales y vinculares tanto para con su entorno como consigo mismo.
- Antecedentes referidos a conductas compulsivas ligadas al juego u otro objeto de consumo, esto nos va a permitir saber si el paciente adopta esta postura frente a la situación actual que le toca vivir o si es una sustitución de objeto de consumo más en el transcurso de su vida.
- Antecedentes familiares sobre adicciones.
- Situación familiar actual.
- Historia con el juego.
- Postura frente a su situación financiera actual debido al juego y las consecuencias que esto le genera.
- Capacidad de ser agrupable o no. Se deben reunir ciertas condiciones para la terapia grupal, (con pacientes que presentan alteraciones que pueden ser: estados de angustia y ansiedad desbordantes, rasgos psicopáticos que generen transgresiones que compliquen la situación de los demás integrantes, y/o trastornos físicos como hipoacusia o trastornos del lenguaje, entre otros, la actividad se tornaría perjudicial tanto para ellos como para sus compañeros de grupo).
- Riesgo para sí y terceros.

Desde lo biológico: se examinan antecedentes y estado actual de trastornos

orgánicos padecidos por el paciente y también desde lo familiar. Esto abre una puerta que nos va a permitir advertir trastornos psicológicos que tengan que ver con cuestiones biológicas para realizar la derivación pertinente al profesional que corresponda y de esta manera poder intervenir sobre el trastorno desde diferentes campos disciplinarios. Para esto se tienen en cuenta los siguientes parámetros:

Comorbilidad psiquiátrica

- La evaluación se realizará teniendo en cuenta los criterios contenidos en los ejes de la evaluación multiaxial propuesta en el DSM IV.
- Trastornos clínicos.
- Trastornos de la personalidad.
- Enfermedades médicas.
- Problemas psicosociales y ambientales.

Trastornos clínicos con manifestaciones psiquiátricas

1) Trastornos neurológicos:

- Epilepsia

2) Trastornos por lesión encefálica: Neoplasias supratentoriales, encefalitis.

- Enfermedad de Wilson: trastorno recesivo dominante que se puede manifestar hasta los 30 años de edad. El trastorno esta dado por la acumulación de cobre en los diversos órganos.

- Hidrocefalia normotensiva (tríada ataxia, incontinencia urinaria, demencia) encontrándose cambios de personalidad, síndromes delirantes persecutorios y depresión endógena.

3) Trastornos endocrinológicos: hipotiroidismo, hipertiroidismo, hipoparatiroidismo, hiperparatiroidismo, enfermedad de Cushing, enfermedad de Addison, feocromocitoma, hiperestrogenemia.

4) Trastornos neumonológicos: enfermedad obstructiva crónica, embolia pulmonar, síndrome de hiperventilación, apnea del sueño.

5) Trastornos gastrointestinales: encefalopatía hepática, pancreatitis.

6) Trastornos renales: insuficiencia renal, demencias por diálisis.

7) Trastornos hematológicos: anemia, poliglobulia, hiperviscosidad sanguínea, porfiria aguda.

8) Enfermedades infectológicas: tuberculosis, brucelosis, hepatitis, sida, sífilis

terciaria, malaria, mononucleosis.

9) Trastornos metabólicos: acidosis metabólica, acidosis respiratoria, hipofosfate-mia, hiperglucemia, hipoglucemia, hiponatremia, hipernatremia, hipopotasemia, hiperpotasemia, hipocalcemia, hipercalcemia, hipomagnesemia, hipermagnesemia.

10) Trastornos por déficit vitamínicos: déficit de ácido fólico, deficiencia de vitamina B12, deficiencia de niacina, deficiencia de vitamina B6, deficiencia de tiamina.

11) Trastornos toxicológicos: bromuros, arsénico, talio, manganeso, plomo, mercurio.

12) Trastornos por enfermedad colagenopáticas y sistémicas: lupus eritematoso sistémico, polimialgia reumática, enfermedad mixta de tejido conectivo, arteritis temporal, síndromes paraneoplásicos, síndrome carcinoide.

Desde lo social: se trabaja con sus familiares o allegados más significativos mediante entrevistas individuales y grupales alternando con la presencia del paciente y sin este, donde se evalúan aspectos relacionados a modalidades funcionales vinculares, roles, situación actual en relación a su historia, postura de la familia frente a la enfermedad, codependencia, entre otros.

En esta evaluación es conveniente dejar que las mismas se manifiesten en sus virtudes y errores de la manera que mejor puedan, ya sea por medio de la palabra o por medio de la actuación. Es deber del terapeuta realizar una lectura de la situación con el fin de ponerla al servicio de la habilitación del paciente, teniendo en cuenta tiempos y el estado psicofísico en el que se encuentra el mismo.

Las condiciones más propicias para la evaluación del equipo, sobre si la actitud de la familia es perjudicial o favorable para el paciente, es ampliando el campo de acción de los mismos, posibilitando una observación más abarcativa de la problemática familiar.

Como se mencionó anteriormente, esta evaluación nos permitirá delinear un plan de tratamiento acorde a cada caso. Esto va a tener que ver con un tratamiento psicológico que puede ser bajo la modalidad individual, grupal, vincular, ambulatorio, bajo la indicación de acompañamiento terapéutico o, si el caso lo requiere, internación.

El abordaje desde el plano orgánico será realizando la derivación pertinente teniendo en cuenta las necesidades que el caso exija; este será en conjunto con el tratamiento psicológico tanto desde lo individual y grupal.

A la vez si el caso lo demanda se trabajará con el paciente desde lo neuropsicológico aportando diferentes perspectivas en el desarrollo del tratamiento; las cuales deberán ser trabajadas en equipo con el fin de lograr una coherencia terapéutica en la estrategia original de trabajo que se irá reformulando según la evaluación del equipo tratante.

Desde lo social se trabaja con familiares y allegados tanto de manera grupal como por entrevistas familiares vinculares, las cuales, en un principio de manera separada y luego según la evolución, se puede derivar a los mismos a un dispositivo grupal donde participen familiares y pacientes juntos.

TRATAMIENTO GRUPAL

El delineamiento de un plan de trabajo desde la actividad grupal consiste en una serie de grupos que apunten a trabajar distintos objetivos según la instancia en la que se encuentra el paciente en dicha actividad.

En una primera instancia, la actividad tiene como fin lograr una estructuración de los pacientes que les permita el armado de una base de sustentación que posibilite un orden interno que de lugar a una implicación en la conflictiva; abordando temáticas relacionadas a la contención, límites, organización personal, roles, autoestima, conciencia de enfermedad. Al mismo momento, mediante un grupo de prevención de recaídas, se abordan modalidades funcionales y se les provee de herramientas para poder detenerse y pensar en lo que les sucede en el momento donde surgen los deseos de jugar. Ya superada esta etapa son derivados a una segunda instancia donde se trabaja sobre la profundización de la temática de los grupos anteriores, introduciéndonos más en la modalidad funcional de los mismos en relación a sus historias de vida y alejándonos un poco más del objeto de consumo. En el último grupo se continúa con la misma temática, buscando una profundización de los temas y una implicación subjetiva del paciente, y se comienza a trabajar todo lo que concierne al alta del tratamiento.

Es importante para los pacientes que no pueden sostener cuestiones relacionadas al encuadre de un tratamiento, contar con una actividad grupal alternativa donde se trabajen dichas cuestiones que les permitan lograr un cambio que los habilite al trabajo terapéutico acorde al plan planteado por el equipo tratante.

Desde lo familiar, el fin apunta al armado de una red de contención y a trabajar sobre las diferentes modalidades funcionales familiares; las cuales son abordadas en los distintos dispositivos destinados para ello (grupo de red y multifamiliar).

Por último, la finalidad es lograr un cambio de postura del paciente frente a su entorno y para consigo mismo pudiendo, paulatinamente, cambiar de una postura pasiva, dependiente y autoagresiva a una postura más protagónica, activa y productiva para sí. Aprender, enseñar, ocupar el tiempo libre con actividades recreativas, ser útiles para con ellos mismos y para con su entorno.

Para esto nosotros también debemos lograr una nueva representación social de la vejez, despojándonos de los prejuicios existentes sobre la misma.

BIBLIOGRAFÍA

BIANCHI, H. (1992) Envejecer o los destinos del apego. La cuestión del envejecimiento. Perspectivas psicoanalíticas. Madrid. Biblioteca nueva.

BLANCA, D. y COLETTI, L. La adicción al juego: ¿no va más?. Primera Edición. Bs. As. Lugar Editorial.

DSM IV

GARRIDO, M. Ludopatía y relaciones familiares. Ed. Paidós.

JACQUES, E. (1995) La muerte y la crisis de la mitad de la vida. Rev. de Psicoanálisis. T XXIII, N4.BS.AS. 1996.

OCHOA, E. y LABRADOR, F. El Juego Patológico. Ed. Plaza Janes.

RISUEÑO, A. (2005) Neuropsicología: cerebro, psiquismo, cognición. 2da. Edición. Bs.As. Ed. Culturales Universitarias Argentinas.

SALVAREZZA, L. (2002) Psicogeriatría. Ed. Paidós. Segunda Edición.

SALVAREZZA, L. (2006) La vejez. Una mirada gerontológica actual. 1998. Ed. Paidós.

CAPÍTULO 12 LA HISTORIA DEL JUEGO

JORGE LUIS SCHIAVON
COORDINADOR CENTRO MORÓN

En los juegos de azar, los resultados no dependen del jugador sino, como su nombre lo indica, del azar, que es el único responsable final. A la inversa de la competencia, este tipo de juego niega la resistencia, la rapidez, el vigor, la memoria, el ingenio y el entrenamiento. En efecto, se renuncia a la habilidad, quedando el resultado totalmente librado a lo fortuito.

El término azar deriva del juego árabe *az-zahr*, que hace referencia al dado utilizado en el mismo. El concepto de azar ha sido definido de maneras diversas, según el diccionario de la lengua española, significa “casualidad, caso fortuito o desgracia imprevista”. Otra definición de azar es: la supuesta causa de sucesos, no debidos a una necesidad natural ni a una intervención intencionada humana o divina. El hombre, desde su origen, se ha enfrentado a condiciones adversas. Lo desconocido se convierte en un reto obligado de supervivencia, en una necesidad que encuentra explicaciones en los mecanismos de autodefensa y es efecto evolutivo de la especie humana.

A lo largo de la historia, diversas culturas han tratado de responder al interrogante del azar con argumentos filosóficos y teológicos. Sin embargo, el azar no se origina en la filosofía ni en la teología, sino en una institución más remota y elemental: el juego, según señala Johab Huzinga, en *Homo Ludens*.

Cada cultura se entrega a la suerte de una manera singular o diversa. En Roma, cuando surgen las primeras loterías públicas, tenían significados eminentemente

distintos a los que movían a la lúdica corte del siglo de Oro Español en sus entremeses de naipes y oca. En la vida y en el amor, dice el escritor español Francisco de Quevedo en el siglo XV, vale más perder que nunca haber jugado. En el plano de la condición humana, el juego es una pasión misteriosa compuesta por un material de sueños y una fuerza ciega de trasgresión.

La ruleta moderna, por ejemplo, es un entretenimiento, en ocasiones muy costoso, de individuos solitarios. La historia del azar no es más que la historia de la experiencia del riesgo. Una experiencia que no tiene rostros, signos, ni lenguajes que varían de acuerdo al lugar y al contexto histórico determinado.

LOS COMIENZOS

El origen exacto de las apuestas no es conocido. Los chinos tienen el primer registro, que data del 2300 A.C., y se cree que desde ese momento las apuestas han estado, de una manera o de otra, presentes en todas las sociedades.

La historia de la humanidad es una historia de juego y su regulación. El juego organizado, implicando ganancia o pérdida de bienes o dinero, ha estado presente en casi todas las culturas. Desde la Antigua Grecia, Roma, la Francia de Napoleón y la Inglaterra de la reina Isabel, la historia es rica en anécdotas y relatos de apuestas. Por ejemplo, en cierto momento del Imperio Romano, los legisladores decretaron que era de fundamental importancia enseñar a los niños el arte de las apuestas. Incluso un emperador, diseñó su carruaje de tal manera que fuera cómodo practicar juegos de azar mientras estaba cumpliendo con sus obligaciones políticas.

Los babilónicos, etruscos, chinos e indígenas precolombinos tenían juegos organizados socialmente. Alrededor de 1700 A.C. el imperio babilónico prohibió toda lotería ajena al templo o al palacio.

Así, el código de Hammurabi, primer registro de una ley escrita, convertía los sorteos en reserva fiscal, costumbre que se prolonga hasta nuestros días. En el siglo II D.C. surgen en Roma las primeras loterías públicas. Carlomagno reprimió

enérgicamente la afición al juego, aunque los cónsules romanos, siglos antes, habían tenido una posición más moderna: hacían pagar impuestos a los regentes de apuestas. Casi cuarenta siglos después, no falta lotería en prácticamente ningún país.

Los dados, tienen su origen en el antiguo juego de hacer rodar huesos. Los primeros estaban hechos de huesos y de dientes de animales. Los griegos y, en particular, los romanos, grandes jugadores, expandieron el juego de dados y otros muchos más sofisticados. Posiblemente sean la más antigua forma de juegos de azar, precediendo por siglos a los naipes de juego. El rodar huesos, originalmente una forma de predecir el futuro en el antiguo Egipto, se convirtió en un juego. En el caso de esta civilización, algunas pinturas encontradas en las tumbas de los faraones muestran tanto astrágalos, similar a nuestra taba, como los tableros para el registro de resultados. Sófocles, en el siglo V A.C., describe en su obra "El sitio de Troya" los dados de Palámedes, antepasados de la bola de marfil de la ruleta.

Si bien inicialmente los dados se utilizaron para interpretar los sueños y adivinar el futuro, pronto se hicieron muy populares entre todo tipo de personas. Del sentido religioso y de la adivinación que tenían, los dados pasaron a convertirse en el primer juego masivo que traspasó fronteras. La misma Biblia menciona los juegos de suerte y es muy representativo que los soldados que estaban bajo la cruz, se jugaron a los dados, la ropa de Jesucristo.

En Corea, en un antiguo juego budista denominado "promoción", se utilizaban dados de seis caras numeradas, similares a los que hoy conocemos.

Algunos pueblos como los Hunos, llevaban el juego a límites extremos y trágicos, se jugaban hasta la vida, suicidándose el perdedor.

Cuenta la mitología que Mercurio estaba rodeado de un halo luminoso que le había ganado nada menos que a la Luna en una partida de tablas (ancestro del backgamon). Según la leyenda, el veloz Mercurio le apostó una séptima parte de su luz a la pobre Selene. Para Tales de Mileto, la esencia del cosmos era el agua; para Heráclito de Efeso, el fuego. Para Pitágoras y sus seguidores, el universo, regido por los números. Pero el azar, junto con la necesidad, llegaría a convertirse en la base de la filosofía del filósofo y matemático griego Demócrito, que sostenía

que todo lo que existe en el universo es fruto del azar y de la necesidad.

Otros filósofos también se ocuparon en detalle del tema. Platón aseguraba con sarcasmo que los egipcios consideraban al juego un invento del demonio Zeud, pero callaba su propia opinión al respecto. Para Aristóteles, los apostadores eran avarientos y ladrones, opinión que, al mismo tiempo, utilizaba para descalificar a gran parte del pueblo griego, decididamente propenso a las emociones del azar. Los poetas han gustado casi siempre del juego. Uno de los pocos que lo criticó fue el poeta romano Ovidio, el autor de la obra *Metamorfosis* del año 8 D.C.

En la América precolombina, se practicaban ciertos juegos, de extrema importancia en su sistema social. El dios del *patolli* (juego originario de América desde 200 A.C., cultura Teotihuacán) era Macuilxochitl, deidad de la música, la danza y los juegos de apuestas. Antes de empezar a jugar, los participantes lo invocaban y le ofrecían incienso y comida. Apostaban mantas, plantas de maguey (una especie de planta carnosa), piedras preciosas y adornos de oro. Cuando se quedaban sin ropa apostaban hasta su libertad vendiéndose como esclavos.

En la costa noroeste de Norteamérica reservaban días específicos para *mookte-lo* que significa hacer apuestas. Los indios Iroquois jugaban un juego de apuestas llamado *hubbub* con dados hechos con semillas de melocotón.

Encontramos también cómo las autoridades comenzaron a preocuparse por el tema, y qué medidas tomaron para restringir y controlar las consecuencias de estas prácticas. Durante Las Cruzadas el juego llegó a tener tanta relevancia que en 1190, el rey Ricardo Corazón de León limitó su práctica entre las tropas.

Los caballeros y los clérigos sólo estaban autorizados a perder hasta 20 cheelines y a los soldados se les prohibía jugar. Unos años antes, en 1125, Sir William de Tyre, que era el líder de los Cruzados, llegaron a un castillo al cual, junto con sus caballeros, le hicieron un cerco. Este castillo se llamaba Asart o Hazarth, que dió nombre al pasatiempo favorito de estos hombres, que era un juego de azar. Aún hoy, la palabra inglesa hazard significa riesgo, peligro, obstáculo, aventura.

Alfonso X de Castilla, cuando se le solicitó que persiguiera al juego, dictó el Ordenamiento de las Tafurerías que reproducimos a continuación, por lo intere-

sante de apreciar la contundencia de la preocupación existente.

ORDENAMIENTO DE LAS TAFURERÍAS QUE FUE HECHO EN LA ERA DE MILLE TRESCIENTOS E QUATORSE AÑOS POR EL REY DON ALFONSO X

Opúsculos Legales del Rey Don Alfonso El Sabio publicados y cotejados con varios códices antiguos por La Real Academia de la Historia. El Fuero Real, Las Leyes de los Adelantados Mayores, Las Nuevas y el Ordenamiento de las Tafurerías; y por apén-dice Las Leyes del Estilo, Tomo II, Madrid, Imprenta Real, 1836, p. 222.

De los que jugaren dineros fechos con otros peños, e el que tiene los dineros, si ganare los peños, como han de facer.

LEY XX

Aquellos que jugaren en las tafurerías públicamente, o se entraren a jugar con otros tan buenos o mejores que ellos, o peores, e dixieren palabras vedadas, o fesieren cosas de las que defiende este libro, o pasaren de los otros defendimientos que aquí son escritos, non puedan sacar nin desechar el testimonio de ningún cristiano por pobre, nin por desnudo que sea, nin judío, nin moro, que su testimonio cumpliere cada uno en su ley de aquello que oyere decir o viere facer por cosa en las tafurerías, o en otro logar, que non se pueda probar sinon con aquellos que se acaescieren, e después que se asientan a jugar en las tafurerías, todos son tafures llamados, porque se entiende que tafur debe probar sobre tafur.

De esta palabra *tafur*, deriva la palabra *tahúr*, que la Real Academia Española define como persona aficionada al juego y hábil en él. Años después, el emperador Carlos I de España, el 24 de agosto de 1529, ordenaba a las Audiencias y Justicias de Indias: “*Prohíban, imponiendo grandes penas, los grandes y excesivos juegos y que ninguno juegue con dados, ni los tenga en su poder y que nadie juegue a los naipes ni a otro juego más de 10 pesos en un día natural de 24 horas*”.

El 7 de septiembre de 1594, el tercero de los Felipes señalaba desde su palacio de San Lorenzo, que el mal del juego se hallaba difundido aún en las más altas

clases sociales, y que “*algunos ministros togados, debiendo dar mejor ejemplo en sus acciones, y corregir y castigar excesos, los cometen y consienten, en sus casas tabla-
jes públicos, con todo género de gente, donde día y noche se pierden y se aventuran
honras y haciendas*”.

En 1596, decretaba en Madrid: “*Júntase en tablajes públicos mucha gente ocio-
sa, de vida inquieta y depravadas costumbres [...] por el interés de baratos y naipes; y
ahora apunta a la cabeza porque estas juntas, juegos y desórdenes, suelen ser en la
casa de los gobernadores, corregidores, alcaldes mayores [...] mandamos [...] hagan
castigar y castiguen los delitos cometidos en casas de juegos y juntas de gente baldía.*
Asimismo era vista en España la situación del juego en el continente dominado, fa-
vorecida por la distancia, la desobediencia y el olvido. Las cosas no podían ser más
claras. En 1610, el mismo rey prohibía a las altas autoridades españolas en A-
mérica que “*tengan tablajes de juego, aunque sea con el pretexto de sacar limosnas
para hospitales, y otras obras de piedad*”.

Muy lejos en el tiempo del origen de los dados, la invención de la lotería se
atribuye al genovés Benedetto Gentile, quien había transformado en juego la
manera de renovar los integrantes del Concejo Municipal de la Ciudad. Fue re-
glamentada en España por Carlos III en 1763/76 mediante la creación de la Real
Lotería, pero en el Río de la Plata, se le debe a don Mariano Moreno, quien por
1812 refrendó el decreto que la instituyó en esta tierra. Aunque el primer sorteo
tuvo lugar el 3 de junio de ese año, no fue sino hasta 1816 que la ciudad tuvo su
lotería organizada.

Para esa época y hasta 1821 aproximadamente, todos los martes a las 13 hs., en la
Plaza de la Victoria, hoy Plaza de Mayo, se jugaba una lotería muy particular. El lotero,
que era el expendedor de billetes, se colocaba en la vereda con una mesa donde te-
nía los papeles rayados numerados denominados cédulas. Quien adquiría una cédula
debía anotar en el reverso una inscripción del tipo “*San Antonio dame suerte*”, y luego
una contraseña. El valor de la cédula era de 10 centavos. A la hora señalada, unos mu-
chachos sacaban de unos globos rojos los números y los anunciaban a viva voz. Luego
se publicaban los extractos que contenían los 8 o 10 premios denominados *suertes*;
uno era de 300 y el resto de 100 pesos, de la siguiente manera: “*San Antonio dame
suerte, contraseña, alma de mi abuela con 300 pesos, número 247*”.

La ruleta, en cambio, se dice que fue inventada por Pascal, impulsado por su
genio matemático, y de esta forma dio origen, sin saberlo, a una de las industrias
más prósperas de la actualidad. En octubre de 1658, Pascal dio a conocer el libro
Historia de la ruleta, fundamentándose en los métodos de Roberval, un sabio fran-
cés que lo había precedido en ese rumbo. La edad moderna anota entre los ilus-
tres jugadores de la especialidad a Madame Pompadour, en cuyo tiempo, y quizás
por su influencia, se introdujo la ruleta en Francia. Según el diccionario de la lengua
de la Real Academia Española, la palabra martingala proviene del francés *martin-
gale* y ésta del provenzal *martegalo*, de Martigue, ciudad de Provenza. La ruleta
también tiene sus contraindicaciones para los supersticiosos, ya que sus 36 nú-
meros suman 666, cifra que, en la mitología bíblica, simboliza al diablo, por lo cual
algunos de ellos han dejado de jugarla definitivamente. La clase obrera francesa
del siglo XVI era muy adepta a la Ruleta Egipcia, mientras que Napoleón disfrutaba
de largas competencias de blackjack.

En 1861, Francia se quedó con la mayor parte de las tierras fértiles del pequeño
Principado de Mónaco, dejándole a la familia Grimaldi sólo un peñasco sobre el
Mediterráneo, mirando a Italia. La princesa madre, Carolina, sugirió a su hijo
Charles III que acudiera en busca de un personaje, llamado Francois Blanc. Los
antecedentes de este sujeto eran la fundación de un lujoso casino en Luxemburgo
y otro en la ciudad de Baden-Baden, Alemania. La ruleta, que había encumbrado a
Blanc, en esos tiempos comenzaba a crearle cierta mala fama, debido a que algu-
nas personas, después de perder fortunas, decidían suicidarse. Al establecerse en
Mónaco, Blanc hizo coincidir la habilitación del casino con la prohibición de la ven-
ta de armas en el distrito. De cualquier modo, los infortunados elegían matarse
tirándose desde los acantilados. Al hijo de Blanc, que siguió sus pasos, se atribuye
la siguiente frase: *noir ou rouge, c'est toujours le blanc qui gagne* (negro o rojo,
siempre gana el blanco), en alusión a su propio apellido. Otra de las anécdotas lo
describe diciendo, “*ya va a volver, es dinero prestado*”, cuando un inglés llamado
Deville Wells desbancó a Montecarlo en una sola noche.

La compulsión al juego, además contribuyó al segmento culinario. John Mon-
tagu IV, Conde de Sándwich, ganó la mayor parte de su fama por ser un jugador
compulsivo. Su pasión por los juegos de naipes le habría llevado a descuidar las

comidas, y, preocupados por ello, sus criados se las ingeniaron para prepararle alimentos que pudiera comer sin dejar de jugar a las cartas. Así pues, el conde se acostumbró a utilizar dos rebanadas de pan para evitar mancharse los dedos con el fiambre y las carnes frías que le servían para comer, lo que le permitía satisfacer su apetito sin dejar de jugar como un verdadero caballero británico.

Las apuestas, además de un juego, han sido las protagonistas de decisiones de la historia. En el siglo XI, por ejemplo, una disputa territorial entre Noruega y Suecia fue resuelta echando los dados cuando debían decidir quién sería el propietario del desolado territorio de Hising. Fue el azar quien tomó la decisión, y fue con un par de dados que se llegó a un acuerdo.

Este salteado de anécdotas, historias y mitos, no puede dejar de mencionar al escritor ruso Fiodor Dostoievsky y su apasionamiento por la ruleta. Su vida estuvo dividida entre el verde del paño y el blanco de las hojas. Jugó y escribió en su país y fuera de él. Según se sabe, su novela *El jugador*, fue producto de una apuesta con su editor, pues estaba acuciado por las deudas de juego, y porque éste le reclamaba cumpliera con los tiempos pactados, apostó los derechos de todas sus obras a que en un mes entregaría una obra completa. Ésta fue una de las pocas oportunidades en que ganó. Lamentablemente el novelista sentó cátedra, a tal punto que fue imitado por muchos que pensaron que para escribir con su maestría, debían pasar varias malas noches en algún casino.

En el caso de Carlo Collodi, el creador de Pinocho, gran parte de sus textos fueron escritos para pagar deudas de juego. Los orígenes de este cuento parecen haber sido los problemas económicos del escritor. En julio de 1881, el director del *Giornale dei Bambini* recibió la primera versión de *Storia di un burattino* (historia de un títere), que es el nombre original del cuento que conocemos como Pinocho, acompañado con estas palabras: “te mando esta chiquilinada; haz lo que te parezca con ella, pero, si la publicas, págamela bien para darme ganas de continuarla”.

Los naipes también fueron una forma antigua de juegos de azar. Los naipes más antiguos que se encontraron son del siglo XI y vienen del Turquestán Chino. Distintos países usan distintos tipos de naipes o cartas. La India, por ejemplo, tenía fi-

chas de juego redondas y los chinos, por supuesto, tenían el dominó.

Los franceses se llevan el crédito de haber sido los primeros en introducir el tipo de cartas o naipes con las que ahora estamos familiarizados, incluyendo los palos conocidos: picas, tréboles, diamantes y corazones. En 1440 Johannes Gutenberg imprimió el primer mazo de la historia.

Primero hubo naipes y después vinieron los juegos de naipes. El origen del bacará es Italia del siglo XV y el del blackjack es Francia del siglo XVIII. Se dice que lo que actualmente conocemos como póker, es la combinación de influencias persas, italianas e inglesas. De todas maneras las reglas se fueron perfeccionando. Incluso fue en Francia que se instauraron las reglas de apuesta.

El inicio de los casinos se atribuye a Europa y el término casino proviene del italiano que hacía referencia originalmente, a un pequeño chalet o casa de verano. También esta denominación se utilizaba para mencionar a las casas de citas donde, además, se jugaba.

Durante el siglo XIX, el término casino comenzó a incluir edificios públicos en los que tenían lugar juegos de azar y deportes. Para la misma época, se pusieron de moda los juegos de azar a bordo de naves fluviales en los EEUU. Los casinos flotantes circulaban las aguas de los ríos Mississippi y Ohio.

En los grandes centros urbanos, como Nueva York y Chicago, las salas de juegos de azar atraían a una refinada clientela, que eran frecuentadas por miembros de la clase alta por lo que podían permitirse el lujo de apostar y perder en grande.

Los jugadores, principalmente varones, acudían con sus mujeres, que debían esperar largas horas el fin de las partidas. Para su entretenimiento se instalaron unas máquinas a palanca con rodillos que entregaban golosinas como premio, forma incipiente de las primeras tragamonedas. Las salas de juegos o casinos se convirtieron rápidamente en un gran negocio.

EN LA ACTUALIDAD

La mayor parte de los juegos de azar de hoy en día, son la evolución de a-

quellos que fueron creados en tiempos ancestrales. La historia del juego es un relato largo y fascinante, una mezcla de mito y leyenda, hechos conocidos y conjeturas razonables. Abarca culturas y civilizaciones de alrededor del mundo, desde el antiguo Egipto, pasando por la Italia medieval y hasta el moderno casino on line. A través de los años, como hemos mencionado, muchos juegos han mutado y evolucionado, generando una gran variedad de alternativas. En la actualidad, ruletas, máquinas tragamonedas, loterías, quinielas, nos indican que la fascinación del hombre por el juego continúa.

El juego y los problemas derivados del mismo son conocidos desde hace miles de años. A pesar de ello la psiquiatría comenzó a interesarse por la patología de los juegos de azar a partir del siglo XX. El reconocimiento como entidad nosológica en las clasificaciones psiquiátricas no se produjo hasta 1980, cuando la Asociación Psiquiátrica Americana lo introdujo en su tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) bajo la denominación de Juego Patológico. En esa edición definieron por primera vez unos criterios diagnósticos específicos, que contribuyeron a crear las condiciones necesarias para el desarrollo de una incipiente investigación sobre este trastorno. Por su parte la Organización Mundial de la Salud, incluyó también esta patología como una categoría diagnóstica en la décima revisión de su Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10, en 1992, lo que supuso el respaldo definitivo de la comunidad científica al reconocimiento de la ludopatía como enfermedad mental.

BIBLIOGRAFÍA

- BARROSO, C. (2003). Las bases sociales de la ludopatía. Tesis doctoral. Universidad de Granada.
- BRIZUELA, J. A. Y CIA, A. H. (2007). Manual de Juego Responsable, Buenos Aires, Edición Especial de ALAJA.
- Diccionario Enciclopédico Salvat. (1989). Barcelona, Ed. Salvat.
- GARRIDO PALACIOS, P. (2005). Ludopatía o adicción al juego. Revista El diván, temas de salud, Madrid.
- HUZINGA, J. (2002). Homo Ludens. Madrid, Alianza Editorial.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III). (1993) versión castellana del doctor Manuel Valdés Miyar. Barcelona, Masson S.A.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- IV). (2005). Director de la versión castellana doctor Juan J. Lopez-Ibor Aliño. Barcelona, Masson S.A.
- PASZKOWSKI, D. (1992). La juegomanía. El auge de los apostadores y capitalistas en la Argentina. Buenos Aires, Ed. Letra Buena.
- PIJOAN, J. (1961). Historia del mundo. Barcelona, Ed. Salvat, 6ª edición,

CAPÍTULO 13

EL JUEGO, UNA RESPUESTA A LA POSMODERNIDAD

Lic. BRUNO GOBELLI - Ps. YANINA LAGONERO - Ps. MARÍA BELÉN TABORDA - Ps. MARÍA MERCEDES RÍO
COORDINACIÓN CENTRO PERGAMINO

Abordaremos el juego en el contexto de la posmodernidad, como una respuesta que encuentra el sujeto, frente a la oferta social, familiar y vincular de la época. A partir del quehacer clínico, plantearemos las propuestas terapéuticas del centro.

Toda conducta normal o patológica, todo síntoma o trastorno es, en parte, expresión de una época, así es que nos hemos decidido a abordar al juego como una de las posibles respuestas a la posmodernidad, nombre que se le ha dado a nuestro momento histórico.

¿Por qué un sujeto queda atrapado en el sufrimiento que implica el juego compulsivo?. Hablamos de sujetos que pierden dinero, su trabajo, su familia, la confianza de sus pares...y siguen jugando.

¿A qué juegan?, ¿qué es lo que juega allí?. Son algunas de las preguntas que orientan este trabajo.

Para comenzar a analizar la posmodernidad, tomaremos el macro contexto que tiene una incidencia importante. Gilles Lipovetsky considera que *“hay una mutación sociológica global, que gira en torno a un gran organizador: el consumo, que absorbe a los individuos en la carrera por el nivel de vida, en una nueva etapa “cool” y no “hot” de las sociedades capitalistas”*.

María Cristina Rojas y Susana Sternbach en su análisis de la posmodernidad, dicen que *“el mundo está crecientemente centrado en la informática, regido por los medios de comunicación de masas y basado en la lógica del consumo”*.

Agregan luego que “*entonces, el consumismo es la adicción socialmente promovida y el consumo la modalidad de la satisfacción, dándose la interacción entre cultura y subjetividad, en donde nuestra época ejerce un control social que es seducción y tapón del deseo*”.

Lo que hasta hace un tiempo orientaba la vida de un sujeto, sus ideales de familia, una profesión, o de su paso por el mundo, hoy están en decadencia. Esta época produce nuevos sujetos. Jaques-Alain Miller, llama a los sujetos contemporáneos desinhibidos, “desamparados”, sin brújula, desorientados.

Ya no será el ideal el que regula la relación del sujeto con su goce, sino el imperativo al consumo. El sujeto dividido tenderá a llenar el vacío con los objetos que ofrece el mercado. Una salida rápida a la angustia.

Esta cultura del consumo favorece la dependencia de aspectos protésicos para el sostén identitario, que en realidad empobrecen al mismo: objetos, tecnología, sustancias, juego compulsivo, diversas adicciones que dan un supuesto sentido basado en el predominio del “tener” y no del “ser”, imperante en nuestra cultura.

Desde esta conformación subjetiva se apunta a llenar “la falta” con un valor puntual que puede ser: la estética, el hedonismo a ultranza, el poder a cualquier precio, las respuestas místicas y mágicas, las diferentes búsquedas que intentan ser “el todo” y la respuesta para todo.

Así queda planteado como el mercado globalizado invita a consumir, a divertirse y vivir el momento usando el tiempo libre al máximo. Esta época sitúa al sujeto en un contexto diferente.

Si bien esta lógica social refuerza una relación de consumo respecto al juego, es necesario interrogarse en lo particular, la relación del sujeto con el juego.

Ya desde Freud se ubicó como las pulsiones empujan a un individuo a realizar ciertos actos que no están regidos por el principio de placer, sino que van más allá de él.

La pulsión como la fuerza que puja, motiva, no deja de insistir, no es domesticable, a través de hábitos. Freud decía “*es impulso de vida y de muerte*”.

En este ámbito de la posmodernidad, se trata de encausar la pulsión en el tener, apuesta particular que encarna el juego en la promesa de “salvarse”. El

jugador sostiene esa ilusión, y va por más redoblando su apuesta. Circuito en el que, en tanto no se registra la pérdida como perdido, el sujeto entra en pérdida infinita.

Así es como vemos aparecer al juego compulsivo, dando respuesta a este modelo de sociedad caracterizada por el consumo desmedido “llenando esta falta de ser”.

Jugar compulsivamente ofrece al sujeto la ilusión de llenar su vacío interior, evadir su realidad angustiante. Puede observarse como una constante en los pacientes el sentimiento de soledad, la escasa contención vincular-familiar, pérdidas vividas que han quedado sin elaborar. El juego es una vía de escape para no enfrentar el dolor. Sienten que ganando podrán solucionarse sus problemas, pero lo que en realidad sucede es que los aumentan. Surgen así complicaciones económicas, familiares, vinculares, laborales. Su vida comienza así a desmoronarse.

En la mesa familiar reina la tecnología, el celular, el *i-pod* o algún otro elemento electrónico, son compañeros infaltables y la tendencia es a la fragmentación, a que haya no una fuerza de tipo centrípeta sino centrífuga, donde debido a la oferta del afuera hay un abandono temprano del ámbito privado y un pasaje precoz al ámbito social.

Así como veíamos el temor al vacío, está el terror al tiempo libre y al ocio, por lo tanto hay que estar con la agenda completa de actividades, tanto en la semana como los fines de semana, las cuales funcionan como un consumo más.

Este contexto nos muestra familias sentadas frente al televisor pero no reunidas porque el encuentro y la comunicación se hacen difíciles, tanto más si los integrantes de la misma tienen ocupado todo el día, a cualquier edad, ya que desde pequeños asisten a múltiples cursos y grupos: inglés, computación, danza, yoga, clown, etc. A este escenario se suma la cultura de la imagen y se configura una familia “fachada” donde lo que se muestra y lo que se tiene son reemplazo de lo que se es.

Los objetos se introducen cada vez más en la vida y en la intimidad de las personas, promoviendo un estado solitario y autista, en este sentido se puede prescindir de los otros, dejando de ser los objetos un medio para el encuentro.

En el jugador la máquina se convierte en el compañero más fiel y problemático, en tanto brinda una satisfacción inmediata que no necesita pasar por las vicisitudes y dificultades que suponen las relaciones.

Así, el análisis del contexto y la familia nos muestran dos aspectos que delimitan ciertas características estructurales de los sujetos. Los podemos ver como personas con dificultades para generar un proyecto a largo plazo, tanto laboral como recreativo, donde lo vincular no llega a contener y las relaciones que se generan tienen el estilo del consumo de objetos. Personas que, frente a las frustraciones o demoras de la vida, responden con ansiedad o angustia desbordante, que ante la pérdida responden más que con un proceso doloso, con la desmentida, la compulsión al juego, al consumo o a las drogas.

La época propone este modo de funcionamiento como alternativa; si bien no todos llegan a presentar estas características, a cada paso uno puede comprobar que son más comunes.

En nuestra práctica particular podemos observar que muchos de aquellos que nos consultan muestran algunas de estas dificultades. Son personas que manifiestan un gran vacío y una gran necesidad de ser contenidas, lo vincular y familiar se encuentran al borde de perderse y la angustia frente a la nada los invade. Las mentiras reiteradas son las actuaciones más frecuentes en estos casos, como el hecho de robar dinero a la propia familia para drogarse o para mantener su vínculo con el juego y aparecer al día siguiente del hecho como si “no hubiera pasado nada”, teniendo “coartadas” y explicaciones para todo. La construcción de un “como si” permanente es otra actuación y autoengaño, ya que en muchos de los casos el modo de funcionamiento es mimético y especular, siendo como supone que “el otro espera que sea”.

Otras actuaciones son las recaídas luego de las cuales suele haber malestar, culpa y autorreproche. Asimismo son frecuentes las autoagresiones luego de alguna situación que produzca frustración.

Aquí pueden aparecer dos caminos posibles: cerrarse en sí mismo, continuar jugando o buscar ayuda.

Para poder pedir ayuda se necesita haber podido tomar conciencia del problema, ya sea porque un otro estuvo presente o por medios propios. Después de tomar conciencia o darse cuenta del problema se movilizan las emociones. La emoción prepara al cuerpo para la acción.

Nosotros, como profesionales de la salud, logramos contactarnos con este segundo grupo que, en medio de la desesperación, la angustia, la tristeza, el vacío, logra pedir ayuda. Se acercan al centro para iniciar un cambio en sus vidas.

Posiblemente empezarán solos y se sorprenderán al encontrar, más adelante en el camino, a todos los que van en la misma dirección. Se trata de realizar un pasaje, desde la soledad al vínculo con el otro, llegando así a un encuentro consigo mismo.

Estos casos requieren del terapeuta una actitud permanente de sostén y apun-talamiento, combinado con la posibilidad, a veces escasa, de abrir caminos para un trabajo de simbolización y elaboración, afianzando la integración *representación-afecto* en el psiquismo del paciente.

UNA PROPUESTA TERAPÉUTICA

El grupo constituye un escenario propicio para el aprendizaje, para explorar los conflictos y dificultades relacionales y para explorar actitudes nuevas.

Es el aprendizaje como proceso de apropiación instrumental de la realidad, el medio por el cual las conductas del sujeto se modifican a partir de sus propias experiencias. Suponemos al aprendizaje como un proceso, una situación de cambio, que ocurre como resultado de una práctica y de la interacción con el otro.

Desde esta perspectiva, proponemos en nuestro Centro, como forma de abordaje terapéutico, el dispositivo grupal centrado en diversas tareas:

Caminatas grupales: el ejercicio regular ayuda a mantener un peso saludable, es útil para quitar tensiones y aburrimiento, favorece el descanso y amplía los vínculos sociales. Se realiza en un ámbito que permite el contacto con la naturaleza, el respeto por los tiempos y habilidades de los pares, el encuentro con otros que no pertenecen al grupo.

Taller de cocina: una dieta balanceada y saludable es crucialmente importante para mantener un estado físico y mental óptimo. Los miembros del grupo elaboran comidas saludables que luego son compartidas en un espacio común. Esta actividad requiere la búsqueda de acuerdos grupales para la selección del menú, la distribución de tareas y el manejo de dinero.

Técnicas de meditación y relajación: para favorecer el manejo de la ansiedad.

Actividades artísticas y lúdicas: que ofrecen diversas formas de exploración y expresión de pensamientos y emociones.

Espacios multifamiliares: apuntan a fomentar la contención del paciente, ampliar la mirada sobre su realidad, transmitir líneas de acción y ofrecer un espacio de escucha.

Estas tareas se convierten en la finalidad de los grupos y al mismo tiempo, este dispositivo es el instrumento fundamental de indagación ya que en él se da el fenómeno universal de la interacción gracias al cual surge el reconocimiento de sí y del otro en diálogo e intercambios permanentes. Se centra en la movilización de estructuras estereotipadas, y de las dificultades de aprendizaje y comunicación.

La orientación terapéutica apunta a que cada miembro ponga conciencia en lo que le sucede y se responsabilice de su propia acción, reconocer el modo en que se coloca frente al otro y explorar aquellos vínculos o aspectos de cada uno descartados por miedo o prejuicios.

El esclarecimiento supone el análisis del “aquí y ahora” de los procesos de interacción, las formas de comunicación, y los cortocircuitos en la misma. Comunicación y aprendizaje van juntos, y toda perturbación en la comunicación lleva indefectiblemente a una alteración en el proceso de aprendizaje de la realidad, punto de partida de la enfermedad.

Se trabaja sobre los vínculos entre sus miembros y los objetivos y tareas prescritas por el grupo. Pueden analizarse el grado de identificación de los miembros del grupo entre sí y con la tarea, es decir, el grado de responsabilidad con que se la asume. Además la capacidad de ayudarse entre sí, el nivel de eficacia real con que cada uno de los miembros participa para contribuir al logro o el fracaso de la tarea,

la disposición positiva o negativa para interactuar con un miembro o con otro.

Un lugar privilegiado ocupa, en estos espacios, la actividad creadora, que busca ser facilitada y estimulada. Visualizar lo genuinamente propio, aceptando la naturaleza creativa inherente a la naturaleza humana y permitirse desenvolver esta capacidad significa recuperar el contacto consigo mismo y con el ambiente. Arriesgarse a explorar caminos que le posibiliten descubrir sus necesidades y obtener los recursos para satisfacerlas.

Así, el despliegue de la creatividad es necesario para el reconocimiento de la propia individualidad y al mismo tiempo, está signado por el conocimiento y manejo del propio mundo interno.

Al volver la mirada a su mundo interno, el sujeto deja de depender de la valoración y presión social, particularmente coercitivas y determinantes en este momento histórico, que le indican qué necesidades atender, en qué orden, o qué es lo importante, y comienza a encontrar, en este mismo proceso, las formas de satisfacción para su original y única vida.

BIBLIOGRAFÍA

- DEBORA B. - COLETTI L.M. (2006). La adicción al juego ¿no va más?. Bs. As. Editorial Lugar.
- FREUD, S. (1994). Obras completas. El porvenir de una ilusión. El malestar en la cultura y otras. Bs As. Ed. Amorrortu.
- GREMES, R. Y SICARDI, L. Escenario social y subjetividad. Una mirada sociodramática. Revista virtual “El psicoanalítico”.
- HORNSTEIN, L. Patologías del desvalimiento. Artículo publicado en la página web de la UCES.
- LAPLANCHE, J. - PONTALIS, B. Diccionario de Psicoanálisis. Editorial Labor S. A.
- LIPOVETSKY, G. La era del vacío. Editorial Anagrama.
- PICHÓN RIVIERE, E. El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social (1). Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión.
- ROJAS, M. C. Y STERNBACH, S. Entre dos siglos. Editorial Lugar.

CAPÍTULO 14

EL DOLOR Y EL DUELO EN LA CLÍNICA DEL JUEGO COMPULSIVO

Ps. AGUSTÍN DELLEPIANE

Las personas que consultan por problemas de juego compulsivo no juegan en el sentido lúdico-creativo del término sino que se encuentran atrapadas en un goce autoerótico y en muchos casos autodestructivo. Es común que el modo de presentación adquiera el carácter de urgencia.

Pero, ¿por qué vienen a consultar?. Si bien es tedioso entrar en generalidades, muchas personas vienen porque dicen que quieren dejar de jugar, porque tienen pérdidas excesivas, porque quieren reducir el tiempo y/o el dinero dedicados a esa "actividad". Algunos son traídos como niños o adolescentes que se han portado mal o, en casos con mejor pronóstico, alguien pudo distinguir que están mal. En la mayoría de los casos vienen para que otro los saque de un modo mágico de la situación en la que se encuentran.

Algunos pocos (muy pocos) vendrán a mostrarnos un exceso para angustiarnos a nosotros (una modalidad perversa), pero en su mayoría las personas que llegan vienen a mostrar algo que los desbordó. Ellos o alguien de su entorno se dió cuenta de esto, hay un dolor que ya no se puede evadir. ¿Vendrán a hablar de un exceso?, ¿vendrán a hablar de un dolor?, ¿vendrán a hablar?. Esa es nuestra apuesta.

El exceso y el dolor están relacionados ya que hay un acrecentamiento cuantitativo en el aparato psíquico. En el texto "*La Represión*" Freud dice que en muchas ocasiones el dolor "*puede ser vencido exclusivamente por la acción de una droga o la influencia de una distracción psíquica*"¹.

¿Qué lugar ocupa el juego compulsivo, entonces?, ¿por qué pensar en el duelo cuando pensamos estos casos?, ¿cómo podemos conceptualizar al dolor y al due-

lo?, ¿son procesos distintos?. Estas preguntas orientan mi texto.

El dolor de Miriam sin duelo

Cuando Miriam iba a jugar a las máquinas tragamonedas sentía que estaba en una nube. En el bingo no sentía tanto dolor. Ahí se olvidaba de todo y pasaba la mayor parte del día. Para seguir estando ahí, le roba a su sobrina un anillo de oro, empeña sus joyas, saca préstamos, se endeuda crónicamente con todos los servicios, y compromete casi en su totalidad por dos años la pensión que cobra por la muerte de su hijo. “A mí no me importa esa plata, yo quiero a mi hijo de vuelta”, llegará a decir. En el 2005, un año antes del inicio del juego, su hijo mayor es asesinado en un intento de asalto en un local comercial. Ese era su primer trabajo como agente de seguridad.

Miriam no habla de la muerte y no quiere que nadie hable de eso. Su preocupación son: pagar sus deudas y lamentarse del maltrato de José, su hijo menor, por el manejo que hace del poco dinero que le queda. Hasta acá ella no cree en la búsqueda de algún sentido posible para sus impulsos, sólo los usa para autocastigarse y humillarse.

El duelo y la desmentida

Que un sujeto esté en una nube nos grafica la distracción psíquica antes mencionada. Distracción que se puede llevar a cabo vía el mecanismo de desmentida y de escisión del yo. Mecanismos que, como Freud estableció a lo largo de su obra, pueden ser encontrados en cualquiera de las estructuras psíquicas. Y que se ponen a funcionar activamente en el duelo, en el duelo patológico y en la melancolía. Para diferenciarlos, sólo voy a mencionar aquí que en la melancolía o en el duelo patológico hay un gran empobrecimiento del yo y no está delimitada en un tiempo de duelo sino que adquiere un carácter permanente. No se logra perder el ob-

jeto, de ahí la famosa frase de Freud “*la sombra del objeto cayó sobre el yo*”². A diferencia de ello, en el duelo normal el yo logra (en el tiempo que necesite para llevarlo a cabo) tramitar la pérdida del objeto. Para ello necesita absorber las energías del yo, es decir, hay un repliegue de las investiduras del objeto hacia el yo, para poder tramitar la separación con ese objeto, con todo lo que significó ese objeto para ese sujeto y los lugares que ocupó en su vida. El trabajo del duelo será elaborar una pérdida con el dolor que esta produce en el sujeto, ya que lo que se pierde además del objeto siguiendo a Freud es una “*posición libidinal*”.

Una intervención posible

En una entrevista conmigo (después de varios meses de haber empezado las entrevistas y de haberse incluido en un grupo terapéutico y concurrir a entrevistas vinculares con su hijo), Miriam dice que no sabe por qué le asaltaron las ganas de ir a jugar. “Asaltaron”, le pregunto. Dice que sí, que le vino de golpe, que arriba de la mesa había una plata que debía devolver y se tentó. Estuvo transpirando, sentía que no podía resistirse. Le vuelvo a repetir la palabra pero Miriam no dice nada. Le ofrezco asociarla a que Mariano falleció en un asalto.

La siguiente sesión trae un sueño, vale aclarar que es la primera vez que cuenta un sueño. Soñó con la habitación de Mariano, ella entraba y veía que donde estaba el escritorio no había nada. Alguien lo había robado. Ella no sabía qué hacer. Se desespera. Se despierta. “¿Qué piensa del sueño?”, le pregunto. Dice que no puede olvidar a su hijo todavía, que tiene la habitación igual a cuando él se fue de la casa el último día.

De lo que duele a una pregunta que comienza a dular

La lectura de Lacan sobre la carta 52 de Freud nos enseña que el aparato psíquico está ordenado como un campo del lenguaje. La carta nos introduce a la

1. S. Freud: “La represión” Tomo XIV, Obras Completas, Ed. Amorrortu, página 141.

2. S. Freud: “Duelo y Melancolía”, Tomo XIV, Amorrortu Ediciones, página 246.

temporalidad, a la memoria y a la historización. Freud plantea que en el aparato se inscriben signos de percepción que se articulan. Estos signos pueden dejar huellas, marcas primordiales. Freud intenta explicar que las huellas mnémicas pueden o no tener transcripción, es decir, que pueden inscribirse en el aparato como un recuerdo o pueden no inscribirse y permanecer de modo actual. En el caso de lo actual en la carta 52 Freud dice que se produce: "...una defensa patológica (...) contra una huella mnémica todavía no traducida..."³.

Entonces, en el aparato psíquico puede haber huellas mnémicas o recuerdos que no han tenido una transcripción y permanecen con la misma carga afectiva con que se vivió, por lo tanto, ese recuerdo no perdió nada del monto de afecto y no pudo inscribirse.

La habitación del hijo de Miriam en el presente, igual a como la dejó su hijo en el pasado, nos dice que el tiempo no ha pasado para esa habitación. Todos estos años no ha perdido nada. La habitación no da cuenta de que su dueño no está más. Esa habitación está igual ahora que antes. El sueño de Miriam y su despertar señalan que había una pérdida que no dejaba de no inscribirse. El señalamiento algo conmueve. En el sueño que trae la paciente una sesión después además de encontrar el desplazamiento del asalto al robo, es posible hallar que la habitación ya no está igual, donde debería estar el escritorio hay un agujero. El despertar del sueño nos señala un punto de angustia.

Contar el sueño, hacerlo texto, produce una pregunta dirigida al analista, "¿qué hago con la habitación de mi hijo?" pregunta Miriam esa sesión. Esto implica que un agujero comience a bordearse. "Eso es lo que vamos a trabajar", le contesto. El trabajo del duelo, por lo tanto, comienza.

El trabajo del duelo

Miriam tiene escasos recuerdos de sus padres, a sus 10 años, poco después de la muerte de su mamá, deja de ver a su papá. Fueron sus hermanas quienes le contaron que el papá siempre había jugado a las cartas pero que cuando murió su

mujer (o sea, la madre de Miriam) el padre se descontroló, la casa se llenó de gente que iba a hacer sus apuestas. No se podía vivir más ahí, así que todos los hijos se van. Ella se va a vivir con su hermana mayor a lo de una tía y empieza a trabajar. La hermana (que era "como una madre") le maneja el dinero. En la sesión del sueño, habla por primera vez de los malos tratos de la hermana que la obligaba a trabajar afuera y en la casa. Habla del dolor que sentía en esa época. El dolor empezará a aparecer en el cuerpo. Dirá que le duele el pecho cuando habla de su hijo y del pasado. El dolor comienza a historizarse.

A pesar de que, concientemente, Miriam dice que no tiene nada que ver con ella que su padre fuese jugador; se podría pensar al juego compulsivo como una identificación a un rasgo del padre, o sea, "ser jugador", ó en algo distinto: una incorporación de una modalidad de goce. Con esto quiero decir, pensar la incorporación como reacción frente a una pérdida. Recordemos que su padre se "descontrola" con el juego cuando muere su mujer. En "*Duelo y melancolía*", Freud dice que la investidura de objeto es reemplazada en la melancolía por una identificación; aclara una identificación regresiva con algo primario. De eso parece estar aferrada Miriam frente a la pérdida de su hijo. El trabajo del duelo, por lo tanto, conduce desde esa pérdida: la del hijo a otra pérdida anterior: la de la madre.

Lo actual en la clínica

Como sabemos, no es necesario, como en el caso de Miriam, que una persona haya tenido la desgracia de pasar por un fallecimiento de un ser querido para que se enfrente a una situación de duelo. Tampoco es necesario que una persona haya tenido una pérdida de estas magnitudes para que quede atrapada en las redes del juego.

En "*Duelo y melancolía*", Freud dice que el duelo es una reacción frente a una pérdida, puede ser la muerte de alguien, una separación, una frustración o, por ejemplo, la pérdida de un ideal. Es posible advertir que el discurso del jugador compulsivo está plagado de frases referidas a las pérdidas: "empecé a jugar como cualquiera pero después me perdí", "tengo miedo de perder a mi familia", "tengo muchas pérdidas económicas", "estoy perdiendo el tiempo", "voy para recuperar las pérdidas", "no voy a ganar, yo voy a perder", "¿por qué no me fui cuando gané?",

3. S. Freud: "Carta 52" Tomo I, Obras Completas, Ed. Amorrortu, página 276.

yo tengo que esperar a perder para irme”.

Sin embargo, en muchos casos (no en todos), es factible encontrarnos en esta clínica con pacientes que se presentan mostrando situaciones vividas como traumáticas que no han podido ser tramitadas psíquicamente y que se viven de modo actual. Pacientes que no arman un síntoma al modo de lo que Freud estableció como las psiconeurosis de defensa, sino que están más del lado del dolor y la inhibición. Recordemos que el síntoma neurótico (histeria, neurosis obsesiva, fobia) permite que se produzca una pérdida en la carga afectiva (siguiendo a Lacan podemos decir “una pérdida de goce”).

En los casos actuales no se produce ese síntoma y esa pérdida. Hay un dolor en el que no se ha podido atravesar un duelo.

La clínica de los jugadores compulsivos nos desafía a crear un saber hacer en relación a la problemática actual del juego patológico y sus consecuencias.

Ponernos a pensar el lugar de las deudas, el lugar de la familia, el lugar de la recaída, pero también el lugar de la compulsión, del dolor, del duelo patológico, de la inhibición nos plantea un recorrido desde lo actual a una posible historización.

Es, además, la apuesta de que algo del orden del duelo puede producirse, inscribirse, escribirse.

El corte

Para finalizar, un poema de Pablo Neruda que registra el trabajo que hace un poeta para escribir una pérdida.

*Puedo escribir los versos más tristes esta noche.
Escribir, por ejemplo: "La noche está estrellada,
y tiritan, azules, los astros, a lo lejos".*

*El viento de la noche gira en el cielo y canta.
Puedo escribir los versos más tristes esta noche.
Yo la quise, y a veces ella también me quiso.*

*En las noches como ésta la tuve entre mis brazos.
¡La besé tantas veces bajo el cielo infinito!*

*Ella me quiso, a veces yo también la quería.
¡Cómo no haber amado sus grandes ojos fijos!
Puedo escribir los versos más tristes esta noche.
Pensar que no la tengo. Sentir que la he perdido,*

*Oír la noche inmensa, más inmensa sin ella.
Y el verso cae al alma como al pasto el rocío.*

*Qué importa que mi amor no pudiera guardarla.
La noche está estrellada y ella no está conmigo.*

*Eso es todo. A lo lejos alguien canta. A lo lejos.
Mi alma no se contenta con haberla perdido.*

*Como para acercarla mi mirada la busca.
Mi corazón la busca, y ella no está conmigo.*

*La misma noche que hace blanquear los mismos árboles.
Nosotros, los de entonces, ya no somos los mismos.*

*Ya no la quiero, es cierto, pero cuánto la quise!
Mi voz buscaba el viento para tocar su oído.*

*De otro. Será de otro. Como antes de mis besos.
Su voz, su cuerpo claro. Sus ojos infinitos.*

*Ya no la quiero, es cierto, pero tal vez la quiero.
Es tan corto el amor, y es tan largo el olvido.*

*Porque en noches como ésta, la tuve entre mis brazos,
Mi alma no se contenta con haberla perdido.*

*Aunque éste sea el último dolor que ella me causa,
y éstos sean los últimos versos que yo le escribo.*⁴

4. P. Neruda: "Veinte poemas de amor y una canción desesperada", poema: "Puedo escribir los versos...", Biblioteca La Nación, pág. 95.

ANEXO I - CONVENIO - RESOLUCIÓN
CREACIÓN DEL PROGRAMA DE AUTOEXCLUSIÓN

RESOLUCIÓN N° 417/2006 - IPLyC

Juego de azar prevención y asistencia al juego compulsivo Programa de Autoexclusión -
Formulario de solicitud de autoexclusión - Aprobación

Fecha de emisión: 14/06/2006

Fecha de publicación en el Boletín Oficial de la Provincia de Buenos Aires: 19/07/2006

La Plata, 14 de junio de 2006.-

VISTO el expediente 2319-40.800/04 relacionado con el Programa para la Prevención y Asistencia al Juego Compulsivo - Ludopatía, y,

CONSIDERANDO:

Que, este Instituto Provincial de Lotería y Casinos, en el marco de la apertura de Centros de Atención Integral para jugadores compulsivos, estima conveniente proceder a la reglamentación de la solicitud de autoexclusión de aquellas personas que voluntariamente decidan excluirse a sí mismas de las Salas de Juegos de Azar de la provincia de Buenos Aires;

Que, el Programa de Autoexclusión de Salas de Juegos de Azar, importará una ayuda destinada a asistir a los interesados que soliciten su incorporación al mismo, sin que ello implique responsabilidad alguna para este Organismo, ni para los explotadores de las Salas, por las violaciones en que los mismos pudieran incurrir;

Que, han ingresado al Instituto diversas solicitudes de autoexclusión, hecho que torna imperioso el dictado de la reglamentación pertinente,

Que el presente se dicta de conformidad con lo dispuesto en el artículo 3° inciso b) de la Carta Orgánica aprobada por el Decreto 1170/92, modificado por el Decreto 1324/01, Decreto 245/02 y sus respectivas prórrogas y Decreto 62/05;

Por ello,

EL INTERVENTOR DEL INSTITUTO, PROVINCIAL DE LOTERÍA Y CASINOS, RESUELVE:

ARTICULO 1°. - Aprobar el Programa de Autoexclusión que, como Anexo I, forma parte integrante de la presente.

ARTICULO 2°. - Aprobar el Formulario de Solicitud de Autoexclusión que, como Anexo I, forma parte integrante de la presente.

ARTICULO 3°. - Establecer que todas aquellas personas que hayan solicitado su autoexclusión con anterioridad a la entrada en vigencia de la presente deberán, en un plazo de treinta (30) días hábiles, ratificar su voluntad de autoexcluirse de las Salas de Juego mediante la suscripción del formulario de Solicitud de Autoexclusión que por la presente se aprueba. Vencido dicho plazo sin que el interesado haya ratificado su voluntad de autoexcluirse, quedará automáticamente fuera del Programa de Autoexclusión.

ARTICULO 4°. - Por el Departamento Bingo y/o la Dirección Provincial de Hipódromos y Casinos, según corresponda, notifíquese a los interesados el contenido de la presente.

ARTICULO 5°. – Regístrese por el Departamento Mesa de Entradas y Despacho, publíquese en el Boletín Oficial y archívese.

RESOLUCIÓN Nº 417/2006.-

Francisco La Porta

Interventor

Instituto Provincial de Loterías y Casinos

ANEXO I

PROGRAMA DE AUTOEXCLUSION DE SALAS DE JUEGOS DE AZAR

ARTICULO 1°. - Objeto: el Programa de Autoexclusión constituye una herramienta destinada a aquellas personas que voluntariamente decidan excluirse a sí mismos de concurrir a las Salas de Juegos de Azar de la provincia de Buenos Aires.

ARTICULO 2°. - Sujetos comprendidos: toda persona que considere de su interés no participar en juegos de azar; para lo cual voluntariamente acordará mantenerse fuera, y autorizar ser rechazado su ingreso a todas las Salas de Juegos de Azar de las que este Instituto resulta

Autoridad de aplicación, a través de la suscripción del formulario de solicitud de autoexclusión (Anexo II).

ARTICULO 3°. - Salas de juego comprendidas: el requerimiento comprenderá a Salas del Bingo, Casinos e Hipódromos oficiales.

ARTICULO 4°. - Efectos y alcances: la solicitud efectuada respecto de alguna de las Salas de Juego, importará idéntico efecto respecto de las restantes Salas de Juego de la provincia.

ARTICULO 5°. - Plazo de vigencia: la suscripción implicará la autoexclusión de las Salas de Juego, por un término de dos (2) años, cuyo vencimiento importará la caducidad de la solicitud, encontrándose la persona automáticamente habilitada para ingresar en las Salas de Juego.

ARTICULO 6°. - Revocación: la solicitud de autoexclusión es irrevocable.

ARTICULO 7°. - Responsabilidad: el ingreso al Programa implica la total aceptación de la presente, así como la asunción de toda responsabilidad al respecto. El solicitante exime expresamente de toda responsabilidad al Instituto Provincial de Lotería y Casinos.

ARTICULO 8°. - Procedimiento: todo interesado, deberá completar en forma personal, en cualquiera de las Salas de Juego comprendidas, el formulario de solicitud de autoexclusión (Anexo II). Asimismo, deberá adjuntar dos (2) fotos carnet actualizadas, así como exhibición y copia de su Documento de Identidad.

ARTICULO 9°. - Obligaciones de las Salas de Juego:

- a) Proveer formularios de solicitud de autoexclusión (Anexo II)
- b) Proveer información sobre el Programa de Asistencia y Prevención de la Ludopatía.
- c) Dar cumplimiento al presente Programa, y al Acuerdo de Autoexclusión, en la medida de lo posible y razonable, atento la dinámica del juego de que se trate y las particularidades del caso.
- d) Remitir copia de la solicitud al programa de Prevención y Atención al Jugador Compulsivo, a fin de que tome intervención y preste asistencia al interesado.

ANEXO II

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUTOEXCLUSION

El Programa de Autoexclusión de Salas de Juegos de Azar, del Instituto Provincial de Lotería y Casinos de la provincia de Buenos Aires, se encuentra destinado a proveer ayuda a quienes consideren, de su mayor interés, no participar en salas de juegos de azar.

Para ello, el Instituto Provincial se encuentra preparado para asistirlo en su decisión de autoexcluirse, a través del Programa de Asistencia y Prevención al Juego Compulsivo (Línea de Atención Gratuita 0800-444-4000), y a través de la suscripción de la presente solicitud.

ACUERDO:

Yo,....., DNI....., con domicilio real en calle..... N°..... entre..... y..... de la localidad de....., Provincia de.....; constituyendo domicilio a estos efectos en calle N°..... entre..... y.....

de la localidad de..... Provincia de.....; manifiesto voluntariamente, que no ingresaré a ninguna Sala de Juego de la provincia de Buenos Aires, durante el plazo de duración del presente, que se fija en dos (2) años desde su suscripción.

Solicito me sea rechazada la entrada a todas las Salas de Juego, y se me prohíba, en la medida de lo posible, el ingreso y permanencia en las mismas.

Acompaño al efecto, dos (2) fotografías tipo carnet actualizadas, aceptando que las mismas sean remitidas a las restantes Salas de Juego, al único efecto del cumplimiento del presente.

Asimismo, expreso:

Que la solicitud tiene carácter de irrevocable. En caso de optar por extender el plazo de exclusión deberé suscribir una nueva solicitud al momento del vencimiento del presente.

Que si intentara, o lograra ingresar a cualquier Sala de Juego, me será requerido el retiro del lugar.

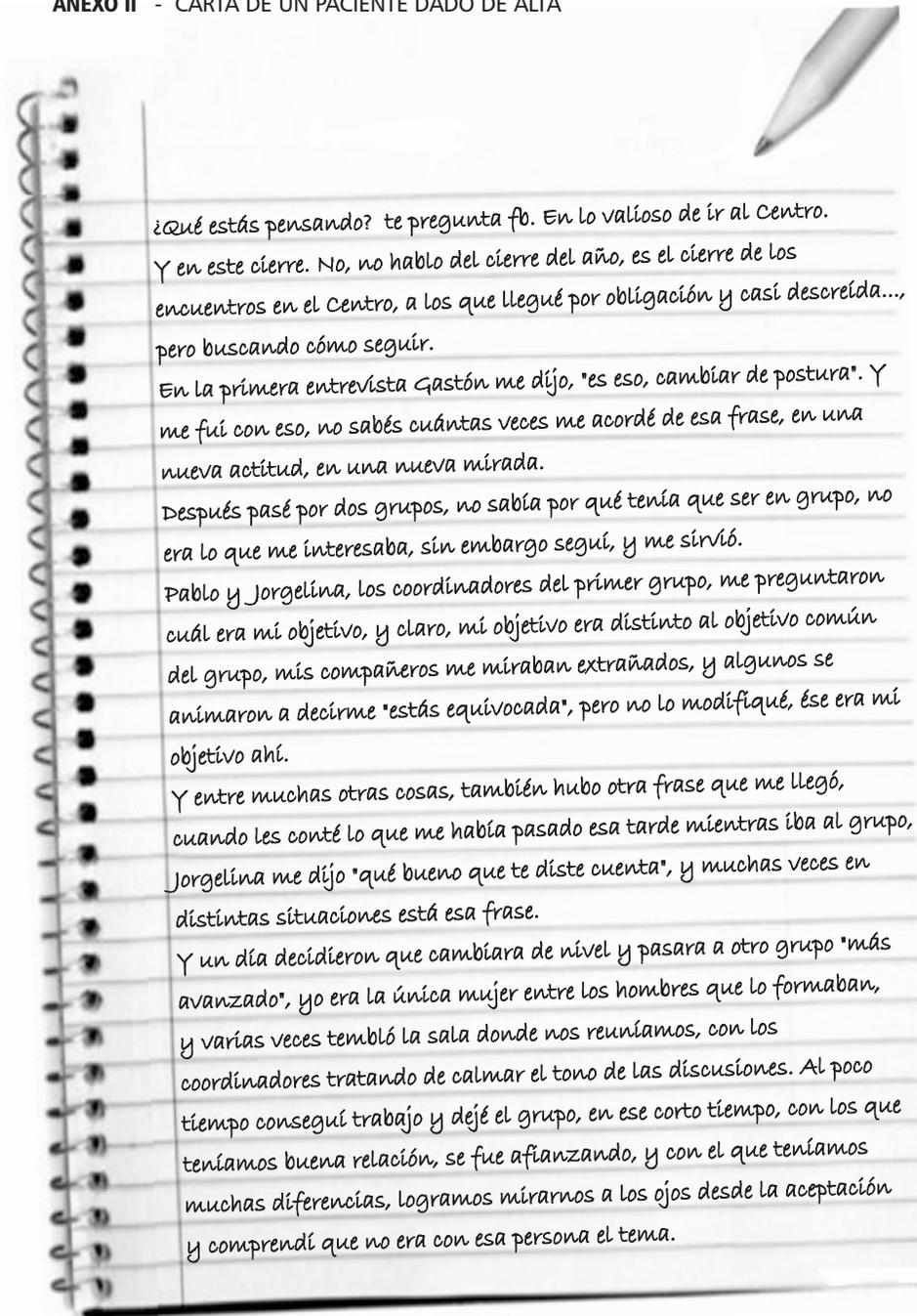
Que el ingreso a cualquier Sala de Juego, durante la vigencia del presente acuerdo, importará su violación e incumplimiento.

Que el ingreso al presente Programa, es voluntario, resultando exclusivamente responsable de su cumplimiento, para lo cual eximo expresamente de toda responsabilidad al respecto al Instituto Provincial de Lotería y Casinos.

Que comprendo y consiento que ni la Sala, ni el Instituto Provincial pueden garantizar totalmente el cumplimiento del presente.

IMPORTANTE - LEER CUIDADOSAMENTE: Entiendo que el ingresar a este Programa, no resulta obligación, ni responsabilidad de terceros; por lo que expresamente renuncio a iniciar cualquier acción legal contra las Salas de Juego, el Instituto Provincial de Lotería y Casinos y/o el Estado Provincial, por violación o incumplimiento del presente. Reconozco que las Salas de Juego, el Instituto Provincial de Lotería y Casinos, ni el Estado Provincial resultan responsables de las pérdidas o daños que por mi propio accionar produzca en mi patrimonio y/o persona, o de terceros.

ANEXO II - CARTA DE UN PACIENTE DADO DE ALTA



ANEXO III - EXPERIENCIA EN EL TALLER DE DIBUJO Y PINTURA
CENTRO ASISTENCIAL VICENTE LÓPEZ

Mientras tanto seguía con las entrevistas individuales con Jorgelina, que me sorprendió con su propuesta, me parecía que era un desafío para las dos, y para mí fue muy valioso.

Claro que pasó tiempo, no fue fácil, como dice Coldplay en uno de sus temas, "nadie dijo que sería fácil", pero le pusimos garra, trabajamos mucho entre lágrimas y sonrisas..., y funcionó. No sé cómo funciona pero funciona.

Hoy hicimos el cierre con Jorgelina en el Centro, y ¿sabés de qué me di cuenta? de que quizá tiene que ver con eso, con dejar de dar vueltas e ir al centro, al propio centro..., reencontrarnos... y recomenzar.

Nadie dijo que sería fácil, ni que lo lograría en poco o mucho tiempo, ni siquiera logré todos mis objetivos, que ya eran más que ese único que tenía cuando empecé, ni por casualidad, queda mucho por hacer, y creo que este cierre también es un desafío y un nuevo comienzo.

Hoy siento un enorme agradecimiento a los coordinadores, a la gente de la institución, a los integrantes de los grupos, y un GRACIAS!!! muy grande a Jorgelina por esas entrevistas que me hicieron vibrar y buscar nuevas salidas. Y también a Eduardo, que me obligó a ir y buscar otra salida.

No sé cómo funciona, pero funciona, quizá es cuestión de animarse, abrirse y darle para adelante, eso sí, con mucho AMOR!!!

GRACIAS!!! Y LO MEJOR PARA USTEDES!!!

Quando hablamos de juego identificamos una actividad social y cultural que atraviesa a la humanidad generando un proceso de socialización y vinculación con los demás.

Pero cuando el sujeto, por conflictos internos, comienza a tener una dependencia cada vez mayor, estamos hablando de una enfermedad.

En el Centro de Vicente López funciona un Taller de dibujo y pintura que actúa como complemento dentro del tratamiento terapéutico. El objetivo del taller es ser utilizarlo como una de las herramientas de tratamiento para facilitar la expresión y comunicación de los aspectos internos del paciente quien, a veces desde la palabra, le resulta dificultoso. El arte se presenta representando las vicisitudes existentes en cada paciente y en cada momento. El objetivo central es facilitar la expresión mediante medios no verbales, dibujo, pintura y técnicas que permitan que las sensaciones y emociones formen parte del proceso terapéutico.

En este caso, las imágenes del cuadro (ver página 154) son el lenguaje del inconsciente. El material se plasma con la ayuda de los pacientes en consignas preestablecidas.

Los talleres permiten a las personas una mayor participación en el tratamiento, siendo estos, motivadores para la continuación de la terapia.

Se trabaja fortaleciendo la seguridad en sí mismos y facilitando el medio para que, lo que se deba expresar, se pueda lograr en forma más directa; la idea es comunicar que en esta disciplina el sujeto tiene la capacidad innata para crear elaboraciones que son realmente suyas y originadas en su propio ser. Entonces las producciones toman un fuerte valor de registro.

Una de las premisas del taller es generar un marco de inclusión grupal, de contención y pertenencia, en el cual se habilita el compartir vivencias personales con respeto y comprensión mutua.

Se desarrollan en un ambiente de tranquilidad, seguridad y contención, creando momentos de esparcimiento y "recreo" frente a la problemática por la cual asisten.



Imagen realizada por un paciente dentro del Taller de dibujo y pintura del Centro Asistencial de Vicente López

ANEXO IV - NÓMINA DEL PERSONAL POR CENTRO ASISTENCIAL

CENTRO MORÓN

[COORD.] Clr. Jorge Luis Schiavon
 Dr. José Alejandro María Larrabure
 Lic. Miriam Lilian Martínez
 Tec. Minor Karina Alejandra Sánchez
 Lic. Melina Ramírez
 Silvina Soledad Mariani
 Bárbara Solange Ortiz
 Mercedes Cecilia Sánchez
 Carlos Eloy Fuenzalida
 María Belen Ozuna
 Karina Paola Vizcay
 Pablo Bottino
 Lic. Paola Mariana de Santiago

CENTRO VICENTE LÓPEZ

[COORD.] Lic. Gastón Arnaldo Gagliardi
 [COORD.] Ost. Lorena Carmen Pitrella
 Ps. Social Elena Neroj
 Lic. Agustín Dellepiane
 Bárbara Pamela González Lorenzen
 Lic. Ma. Jorgelina Martegani
 Lic. Pedro Catella
 Lic. Facundo Michelena
 Lic. Martín Cima
 Francisco Federico Pitrella
 Victoria Bazan
 Marisol Di Cesare
 Manuela Molina
 Noelia Siciliano
 Pablo Lanfranchi
 ATENCIÓN LINEA 0800-444-4000
 [COORD.] Lic. Ricardo N. Villaverde
 Juan Paulo Alaniz
 Ost. Claudia Beatriz Chazarreta
 Psicoped. Ivana Gabriela Quiroga
 Ost. Melina Verónica Juárez

CENTRO AVELLANEDA

[COORD.] Lic. Norma Gladys Yegro
 Lic. Gisele Adriana Castro
 Lic. Marcela Fabiana Caprino
 Patricia Viviana Di Meo
 Martin Leonardo Lisi
 Guadalupe Díaz
 Susana Yegro
 Lic. Sabrina Marta Odaguardi
 Lic. Adriano Vottero
 Juan Carlos Centeno
 Mariano Bascans
 Psicóloga Social Sol Landeira

CENTRO BAHÍA BLANCA

[COORD.] Lic. M. Fernanda González Silvetti
 Lic. Ana María Blanco
 Lic. Florencia Calatayud

CENTRO LA PLATA

[COORD.] Lic. Silvina Yolanda Herlein

Mercedes Edith Martiarena

Guido Alfonso Stramana

Floreal César Oporto

Daniel Gustavo Lescano

María Paula Cornejo

Lic. Rodolfo Di Noto

Ost. Marcelo Guillermo Vivas

Ana Laura Basaldúa

Lic. Marcela Soengas

Federico Delucchi

Sofía Ramírez Vaio

Lic. Rosario Bordenave

Lic. María Inés Funes

Raúl Zato

Alejandra Varela

CENTRO TANDIL

[COORD.] Dr. Juan Martín Modaffari

Lic. Alba María Dauach

Lic. Marcelo Antonio Iturralde

Socióloga Norma Nélida Siccardi

Alejandro Emilio Angueira

Carolina Ester Boldrini

CENTRO OLAVARRÍA

[COORD.] Lic. Gabriela Pappalardi

Lic. Matías Donofrio

Patricia González

Lic. María Julieta Haddad

CENTRO MAR DEL PLATA

[COORD.] Lic. S.S. Julieta Vacas

Liliana Aversa

Noelia Gisele Valle

Hugo Scandali

Lic. Fernando Luis Cano

Lic. Juan Marcelo Magrethe

Lic. Hugo Richeri

Lic. Mariana Aguilar

Lic. Graciela Luisa Lorenzo

María Belén Avila

Jimena Cimarelli García

CENTRO PERGAMINO

[COORD.] Lic. María Belén Taborda

Lic. Yanina Susana Lagonegro

María Mercedes Río

Marina Alejandra Abdala

Sandra Elizabeth Acevedo

Lic. Bruno Emiliano Gobelli

Lic. Silvia Busandri

CENTRO NECOCHEA

[COORD.] Lic. M. Jazmín Taboh Martínez

Lic. Romina Marie

Constanza Pagés

Liliana Lanatta

ASESORES

Dr. José Genaro Contartese

Ernesto González

A MODO DE CIERRE

Una de las misiones del Instituto Provincial de Lotería y Casinos de la provincia de Buenos Aires es controlar y redistribuir en beneficio de la sociedad la recaudación que se genera a través de los juegos de azar. Sin embargo, como Estado, también tenemos la responsabilidad de proteger la salud integral de nuestros habitantes. En este caso de quienes, por diferentes motivos, hacen del juego una patología y no una forma de entretenimiento o de distracción.

Trabajamos en este Programa de Prevención y Asistencia al Jugador Compulsivo con el objetivo de que los habitantes de la provincia tengan la posibilidad de ser asistidos cuando el hecho de jugar se convierte, para ellos y sus familias, en un problema.

Por ello, siendo conscientes de que la ludopatía es una enfermedad y que su tratamiento es uno de los retos asistenciales más importantes de la actualidad, es que desde el Instituto se consideró la importancia de mantener, ampliar y mejorar la red de atención gratuita, para la prevención y asistencia de esta patología.

Queremos que el entretenimiento en la provincia de Buenos Aires sea una actividad saludable; pero si excede los límites tenemos la obligación, como Estado, de estar presentes.

JORGE RODRIGUEZ

Presidente

Instituto Provincial de Lotería y Casinos