

**FACTORES DE RIESGO AL JUEGO PATOLOGICO DE LOS ADULTOS  
MAYORES EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN**

**BERENICE ALZATE CASTRO  
MARGARITA BOLÍVAR GARCÍA  
ANDRÉS ELÍAS CALLE ARANGO  
DINA MARCELA TORO TOBÓN**

**ASESOR TEMÁTICO: MD. GUILLERMO CASTAÑO PEREZ  
ASESOR METODOLÓGICO: INV. GUSTAVO A. CALDERÓN VALLEJO**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ  
ESPECIALIZACIÓN EN FARMACODEPENDENCIA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
MEDELLÍN 2007**

## **AGRADECIMIENTOS**

**Nuestra gratitud permanente a la Fundación Universitaria Luís Amigó:**

**A los docentes investigadores: Md. Guillermo Castaño, al sociólogo Gustavo Calderón, a la Dra. Angela Maria Parra B, quienes con su carisma y entrega. fueron acompañantes pacientes en este proceso.**

**A Rosmery, por su labor grata e incondicional.**

**Al Señor, por ofrecernos la posibilidad de acercarnos más a la vida, a través de los demás.**

**A nuestras familias y seres queridos por su amor y capacidad de entrega.**

**A nuestros compañeros de la cohorte XV, por su compromiso con la especialización.**

# ÍNDICE

## INTRODUCCIÓN

### 1. JUSTIFICACION

### 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 3. OBJETIVOS

- Objetivo General.
- Objetivos específicos.

### 4. ANTECEDENTES

4.1 Algunas investigaciones sobre ludopatía en Colombia y otros países.

### 5. MARCO TEÓRICO

#### 5.1 EL ADULTO MAYOR.

5.1.1 Sobre una definición del adulto mayor.

#### 5.2 TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO.

5.2.1 Teoría de la separación.

5.2.2 Teoría de la actividad.

5.2.3 Teoría de la personalidad y el estilo de vida.

5.2.4 Teoría del Intercambio.

5.2.5 Teoría de la reconstrucción Social.

### **5.3 JUEGO PATOLÓGICO**

5.3.1 El juego en los humanos

5.3.2 Definición del término.

5.3.3 El juego y sus modalidades en ludopatía

5.3.4 Ludopatía: Evolución del término.

5.3.5 Otros datos sobre la persona ludópata.

5.3.6 Algunas características de los jugadores patológicos.

5.3.7 Distintos tipos de jugadores y sus comportamientos.

5.3.8 ¿Cómo afecta el juego patológico a las diferentes áreas de la vida de una persona?

### **5.4 TEORÍAS Y MODELOS EXPLICATIVOS DEL JUEGO PATOLÓGICO**

5.4.1 Modelo de Jacobs.

5.4.2 Blaszczynski y colaboradores.

5.4.3 Modelo de Brown.

5.4.4 McCormick y Ramírez

## **6. FACTORES DE RIESGO QUE INTERVIENEN EN EL JUEGO PATOLÓGICO.**

6.1 Factores de riesgo del juego patológico.

6.1.1 Factores personales.

6.1.2 Factores familiares.

6.1.3 Factores socio ambientales.

6.2 Factores mantenedores.

6.3 Factores de riesgo del juego patológico en el adulto mayor.

6.3.1 Factores individuales.

6.3.2 Factores socio ambientales.

6.3.3 Factores familiares.

## **7. ASPECTOS LEGISLATIVOS DE LOS JUEGOS DE AZAR EN COLOMBIA**

### **8. DISEÑO METODOLÓGICO**

8.1 Delimitación espacial y temporal.

8.1.1 Zonas.

8.1.2 Casinos.

8.1.3 Barrios.

8.2 Momentos del proceso.

8.3 Instrumentos para recolectar información.

8.4 Procedimientos e instrumentos de evaluación del juego patológico.

8.5 Técnicas de análisis de la información.

### **9. HALLAZGOS Y RESULTADOS**

9.1 Confrontación teoría - resultados

    Aspecto sociodemográfico

9.1.2 Factores de riesgo al juego patológico

9.1.2.1 Factores de riesgo personales

9.1.2.2 Factores de riesgo familiares

9.1.2.3 Factores de riesgo socio ambientales

## **LINEAMIENTOS DE PREVENCION AL JUEGO PATOLOGICO**

## **CONCLUSIONES**

## **RECOMENDACIONES**

## **BIBLIOGRAFÍA**

## **ANEXOS**

ANEXO 1 FORMATO PARA DIAGNOSTICAR JUEGO PATOLÓGICO  
Cuestionario breve de diagnóstico del juego patológico. (CBJP)

ANEXO 2 ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.

ANEXO 3 HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

## INTRODUCCIÓN

Aparte de muchas otras variables en cuanto la problemática de los adultos mayores, es sabido que en todos los rincones del planeta las sociedades tienen cada vez más población adulta mayor, posiblemente efecto de cambios en las mayores y mejores posibilidades de expectativa de vida, especialmente en los países industrializados como los casos de América del Norte y Europa. Este comportamiento de la demografía mundial va teniendo diversos efectos, algunos realmente preocupantes. Según una publicación de la página Web [www.funlibre.com//](http://www.funlibre.com//), se calcula que, “a menos que se produzcan hambrunas catastróficas o guerras, durante los próximos 20 años el número de gente mayor aumentará en los países en vías de desarrollo al mismo ritmo que ha aumentado en los países desarrollados”, sin embargo según el Documento Analítico del País, para la Segunda Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento (2002), América Latina está envejeciendo a un ritmo cuatro veces más rápido que el que caracterizó al envejecimiento de los países del llamado *primer mundo*.

Lo anterior es mucho más dicente para el caso de Colombia, donde, a los altos niveles de violencia social tanto en el campo como en la ciudad, hay que sumarles el deseo del común de las personas de emular del modo de vida norteamericano, donde la juventud aparece como uno de los bienes más preciados. Décadas de conflicto social permanente han influido para que la población colombiana cuente actualmente con un alto grado de envejecimiento, dato que toma por sorpresa las políticas estatales. Tal dato es muy importante en tanto actualmente no se conoce mucho acerca del aumento de estos índices de envejecimiento, ni de las consecuencias que puedan tener para el futuro de nuestro país, sus elementos componentes y la organización social.

Para nadie es novedoso que tanto en la ciudad de Medellín como en el resto de Colombia, urgen políticas de salud pública que miren la situación real del adulto Mayor. Diversos criterios diagnósticos, que se abordarán más adelante, estiman que los adultos mayores podrían llegar a verse inmersos en problemáticas psicosociales diversas, debido a múltiples factores de riesgo a los que se enfrentan, entre los que se pueden mencionar las reformas laborales, la violencia social, el aumento de la expectativa de vida, etc. y que dan como resultado un creciente número de personas mayores jubiladas. A este respecto, en reciente investigación, *envejecer nos "toca" a todos* (Cardona, Estrada y Agudelo 2002) afirman que “Se observó un aumento de la población adulta mayor (De 65 y más años) en la ciudad”, -mientras que ese mismo rango de población- “en el año 1964 representaba apenas el 3.4% pasando a un 5.7% en el 2001 (Incremento de 168%), asimismo en 1964 existían 8 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años, pasando a 21 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años en el

2001. Tal situación evidenció que la población de la ciudad esta entrando en una etapa de transición plena, que se expresa en un descenso más acelerado de la fecundidad que de la mortalidad; se destaca así el hecho de que las personas experimentan mayores esperanzas de vida y se incrementa el número de personas de 65 y más años.

Son estos adultos mayores quienes en el marco de la especialización en farmacodependencia, han inspirado la presente investigación sobre aquellos posibles factores de riesgo con los que ellos cuentan de cara a la problemática del juego patológico; pues este es uno de los problemas que con frecuencia afecta a este grupo poblacional.

Tal investigación debe enmarcarse también en la preocupación existente a nivel mundial acerca de los juegos de azar y otros, que han incrementado las cifras de sus adictos, así como también las ganancias de los dueños de los centros de entretenimiento, llámense casinos, juegos virtuales por Internet o la simple máquina de la tienda de barrio en cualquier ciudad. No se trata solamente de la flecha ascendente que pudieran mostrar estadísticas sobre los jugadores problema en la ciudad de Medellín o en el país, se trata también del alarmante deterioro del nivel de vida al que esta adicción lleva tanto al adulto mayor jugador patológico –sujeto central de esta investigación- como a su familia o en su defecto a los escenarios en que se mueve; calidad de vida que hace referencia al bienestar de la persona en todos los sentidos, es decir bienestar físico, psicológico y social durante todas y cada una de las etapas de su ciclo vital. Esta investigación busca, además de tener un acercamiento a dicha problemática, simultáneamente indagar posibilidades de intervención que permitan aportar profesionalmente a las problemáticas a las que se enfrentan estos adultos mayores de la ciudad de Medellín.

A modo de valor agregado, se puede considerar el presente trabajo como un buen insumo, útil además, para personas o entidades que busquen informarse e informar adecuadamente a otros con respecto al juego patológico en la población adulta mayor en la ciudad. Otra sería ya la preocupación por las edades cada vez más tempranas de los nuevos jugadores patológicos y el *boom* de la Internet, el I-pod y el celular en la vida de los más jóvenes, más estas páginas no tienen ésta como su línea a investigar.

## 1. JUSTIFICACION

Aunque existen investigaciones que muestran cifras preocupantes acerca de dependencia al juego en adultos, y para este efecto el lector podrá remitirse al apartado de los antecedentes donde se relacionan datos obtenidos de estudios similares sobre ludopatía en otros países, lo cierto es que al indagar al respecto, se encuentra que en realidad existen pocos e insuficientes esfuerzos por conocer dicha problemática en Colombia, y más específicamente en la ciudad de Medellín.

Es de valorar sin embargo el trabajo concientizador que viene realizando la Fundación Colombiana Juego patológico, la cual, en su página virtual [www.juegopatologico.org](http://www.juegopatologico.org) manifiesta expresamente la carencia de investigaciones en este sentido al decir: “Con relación a las investigaciones, en Colombia, no se ha realizado ninguna hasta el momento.” Esta carencia de investigaciones, sumada a la tendencia al crecimiento de la población adulta mayor en la ciudad de Medellín, hace necesarios múltiples esfuerzos que permitan a la administración de la ciudad y a los responsables de salud pública, visualizar entre otras, la problemática del juego patológico y las posibles complicaciones que se presenten en caso de continuar tal tendencia.

Tal aseveración no sería tan preocupante si no fuera porque la proliferación de casinos, casas de juego y su legalización, acrecientan a su vez las posibilidades de que los adultos mayores que viven en Medellín, puedan acceder a estos lugares; tal hecho los pone en situación de riesgo, en tanto que podrían iniciarse en estas prácticas adictivas. Esta posible situación de mayor vulnerabilidad ante el juego es llamativa para los adultos mayores por cuanto es vendida como una forma fácil de conseguir dinero, y a la vez como una de las pocas alternativas que se les ofrece para la utilización de su tiempo libre. No puede dejarse de lado el hecho de que, al menos, en la ciudad de Medellín, el adulto mayor cuenta con muy pocas herramientas o posibilidades de inversión de ese tiempo; un vistazo rápido a los programas que la ciudad de Medellín ofrece para este rango de población, dejan ver propuestas que desde un criterio de ayuda, conciben a los adultos mayores como aquellos quienes necesitan algún tipo de entretenimiento para llevar esta etapa de su vida. A modo de ejemplo se pueden citar los siguientes:

La **universidad EAFIT** en el Área del Adulto Mayor de su página Web ([www.eafit.edu.co](http://www.eafit.edu.co)), oferta un espacio donde éstos pueden continuar enriqueciéndose intelectualmente compartiendo con sus pares generacionales. Esta experiencia ya lleva tres años de existencia y actualmente cuenta con 85

estudiantes activos, 70 de ellos en la ciudad de Medellín, y 15 en la ciudad de Cali, gracias al convenio establecido con la Universidad UCESI del valle del Cauca.

La Alcaldía de Medellín por su parte, lidera programas de carácter lúdico y deportivo que incluye grupos etéreos de adultos mayores, donde se ofrece a éstos la posibilidad de ejercicios y ambientes para la socialización

De otro lado la falta de escenarios en la ciudad para la recreación de los adultos mayores, combinado con una posible desvalorización de estas personas al interior de sus núcleos familiares, fortalecería algunos factores de riesgo. Tal hecho es otra buena razón para la presente investigación a la luz de la especialización en Farmacodependencia.

Datos como la tendencia al crecimiento de la población adulta mayor en la ciudad de Medellín, los pocos espacios que la ciudad posee para el esparcimiento sano de ésta, el deterioro de los factores de protección para una vida sana, y las escasas investigaciones acerca de juego patológico en la ciudad de Medellín y el país, hacen necesaria, urgente y oportuna una investigación como la presente. Se hace preciso también, indagar sobre los factores psicosociales asociados a la dependencia al juego, sus causas, sus efectos y las repercusiones en las distintas dimensiones de la vida del adulto mayor de la ciudad de Medellín, de manera que esto permita formular estrategias de prevención, para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Este trabajo investigativo busca indagar acerca de aquellos factores de riesgo al juego patológico con los que contaría el adulto mayor de la ciudad de Medellín. El problema está planteado en términos de las variables que se deben tener en cuenta tanto a la hora de sopesar dicha problemática, como de generar programas preventivos que disminuyan o eviten, en estos adultos, los riesgos de convertirse en jugadores ludópatas<sup>1</sup>.

Debido a que esta patología ha sido muy poco investigada en nuestro medio, se hace necesario hacer una caracterización inicial de la persona ludópata, a modo de ir aclarando de quién se habla cuando se dice “ludópata”, sujeto central de la presente investigación.

Partiendo de un contexto más amplio, el fenómeno de la ludopatía presenta diversas características entre las que se destacan la gravedad de los costos personales, sociales, y financieros. Muchas personas con problemas de juego patológico han llegado a perderlo todo: dinero, familia, trabajo, relaciones interpersonales, a causa de su dependencia al juego, en tanto que éste y de manera casi imperceptible, se les fue convirtiendo en una obsesión que llegó a controlarles, si no toda, al menos buena parte de su vida, incluyendo la etapa de la adultez mayor, rango de edad objeto de esta investigación.

Como sucede en otras patologías, en la ludopatía también se presentan diversos grados y estilos de relación con la enfermedad. Entre las múltiples posibilidades se encuentran jugadores patológicos para quienes es un placer el simple hecho de jugar; otros lo asumen como su modo de ganar dinero para su sustento, diferenciándose de quienes lo han asumido como una especie de capacidad especial que los hace expertos en los trucos de azar. Por lo general el ludópata afirma “Poder dejar el juego” cuando lo desee, sin embargo, es sabido que en buen número de casos la vejez sorprende a muchas personas intentando por años abandonar su adicción al juego. Desconocer cuáles son los factores que alimentarían la posible aparición de adicción al juego en el adulto mayor y en consecuencia, no contar con alternativas terapéuticas para su tratamiento en la ciudad, se convierte en uno de los principales interrogantes motivadores del presente trabajo investigativo.

Hasta hace muy poco el problema del juego patológico pasó desapercibido, debido a que socialmente se le atribuyó una falsa irrelevancia a pesar de todas las consecuencias visibles que mostraba. Usualmente la gente reconoce la gravedad que patologías como el abuso a sustancias psicoactivas, suponen para los

---

<sup>1</sup> En esta investigación, los términos ludópata, adicto al juego y jugador problemático, serán tratados como sinónimos, aún conociendo algunas leves diferencias entre ellos.

adictos a ellas, mas no sucede así con la adicción al juego: el común de las personas reconoce lo que supone la adicción a aquellas sustancias, lo mismo que sus consecuencias personales y sociales; contrariamente hay problemas para reconocer la adicción al juego en tanto que problemática debido a que no tiene ese carácter exoquímico, lo cual le hace perder de alguna manera su contenido significativo. Socialmente el juego ha sido valorado en tanto que posibilidad de encuentro con los demás, actividad válida para el descanso, el disfrute y el manejo de sensaciones negativas como la ansiedad, etc., es decir, el juego tiene más significación social positiva que negativa, lo cual ayuda a que ordinariamente se omita su carácter adictivo y en consecuencia la verdadera gravedad del problema. Lo anteriormente expuesto se convierte en obstáculo de cara a los esfuerzos por hacerle frente a esta enfermedad.

Lo anterior se ve agravado por el hecho de que de manera muy frecuente se explica el juego patológico desde otro tipo de variables únicas, como pueden ser los elementos constitutivos orgánicos, el control de impulsos y compulsiones, hecho que también ocultan de alguna manera la verdadera gravedad de esta adicción y sus efectos. A modo de ejemplo, se puede apreciar cómo para los manuales diagnósticos DSM- IV Y CIE 10, el juego patológico no pasa de ser un trastorno de control de impulsos; afortunadamente la sociedad y al interior de ella los profesionales de la salud, han ido tomando conciencia poco a poco de que un ludópata es mucho más que eso.

Según el artículo de <http://www.cop.es/colegiados/M-13641/diag.htm>, "El juego patológico comporta una "Adicción llamada no tóxica", lo que le coloca dentro del reciente grupo de nuevas patologías entre las que se encuentran otras como los trastornos de comprador compulsivo y adicción a la Internet. Avances de este tipo tanto en el campo de la medicina como en muchos otros afines, han originado procesos que han permitido que la ignorancia de la gravedad de esta patología sea actualmente ya casi cosa del pasado; en el caso de la cultura latinoamericana, por tanto en la colombiana, se ha ido fortaleciéndose una cierta toma de conciencia ante esta nueva patología con respecto a las socialmente ya establecidas, gracias a la atención que cada vez con más fuerza ha captado la ludopatía de parte de los programas de salud internacionales, estatales y regionales.

A pesar de cierto aumento de interés por la problemática del juego patológico, los escasos estudios se quedan cortos a la hora de proponer soluciones sólidas y eficaces; según estadísticas, la población adulta mayor de la ciudad de Medellín va en aumento, tanto en número como en edad promedio y todo parece indicar que, guardando las proporciones, en Latinoamérica podría repetirse el fenómeno

de envejecimiento general vivido en Europa, lo cual viene a convertirse en otro de los móviles de la presente investigación, en cuanto se hace perentorio construir información actualizada acerca del juego patológico en los habitantes de la ciudad de Medellín, al tiempo que se hace necesaria y urgente la detección de factores de riesgo responsables del desarrollo y mantenimiento de este tipo de patrones conductuales.

Esta investigación también espera llegar a relacionar diversos elementos más individuales con la problemática de juego patológico. Elementos poco conocidos como ciertas dinámicas al interior de los grupos familiares, que podrían estar imponiendo efectivamente a estos adultos la pérdida de poder o su sensación y la consecuente adicción al juego, podrían ser valoradas desde otras perspectivas que ofrecería esta investigación: algunas enfermedades físicas y mentales, la efectiva pérdida o ausencia de la pareja y figuras afectivas, deterioros cognitivos y/o problemas psicológicos como la depresión senil, serían información muy valiosa y a la vez coadyuvantes de dichos factores. Experiencias limitantes como las mencionadas podrían llevar a personas adultas mayores a generar patrones patológicos, incluyendo la adicción al juego, que, a modo de círculo vicioso, entraría a fortalecer el deterioro en los niveles antes mencionados entre otros.

Estos y otros elementos relacionados con la adicción al juego se convierten en el material principal a investigar en el presente trabajo. Desde esta perspectiva, se plantea entonces, un proyecto de investigación acerca de los factores de riesgo de los adultos mayores de la ciudad de Medellín frente al juego patológico, con miras a que se convierta en un aporte en la construcción del mejoramiento de la calidad de vida de esta población, a tiempo que proponga alternativas de prevención para la misma.

La pregunta por estos factores de riesgo con que podrían contar los adultos mayores de la ciudad de Medellín debe partir del supuesto de que el juego, además de ser una actividad lúdica que proporciona excitación y placer, puede llegar a convertirse en un verdadero problema tanto personal como social. Entender esto, impulsa a la búsqueda también de líneas de acción y de posibilidades preventivas que favorezcan la disminución del juego patológico en los adultos mayores en la ciudad de Medellín y/o que eviten su aparición.

### **3. OBJETIVOS**

- **Objetivo General**

Analizar los factores de riesgo al juego patológico, en un grupo de adultos mayores de la ciudad de Medellín, a fin de plantear posibles alternativas de prevención.

- **Objetivos específicos**

Describir las características sociodemográficas y de juego patológico en un grupo de adultos mayores de la ciudad de Medellín. .

Identificar algunos factores de riesgo asociados al juego patológico de un grupo de adultos mayores de la ciudad de Medellín.

Proponer lineamientos para la prevención a la problemática de juego patológico en un grupo de adultos mayores de la ciudad de Medellín.

## 4. ANTECEDENTES

Como ya se ha dicho, en Colombia es poco el material que a partir de investigaciones sobre juego patológico en adultos mayores se ha logrado construir; de hecho al final de este numeral se cita la única investigación de este tipo encontrada para este rango de edad en el país, lo cual hace necesario acudir a trabajos que con esta misma temática han sido desarrollados en otros países del mundo, no sin antes aclarar igualmente que son escasos los trabajos con adulto mayor. Se hace necesario aclarar que aunque no se trata de investigaciones hechas en poblaciones exclusivamente de tal rango de edad, al menos dan algunas pistas acerca de lo que el juego patológico está significando para tales naciones y para el mundo en general. Entre otras, se citan investigaciones reseñadas en López (2005) que por lo general reafirman el hecho de que “los jugadores patológicos o jugadores problema en su mayoría son hombres, quienes varían su edad de acuerdo al país de origen y al tipo de población investigada”. Veamos:

### 4.1 ALGUNAS INVESTIGACIONES SOBRE LUDOPATÍAS EN COLOMBIA Y OTROS PAÍSES.

**País:** Estados Unidos (Primera nación en el mundo en gastos en juego).

**Autor y origen de la investigación:** Universidad de Missouri-Columbia (EE.UU.)

**Objetivos:** encontrar similitudes entre los perfiles de ludópatas y otros trastornos adictivos.

**Resultados:** la cifra de jugadores patológicos adultos (1.4% y 2.8%) aumenta en la juventud y la adolescencia entre el 4% y 6%. Los individuos con problemas de conducta ludópata tienen conductas similares a los de aquellos con trastornos adictivos asociados al alcohol, la marihuana y la nicotina. Según este estudio, las asociaciones entre el juego patológico y las tres sustancias fueron similares en magnitud y casi tan amplias como la dependencia entre alcohol y nicotina.

**País:** Colombia

**Título autor:** Características de la Función Ejecutiva en personas con cuadro clínico de Juego Patológico: Un estudio descriptivo comparativo con jugadores patológicos del área metropolitana del Valle de Aburrá.

**Autoras:** Paula Andrea Zuluaga y Luisa Fernanda Montoya (ver bibliografía)

**Origen de la investigación:** Fundación Universitaria Luís Amigó (FUNLAM)

**Objetivos:** Describir las características de la función ejecutiva en personas con cuadro clínico de juego patológico, comparando el desempeño de estos con un grupo control, en las pruebas Clasificación de Tarjetas de Wisconsin (WCST), Prueba de Conflicto Palabra/Color o Test de STROOP, Test de Apertura de Caminos (TMT) - parte B -, Test de Fluidez Verbal (FAS) -Fonológico- y la Escala de Evaluación Comportamental de Función Ejecutiva (BRIEF), para observar diferencias en el funcionamiento ejecutivo.

**Resultados:** Se encontraron diferencias significativas entre el grupo caso y el grupo control en las dimensiones inhibición (con  $t=-5.3$  y  $p=0.000$ ), control emocional (con  $t=-3.1$  y  $p=0.005$ ), cambio/flexibilidad (con  $t=-3.7$  y  $p=0.001$ ), iniciativa (con  $t=-2.2$  y  $p=0.042$ ), monitoreo (con  $t=-3.5$  y  $p=0.002$ ) y organización/planeación (con  $t=-2.2$  y  $p=0.038$ ). A partir de los hallazgos investigativos podemos afirmar que el trastorno comportamental presente en el cuadro clínico de Juego Patológico, también es susceptible de ser explicado con el modelo híbrido de Barkley, ya que la población estudiada muestra síntomas muy similares a los del TDAH, como son: el déficit en el control inhibitorio, la baja capacidad para anticiparse a eventos futuros, la ausencia del lenguaje interior, y las deficiencias en la secuenciación lógica de actividades dirigidas a metas.

**País:** Estados Unidos.

**Origen de la investigación:** Hospital General de Massachussets.

**Objetivos:** Buscar relaciones entre adicción al juego y otras adicciones.

**Resultados:** la expectativa de una gratificación económica pone en funcionamiento el sistema del cerebro que también procesa la "Recompensa" que ofrecen las drogas o la comida. Así, este trabajo señala que la adicción al juego parece activar las mismas zonas del cerebro que se ponen en funcionamiento con el consumo de la cocaína.

**País:** Estados Unidos

**Origen de la investigación:** universidad de Dalhousie (EE.UU.)

**Objetivos:** Buscar relaciones entre adicción al juego y consumo de alcohol.

**Resultados:** el triunfo en el juego patológico aumenta más la necesidad de consumir alcohol que cuando se pierde. Esto podría explicar por que estos problemas van de la mano en muchos individuos.

**País:** Estados Unidos.

**Título de la investigación:** Incidencia del juego patológico en la población de Estados Unidos.

**Objetivos:** estimar la cantidad de población con probabilidades de ser jugadores compulsivos y la población potencialmente en riesgo de convertirse en adicto al juego.

**Resultados:** La investigación determinó que en Estados Unidos existían 1.1 millones de “Probables jugadores compulsivos” y un total de 3.3 millones de norteamericanos potenciales jugadores compulsivos, lo cual representaba el 0.77% y el 2.33% de los adultos de ese país.

**País:** Estados Unidos (Ohio y Delaware Valley).

**Título, autor u origen de la investigación:** Culliton (En Delaware Valley) y Culleton y lang (1984) en Ohio. The Prevalence Rate of Pathological gambling in the Delaware Valley.

**Objetivos:** estimar la cantidad de población en Ohio y Delaware Valley con probabilidades de ser jugadores compulsivos y la población potencialmente en riesgo de convertirse en adicto al juego.

**Resultados:** La investigación determinó que en Ohio el 2.5% de la población adulta constituía el grupo de probables jugadores patológicos, mientras que el 3.5% eran potencialmente jugadores patológicos. En Delaware la primera cifra subió al 3.4% y la segunda a 4.12% respectivamente.

**País:** Varios países

**Título, autor u origen de la investigación:** citados por López (n.d)

**Objetivos:** relacionar las poblaciones de jugadores patológicos y jugadores problema

**Resultados:**

Ciudad	Probables jugadores Patológicos	jugadores problema	Autor(es) de la investigación	SOGS (South Oaks Gambling Screen)
New York	1.4%	2.8	Volberg y Steadman	SOGS
New Jersey	1.4%	2.8		SOGS
Québec	1.2%	2.6%		SOGS
Virginia	1.5%	2.4%		SOGS
Québec	1.2%	2.6%	Ladouceur	SOGS
Galicia	1.7%	1.6	Becoña	DSMIII- R
Sevilla	1.7%	5.2%	Legarda et al.	SOGS

**País:** Alemania

**Título, autor u origen de la investigación:** Buhringer y Konstanty

**Objetivos:** Examinar la conducta de jugadores de máquinas recreativas con premio.

**Resultados:** 10.2% de los jugadores tiene una conducta no adictiva de juego, mientras el 0.7% presentan una conducta de juego de carácter adictiva.

**País:** España (Aragón)

**Título, autor u origen de la investigación:** Jugadores problema en Aragón

**Objetivos:** Caracterizar población de jugadores en Aragón

**Resultados:** Para 1998 en Aragón, se jugaron 123.688 millones de pesetas, viéndose incrementada esta cantidad en un 17% al año siguiente, 1999, rozándose así la cifra de 130.000 millones de pesetas. Datos generales:

1. Distribución de los tipos de jugadores en Aragón.  
 90,80% jugadores sociales.  
 6,60% posibles jugadores problema  
 2,60% posibles jugadores patológicos

Sumando las cifras de jugadores problemas y patológicos vemos que un 9,20% de la población aragonesa tiene problemas de juego.

#### 2. Distribución por sexo.

El 44,93% de los varones son jugadores sociales, frente al 55,07% de las mujeres. Las mujeres en el estadio de jugadores sociales son mayoría. En el intervalo de jugadores problema, las cifras son el 69,70% de varones frente al 30,30% de mujeres, con un diferencial de 39 puntos a favor de las mujeres. En cuanto a los jugadores patológicos la distancia entre sexos es aún mayor, pues el 76,92% son varones, y sólo el 23,08% son mujeres, con una diferencia porcentual de 54 puntos.

Con lo que podemos afirmar que los problemas de juego afectan más a los hombres que a las mujeres.

#### 3. Distribución por edad.

La mayor incidencia de problemas con el juego de azar se da en el intervalo de 18 a 30 años, al hallarse en este tramo de edad el 46,15% de los jugadores patológicos y el 51,51% de los jugadores problema.

Esto indica que buena parte de los esfuerzos preventivos deben dirigirse a la población menor de 30 años, sin descartar otros tramos de edad también significativos, como los 45-49 años para los jugadores problema y los 55-59 años para los patológicos.

#### 4. Nivel educativo.

Según se evidencia en el Estudio, a mayor nivel educativo, mayor incidencia de la adicción al juego, tesis que se refuerza al observar las cifras relativas a estudiantes. Si bien esta tesis no se mantiene entre los jugadores patológicos, donde las tasas de incidencia en personas con formación básica y universitaria tienden a igualarse.

En cuanto a las máquinas "Tragaperras", el perfil es el de un varón de 20 a 40 años residente en Huesca.

Por tramos de edades, los segmentos de 18 a 19 y de 45 a 49 años son los más afectados, pues un 20% de ellos reconoce que juega al menos una vez a la semana.

**País:** España (País vasco).

**Autor de la investigación:** Enrique Echeburúa catedrático de Psicología clínica de la Universidad del País Vasco.

**Objetivos:** Relacionar porcentaje de casos con adicción a juego patológico al interior de la generalidad de demandantes de ayuda terapéutica de esta universidad.

**Resultados:** el 82 por ciento de los adictos que requirieron ayuda terapéutica tenía una dependencia a las máquinas tragaperras, que tienen una gran capacidad adictiva (Por la música, luces de colores, etcétera). Este estudio tiene validez por la presente investigación en tanto muestra una prevalencia de los casos de ludopatía por encima de otras posibles problemáticas en la región vasca.

**País:** Argentina

**Origen de la investigación:** Hospital Álvarez de Argentina.

**Objetivos:** describir cómo se reparte la población de jugadores problema en la localidad en que se encuentra dicho hospital.

**Resultados:** El 75 % de los pacientes en tratamiento son hombres mientras que el 25 % son mujeres.

- El 80 % de los pacientes tanto hombres como mujeres tienen entre 40-65 años y el 20% se sitúa entre 20 a 40 años.

- Con respecto a la población masculina los lugares de azar más concurridos son el casino y el hipódromo. En cambio en la población femenina el lugar más frecuentado es el bingo y las máquinas tragamonedas.

- El nivel socioeconómico que pertenecen los pacientes tanto mujeres como hombres es de clase media.

- Con respecto al nivel educativo el 90% de la población ha terminado el secundario; el 50% ha estudiado una carrera universitaria o terciaria.

- El 75% son casados (Hombres-mujeres), el 10% están separados, el 5% soltero, 5% viudo y otro 5% vive en pareja.

- El 10% de mujeres con intento de suicidio un 15% en hombres y un 22% con ideas de suicidio en ambos sexos.

Otras adicciones: el 90% son fumadores activos. El 5% de las mujeres han tenido problemas con el alcohol mientras que en la población masculina es del 15%. Un

10% de hombres y un 26% de mujeres manifestaron compras compulsivas y el 10% consumo de drogas en su juventud.

- En los hombres la edad de inicio al juego oscila entre los 15 y 20 años, en cambio en las mujeres empezaron más tardíamente entre los 30 y 40 años.

**País:** Colombia

**Título, autor u origen de la investigación:** Tesis “Síntomas Ludopáticos en jugadores mayores de 50 años en la sala de bingo Proventura de la ciudad de Medellín, 2003” Luís Mery Yépez Vargas. U.C.O.

**Objetivos:** hacer un acercamiento al impacto del juego patológico en la población adulta mayor de la ciudad de Medellín.

**Resultados:** de la muestra correspondiente a 51 personas, se encontró que el 40% de los entrevistados presentan síntomas de jugador problema, mientras un 38% son posibles jugadores patológicos.

## 5. MARCO TEÓRICO

En este apartado se exponen inicialmente las características psicosociales del adulto mayor, delimitando la significación real del término y ofreciendo algunas de las teorías del envejecimiento y datos acerca de la vejez a nivel mundial. Se aporta también información acerca de lo que se entiende por juego y juego patológico abordándose además apartes de la legislación del juego en Colombia. Tras citar los criterios diagnósticos para juego patológico según DSM IV y CIE 10, se exponen, además de los tipos de jugadores, una discusión acerca de las teorías y modelos que aclaran la explicación y diagnóstico del juego patológico. Finalmente se enumeran los factores de riesgo con los que cuentan los adultos mayores frente al juego patológico.

## 5.1 EL ADULTO MAYOR

El Centro de Documentación Virtual en Recreación es un servicio de la Fundación Colombiana de Tiempo Libre y Recreación ,en su página web: [www.redcreacion.org](http://www.redcreacion.org), cita los macro datos que tiene Naciones Unidas acerca del Crecimiento del envejecimiento a nivel mundial; dice que *“con un poco más de 6200 millones de personas, la población mundial creció 1,23 % por año, con un aumento de 77 millones de personas en 365 días ./../ El proceso conocido como **transición demográfica** ocurre prácticamente en todos los países y se caracteriza por el descenso de la mortalidad, al tiempo que también baja, irónicamente, la fecundidad. Si aumenta la duración de la vida de las personas y, al tiempo, disminuye el número de nacimientos, se incrementa la proporción de ancianos en el conjunto de la población. ./../ Hay en el mundo 606 millones de ancianos. Entre ellos 69 millones tienen más de 80 años. La mayoría de ancianos está concentrada en el continente europeo y la tendencia parece que se mantendrá por lo menos durante tres décadas. En muchos países, crece más rápidamente la franja de los octogenarios que la de otras franjas de menor edad. Los viejos representan hoy poco más del; 1% de la población mundial.*

Según la Fundación Colombiana de Tiempo Libre y Recreación, los adultos mayores en Colombia pasaron de ser protagonistas y expertos conocedores del campo colombiano, a ser víctimas anónimas del agobio urbano. La Asociación Federativa (2001) dice por su parte que en las ciudades de Santa Fe de Bogotá y los Departamentos de Antioquia y Valle del Cauca se concentra la mitad de la población que está por encima de 60 años.

Una ojeada inicial a algunos de los mitos sobre los adultos mayores que según De Miguel (2002) comúnmente se manejan dentro de la cultura occidental, permitirá una primera aproximación a la caracterización de los factores psicosociales a tener en cuenta al hablar de adulto mayor de la ciudad de Medellín. Según esta autora, los ciudadanos comunes creen que los ancianos conforman un grupo homogéneo y que éstos, vistos positivamente, son los depositarios del conocimiento y la sabiduría, mientras que referente a lo negativo los ancianos generalmente están solos, aislados, enfermos, son frágiles, y dependen de los otros presentando graves e inevitables deterioros cognitivos que les convierten en seres más difíciles y rígidos.

Para De Miguel (2002), la última fase psicosocial del ser humano al interior de su etapa de madurez es la vejez. Se trata de un momento que enmarca el capítulo final de la vida, un tiempo en el que la gente mira hacia atrás para revisar sus elecciones, en el que reflexiona sobre sus logros, fracasos y sobre el rumbo que tomó su vida. La crisis de éste ciclo se llama integridad del yo frente a la

desesperación. Si el individuo sale de esta revisión de su pasado con el sentimiento de que su vida tuvo orden y significado, con la aceptación de sus decisiones y de las cosas realizadas, el resultado será un sentimiento de la integridad del YO, de una satisfacción que supone que las cosas sucedieron como se deseaba y que no se cambiaría mucho de ellas aunque fuera posible. Como periodo del ciclo vital exige de unos ajustes, particularmente a los cambios en las capacidades físicas, situaciones personales y sociales, lo cual hace necesario prestar mayor atención al cuidado de la salud en general del adulto mayor.

El paso a la tercera edad no pone fin a la generatividad de una persona. De Miguel (2002) cita a Ericsson y Hall (1987) quienes predicen que "a medida que la cantidad de las personas mayores aumenta, éstas van a permanecer implicadas en los asuntos del mundo durante mucho más tiempo. Ellos contemplan a la tercera edad en la actualidad, como un período más productivo y creativo que en el pasado. En la crisis final, integridad vs. Desesperación, consideran que las personas de edad avanzada enfrentan una necesidad de aceptar su vida, la manera como han vivido con el fin de aceptar su muerte próxima. Luchan por lograr un sentido de integridad, de coherencia y totalidad de la vida, en vez de dar vía a la desesperación sobre la incapacidad para volver a vivirla de manera diferente".

Para algunas personas mayores la jubilación es el momento de disfrutar el tiempo libre y liberarse de los compromisos laborales. Para otros es un momento de estrés, especialmente por la pérdida de prestigio; el retiro laboral supone una pérdida de poder adquisitivo o un descenso en la autoestima. Además del trabajo que supone superar el cambio de status laboral, deben también enfrentarse –tal como se ha dicho en líneas anteriores- a la merma de la salud física y de muchas de sus habilidades naturales. El retirado va a pasar de una situación, con poco tiempo que dedicar a las distracciones, a una situación con mucho más tiempo libre, para el cual no ha sido educado. El duelo se presenta entonces como una de las tareas principales de esta etapa, dado que la mayoría de adultos mayores debe enfrentarse con un sin número de pérdidas (Amigos, familiares,"colegas, espacios).

De Miguel (2002) expone que según Ericsson y Hall (1987) "La edad adulta tardía es también una época para jugar, para rescatar una cualidad infantil esencial para la creatividad. El tiempo para la procreación ha pasado, pero la creación puede tener lugar todavía. Aun a medida que las funciones del cuerpo se debilita y la energía sexual puede disminuir, las personas pueden disfrutar una experiencia enriquecida, corporal y mentalmente". Idealmente este sería el objetivo de la preparación para la vejez, pero se sabe que en muchos casos los adultos mayores, al menos muchos de los que viven en Medellín, no cuentan con las posibilidades de llegar a la vejez de esta manera. El juego, más que cualidad

infantil para la creatividad, se convierte en salida al aburrimiento, a la desesperación o al sinsentido.

Envejecer supone además la creciente incapacidad del cuerpo de una persona de mantenerse por sí solo y realizar las cosas que hacía antes. El resultado es que con el paso del tiempo aumenta la probabilidad de fallecimiento. Aunque esta definición describe el proceso biológico, no explica el porqué envejecen las personas. Las teorías del envejecimiento se refieren al proceso de envejecimiento primario, que implica los cambios graduales e inevitables relacionados con la edad que aparecen en todos los miembros de una especie. Este tipo de envejecimiento es normal y sucede a pesar de la salud, el estilo de vida activo y el carecer de enfermedades.

El polo opuesto a una integridad del Yo es la desesperación, el sentimiento de que la vida fue desapercibida, un deseo de haber hecho las cosas de manera diferente a sabiendas de que ya es demasiado tarde. En lugar de aceptar la historia que constituye su vida como un presente valioso, el individuo siente amargura por la forma en que resultaron las cosas.

### **5.1.1 SOBRE UNA DEFINICIÓN DEL ADULTO MAYOR**

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), señala como adulto mayor a la persona de 65 años o más, teniendo en cuenta que los países tienen condiciones socioeconómicas y ambientales diferentes, cada nación debe ajustar su edad dependiendo de ellas. Por esta razón y basados en la esperanza de vida para Medellín, realizado por el grupo de Investigación Demografía y Salud, de la facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia 2001, en general se entiende como Adulto Mayor en la ciudad a toda persona de 65 años o más, que se encuentra en la culminación de un proceso natural, con deficiencias funcionales, como resultado de cambios biológicos, psicológicos y sociales. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) en su informe sobre el Envejecimiento en 1982, define a las personas de edad como las que tienen 60 años o más. La Secretaría de Solidaridad Social del Municipio de Medellín, en su documento: "Caracterización del Adulto Mayor en la ciudad de Medellín" reconoce la tercera edad como "Aquella etapa que llega después de haber transitado por la juventud y la vida adulta, como un periodo que debe asociarse a serenidad de juicio, experiencia, madurez vital, actividad, esparcimiento y aporte familiar y social".

El envejecimiento de la población mundial se explica por diversos factores, como el aumento de la esperanza de vida, el descenso de la tasa de fecundidad, vinculada principalmente a los avances en el control de la reproducción, la explosión demográfica de los años sesenta y a los movimientos migratorios.

Si bien el envejecimiento se nos presenta hoy como una tendencia universal, su intensidad varía, en las distintas regiones. Actualmente los países desarrollados presentan un número elevado de personas mayores y ésta tendencia va constantemente en aumento. Los países en vía de desarrollo aún están en la primera fase de este proceso, pero se prevé que el ritmo de envejecimiento de la población se acelere de forma especialmente rápida. (Comisión Europea en la segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento 2002.).

Los adultos mayores han sido tema de preocupación por parte de múltiples organizaciones nacionales e internacionales. Por ejemplo, la Organización de las Naciones Unidas lleva insistiendo en la cuestión del envejecimiento de la población mundial desde 1982, con ocasión de la primera conferencia organizada a este respecto y la adopción en la misma del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento. En 1999 se celebró el “Año Internacional de las Personas de Edad” y, en abril de 2002, se organizó una Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento con objeto de adoptar un nuevo plan de acción internacional sobre este fenómeno. Por su parte, la Unión Europea insiste en la necesidad de una mayor concientización a escala mundial sobre el envejecimiento. Para lograr adaptarse al envejecimiento de la población, se requiere una visión global de la cuestión, ya que se trata de un proceso de vida que afecta al conjunto de la sociedad y a todos los ámbitos de la vida económica y social. Así mismo, es importante garantizar unas buenas condiciones de salud y bienestar, lo que implica sobre todo favorecer el aprendizaje de un estilo de vida saludable, prevenir la dependencia y la invalidez de las personas mayores, apoyar a la familia mediante servicios de asistencia e iniciar un debate acerca de los últimos años de la vida.

Se puede notar cómo a pesar del esfuerzo hecho a nivel de grandes organizaciones frente al tema, en nuestro país aún hay mucho camino por recorrer al respecto. Mientras que para la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Unión Europea (UE) el problema es el envejecimiento de la población a nivel “mundial” (Europa y Norteamérica), aún en nuestro país esto se ve como una realidad o muy lejana o muy débil dada la juventud característica de la población en el ámbito latinoamericano.

## 5.2 TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

Son múltiples los modos de abordar el proceso del envejecimiento en los seres humanos. Las teorías del envejecimiento pretenden explicar las diversas dimensiones del proceso de envejecer y el modo de entender esta etapa de la vida. Se hace necesario el acercamiento a algunos de los modos de concebir la vejez por lo cual se exponen a continuación de manera breve las teorías del envejecimiento llamadas: de la separación, de la actividad, de la personalidad y el estilo de vida, del intercambio y de la reconstrucción social.

### 5.2.1 teoría de la separación.

Tal como aparece en el trabajo de García (2002), la teoría de la separación o desvinculación fue desarrollada al inicio de los años sesenta por un equipo de investigadores sociales del Comité de Desarrollo Humano de la Universidad de Chicago. Entre sus autores se destacan: Elaine Cumming, William E. Henry, Robert J. Havighurst y Bernice L. Neugarten. (1961). La formulación de la teoría como tal *correspondió* a los dos primeros, quienes, al tener en cuenta que la mayor parte de los ancianos continuaban viviendo en la comunidad durante toda su vida, plantearon la necesidad metodológica de estudiar a las personas mayores en su ambiente natural de forma continuada, dentro de su entorno cotidiano, y no en los hospitales, asilos o residencias.

La teoría de estos autores es muy importante en cuanto afirman que en la medida que las personas se aproximan e ingresan a la etapa de la vejez presentan una tendencia natural a separarse social y psicológicamente del ambiente, es decir, tienden a alejarse de las actividades sociales y a involucrarse menos con otras personas. Para lo que a esta investigación concierne la Teoría de la Separación podría ayudar a explicar cómo la presencia de un tiempo extra en la vida de los adultos mayores, funcionaría como factor de riesgo toda vez que éste no tenga organizado la utilización del ahora aumentado tiempo libre en su vida. De igual forma dejaría entender la tercera edad como factor de riesgo al juego en tanto disminuyen los niveles de interacción con el grupo familiar en el que éste ha vivido.

Un hecho relevante de esta propuesta es que perfilan claramente al adulto mayor como individuo con alta vulnerabilidad al juego patológico. Según Havighurst y Neugarten (1968), citados por García (2002). la adultez mayor permite que las

personas se liberen del estrés proveniente de las distintas obligaciones y responsabilidades familiares y comunitarias, hecho que les deja mucho más tiempo libre para dedicarse a actividades, valores e ideas que consideran importantes como pueden ser las de tipo recreativo entre las que se podría incluir el juego.

Aunque según estos autores tal separación por lo general aumenta la satisfacción con la vida conforme se envejece, lo cierto es que la realidad arroja datos muy diferentes, al menos para las personas de la tercera edad; de hecho desde su aparición, la teoría de la separación ha sido muy criticada, y con razones contundentes: es muy cierto que la separación no es universal, inevitable, o inherente al proceso de envejecimiento, de hecho algunos adultos mayores nunca se retiran, sino que mantienen una vida activa y productiva. Por otra parte la teoría no toma en consideración el efecto que tienen en la actividad las diferencias individuales de salud y personalidad. Además, y muy contrariamente a esta propuesta al menos en el ámbito colombiano, los adultos mayores les produce mayor satisfacción con la vida la oportunidad de continuar la actividad y no la separación como tal.

### **5.2.2 Teoría de la actividad.**

Desde una óptica un tanto diferente a la teoría inmediatamente anterior, según Maddox(1970) citado por García (2002)., la Teoría de la Actividad sugiere que la continuación de un estilo de vida activo tiene un efecto positivo sobre la sensación de bienestar y satisfacción de los ancianos. Tal afirmación en un medio para el que el *tener* y el *poder hacer* son muy importantes pone a los adultos mayores en posición de alta vulnerabilidad, debido a que si bien su satisfacción personal depende de la auto imagen positiva, ella no está reforzada por un medio que no le garantiza la continuidad de su participación activa en roles que ejercieron durante la edad madura.

Según Maddox (1970), también citado por García (2002) en la etapa de adultez mayor estos roles deben ser reemplazados a fin de evitar sentimientos de inutilidad. La simple actividad no mantiene por si sola el sentimiento de autovaloración, especialmente cuando dichas actividades son significativamente menos importantes que los roles adquiridos en etapas anteriores, o en caso peor y no por ello menos frecuente en nuestro medio incluso roles menos importantes son definitivamente inalcanzables para el adulto mayor. Lo anterior indica que tener en cuenta la sola actividad no es la respuesta.

Entre los críticos de esta teoría se encuentran Turner y Helms, (1979), citados por García (2002) quienes afirman que la misma no considera los casos en que algunas personas mantienen una elevada satisfacción a pesar de que se ven obligadas a cambiar sus roles por problemas de salud o por otros motivos. “Diferentes personas pueden preferir tipos distintos de actividades y grados diferentes de participación para sentirse satisfechas.

Según la página Web efdeporte.com, el iniciador de esta concepción explicativa acerca del proceso de envejecimiento y los cambios sociales que en él acontecen fue Tartler (1961); aunque las primeras referencias a esta teoría como tal, corresponden a Neugarten, Havighurst y Tobin (1961). Desde sus formulaciones iniciales han sido muchos los trabajos que se han dedicado a investigar el papel que juegan las actividades en el mantenimiento del bienestar subjetivo entre los mayores (Lemon, Bengtson y Peterson, 1972; Longino y Kart, 1982; Reitzes, Mutran y Verrill, 1995), también citados en la página Web anteriormente mencionada). Esta teoría, a diferencia de la anterior, predice que la satisfacción de los mayores, independientemente de su edad, estará positivamente relacionada con el número de actividades en que participen. En este sentido, su formulación se planteó con la intención de explicar el envejecimiento exitoso. Lemon, Bengtson y Peterson (1972) enuncian cuatro postulados básicos:

**1º** Cuanto mayor es la pérdida de rol que se produce durante el envejecimiento, mayor es la probabilidad de que la persona reduzca su actividad.

**2º** A mayor frecuencia y grado de intimidad de la actividad, mayor apoyo de rol recibe la persona.

**3º** El apoyo de rol que se recibe se relaciona directamente con el autoconcepto experimentado por la persona.

**4º** El autoconcepto positivo, se relaciona directamente con la satisfacción vital.

### **5.2.3 Teoría de la personalidad y el estilo de vida.**

Esta teoría del envejecimiento propone que existe una relación entre el tipo de personalidad y los patrones de envejecimiento. Como bien lo cita Gómez (2003), Neugarten, Havighurst y Tobin (1968) estudiaron a un grupo de adultos mayores de entre 70 y 79 años, identificando cuatro tipos principales de personalidad: integrada, con coraza defensiva, pasiva-dependiente y desintegrada. Su trabajo

logró aclarar que dependiendo de su personalidad, el adulto mayor construiría un estilo de vida que evidentemente va a repercutir en la etapa de la vejez. Según la tesis doctoral de Gómez (2003), Neugarten (1965) encontró que después de la mediana edad no se apreciaban cambios en los modelos de adaptación. Sus conclusiones recogieron que factores como la salud, la economía, el estado marital, y todos los factores relacionados con el cambio de rol eran más importantes que los cambios de personalidad.

Según esta teoría la estabilidad de la personalidad después de la mediana edad se relaciona con dos factores: El primero es que a lo largo del tiempo hay una institucionalización de la personalidad gracias a lo cual las personas se adaptan a su historia de vida. El segundo es que los mayores construyen alrededor de sí mismos un entorno familiar que les permite desarrollarse en el mundo social. Según esto, un adulto mayor con pobre entorno familiar estaría en alto riesgo de buscar alternativas que solapen sus verdaderas necesidades existenciales, afectivas y de sentido de vida.

#### **5.2.4 Teoría del Intercambio.**

En un medio como el de Colombia donde la dependencia económica del adulto mayor es casi obligación, pueden ser ilustrativas teorías como ésta que al aplicarse a los ancianos y a sus familias, encuentra que las personas con las mayores necesidades pierden más poder y por el contrario quienes satisfacen sus necesidades son las que obtienen el poder. Aplicado al adulto mayor y en el contexto de riesgo al juego patológico esta teoría es ilustrativa al mencionar cuatro suposiciones básicas sobre las que se sostiene.

- a. La actividad de individuos y grupos gira en torno a la maximización de las recompensas y la minimización de los costos.
- b. Los individuos utilizan la experiencia para predecir el resultado de intercambios similares en el presente.
- c. Un individuo mantendrá una interacción en tanto que esta siga siendo más gratificante que costosa.
- d. Cuando un individuo depende de otro, él último obtiene el poder.

De acuerdo con esta teoría, el intercambio social no solo consiste en transacciones financieras, sino también satisfacción psicológica y gratificación de necesidades. Otro dato más para entender la significación del juego patológico en los adultos mayores.

### **5.2.5 Teoría de la reconstrucción Social**

Se trata de una importante teoría del envejecimiento que describe la manera como la sociedad reduce el autoconcepto de los ancianos y propone formas de revertir este ciclo negativo. Kuypers y Bengston (1972) citados por Colodrón, Montorio y Fernández (2006).), han utilizado el modelo de descomposición social desarrollado por Zusman para ilustrar la manera en que la sociedad occidental produce cambios negativos en el concepto que los ancianos tienen de ellos mismos. El modelo plantea un ciclo en el que: la sociedad ocasiona que los mayores sufran una pérdida de roles, los etiqueta negativamente como incompetentes y deficientes, los priva de las oportunidades para utilizar sus habilidades, lo que los hace aceptar las etiquetas externas, identificándose como individuos inadecuados y comienzan entonces a comportarse como se espera que lo hagan. De manera muy significativa esta teoría es claramente aplicable a la experiencia del adulto mayor en nuestro contexto, especialmente por todos los elementos que le ponen en una posición de dependencia y minusvaloración.

## **5.3 JUEGO PATOLÓGICO**

### **5.3.1 EL JUEGO EN LOS HUMANOS**

El ser humano, es por esencia trascendente y lúdico; la página [www.saber.golwen.com.ar](http://www.saber.golwen.com.ar), en el artículo *historia del juego* (s.d) afirma que con el juego, el ser humano hace efectiva su capacidad de “resimbolizar su entorno” y a partir de ello obtener una ganancia extra de placer; de esta manera, hacer una historia del juego humano se hace prácticamente imposible por lo inabarcable que resulta describir éste, que en resumidas cuentas, es un mecanismo de simbolización de la realidad.

El juego hace parte de la vida de los seres humanos desde épocas pretéritas haciendo presencia a través de múltiples medios como la literatura, el teatro, la pintura, el cine, la Internet, etc. Aún con todas las múltiples transformaciones que el ser humano ha obrado sobre la tierra el juego ha permanecido incólume a lo largo de la historia; en su investigación, de la Cruz (2006) dice que *"El juego de azar se conoce desde el año 2000 a de C. precediendo al propio dinero. El juego ha estado muy presente en numerosas civilizaciones antiguas, egipcios, griegos, romanos, etc., con un especial protagonismo, debido a la que se consideraba una de las principales pasiones de las clases más altas"*.

### 5.3.2 DEFINICIÓN DEL TÉRMINO

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

Con esto aclarado respondamos a la pregunta ya hecha, pero para ello es necesario retomar las raíces o el sentido etimológico de ludopatía, término sinónimo en este trabajo para juego patológico. En una investigación reciente Calero (2005) citado en [www.marietan.com](http://www.marietan.com) se aproxima al término diciendo que la ludopatía es una “patología poco conocida desde el ambiente de salud y muy aceptada desde el ambiente social”. Para definirla habría que recordar los conceptos sobre adicciones en tanto el juego patológico es una adicción. La ludopatía es una palabra derivada de.../ *dos raíces griegas: ludos y pathós /Los términos griegos no vienen en la cita original/* que significa: juego patológico. Según Calero (2005) fue Moran (1975) quien denominó esta enfermedad como juego patológico.

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

Al hablar de juego patológico se hace invariablemente referencia a su expresión patológica, la ludopatía. Según el Manual Diagnóstico DSM III – R, (APA (1998)) con más frecuencia “El trastorno hace su aparición en la adolescencia en hombres y más tarde en mujeres, con tendencia a convertirse en un problema crónico con periodos de remisión y agudización durante el resto de la vida adulta”. Se subraya la última frase precisamente porque da fundamentación al presente esfuerzo investigativo, pues muestra que la adicción al juego, lejos de ser cosa de jóvenes se convierte en una problemática que podría aparecer o reaparecer a lo largo de la vida de adulta e incluso iniciar en épocas más tardías de la adultez mayor, tiempo en el que se haría manifiesta una aparición o agudización del

trastorno; por tanto, la ludopatía posee un pronóstico grave de cara a la vida futura tanto de quienes la experimentan en épocas tempranas como en quienes aparece en la adultez mayor.

Entre las muchas definiciones de juego patológico que se pueden encontrar hoy, se cita la siguiente tomada de [www.Galene.com](http://www.Galene.com): "... Es una adicción a los juegos de azar en sus múltiples variedades. La más extendida es la provocada por las máquinas tragaperras, debido a su fácil acceso. Generalmente, se juega por pasar el rato, por obtener una ganancia, pero cuando trae consigo que se actúe y viva en función del juego se considera que una persona es ludópata (...) su juego le lleva a tener problemas a nivel personal, familiar, profesional, y social; de forma que piensa, vive y actúa en función del juego. Organiza su vida en torno al mismo, dejando a un lado cualquier otro tipo de actividad. Se convierte por tanto en un esclavo del juego.

Por su parte y de manera aclaratoria, en la misma página Web, se dice que el juego de azar es "Un reto a la suerte, mediante el cual una persona proyecta sus esperanzas de cambiar mágicamente el futuro a su favor, o al menos de experimentar el placer del triunfo contra el riesgo del fracaso a pesar del sufrimiento que conlleva la incertidumbre, traduciendo así una conformidad con la realidad, un deseo de huida de la mediocridad o monotonía cotidiana".

### 5.3.3 EL JUEGO SUS MODALIDADES Y LA LUDOPATÍA

A lo largo de la historia se ha mantenido el gusto por las apuestas y los juegos de azar a partir de unas prácticas clandestinas o públicas para las cuales ha tenido mucho que ver la dinámica de las transformaciones de las leyes de entretenimiento admitido de tiempo en tiempo.

Yépez (2003, p.14) sostiene que esta posibilidad humana se ha ido estructurando en varias formas entre las que se distinguen cuatro principales estilos de juegos: el de **competición**, que se caracteriza porque hay igualdad de oportunidades y el ganador es el mejor; el de **azar**, donde el resultado se deja a la suerte; el de **vértigo (Actuales juegos extremos)**, juego que busca una sensación de éxtasis, de miedo y está relacionado con las necesidades y actitudes de los jugadores; y los de **reglas**, tiene que ver con la habilidad del jugador como pasatiempos y aficiones donde el aficionado compite consigo mismo al lograr armar un rompecabezas o conseguir una nueva pieza para su colección. El juego se considera una diversión cuando hay un control y un goce en el acto en sí, mientras que deja de serlo cuando la persona pierde su libertad de decisión e implica descontrol y sufrimiento; en este último caso se está hablando de ludopatía; a continuación se hace una breve aclaración acerca de estas dos posibilidades del

juego llamando la atención sobre la diferencia entre azar y fortuna lo cual es de gran relevancia para el presente trabajo. Autores como Goleman (1996, p.78) expresan que “Cuando las emociones son demasiado apagadas crean aburrimiento y distancia /mas/ cuando están fuera de control y son demasiado extremas y persistentes, se vuelven patológicas”.

Para este efecto, es necesario recordar aquí que para la cultura occidental existen dos términos relacionados, pero no iguales, para nombrar cada una de las posiciones de quien juega; azar y fortuna. Esta diferencia es tan importante dado que señala una patología; al interior de la cultura de habla hispana, por ejemplo, aparecen las palabras *tahúr* y *jugador*, refiriéndose cada una a una posición diferente de persona que juega. En los países de habla inglesa igualmente, existen vocablos distintos: *gambler*, para nombrar a la persona que puede llegar a arriesgarlo todo por la consecución de una ganancia y *placer* para quien sólo está por el deseo de entretenerse.

#### **5.3.4 LUDOPATÍA: EVOLUCIÓN DEL TÉRMINO**

A pesar de ser una enfermedad muy antigua, y de que los problemas asociados a los juegos de azar han existido desde tiempos remotos, no es hasta el siglo XX cuando se les empieza a dar un tratamiento al tema. Una de las primeras aproximaciones psicológicas a éste trastorno precede de la orientación psicoanalítica, cuando Freud (1928) hace un acercamiento al tema en su ensayo sobre la figura de Dostoyevski.

Hasta 1975 no se había empezado a estudiar el juego patológico como tal, siendo en 1979 cuando Morán la define como juego patológico. Su reconocimiento oficial no se produce hasta 1980, cuando la Asociación de Psiquiatría Americana en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, incluye el juego patológico como una de sus categorías dentro de los trastornos del control de impulsos no clasificados en otros apartados DSM - IV, (APA (1995, p.632)).

Fruto de varias transformaciones a lo largo de su historia, los manuales psiquiátricos fueron construyendo una serie de criterios diagnósticos, comenzando con los del DSM-III, (APA (1984)) para juego patológico. Allí, el juego patológico es situado en el apartado de trastornos del control de impulsos no clasificados en otros apartados, junto con problemas como la cleptomanía, el trastorno explosivo intermitente, la piromanía, y la tricotilomanía. Es una clasificación diagnóstica residual, una especie de cajón de sastre, para aquellos trastornos del control de los impulsos que no se han clasificado en otras categorías.

Para 1992, el DSM – III -R APA (1988) hace una especie de vuelco con relación a los criterios diagnósticos del DSM - III, El juego patológico, según este manual, podría clasificarse como una adicción no tóxica, pero la categoría de adicciones en el DSM–III-R se limita a las conductas de ingesta de alcohol y otras drogas. Echeburúa y Báez, (1990, p. 127-143) dicen que en todo caso “Los criterios para el abuso de sustancias y para el juego patológico son básicamente los mismos si se sustituye el juego por la sustancia adictiva, con un énfasis especial en la pérdida de control.” Más adelante y tras este aporte, en la clasificación diagnóstica del DSM-IV se colocarán estas cinco categorías específicas:

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

De otro lado en 1992, la clasificación Internacional de las enfermedades mentales tiene un lenguaje común, tal como lo muestran las acepciones que la Organización Mundial de la Salud (OMS) presenta en la entonces reciente publicación del CIE 10. Hacia 1995 ya se cuentan con nuevas especificaciones al respecto consignadas en el DSM-IV.

El DSM-IV (APA. 1993), añade a los criterios diagnósticos un aspecto de gran importancia, pues se comienza a dar relevancia tanto a las consecuencias del juego como a los factores desencadenantes del mismo, sugiriéndose la necesidad de tratamientos tanto sintomáticos como no sintomáticos de este problema. Es aquí donde se inserta el presente esfuerzo por acercarse al problema del juego patológico. El criterio que añadió el DSM-IV a su versión anterior propone al juego patológico utilizado como estrategia para escapar de problemas o para mitigar un estado de ánimo deprimido o disfórico.

A fin de hacer más claro lo anterior, a continuación se presentan los criterios diagnósticos del juego patológico consignados en DSM-IV (APA, 1995) y el CIE 10.

<b>DSM-IV (APA, 1995) F63.0: Juego Patológico. [321.31]</b>
---

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

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

## CIE 10 (OMS 1992)

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

También menciona tres criterios para realizar un diagnóstico diferencial:

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

Los criterios para el diagnóstico de esta patología no son los mismos para todos: en la clasificación de los trastornos mentales realizados por la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) se exponen criterios diferentes a los utilizados por la Asociación de Psiquiatría Americana (APA). Como se ve claramente los criterios diagnósticos de ambos manuales presentan algunas similitudes dado que ambos citan la preocupación del jugador por el juego o circunstancias relacionadas, su fracaso al intentar parar la conducta y los consecuentes sentimientos de irritabilidad y malestar emocional. También presentan unas diferencias significativas en tanto el DSM-IV especifica más los criterios al detallar algunas de las consecuencias sociales del juego en el entorno del jugador problema. Así, mientras que CIE-10 es más lacónico, el manual de la APA se explaya en descripciones, como sucede en el aparte que dice: “el jugador aumenta cada vez la cantidad apostada intentando recuperar lo perdido, con el juego busca escapar a dificultades disfóricas; para ello roba, pone en peligro (a sí mismo, a su familia, a sus relaciones, a su trabajo), falsifica, hace fraude, abusa, miente, roba y otras muchas conductas más” APA (1995).

### 5.3.5 OTROS DATOS SOBRE LA PERSONA LUDÓPATA

El juego patológico en el contexto de este trabajo investigativo es entendida como una adicción a los juegos de azar. Por ser una adicción, está considerada enfermedad crónica que no tiene cura aunque pueda controlarse, con lo cual se quiere decir que siempre estará ahí, aunque sea de un modo silencioso, esperando el menor descuido para volver a emerger. El jugador patológico nunca dejará de serlo aunque acumule años y acabe por envejecer absteniéndose de jugar.

Tal como sucede con otras adicciones, la ludopatía también va alterando las diferentes áreas de la vida del jugador patológico incluyendo lo laboral, lo educativo, lo familiar, etc. De manera similar a lo que ocurre con la persona adictas a las drogas, por ejemplo, el ludópata va avanzando en la enfermedad debido también a la **tolerancia** cada vez mayor frente al juego, manifestada y fundamentada en su permanente necesidad de seguir jugando, hecho que explica el característico incremento en sus apuestas.

“El ludópata nunca podrá recuperar la libertad frente al juego que tienen las personas que carecen de este problema. Eso significa que si después de varios años sin jugar echa una moneda en la maquina, juega un cartón de bingo o hace una apuesta a la ruleta, recaerá y todo volverá a ser como antes, como si el tiempo de la abstención no hubiera pasado. Si el juego patológico se curase realmente, eso no sucedería y podría volver a jugar sin mayores riesgos, como las demás personas; pero eso es precisamente lo que no sucede”. (Ramos, 2005, p.25).

Según Becoña (1995, p. 423-440), los jugadores pasan por diferentes etapas en su conducta de juego. En un principio se encuentran en una *etapa dorada*, en donde el jugador obtiene ganancias con el juego, aunque siempre es más conciente de lo que gana, de lo que gasta, magnificando las mencionadas ganancias. Paulatinamente ira arriesgando mas dinero y entrará en una etapa de pérdidas, aunque si consigue más dinero para continuar jugando mediante prestamos a familia y amigos, continuará arriesgando más dinero para recuperar el que ya ha perdido. Aquí el jugador entra en una espiral cíclica de pérdidas-ganancias, que le llevaran a **la etapa de desesperación**, en donde el jugador no tiene mas dinero ni forma de conseguir más, aunque, si consigue un medio de seguir jugando, vendiendo propiedades o empeñando objetos personales, el jugador vivirá exclusivamente para jugar.

En esta etapa el jugador cree que la solución a sus problemas es el juego y su único objetivo es jugar. Los problemas tanto familiares como económicos derivados del juego tienen ya mucha importancia, y el jugador se encuentra

agotado tanto física como psicológicamente. Durante esta etapa muchos jugadores buscan ayuda para salir de su problema, aunque otros no, pudiendo llegar en muchos casos a la **etapa de desesperanza o abandono**, en donde el jugador no cree que exista una solución a su problema, percibiéndose como un caso perdido.

En algunos casos y tras un período de tiempo que cambia acorde a la persona ludópata, ésta entra en una fase denominada de **aceptación**, en donde se da cuenta de la existencia de su problema con relación al juego, hecho que la lanza en los casos más positivos a busca ayudar para superar en tanto éste es un comportamiento caracterizado por la incapacidad de abstenerse o detenerse respecto al juego.

En medio de todo este proceso son de gran importancia elementos desagradables que ordinariamente no son tendidos en cuenta de cara la abstinencia: comúnmente cuando el ludópata suspende la frecuencia de visitas a los lugares donde ordinariamente juega, aparecen síntomas desagradables tales como irritabilidad, ansiedad, sudoración, y otros.

### **5.3.6 ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LOS JUGADORES PATOLÓGICOS.**

Según la Fundación Colombiana Juego patológico en su pagina web <http://www.psicologia-online.com/autoayuda/jp/test.htm>, "hoy por hoy no existe evidencia que permita establecer un perfil único de personalidad en el marco de las adicciones, por lo que se esta atendiendo con mayor fuerza a factores más específicos relacionados con el juego patológico como la búsqueda de sensaciones, desinhibición, locus de control, susceptibilidad al aburrimiento, nivel de ansiedad y estado de ánimo".

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

- ✓ Suelen descontrolarse y ser incapaces de dejar de jugar, aún incluso cuando desean hacerlo.
- ✓ Tienden a apostar cada vez mayores cantidades de dinero, mucho más de lo que tenía planeado. Por lo que una vez que comienzan las perdidas y las

deudas, es muy frecuente intentar recuperar el dinero perdido a través del juego, sin embargo, lo único que se consigue una deuda mayor.

- ✓ Fracasan constantemente en sus deseos de intentar controlar, interrumpir y detener el juego. Normalmente los jugadores patológicos se preocupan por revivir las experiencias de juegos pasados.
- ✓ Necesitan jugar con mayores cantidades de dinero para así obtener el grado de excitación deseado, o que alguna vez experimentaron.
- ✓ Tienden a cambiar de estados de ánimo, se vuelven intranquilos, e irritables cuando intentan interrumpir o detener el juego.
- ✓ Muchos de ellos juegan como una manera de escapar de los problemas, o de sentimiento intolerables.
- ✓ Mienten a su entorno, después de haber perdido dinero engañan a los miembros de la familia, amigos, compañeros de trabajo, entre otros, para ocultar el grado de implicación que tienen con el juego.
- ✓ Algunos pueden cometer actos ilegales, como falsificación, fraude, robo, o abuso de confianza para obtener dinero y jugar.
- ✓ Arriesgan o pierden relaciones importantes y significativas, tanto en el trabajo como en su entorno más próximo. Tienden a perder oportunidades educativas y laborales debido al juego.
- ✓ Necesitan que les den dinero, es decir confían en que los demás les proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego.

### **5.3.7 DISTINTOS TIPOS DE JUGADORES Y SUS COMPORTAMIENTOS:**

Según González (1989), los jugadores se podrían clasificar de múltiples y variadas maneras; en este caso se exponen tres tipos discriminativos teniendo como referencia el grado patológico que podría encontrarse en cada uno de ellos.

**Jugador social.** Juega por entretenimiento en el marco de una relación social. Participa en juegos admitidos socialmente. No invierte tiempo ni dinero destinado a otros fines y tiene otras actividades que son más importantes y que le dan sentido a su vida. Tiene control interno sobre el juego: sabe cuándo juega y cuánto dinero gasta y no abandona nada por el juego.

**Jugador problema.** Juega de manera habitual, diaria o casi diariamente, generándole el juego problemas ocasionales. Tiene menos control sobre el uso del juego (Tiempo, dinero, otras actividades, etc.) y se sitúa en el límite de riesgo de convertirse en jugador patológico, con grandes posibilidades de traspasar este

límite en cuanto tenga mayores problemas o pérdidas que no pueda cubrir, ya que ya conoce el juego como recurso habitual.

**Jugador patológico.** Tiene una dependencia afectiva y emocional con el juego. Su control sobre el juego es externo, es decir, sólo aspira a poder jugar sin que nada le perturbe y a tener o conseguir el dinero necesario para jugar. En realidad es el juego quien le controla a él y organiza su vida, en detrimento del resto de sus responsabilidades sociales y personales. La actividad del juego interfiere negativamente sobre su vida personal, familiar y social, y en ocasiones también sobre su ámbito laboral.

### 5.3.8 ¿CÓMO AFECTA EL JUEGO PATOLÓGICO A LAS DIFERENTES ÁREAS DE LA VIDA DE UNA PERSONA?

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

- ✓ **A nivel personal:** El jugador miente para ocultar su problema; su estado de ánimo cambia, y ordinariamente cree que es normal sentirse triste, ansioso y con una idea negativa de sí mismo, sólo se encuentra bien cuando se encuentra jugando.
- ✓ **A nivel económico:** Puede perder mucho dinero más rápidamente de lo que cuesta ganarlo, incrementa los préstamos y deudas, lo que puede llevarlo a cometer actos delictivos como: robar, estafar, etc.
- ✓ **A nivel laboral:** El rendimiento en su trabajo disminuye, comete inasistencias y retrasos en el cumplimiento de sus responsabilidades, lo que puede poner en peligro su situación laboral.
- ✓ **A nivel familiar:** Comienzan los problemas con la pareja y la familia, existe un descuido por las actividades de la casa, muchas veces ponen en peligro el patrimonio familiar por el juego, comienza una ruptura gradual con los miembros de la familia, los que cada vez dedica menos tiempo en cantidad y calidad.

- ✓ **A nivel social:** Tiene poco tiempo para relacionarse con otras personas, es habitual que los amigos se alejen de él para evitar problemas, lo cual provocará aislamiento e incremento de emociones negativas.
- ✓ **A nivel de la justicia:** Pueden llegar a tener problemas judiciales e incluso ir a la cárcel.

En todo caso, son muchas las actitudes que se pueden tener frente al juego. Para algunos el juego es una pasión, una diversión exclusiva, una posibilidad de evasión, una inversión. El juego genera diversos procesos en la persona entre los que se pueden citar un exagerado optimismo de triunfo, la necesidad de una frecuentación creciente, aumento de dependencia. El jugador cree que hay poca dependencia de éste y no tienen en cuenta su incapacidad de retirarse (Gane o pierda); busca maximizar los recuerdos de las ganancias y minimizar los recuerdos de las pérdidas, a la vez que generaliza las fantasías de recuperación; apuesta todo lo que tiene o más y sufre síndromes de abstinencia si no juega expresados por sensaciones de vacío o irritación, por ejemplo.

De igual manera son diversas las actitudes durante el juego: mientras unas personas construyen fantasías de control sobre el juego, otros se muestran obcecados, abstraídos o silenciosos y solitarios, incluso con evidentes signos de abatimiento, excitación vegetativa (Palidez, sudoración, palpitaciones, etc.).

De lo anterior puede concluirse que el término *juego* no significa lo mismo para todos; de igual manera, la adicción al juego como tal podría presentarse de diversas maneras y efectuar variadas consecuencias entre los jugadores, dato importante para esta investigación en cuanto alerta sobre lo poco efectivo que podría resultar atender simplemente números estadísticos, además de indicar el especial cuidado que debería tenerse en las posibles intervenciones contra el juego patológico en adultos mayores de la ciudad de Medellín.

## 5.4 TEORIAS Y MODELOS EXPLICATIVOS DEL JUEGO PATOLOGICO

Son varios los modelos y teorías que intentan explicar el origen y la patología del juego patológico. Según la página electrónica [www.azajer.com](http://www.azajer.com) las más relevantes serían las siguientes:

### 5.4.1 Modelo de Jacobs

Según la mencionada página Web, Jacobs (1986) propone que la adicción es un estado dependiente que una persona con predisposición adquiere a lo largo del tiempo, en su intento de aliviar una conducta de estrés crónico. Dos son los

factores que potencian y mantiene la conducta adictiva:

a) un nivel de arousal fisiológico percibido como crónico que puede estar en los dos extremos de un continuo: hipertenso (Excitado)- hipotenso (Deprimido), pero de cualquier modo desagradable para el individuo.

b) Un factor de predisposición de naturaleza psicológica con sentimientos de incapacidad, inferioridad y sentido generalizado de ser rechazado/a.

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

#### **5.4.2 Blaszczynski y colaboradores**

Los autores Blaszczynski y colaboradores (1986), también citados en [www.azajer.com](http://www.azajer.com), postulan que deficiencias en el nivel de endorfinas-B pueden predisponer a algunas personas a responder positivamente a actividades que incrementen el arousal y los niveles de endorfinas y de este modo, el estado de ánimo. Personas con estrategias inadecuadas de afrontamiento o determinadas características de personalidad podrían utilizar al juego para contrarrestar sentimientos desagradables, buscando un nivel de arousal óptimo. De este modo, con las repeticiones reforzarían esta asociación, incrementando las respuestas como un modo de reducir la ansiedad y la depresión mediante un incremento en la endorfina-B o mediante un escape emocional (refuerzo negativo) en otros. Pero este efecto sólo es temporal. Cuando las pérdidas asociadas al aumento de juego incrementan los estados de ánimo disfóricos y de ansiedad, la persona buscará jugar de nuevo.

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

### **5.4.3 Modelo de Brown**

Este autor, también citado en la página web mencionada, sostiene la teoría de la reversión, basada en el *arousal* y partiendo de la teoría de la reversión de Apter. Para Brown las pulsaciones del jugador aumentan cuando está jugando; el juego es excitante y para algunas personas esta excitación es un reforzador. La activación es significativamente mayor en los jugadores patológicos (Leary Y Dickerson). Incluye en su teoría como elemento importante la búsqueda de sensaciones de Zuckerman y dice “La repetición constante de experiencias de fuerte activación en jugadores regulares durante largos periodos de tiempo puede producir efectos de condicionamiento pavloviano y si los jugadores patológicos se hacen adictos a algo, puede ser por la propia activación y sus efectos físicos y psicológicos”.

### **5.4.4 McCormick Y Ramírez**

La página web [www.azajer.com](http://www.azajer.com) también cita a McCormick y Ramírez (1988, págs. 141, 215-218.) quienes identifican 5 factores que pueden dar lugar al juego patológico: Una predisposición biológica, un fracaso en la socialización, vivencias estresantes en las primeras etapas de la vida, determinadas variables de personalidad y situaciones estresantes recientes. Cuando la persona sufre un malestar psicológico (estrés, depresión...) y no tiene las habilidades de afrontamiento necesarias, puede buscar las conductas adictivas como modo de hacerles frente. La elección de jugar como conducta adictiva dependerá de la exposición y accesibilidad al juego. Una vez que la persona descubre los efectos reforzadores del juego, volverá a buscar esta actividad cada vez que tenga un estado de ánimo desagradable. Irá aumentando cada vez más su juego, hasta que llega a entrar en un círculo vicioso: estado de necesidad (Ansiedad, aburrimiento....), juego, rebote más intenso del estado de ansiedad, más juego.

## **6. FACTORES DE RIESGO QUE INTERVIENEN EN EL JUEGO PATOLÓGICO**

Ordinariamente el acercamiento a las patologías supone también tener en cuenta aquellos elementos del individuo y de su entorno, que pueden incidir en la aparición y el mantenimiento de las mismas. A continuación se exponen algunos propuestos por la página electrónica [www.azajer.com](http://www.azajer.com), donde se diferencian los factores de riesgo de los factores mantenedores.

## **6.1 FACTORES DE RIESGO**

Según esta misma página, una de las múltiples maneras de presentar los factores de riesgo de cara al juego patológico incluye los factores predisponentes y los mantenedores. Entre los factores predisponentes de riesgo se incluyen aquellos que tienen que ver con el entorno del jugador y que corresponden a características personales, familiares y socio-ambientales.

### **6.1.1 Factores personales.**

Se refieren a aquellas características de la personalidad del individuo que le predisponen a utilizar el juego como vía de escape a sus problemas de ansiedad, búsqueda de sensaciones, ocupación del tiempo libre u otro tipo de adicciones. Además de la exposición al juego, factores inherentes al propio jugador inciden en el desarrollo de la enfermedad. A nivel personal intervienen elementos de su individualidad y en concreto su debilidad frente a los móviles instintivos que le tientan desde la propia naturaleza, tales como la ambición, el afán, el gusto por el riesgo, baja tolerancia a la frustración y la susceptibilidad al aburrimiento; no se excluyen otros factores psicológicos como depresión, ansiedad, estrés, autoestima, autocontrol, dependencia. Dichas variables son fundamentales al indagar sobre la etiología adictiva. De igual manera habría que tener en cuenta otros elementos como la activación, el estrés, la ansiedad, la dependencia, la autoestima y la relación de éstas con la depresión. Por su parte, el factor biológico supone que el responsable del mantenimiento de la conducta del juego es un nivel de activación anormal. La página electrónica [www.azajer.com](http://www.azajer.com), cita a Jacobs (1986) y su "La teoría general de las adicciones" para decir que en el síndrome de Personalidad adictiva (APS), los sujetos con alteraciones crónicas de la activación psicofisiológica corren mayor riesgo de adquirir dependencia, lo que contribuye al alivio de su situación de estrés crónico.

Como parte de los factores predisponentes de riesgo al juego patológico se incluye el elemento aprendizaje; se propone que la conducta de juego patológico es desarrollada por el hecho de la exposición a éste, acompañado de un aprendizaje por modelado tomado de los padres o personas cercanas.

### **6.1.2 Factores Familiares.**

Muchos modelos familiares inadecuados pueden ser predisponentes al juego patológico; entre otros podrían citarse una disciplina familiar inadecuada, inconsistente o excesivamente permisiva, presencia de jugadores patológicos al interior del núcleo familiar, exposición al juego durante la adolescencia, ruptura del

hogar, valores familiares apoyados en símbolos materiales y financieros, la falta de planificación y el despilfarro de bienes.

### **6.1.3 Factores Socio-ambientales.**

La misma página -www.azajer.com- dice que existen factores sociales y culturales que generan la disponibilidad y el acceso al juego, la aceptación social que incrementa la prevalencia a este, y el poder de persuasión de los medios masivos de comunicación. La recopilación de textos sobre Ludopatía de López (2005) cita a McCormick y Ramírez (1988, p. 77- 86) para decir que el proceso de socialización es una variable crítica en el desarrollo del juego patológico. El grado con el que el individuo aprende a interactuar de manera competente y eficaz con el entorno influye en el desarrollo de su ego. Es común encontrar en el jugador cierto tipo de creencias irracionales acerca de su propia incompetencia; cree que nada de lo que haga será suficiente y que nunca podrá superarse. En esta medida, el juego le ofrece la oportunidad de conseguir un éxito espectacular que le permitirá ganar la aprobación y el reconocimiento que nunca podría conseguir por otros medios.

Esta página termina diciendo que “además existen otros factores socio ambientales tan comunes al adulto mayor como por ejemplo, la muerte de su pareja, la pérdida paulatina de su círculo de amigos, la separación de sus hijos o de su hogar, las enfermedades físicas citadas y muchos otros factores más, parecen tener una influencia especial en el desarrollo de este trastorno”. La reacción de los adultos mayores a estos eventos u otros de la misma índole y los mecanismos que construyen para ajustarse a sus consecuencias junto con el estilo de su personalidad, lo ponen en riesgo o lo llevan a situaciones que harían realidad la aparición en ellos del trastorno de juego patológico.

### **6.2 Factores Mantenedores.**

En la recopilación de artículos titulada *Ludopatías, de López (2005)*, se cita a Custer (1985, p. 35-38) para decir que “Todo tipo de juego genera una cantidad de estrés y tensión, que va a convertirse en el principal factor favorecedor de su mantenimiento. Ese estrés se da como resultado de las pérdidas monetarias que sufre el jugador junto con un sentimiento de inadecuación personal y baja autoestima”.

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

- Refuerzos positivos y negativos. Los refuerzos positivos que se encuentran en la conducta de juego pueden ser diversos: La ganancia posible de dinero, ilusiones de riqueza, éxito, poder, etc.; el refuerzo social y la activación fisiológica antes mencionada. Los refuerzos negativos son encontrados cuando el individuo realiza una o varias conductas de liberación de algo que le molesta. En el caso de jugadores el juego les ayuda a disminuir o eliminar sensaciones desagradables, pero como estos aumentan a medida que la conducta se repite, la persona estará en un círculo vicioso.
- Estímulos discriminativos. Son estímulos que atraen la atención del jugador y favorecen que se produzca la respuesta de juego (Sonidos, luces, música) que el jugador asocia con emociones agradables o alivio de sensaciones desagradables.
- Creencias y pensamientos irracionales. Cuando el jugador lleva a cabo la conducta del juego, procesa la información de modo que da lugar a pensamientos erróneos, considerados válidos para él, y por lo tanto a creencias irracionales.
- Falta de habilidades para enfrentar el impulso de jugar. La ausencia de habilidades de autocontrol, manejo del dinero, la resolución de problemas, etc. Contribuye al aumento de la problemática en la conducta del juego.”

Finalmente y siguiendo a Botella (1994, p. 559-594), hay que decir, que todos estos factores mantenedores se consideran determinantes en el desarrollo del comportamiento del juego patológico.

## **6.2 Factores de Riesgo del Juego Patológico.**

En el desarrollo de una adicción interactúan tres elementos: la persona, la posibilidad de realizar la actividad (juego de azar) y las condiciones socio-familiares. En la investigación de Stortti, M.A. y Calderon G., sobre *Caracterización del juego compulsivo e identificación de los factores de riesgo en población adulta jugadora de casinos de la ciudad de Medellín* (2.006), encontramos los siguientes factores personales, familiares y socio-ambientales:

### **6.3.1 Factores personales**

- ✓ Alteraciones funcionales.
- ✓ Problemas de salud mental.
- ✓ Propensión a la enfermedad.
- ✓ Altos niveles de estrés.
- ✓ Inadecuada utilización del tiempo libre.
- ✓ Desajuste emocional.
- ✓ Falta de autocontrol.
- ✓ Susceptibilidad al aburrimiento.
- ✓ Tendencia a la depresión (grupos de mayor riesgo a mayor edad).
- ✓ Perdida de amigos y/o parientes.
- ✓ Altamente vulnerables.
- ✓ Inestabilidad emocional.
- ✓ Dependencia afectiva.
- ✓ Altos niveles de ansiedad.
- ✓ Sentimientos de minusvalía.
- ✓ Sentimientos de abandono y/o soledad.
- ✓ Tendencia a la soledad (aislamiento).
- ✓ Falta de aprobación.
- ✓ Insatisfacción con actual proyecto vital.
- ✓ Búsqueda de nuevas sensaciones.
- ✓ Baja tolerancia a la frustración.
- ✓ Baja autoestima.
- ✓ Escasez o abundancia de recursos económicos.
- ✓ Actitud favorable frente al juego de las apuestas.
- ✓ La mayoría de adultos mayores tiene mas tiempo libre.
- ✓ Dificultad de vinculación laboral, luego de la jubilación.
- ✓ Baja productividad.

### **6.3.2 Factores socio ambientales**

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

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

### **6.3.3 Factores familiares**

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

## **7. ASPECTOS LEGISLATIVOS DE LOS JUEGOS DE AZAR EN COLOMBIA**

El término juego posee un amplio rango de significados y entre ellos el de la actividad de jugar. Para el presente trabajo investigativo, el término hace referencia más a los llamados juegos de azar, sin ignorar múltiples juegos igualmente adictivos que se practican en la ciudad de Medellín. Por tal motivo, se hace necesaria una referencia concreta a la manera como la legislación colombiana lo trata. Tal como lo cita ley 643 emanada del Congreso de la República. (2001, p. 97-114) el juego de azar está definido en su artículo 5 así:

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

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

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

En el mismo documento de El Congreso de la República. (2001, p. 97-114) aparece escrita la Ley 643 de enero 16, por lo cual se fija el régimen propio del monopolio rentístico de juegos de suerte y azar, donde dice que “El estado tiene facultad exclusiva para explotar, organizar, administrar, operar, controlar, fiscalizar, regular y vigilar todas las modalidades de juegos de suerte y azar”, y cuya finalidad social prevalente es contribuir eficazmente a la financiación del servicio público de salud, de sus obligaciones prestacionales y pensionales e investigación en áreas de la salud. Todo esto se realiza a través de la Empresa Territorial de la Salud ETESA, en tanto que ente regulador del estado. A través de dicho organismo, y con relación a los Juegos de Azar el Estado Colombiano restringe y prohíbe:

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

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

Según lo expuesto, a nivel estatal se presentan serias limitaciones para un tratamiento legal y saludable de las personas que participan en estos juegos de azar. Al lado de esta preocupación podría ofrecerse información de tipo económico que ayudaría a ver mejor la magnitud de esta problemática.

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

	Descripción del juego	Tarifa % de un salario mínimo mensual legal vigente
1	Máquinas tragamonedas	
	Máquinas tragamonedas 0-\$500	30%
	Máquinas tragamonedas \$500 en adelante	40%
	Progresivas interconectadas	45%
2	Juegos de casino	
	Mesa de casino, Black Jack, Póker, Bacará, Craps, Punto y banca, Ruleta	4
3	Otros juegos diferentes, esferódromos, etc.	4
4	Salones de bingo	
4.1	Para municipios menores de cien mil (100.000) habitantes cartones hasta 250 pesos tarifa por silla.	1.0
4.2	Para municipios menores de cien mil (100.000) habitantes cartones de más de 250 pesos tarifa por	1.5

	silla.	
	Ningún bingo pagará tarifa inferior a la establecida para cien (100) sillas en los municipios menores de cien mil (100.000) habitantes	
4.3	Para municipios mayores de cien mil (100.000) habitantes cartones <b>hasta</b> 250 pesos tarifa por silla.	1.0
	Cartones de <b>más de</b> 250 pesos tarifa por silla.	1.5
	Cartón de más de 500 pesos tarifa por silla.	3.0
	Sillas simultáneas interconectadas	Se suma un salario mínimo diario legal vigente en cada ítem anterior
	Ningún bingo pagará tarifa inferior a la establecida para doscientas (200) sillas en los municipios menores de cien mil (100.000) habitantes	
5.	Demás juegos localizados	17% de los ingresos brutos.

Según la Fundación Colombiana de Juego Patológico ([www.juegopatologico.org](http://www.juegopatologico.org)) los recursos para la salud en Colombia paradójicamente derivan en buena parte de los impuestos al alcohol, al tabaco y al juego. Dichos recursos son repartidos de la siguiente manera:

El 80% es utilizado para atender los servicios de salud mientras otro 7% va al fondo de investigación en salud; un 4% para los discapacitados y la salud mental junto con otro 4% para subsidio de los menores de 18 años que no se encuentran afiliados a ningún servicio de salud. Finalmente sólo un 5% es destinado para la tercera edad.

Tal información posibilita hacer dos inferencias temporales: la primera es que, en el país, y por ende en la ciudad de Medellín, el dinero para intervenir los problemas de salud y entre ellos la ludopatía, provienen de las causas que los generan.

En todo caso se reitera una falencia estatal para abordar de manera eficiente y contundente el problema del juego patológico en el país y en su población. Una propuesta no gubernamental es la de la página [www.juegopatologico.org](http://www.juegopatologico.org) que ofrece apoyo a jugadores problema en los siguientes términos: “Si tienes problemas con el juego o crees que tienes juego Patológico y te encuentras en Medellín (Colombia), puedes buscar ayuda en el siguientes instituciones: Jugadores Anónimos (grupo), Centro de Desarrollo Humano(FUNLAM), Centro Cita – Salud Mental, Fundación La Luz;, Comunidad terapéutica las Palmas-Municipio de Envigado, Surgir; Hogares Claret.

Según lo anterior, el panorama a nivel legislativo y estatal de cara a la problemática del juego patológico, es preocupante debido a que estatalmente, en nada, o casi nada, se tiene en cuenta a esta población.

## **8. DISEÑO METODOLÓGICO**

La investigación fue predominantemente descriptiva, aunque se pretendió un primer acercamiento interpretativo sobre los factores de riesgo que poseen los adultos mayores con problemática de juego.

El enfoque es hermenéutico, por que desde una perspectiva cualitativa y con la información generada y sistematizada se logro un nivel comprensivo del fenómeno descrito.

La población objeto de estudio fue la cautiva en escenarios naturales de juego, que se encuentran en la etapa adulta mayor (a partir de 60 años), y de ambos sexos, así como también adultos mayores voluntarios con problemática de juego. El proceso de selección de la muestra de 30 personas, consta de tres estrategias:

1. Publicación de una convocatoria formal a través de personas cercanas y solidarias con el proyecto.
2. Establecimiento de contacto a través de personas ya ubicadas quienes trabajan en casinos o que por ser jugadores frecuentes tenían acceso a otras personas jugadoras para construir así una lista de colaboradores.
3. Citación vía personal o telefónica a los diversos espacios de entrevista y/o de observación.

Para efectos de dicha selección se emplearon como criterios:

- Personas que libre y voluntariamente aceptaran el estudio.
- Personas con problemática de juego en etapa adulta mayor.
- Localizadas directamente en casinos del municipio de Medellín y en sus hogares o lugares de trabajo.

El grupo de trabajo se propuso buscar un total de 50 personas, de las cuales se lograron encontrar una muestra de 30 personas con problemática de juego.

## **8.1 Delimitación espacial y temporal**

El estudio temporalmente se desarrollo entre el segundo semestre de 2006 y el primer semestre de 2007, en el municipio de Medellín en las Zonas del Centro, Occidente y sur.

### 8.1.1 Zonas:

- ✓ Zona Centro: Avenida Oriental y la Playa
- ✓ Zona occidente: Estadio y Floresta.
- ✓ Zona Sur: Las palmas, Poblado.

### 8.1.2 Casinos:

Casino Copacabana.

Casino Caribe.

Casino Río.

Casino Havana.

Casino Royal.

Casino Real Playa.

Casino Manhattan Carrera 70.

### 8.1.3 Barrios:

El Centro.

La América y Floresta.

El Poblado.

## **8.2 Momentos del proceso**

- ✓ Conformación de equipos.
- ✓ Elaboración de la propuesta.
- ✓ Revisión de fuentes secundarias.
- ✓ Exploración, sensibilización, contactos.
- ✓ Ajustes teórico-metodológicos.
- ✓ Selección de técnicas y elaboración de instrumentos.
- ✓ Construcción de hoja de consentimiento informado.
- ✓ planificación y recolección de información.
- ✓ sistematización de la información.
- ✓ interpretación de la información.
- ✓ Redacción del informe final.
- ✓ Socialización de los resultados.

## **8.3 Instrumentos para recolectar información**

Para la recolección de datos se realizó inicialmente un contacto personalizado con cada uno de los sujetos de estudio para expresarles el propósito y la finalidad de la investigación, lo que permitió generar un ambiente más favorable y el establecimiento de lazos empáticos fundamentales para el adecuado desarrollo de las necesidades de la investigación.

Inicialmente se aplicó un test breve para revelar juego patológico, que permitió detectar a los adultos mayores que presenten juego patológico; seguidamente se realizó una selección específica de las personas objeto de estudio y se descartó del grupo a quienes no presentaron problemática de juego. Si se encontró que se trata de un jugador problema se pasó a aplicarle el instrumento de factores de riesgo mediante la entrevista semiestructurada, la cual consiste en una guía de preguntas donde el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas o temas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados. Los tópicos estructurales de la entrevista se enmarcan en las denominadas preguntas o temas generales, los cuales parten de planteamientos globales disparadores para ir llegando al tema que interesa al entrevistador. Dicho

instrumento apporto datos a la investigación para conseguir los objetivos planteados. (Ver anexos).

#### **8.4 Procedimientos e instrumentos de evaluación del juego patológico.**

Se sabe que en cuanto a instrumentos de evaluación las falencias son grandes; si bien es cierto que se utilizan los cuestionarios o auto informes, pocas veces se utilizan los registros o los análisis funcionales, y cuando se manejan en una investigación, la mayoría de las veces no están validadas o no explicadas detalladamente.

Son varias las pruebas que se han construido para diagnosticar juego patológico. Se utilizo el Cuestionario Breve Del Juego Patológico (CBJP) desarrollado por Fernández- Montalvo, Echeburua y Báez (1995), por el tipo de información que logra detectar, a partir de cuatro preguntas sobre pensamientos, sensaciones y conductas relacionados con los juegos de azar en que se apuesta dinero. La puntuación total es el número de respuestas afirmativas, que, por consiguiente, estará entre cero y cuatro. Los sujetos con una puntuación de dos o más, se califican como probables jugadores patológicos, cual fue exactamente la información que necesitábamos para el logro de los objetivos investigativos en este trabajo. En lo que respecta a la validez del instrumento, se encontró una correlación de 0.95 con el SOGS y con los criterios diagnósticos del DSM-III-R; la sensibilidad es del 100% y la especificidad del 97,5%, consiguiendo una eficacia diagnostica del 97,88%.

Se ha dispuesto una copia de este instrumento al final, en el aparte de anexos.

#### **8.5 Técnicas de análisis de la información**

Para el proceso de análisis de la información inicialmente se hizo una transcripción textual de las 30 entrevistas realizadas a cada uno de los sujetos de estudio, después de esto se llevo a cabo una categorización que permitió clasificar e identificar los datos más importantes sobre los cuales se hizo énfasis en el análisis final fusionando los encontrados, con los fundamentos teóricos, de manera que se permitiera corroborar el propósito de la investigación.

## **9. HALLAZGOS Y RESULTADOS.**

El juego como fenómeno contemporáneo ha sido abordado en este trabajo como uno de los problemas sociales actuales de mayor importancia para personas de la tercera edad. Esta investigación buscó aproximarse a dicha problemática con el fin de sacar en limpio elementos presentes en ella, en tanto iluminadores de posibles iniciativas de prevención, así como también, convertirse en una respuesta a la fuerte ausencia en Colombia de trabajos que ayuden a comprender y hacerle frente a esta problemática.

Para la construcción de esta investigación se tuvo en cuenta la manera como elementos sociales, culturales y de interacción con los demás, podrían condicionar históricamente las particularidades de los ludópatas de cara a los orígenes de su enfermedad.

Lejos de indicar conclusiones finales frente a la problemática del juego patológico, se buscó hacer lectura de la información que los entrevistados dieron de manera que, sustentadas en evidencias de alta confiabilidad, arrojaran luz y aportaran a la comprensión de la problemática del juego patológico. De igual forma esta investigación y sus resultados se perfilan como una herramienta propositiva frente al desconocimiento que la actual sociedad tiene del adulto mayor y sus modos concretos de enfrentar sus experiencias de vida, en este caso con el juego.

A continuación se expondrán por una parte los aspectos más descriptivos de los hallazgos y resultados, mientras por la otra se integran éstos con la teoría desde una perspectiva interpretativa y proyectiva. En cuanto a la parte descriptiva se ha hecho ya en el marco teórico una definición del juego y de la adicción, de manera que los diversos acercamientos estuvieran acordes con los objetivos del presente trabajo.

En esta parte final tal teoría es confrontada con los hallazgos a través de una articulación de elementos descriptivos, teóricos y comprensivos del juego patológico en el adulto mayor. Los resultados se presentan en un continuo que enlaza los planteamientos de las diversas teorías.

Con respecto a las conclusiones es menester destacar el elevado nivel de coincidencias entre las experiencias referidas por los entrevistados y las teorías acerca de la ludopatía, de manera que un acercamiento a las características de la

población muestra (30 personas) y sus experiencias concretas, permite entablar un alto nivel de correspondencia entre la teoría reseñada y la práctica concreta del juego patológico.

## **9.1 Confrontación teoría - resultados**

Tras el trabajo de recolección de la información y de confrontación de sus conclusiones con la teoría, se puede sacar en limpio lo siguiente.

### **9.1.1 Aspecto sociodemográfico**

#### **Edad:**

- ✓ 17 de las personas interrogadas tienen entre 60 y 65 años
- ✓ 7 las que tienen entre 66 y 70 años
- ✓ 6 tienen 71 años.

En este sentido la mayoría de la muestra tenía 65 años o menos.

#### **Sexo:**

- ✓ 13 de las 30 personas son mujeres.
- ✓ 17 son hombres.

Con lo cual podría creerse que también en esta población de la tercera edad siguen siendo los hombres quienes mayoritariamente están involucrados en problemas con el juego; sin embargo la diferencia no es mucha con relación a las mujeres al menos en esta muestra poblacional.

#### **Estado civil:**

- ✓ 10 personas casadas.
- ✓ 9 personas en estado de viudez.

El resto de las personas que presentaron la entrevista se dividen de manera muy parecida en número en otras tres categorías:

- ✓ 3 de ellas son solteras
- ✓ 4 separadas
- ✓ 4 viven en unión libre.

Si se omite el carácter religioso de las uniones podría concluirse que por subgrupos casi la mitad de personas del grupo entrevistadas viven con su pareja (10+4).

### **Escolaridad:**

- ✓ 1 solo individuo dijo no tener ningún tipo de estudios
- ✓ 3 de ellos iniciaron la primaria sin llegar a completarla,
- ✓ 5 sí lo lograron.
- ✓ De la secundaria 2 de los 30 entrevistados la iniciaron sin lograr culminarla
- ✓ 13 individuos son bachilleres.
- ✓ 4 personas hicieron además una técnica o tecnológica,
- ✓ 2 hicieron estudios universitarios.
- ✓ De los 30 sólo 5 informaron haber hecho estudios alternativos a los propiamente académicos.

### **Ocupación:**

- ✓ 8 de las 13 mujeres expresaron ser amas de casa.
- ✓ Una sexta parte del grupo general aún siguen en estado productivo en términos de estar empleados, siendo todos ellos hombres.
- ✓ 21 de los 30 entrevistados aún se encuentran en estado productivo. Según los resultados de la muestra 10 de ellos están pensionados o jubilados y se reporta una sola persona que se define como desempleada.

Según la teoría de Maddox, (1970), citado por García (2002), se ratifica que el paso a la tercera edad no pone fin a la generatividad de una persona. Aunque inicialmente casi una tercera parte de la población se encuentra laboralmente activa –los trabajadores independientes- la cifra se amplía si se incluyen las mujeres que se ocupan como amas de casa, entendiendo la atención al hogar como una forma de empleo. En este sentido más de la mitad del grupo aún se encuentra en estado productivo. De acuerdo a esto, también encontramos que las proyecciones de Ericsson y Hall (1987) citadas por Miguel (2002) se cumplirían en tanto un buen porcentaje –al menos de esta muestra- permanece implicada en asuntos del mundo incluso en su tercera edad. Tal dato podría iluminar teorías con referencia a los orígenes de la ludopatía, en tanto estos adultos están accediendo del dinero, elemento importantísimo para la práctica del juego.

Su productividad y la escasa dependencia del dinero de otros, genera una cierta independencia económica, que alimenta la libertad de utilizarlo en aquello que deseen, en este caso en el juego.

Como ya se ha esbozado, el aspecto laboral no es un elemento problema para la mayoría de las personas que participaron en la entrevista, en tanto no se recogió información acerca de disminuciones en su rendimiento laboral, o algún tipo de deficiencia que pusiera en peligro la continuidad en su trabajo, hecho que alimenta la posibilidad de independencia económica que fomentaría a la aparición de juego patológico en sus vidas.

Según la información recopilada, el modelo planteado por la Teoría de la Reconstrucción Social presenta poca contundencia al menos en esta ocasión, en tanto no se da una mayoría significativa de adultos mayores que expresen o experimenten una pérdida de roles de cara a su función social.

### **9.1.2 Factores de riesgo al juego patológico en el adulto mayor**

Atendiendo a la propuesta de la Fundación Colombiana Juego patológico, según la cual es imposible ubicar a todos los ludópatas dentro de un único perfil de personalidad, se hace necesario dar cuenta de algunas de las características personales, familiares y sociales de los participantes, en tanto se presentan con mayor fuerza factores más concretos relacionados con la ludopatía como son la desinhibición, la búsqueda de sensaciones, el locus de control, la susceptibilidad al aburrimiento, los niveles de ansiedad y los estados de ánimo. De igual manera para McCormick y Ramírez (1988) algunas variables de personalidad y situaciones estresantes recientes podrían coadyuvar a la aparición del juego patológico.

Cabe señalar que algunos factores de riesgo al juego patológico no son exclusivos para la tercera edad, si no que se pueden compartir con la población en general.

#### **9.1.2.1 Factores de riesgo personales**

Es interesante como la mitad del grupo entrevistado reconoció jugar varias veces a la semana, mientras otros, en una posición un tanto más preocupante (9), informaron que su práctica de juego era diaria, lo cual los ubica en un mayor grado de adicción; de acuerdo a esto se podría estar ante un grupo de jugadores para quienes es habitual descontrolarse, y para quienes es imposible dejar de jugar, a pesar de haber planeado hacerlo; dicha compulsión los diferencia de los jugadores sociales quienes asisten a los casinos de manera esporádica.

Para nadie es una novedad el hecho de que en la sociedad occidental ordinariamente se ha etiquetado a los adultos mayores como improductivos,

incompetentes y deficientes; sorpresivamente los resultados están fundamentando lo contrario en tanto los participantes no dan cuenta de privaciones al momento de utilizar sus habilidades humanas. Un vistazo general dejaría predecir que no se evidencia un bajo autoconcepto en tanto estas personas se describen como productivas, activas y con deseos de realización; sin embargo no pueden dejarse de lado las conclusiones a las que llevaría el reconocimiento de que un poco menos de la mitad de las personas no pueden o no quieren continuar en su actividad productiva.

Además del duelo a que obliga el retiro del mundo laboral, el adulto mayor deberá reorganizar su vida y reprogramarla para el uso de mucho más tiempo libre, para el cual no ha sido educado. Se evidencia entonces cómo la falta de posibilidades y propuestas para el adecuado uso del tiempo libre de esta población, estarían coadyuvando a la aparición de la ludopatía al menos en los términos poblacionales descritos hasta aquí.

Con relación a la inadecuada utilización del tiempo libre de la población entrevistada, es atrayente como admiten que en realidad el juego no le reporta ningún beneficio, sin embargo solamente uno reconoció que “éste le era perjudicial porque le hacía perder dinero”; además relacionan al juego como un gran referente de diversión y como una actividad altamente beneficiosa en términos de ganancias económicas.

Al indagar en la población-muestra acerca de las motivaciones en términos de sentimientos, dijeron visitar el casino con el objetivo de hacerle el quite a su sensación o experiencia de soledad. Lo anterior es acorde también a la propuesta de Blaszczynski y colaboradores (1986) citado por [www.azajer.com](http://www.azajer.com), para quienes estas personas no contarían con adecuadas estrategias de afrontamiento de situaciones desagradables o conflictivas, quienes debido a sus rasgos de personalidad necesitarían utilizar al juego para enfrentar dichas situaciones, como búsqueda de un nivel de arousal óptimo.

Como lo afirma Miguel (2002) el juego para las personas de la tercera edad ha cambiado de ser una cualidad infantil para convertirse en una salida al aburrimiento, a la desesperación o al sinsentido. Algunas personas dijeron ganar en autocontrol con el juego, en tanto éste les arrojaba experiencias de paz, tranquilidad, seguridad, elementos altamente deseables en la lucha contra la inestabilidad emocional. Esto presenta al juego como actividad altamente apetecible, especialmente si es un coadyuvante en la lucha contra la depresión y la soledad.

Es importante saber cómo con relación al desajuste emocional y frente al total de la población entrevistada, se reportó la utilización de medicamentos para el sistema nervioso, la depresión y la ansiedad (8 individuos). De las personas que expresaron haber estado en tratamiento psicológico a causa de dificultades como depresión mayor, problemas familiares, ansiedad y duelo, se reportaron 22.

Con respecto a estos factores puede apreciarse como algunas personas presentaron alteraciones funcionales, al menos una parte de ellas (8) había experimentado inquietud en su infancia, mientras otros (22) informaron utilizar medicamentos contra síntomas como el insomnio, los nervios, el estrés, la depresión, y la ansiedad. Esto estaría en total concordancia con la citada propuesta de Jacobs (1986), quien en su "Teoría General de las Adicciones" afirma que en el síndrome de Personalidad adictiva (APS), los sujetos con alteraciones crónicas de la activación psicofisiológica corren mayor riesgo de adquirir dependencia, lo que contribuye al alivio de su situación de estrés crónico.

Con relación a lo anterior, también para McCormick y Ramírez (1988) algunas variables de personalidad y situaciones estresantes recientes podrían coadyuvar a la aparición del juego patológico; ya que en la muestra las personas reportaron su uso del juego como una manera de olvidarse de todo incluso de sus problemas.

Según la teoría de Havighurst y Neugarten (1968), los adultos mayores tienen más posibilidades que personas en otras etapas de su vida de liberarse del estrés; supuestamente han dejado de responder a obligaciones y responsabilidades familiares; al parecer esta teoría no encuentra basamento en la presente investigación.

Si es cierto que la búsqueda del juego podría estar originada por malestar psicológico, entonces las personas que sufren por estrés, depresión u otra causa y que no tienen las habilidades de afrontamiento necesarias, podrían llegar a utilizar el juego como modo de hacerles frente. La elección de jugar como conducta adictiva dependerá además, de la exposición y accesibilidad al juego.

Según el modelo explicativo de la ludopatía de Jacobs (1986), citado por [www.azajer.com](http://www.azajer.com), a lo largo del tiempo los ludópatas adquieren ciertas predisposiciones, en un intento de aminorar su estrés crónico. Según este autor los factores que potencian y mantienen la conducta adictiva son el arousal fisiológico y el factor de predisposición. En este sentido se cita aquí el hallazgo de una parte de la población entrevistada que manifestó manejar altos niveles de estrés. Esto es problemático teniendo en cuenta que muchas veces es la respuesta a problemáticas personales y el principal elemento favorecedor del

mantenimiento de la conducta de juego; aquí también podría encontrar basamento la propuesta de Custer (1985), para quien el estrés es un coadyuvante de auto percepciones negativas entre las que podrían citarse las sensaciones de inadecuación personal y baja autoestima.

En general, los altos niveles de ansiedad que presentan los sujetos pueden estar relacionados con los estresores tanto internos como externos que acompañan la conducta de juego; mientras que el estado emocional disfórico tiene un carácter más reactivo a las consecuencias negativas que se derivan del mismo, tales como sentimientos de falta de autocontrol, culpabilidad, disminución de algunas funciones físicas o psíquicas.

Siguiendo con la teoría de McCormick y Ramírez (1988), son muy importantes los elementos reforzadores del juego. Respecto a la búsqueda de nuevas sensaciones todos los interrogados experimentan con el juego emociones agradables y una sensación de bienestar. Llama la atención cómo se refieren al juego como un elemento productor de emoción y que alimenta su predisposición. En la muestra entrevistada, para (20), es significativa la pérdida de parientes y/o amigos, en su mayoría son muertes de familiares y solo unos pocos fallecimientos de personas externas al grupo origen. En este sentido se ratifica la experiencia de duelo como uno de los factores sustanciales de predisposición al juego patológico.

De otro lado, este trabajo pudo detectar algunos rastros de creencias irracionales acerca de la propia competencia de los interrogados; algunos creen de manera irracional que superarse es una tarea muy ardua, mientras para otros el juego les alimenta la expectativa de que pueden lograr un éxito espectacular o su sensación. Cabe el ejemplo de cómo para algunos resulta atrayente la manera tan especial como son tratados en el casino-, hecho que muy probablemente les hace sentir tan aprobados y reconocidos como nunca podrán conseguirlo en sus otros entornos posibles.

En este grupo poblacional con relación al consumo de alcohol y tabaco, los entrevistados aceptaron tener algunos usos y/o abusos de estas sustancias y una parte de ellos informó haber iniciado tratamiento contra el alcoholismo. El alcohol, al menos en estos últimos reduce la capacidad de detener voluntariamente la actividad de juego, funcionando como un desinhibidor en tanto facilitador del juego incontrolado. Por otro lado, apenas un par de ellas aceptó haber iniciado tratamiento contra la adicción a drogas. Con estos datos se puede evidenciar que el uso y/o abuso de sustancias podría ser un factor de riesgo a la conducta adictiva del juego patológico. De los individuos que aceptaron tener además otro tipo de abusos o dependencias, más de la mitad aclaró su problema con el juego y

sólo un sujeto admitió su dependencia de las mismas. Alcohol y drogas aparecerían entonces como riesgos predisponentes juntos con sus consecuencias depresoras en el sistema nervioso de éstos.

A continuación se señalan los factores relevantes al juego patológico, en función de las características personales de los individuos y que fueron encontrados en esta muestra poblacional

:

- ✓ Alteraciones funcionales.
- ✓ Altos niveles de estrés.
- ✓ Inadecuada utilización del tiempo libre.
- ✓ Falta de autocontrol.
- ✓ Susceptibilidad al aburrimiento.
- ✓ Tendencia a la depresión (grupos de mayor riesgo a mayor edad).
- ✓ Pérdida de amigos y/o parientes.
- ✓ Inestabilidad emocional.
- ✓ Dependencia afectiva.
- ✓ Altos niveles de ansiedad.
- ✓ Tendencia a la soledad (aislamiento).
- ✓ Búsqueda de nuevas sensaciones.
- ✓ Baja tolerancia a la frustración.
- ✓ Baja autoestima.
- ✓ Actitud favorable frente al juego de las apuestas.

#### **9.1.2.2 Factores de riesgo familiares**

La entrevista no arroja información que permita dar cuenta de la manera cómo estos adultos mayores ponen en riesgo o efectivamente pierden desde cualquier óptica relaciones significativas para su vida.

Mientras más de la mitad del grupo muestra dijo no tener problemas en este sentido, un buen número de sus integrantes reportó no mantener actualmente el mismo ambiente libre de tensiones, es decir, es posible que en ellos se cumpla el criterio de la presencia de problemas con su pareja y/o familia. Seis de los entrevistados describieron problemas en las relaciones con sus familiares.

La entrevista arrojó poca información acerca de la manera como debido al juego, estas personas hayan puesto en peligro el patrimonio de su familia; muy pocas personas reportaron de manera específica que las actuales tensiones familiares se deben a la constante o creciente pérdida de dinero.

Seis de los integrantes de la muestra viven solos, mientras el resto lo hace acompañados: una buena cantidad por familiares y dos de ellos con personas diferentes.

Aunque más de la mitad del grupo-muestra dijo no tener problemas de convivencia, la otra parte no reportan mantener actualmente el mismo ambiente libre de tensiones, es decir, es posible que en ellos se cumpla el criterio de la presencia de problemas con su pareja y/o familia. Mientras una buena parte de los entrevistados describieron problemas en las relaciones con sus familiares, llama la atención cómo igual número de personas se refieren negativamente a dichas relaciones: una de ellas simplemente las describe como negativas, otras dicen que “se degeneraron por problemas y porque se meten en su vida”, mientras otras opinan que el empeoramiento de las relaciones se debe más a su “mal genio”, porque la situación económica influye (deudas) y por el “vicio”, respectivamente. De esta manera, podrían encontrarse indicios de motivación al juego patológico tanto desde la inadecuada resolución de conflictos familiares como desde la evidente presencia de tensiones al interior de la familia entre el miembro ludópata y esta.

Los entrevistados reconocieron tener problemas con sus familias a raíz de sus conductas de juego, lo cierto es que no se evidencia en un número significativo una ruptura gradual con los miembros de la misma, en tanto que muy pocos de ellos definen estas relaciones como difíciles; mas esto no deja afirmar que grupal o individualmente los participantes dediquen cada vez menos tiempo -en cantidad y/o calidad- a sus grupos familiares o a las personas con las que conviven.

Siguen siendo mayoritariamente hombres las personas que han influido en la aparición de la ludopatía al menos en la población que respondió a este ítem (17). Estos datos permiten decir que el desarrollo de adicción al juego además de estar jalonada por la exposición al mismo, también debe incluir en sus orígenes un aprendizaje por modelado, tomado de familiares. Queda entonces establecida la manera como la presencia de esta patología en familiares, se convierte en un predisponente de alto peso.

Los participantes expresaron de manera individual haberse sentido amados por sus familiares o personas cercana, sin puntualizar si tal experiencia está vigente en la actualidad, pocas personas reportaron sentimientos de abandono y/o soledad, la tendencia a ésta podría estarse mostrando en solamente un par de personas del grupo interrogado, en tanto una de ellas valoró la actividad de juego como una forma de ganar amistades.

La problemática podría leerse no tanto desde la inadecuada resolución de conflictos familiares sino mejor, desde la evidente presencia de tensiones al interior de la familia entre el miembro ludópata y esta.

Entre otros factores que influyen en la disfunción del sistema familiar deben incluirse la importancia de la productividad desde lo económico, los inadecuados y débiles canales de comunicación, la ausencia de integración del individuo a este sistema y débiles vínculos afectivos.

Los factores familiares que influyen en la aparición del juego patológico, encontrados en la muestra (30), podrían resumirse en el siguiente listado:

- ✓ Antecedentes familiares de jugadores de apuestas.
- ✓ Antecedentes familiares asociados a conductas adictivas.
- ✓ Conflictos familiares (crisis).
- ✓ Vínculo afectivo débil.
- ✓ Inadecuada resolución de conflictos familiares.
- ✓ Importancia de la productividad desde lo económico.
- ✓ Inadecuados canales de comunicación.
- ✓ Ausencia de integración del individuo a la familia.
- ✓ Muerte de la pareja.

### **9.1.2.3 Factores de riesgo socio-ambientales**

Dentro de los factores socio-ambientales que generan disponibilidad y acceso al juego, son preponderantes la aceptación social de éste y el poder de persuasión que tienen los medios de comunicación. Las pocas alternativas para la utilización del tiempo libre, el incremento exhaustivo de casinos en la ciudad de Medellín, el ambiente altamente propicio y la pérdida paulatina del círculo de familiares y/o amigos, están presentes en la cotidianidad de esta población. Llama la atención cómo 10 personas del grupo afirmaron que su accesibilidad a los casinos era un elemento de gran importancia.

Otro de los factores socio ambientales para la aparición de jugadores ludópatas, se vio reflejado en la información que entregó la muestra, en tanto los lazos comunitarios son reportados como débiles. Apoyando lo anterior aparecen dos terceras partes de los participantes describiendo dificultades para integrarse con su comunidad mientras el resto reportó actividades integrativas con la misma.

Según Maddox (1970) la continuación de un estilo de vida activo es altamente positiva para la sensación de bienestar y satisfacción en la ancianidad; los datos

arrojados por la entrevista dejan esbozar que al menos más de la mitad de los adultos mayores participantes llenan los prerrequisitos para garantizar dicho bienestar. Esto ratifica la afirmación de que el paso a la tercera edad no pone fin a la generatividad de una persona. Además de que una tercera parte (10) de la población se encuentra laboralmente activa como trabajadores independientes, esta cifra se amplía si se incluyen las mujeres de la muestra que se ocupan como amas de casa, en este sentido más de la mitad de los entrevistados aún se encuentran en estado productivo. De acuerdo a esto se cumplirían las proyecciones de Ericsson y Hall (1987) citadas por Miguel (2002), dado que un buen porcentaje –al menos de esta muestra- permanece implicada en asuntos del mundo incluso en la tercera edad.

Al parecer, para estos adultos mayores no es posible o no es deseable, en este momento de su vida, excluirse de los compromisos laborales. La tercera edad no ha representado para ellos una pérdida de poder adquisitivo ni un cambio de estatus laboral. En este sentido los primeros no tendrían que hacer un proceso de reacomodo o de reprogramación de la utilización de su tiempo libre en tanto continúan con actividades laborales que se lo copan; sin embargo la disponibilidad de dinero fruto de sus trabajos se estaría presentando como factor de riesgo al juego patológico si se tiene en cuenta que se han perdido otros elementos importantes que ocupaban parte del mismo en la vida de estas personas.

Algo de dinero disponible, sumado a actividades de tiempo libre que no suponen la compañía de otras personas en la cotidianidad del grupo de entrevistados, dejan decir, orientados por la teoría de Havighurst y Neugarten (1968), que de alguna manera es cierto que los seres humanos, en tanto envejecen, tienden a separarse social y psicológicamente de su ambiente, interactuando cada vez menos con los demás: al menos en este grupo pudo captarse cómo tal separación estaba siendo enfrentada con actividades como los juegos de casino, el ver televisión, la lectura, dormir, y escuchar música. En la muestra se reportan también otras ocupaciones que bien podrían suponerse como hechas en solitario. Se destacan acciones como pasear, ir a cine, hacer deporte y caminar y que podrían leerse como actividades coadyuvantes de protección contra la ludopatía. En este mismo sentido podrían incluirse experiencias claramente más grupales tales como bailar, ir al café, ayudar en el voluntariado, hacer viajes y dedicarle tiempo a la familia.

Si bien es cierto que no se evidencia descuido por las responsabilidades adquiridas –como de hecho sucede con la gran mayoría de las mujeres con relación a sus tareas en el hogar-, es imprescindible no dejar pasar por alto que aunque los entrevistados están conscientes de esto, buena parte de su tiempo libre lo dedican al juego, lo cual es reportado en actividades como ir a jugar al casino, tirar dados en la cantina, o ir a los sitios de juego en su barrio. Lo anterior

ayuda a concluir que se da en esta población el encuentro de elementos que unidos, coadyuvarían a la presencia de ludopatía en tanto hay tiempo libre sumado a pocas alternativas reales para su utilización.

Por otra parte, un rápido vistazo al elemento etéreo no dejaría concluir que la adicción al juego tenga prevalencia temprana; teniendo en cuenta que el rango de menos edad no baja de 60 años se puede hipotetizar que las personas adultas mayores de esta muestra iniciaron su conducta de juego a los 47 años aproximadamente. Mientras apenas uno de entre todos los entrevistados expresó haber comenzado a jugar apenas hace un año, varias personas reportaron que comenzaron su práctica de juego hace varios años. Mientras la mitad del grupo dijo haber iniciado hace menos de 15 años, sólo una persona dijo haber comenzado a jugar desde hace 3 décadas y finalmente otra aceptó estar jugando desde siempre. Se evidencia, al menos en este grupo muestra, cómo la ludopatía ha tenido inicio en la etapa adulta de las personas, lo cual es otro elemento más a favor para un posible plan de prevención en adultos.

En una cultura, además de valores, se adquieren conocimientos, hábitos y actitudes que regulan a la sociedad y que pueden influir en la conducta del juego patológico en el adulto mayor, dichos factores son:

- ✓ Pocas alternativas de utilización del tiempo libre.
- ✓ Incremento exhaustivo de casinos en la ciudad de Medellín.
- ✓ Medios de comunicación.
- ✓ Actualmente mayores oportunidades para jugar y apostar (loterías, Internet, caballos, etc.).
- ✓ Ambiente altamente propicio para el juego.
- ✓ Falta de supervisión y control de casinos y casas de juego.
- ✓ Perdida paulatina de su círculo de amigos.
- ✓ Poder de persuasión de los medios de comunicación.
- ✓ Lazos comunitarios débiles.
- ✓ Accesibilidad a los casinos (ubicación).
- ✓ Facilidad de acceso a dinero dentro y cerca del casino.
- ✓ Horario de atención las 24 horas.
- ✓ Falta de redes de apoyo social (soporte).
- ✓ Falta de educación para el envejecimiento (cultural)

## **LINEAMIENTOS DE PREVENCION AL JUEGO PATOLOGICO**

Día tras día se nota el crecimiento del número de jugadores patológicos en el municipio de Medellín. Constantemente se observan niños, jóvenes y adultos que se enfrentan al padecimiento de la adicción al juego con un deterioro considerable de todas las áreas del desarrollo (individual, escolar, laboral, familiar, social) y por ende con un patrimonio significativo en su calidad de vida y en la de sus familias. Los jóvenes y adultos del municipio de Medellín, por lo tanto, no son ajenos a este flagelo y aun cuando no se tiene cifras que den cuenta de la realidad del problema, si se observa en lo cotidiano el incremento de personas ludópata, así como también se tienen identificados los factores de riesgo que pueden estar incidiendo en la manifestación de dicha problemática, algunos de ellos son: uso inadecuado del tiempo libre, inadecuados canales de comunicación, antecedentes familiares asociados a conductas adictivas, conflictos familiares, vínculos afectivos débiles, incremento exhaustivo de casinos.

Por lo anterior, se hace necesario realizar acciones encaminadas a reducir los altos índices de jugadores patológicos en la ciudad de Medellín, pero de forma articulada entre las diferentes entidades de salud pública, posibilitando un mayor número de actividades, así como también la optimización de recursos y profesionales, y de igual manea, espacios para la reflexión, la discusión y adquisición de conocimientos.

Se trataría entonces de atacar las raíces de la ludopatía desde la prevención de tipo psico-social y desde diversos frentes; por un lado se deben sondear problemáticas frente al bienestar personal y posibles conflictos psicológicos. Por otra, se debe visualizar el entorno social y reconocer elementos que presenten posibilidades de riesgo al juego patológico.

Un elemento más preventivo estaría dado en términos de programas de utilización del tiempo libre y del reencuentro intergeneracional.

Los programas para la protección contra el juego patológico deben fundamentarse en el bienestar de la persona; por eso deben contemplar:

- ✓ Uno de los aspectos más importantes es la divulgación sobre la ludopatía y resaltar sobre todo cuando está encaminada a niños y jóvenes, el carácter lúdico y beneficioso del juego controlado.
- ✓ Informar a la población de los riesgos del juego. La divulgación de las características de este trastorno puede prevenir su desarrollo. Anunciar que el juego puede crear adicción.

- ✓ Formar e informar a padres y educadores para la detección precoz de posibles conductas adictivas a partir de los videojuegos que pueden desencadenar en futuras ludopatías.
- ✓ Eliminar la excesiva publicidad de los juegos. Suprimir los sorteos en directo y no difundir con tanta asiduidad los resultados ganadores de los juegos de azar.
- ✓ Limitar la oferta del juego y su accesibilidad.
- ✓ Promocionar actitudes, valores y estilos de vida sanos, incompatibles con conductas de juego.
- ✓ Informar a las familias en general acerca de signos que deben tener en cuenta para detectar posibles características de este trastorno en sus integrantes.
- ✓ Publicar manuales sencillos y eficaces de prevención, para familiares, maestros y todo tipo de persona que tenga que ver con la educación de diversos grupos etéreos.
- ✓ Iniciar y/o apoyar campañas de prohibición de juegos de apuesta para menores de edad.
- ✓ Iniciar o fortalecer campañas de información y detección de juego patológico en todos los grupos etéreos a nivel de la ciudad.
- ✓ Fomentar y proponer actividades de ocio y tiempo libre, incompatibles con el abuso del juego patológico, adaptadas al adulto mayor que mejoren las oportunidades reales de recreación y educación.
- ✓ Dotar a las personas adultas mayores de habilidades sociales necesarias para afrontar adecuadamente situaciones de presión social. (asertividad-autoestima).
- ✓ Orientar al adulto mayor, hacia alternativas que satisfagan nuevas sensaciones.
- ✓ Facilitar el desarrollo de técnicas de autocontrol emocional y control de impulsos en el adulto mayor.
- ✓ Intervenir con propuestas concretas las políticas estatales nacionales en cuanto al mejoramiento de las políticas de salud que incidan en la prevención de la ludopatía en adultos mayores de la ciudad de Medellín, de manera que puedan vivir saludablemente esta etapa de su vida.

- ✓ Fortalecer la conciencia social del valor de la tercera edad en tanto ésta aporta elementos importantísimos al devenir de la ciudad y al proceso de conservación y mejoramiento de la sociedad.

Plantea esta propuesta como objetivo prioritario, una campaña de cambio social hacia la ludopatía, que no es otra que la adopción por parte de la sociedad, y en concreto de quienes sufren la ludopatía, reconocida o no, de la idea y práctica de una conducta y rehabilitación personal y sensibilizar al conjunto de la sociedad de lo negativo que resulta la práctica inmoderada del juego de azar, con los trastornos de tipo familiar, social y laboral que genera.

Se plantea de igualmente manera cambiar la concepción y creencia de juego de azar como "vicio" hacia la consideración de enfermedad y adicción.

## CONCLUSIONES

El análisis de los resultados obtenidos en esta investigación arroja información valiosa acerca de la ludopatía y permite un acercamiento al perfil psicosocial del jugador patológico adulto mayor en la ciudad de Medellín. La información entregada por los participantes en términos de su historia individual, familiar y social con relación al juego es un elemento importantísimo para esta aproximación permitiendo así sacar diferentes conclusiones:

Aunque la presente investigación informó y revisó resultados de investigaciones similares en Colombia y otros países, las diferencias de demografía -en tanto se encontraron pocos estudios en grupos de adultos mayores- limitó las posibilidades de generalizar las conclusiones de los mismos.

Los resultados encontrados por esta investigación sugieren que algunos factores predisponentes en el juego patológico pueden estar condicionados también en lo familiar y social, si bien la interacción entre estos elementos es variable en cada individuo y presenta también diferencias. Todos estos datos apoyarían un modelo de construcción de este trastorno a partir de la interacción de dichos factores.

Podría también concluirse que al menos en esta muestra existen elementos que permiten un cierto nivel de protección al juego patológico, en tanto cuentan con actividades de trabajo, conviven con sus familias nucleares o de origen.

Por último, la característica del juego patológico en tanto que adicción comportamental en la que no existe dependencia física, hace que las posibles intervenciones preventivas se diferencien con respecto a otras adicciones. En este caso las personas a intervenir estarán más en un trabajo de mejoramiento o inicio del uso saludable del tiempo libre y la intervención psicológica que favorezca el enfrentamiento por parte del adulto mayor de problemáticas vitales que podrían actuar como coadyuvantes a la aparición de la ludopatía.

## RECOMENDACIONES

- Organizar campañas informativas a nivel de la ciudad de Medellín que incidan sobre los patrones conductuales y los estilos de vida, no sólo de la población objeto de esta investigación, sino de aquella que se va acercando a tal grupo etéreo.
- Promocionar programas estatales o regionales de prevención al juego patológico, que propicien en los adultos mayores una mejor calidad de vida.
- Informar adecuadamente sobre las condiciones del uso racional y controlado del juego y los riesgos que conlleva una excesiva reiteración de esa práctica lúdica.
- Promover actitudes, valores y estilos de vida saludable que sean incompatibles con las conductas de juego y que fomenten el mejoramiento de las relaciones familiares.
- Crear y fortalecer los espacios lúdico-recreativos para los adultos mayores, garantizando su activa participación social de manera que se haga efectivo su verdadero rol dentro de la sociedad de Medellín.
- Promocionar y apoyar las iniciativas de control de casinos y casas de juego y de su proliferación en la ciudad de Medellín.
- Ahondar en esta problemática, mediante el desarrollo de nuevas propuestas de investigación.

## BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Wiswell, M. y Arbeláez J. *Beneficios De La Orientación Comunitaria En El Programa De Adulto Mayor Del IBRD*, consultada el 1 de octubre de 2006 en [www.funlibre.com](http://www.funlibre.com)
- ✓ Cardona A, Estrada R. , Agudelo G., H. (2002). *Envejecer nos “toca” a todos”. Caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín*, Medellín, Universidad de Antioquia.
- ✓ Universidad Eafit. *Área del Adulto Mayor*. Consultado el 23 de junio de 2006 en [www.eafit.edu.co](http://www.eafit.edu.co)
- ✓ López, L. (2005). *Ludopatías (recopilación de artículos sobre ludopatía)* Postgrado psicopatología clínica. Universidad de Barcelona.
- ✓ Zuluaga, P. A. y Montoya, L. F. *Características de la Función Ejecutiva en personas con cuadro clínico de Juego Patológico: Un estudio descriptivo comparativo con jugadores patológicos del área metropolitana del Valle de Aburrá*. 2005, junio, <http://www.funlam.com/> Poésis --- Edición 009 JUNIO 2005.
- ✓ YÉPEZ , L.M., 2003. Síntomas Ludopáticos en jugadores mayores de 50 años en la sala de bingo Proventura de la ciudad de Medellín. Medellín, U.C.O.
- ✓ Fundación Colombiana Juego Patológico. En <http://www.psicologia-online.com/autoayuda/jp/test.htm>
- ✓ De Miguel, A. (2001) *Adaptación Positiva en el Proceso de Envejecimiento*. Revista tabanque. Revista pedagógica Universidad de La Laguna, facultad de psicología Santa Cruz de Tenerife España Tenerife. Facultad de psicología.
- ✓ García M.. (2002). *La actividad y el ocio como fuente de bienestar durante el envejecimiento*. Consultada el 8 de octubre de 2006, de <http://www.efdeportes.com/efd47/bien1.htm>
- ✓ Gómez, T. (2003). *Estero estereotipos y Auto estereotipos Asociados a la Vejez en Extremadura*. Cáceres. Prensa de la Diversidad de Extremadura (Archivo de Acrobat Reader). Obtenida 2 de marzo de 2007 de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=168>

- ✓ Colodrón, M., Montorio I. y Fernández M. *Dependencia y autonomía funcional en la vejez. La profecía que se auto cumple.* consultado el 20 de agosto de 2006 en <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD012.pdf>
- ✓ Anónimo. *Historia del juego* (S.d). Consultado el 13 de agosto de 2006, de <http://www.saber.golwen.com.ar/hjuego.htm>
- ✓ De la Cruz, Buenos Aires. (2006) *Ludopatías: el juego convertido en adicción y enfermedad.* Consultada el 18 de junio de 2006, de <http://www.cop.es/colegiados/M-13641/nosol.htm>
- ✓ Stedman. 1994. *Diccionario de Ciencias Médicas.* Buenos Aires. ED. Panamericano. 25° ed.
- ✓ Belloch, S. (1995), *Manual de Psicopatología Volumen I,* Madrid, McGraw-Hill. pág. 58
- ✓ Calero, S. (octubre de 2005) *Ludopatía. Estadísticas y casos clínicos.* Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica de la Fundación Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. ALCMEON 47 Año XV - Vol.12 Nro. 3- Pág. 244 a 255. Obtenida el 20 de agosto de 2006, de [www.marietan.com](http://www.marietan.com)
- ✓ A.P.A (1998) DSM III. (1995). *Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales:* Barcelona.
- ✓ A.P.A (1995). *DSM IV. Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados.* Barcelona. Masson S.A.
- ✓ Organización Mundial de la Salud (1992), CIE 10.
- ✓ Ramos B.J., (2005) *Significado del juego.* Consultado el 1 de octubre de 2006 de [[http://www.ludopatia.org/forum/forum\\_posts.asp?TID=462&PN=0&TPN=2](http://www.ludopatia.org/forum/forum_posts.asp?TID=462&PN=0&TPN=2)]
- ✓ Becoña E. y Fuentes, (1995) M. *Juego patológico en Galicia evaluado por el SOGS. Adicciones.* (s.f.).
- ✓ González, A. (1989). *Juego Patológico: Una nueva adicción.* Madrid: Editorial Tibidago.

- ✓ Anónimo. ¿Cómo afecta el juego patológico a las distintas áreas de la vida de una persona? Consultado el 14 de agosto de 2006.  
<http://www.cedro.org.pe/lugar/articulos/ludopatia.htm>
- ✓ *Teorías y modelos explicativos* Consultado el 21 de junio de 2006 en <http://www.azajer.com/?ap=detalle&id=20040609100059987328> de la página de AZAJER
- ✓ Botella Robert C.C..(1994). Trastornos de control de impulsos: el juego patológico. Madrid, McGraw-Hill
- ✓ Stortti, M.A., Calderon, G.A. (SF). *Caracterización del juego compulsivo e identificación de los factores de Riesgo en población Adulta Jugadora de casinos de la ciudad de Medellín*. Fundación Universitaria Luis Amigó. 2006.
- ✓ Congreso de la República. ley 643, artículo 5. 2001. ( 97-114).
- ✓ Colombia. *El Congreso de la República*. 2001. Juegos de suerte y azar. Régimen propio de monopolio rentístico. Bogotá. Legis
- ✓ Colombia. *El Congreso de la República*. 2004. Operadores de Juegos de suerte y azar. Reglamentación ley 643 de 2001. Bogotá. Legis
- ✓ Lesieur. *Cuestionario de lesieur para el diagnostico del juego patológico*. (S.d) consultado el 8 de octubre en <http://centro-cetras.org/xampp/moodle/mod/glossary/view.php?id=55&mode=date>
- ✓ Custer, R. (1985), *Profile of the Pathological Gambler*. J clin psychiatry
- ✓ Anónimo, (S.d) En familia. Adicciones Modernas. Hay que apostarle a nuestra propia moderación. Revista En Familia. MNR comunicaciones.pp. 42-44
- ✓ Anónimo. Diagnóstico del juego patológico. Consultado el 21 de julio de 2006 En URL: <http://www.cop.es/colegiados/M-13641/diag.htm>
- ✓ Bombín, M. Blas. *Método rápido para el diagnóstico de Juego patológico Ludo cage*. Consultado el 8 de octubre de 2006 en <http://centro-cetras.Org/xampp/moodle/ajupareva/test.htm#LESIEUR>

- ✓ Culleton, R & Lang, M. (1984). *The Prevalence Rate of Pathological gambling in the Delaware*. En Camdem NJ, editor Rutgers/Camdem Forum for Policy Research and Public Service.
- ✓ *Diccionario de Ciencias Médicas Stedman*. (1994). 25° edición. Buenos Aires. Editorial Panamericana.
- ✓ Echeburúa, E. y Báez, C. (1990): *Enfoques terapéuticos en el tratamiento psicológico del juego patológico*. Revista Española de Terapia del Comportamiento. (En prensa, 1991).
- ✓ Echeburúa, E. (1999). *Adicciones sin drogas*. Bilbao. Desclee De Brouwer
- ✓ F.A.J.E.R. (n.d) *Federación Andaluza de Jugadores de Azar Rehabilitados y Departamento de Psicología Social y Metodología de la Universidad de Granada*. Consultado el 2 de julio de 2006 en [www.fajer.com](http://www.fajer.com)
- ✓ Freud, Sigmund. (1928). *Obras completas. Ensayo sobre la figura de Dostoievsky*. Disco óptico.
- ✓ GOLEMAN, Daniel. (1996) *La inteligencia emocional*. Barcelona. Javier Vergara Editor S.A., primera edición.
- ✓ González I., A, Pastor, C., Mercadé PV, Ailmamí, N. 1990. *Un programa de medicación y terapia de conducta para el tratamiento del juego patológico*. Barcelona: Libro de ponencias
- ✓ Anónimo. *Ludopatía. Estadísticas y casos clínicos*. Consultado el 12 de agosto de 2006, de [www.marietan.com](http://www.marietan.com)
- ✓ “*Ludopatía*” (s.d). Consultado el 21 de julio de 2006 [<http://www.galene.es/adicciones.html>]
- ✓ McCormick, R. A., Russo, A., Ramírez, L., y Taber, J. (1984). *Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment*. American Journal of Psychiatry.
- ✓ McCormick, R. A., Russo, A., Ramirez, L. (sad) *the importance of coping skill enhancement in the treatment of the pathological gambler*. I.J gambling studies.
- ✓ Neugarten, B. L., Havighurst, R. J., y Tobin, S. S (1968). *Personalidad y patrones de envejecimiento. Edad Media y envejecimiento, una lectura en psicología social*. Chicago: Prensa de la Universidad de Chicago. Consultado el 1 de octubre de 2006 en[ [www.google.com](http://www.google.com) (archivo de acrobat reader)]

- ✓ Revista salud y drogas. Instituto de Investigaciones de Drogodependencias. Universidad Miguel Hernandez. Volumen 4, Nro 2, 2004.( 57)
- ✓ Volberg (1989) *Refining Prevalence estimate of pathological gambling in New Jersey and Maryland.*

## ANEXOS

### ANEXO 1.

#### CUESTIONARIO BREVE DE JUEGO PATOLÓGICO (CBJP)

Responda SI o NO a las siguientes preguntas:

1. ¿Cree usted que tiene o ha tenido alguna vez problemas con el juego?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
2. ¿Se ha sentido alguna vez culpable por jugar o por lo que le ocurre cuando juega?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
3. ¿Ha intentado alguna vez dejar de jugar y no ha sido capaz de ello?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
4. ¿Ha cogido alguna vez dinero de casa para jugar o pagar deudas?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

#### VALORACIÓN:

2 Cuestiones positivas: Juego Patológico probable  
3 o 4 Cuestiones positivas: Juego Patológico seguro

## ANEXO 2

### B. Entrevista Semiestructurada

**FUNDACION UNIVERSITARIA LUIS AMIGO**  
**FACULTAD DE PSICOLOGIA**  
**ESPECIALIZACION EN FARMACODEPENDENCIA**  
**COHORTE XV**

#### FACTORES DE RIESGO DEL JUEGO PATOLÓGICO EN EL ADULTO MAYOR

Estamos interesados en realizar un estudio sobre algunos problemas que afectan la salud del adulto mayor, con el fin de generar propuestas que permitan mejorar la calidad de vida.

Esta información es totalmente confidencial por lo que no requiere escribir su nombre. Es importante contestar con sinceridad.

#### CUESTIONARIO

Por favor marque con una X la respuesta que usted considere verdadera.

#### VARIABLES SOCIO - DEMOGRAFICA

1. Edad: a. 60-65 \_\_\_\_\_

b. 66-70 \_\_\_\_\_

c. 71+ \_\_\_\_\_

2. Sexo: a. F \_\_\_\_\_ b. M \_\_\_\_\_

3. Estado civil: a. Soltero (a). \_\_\_\_\_

b. Casado (a). \_\_\_\_\_

c. Viudo (a). \_\_\_\_\_

d. Separado (a). \_\_\_\_\_

e. Unión libre. \_\_\_\_\_

4. Escolaridad:
- a. Sin estudios. \_\_\_\_\_
  - b. Primaria incompleta. \_\_\_\_\_
  - c. Primaria completa. \_\_\_\_\_
  - d. Secundaria incompleta. \_\_\_\_\_
  - e. Secundaria completa. \_\_\_\_\_
  - f. Técnica, tecnológica. \_\_\_\_\_
  - g. Universitaria. \_\_\_\_\_
  - h. Otros \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

5. Ocupación:
- a. Ama de casa. \_\_\_\_\_
  - b. Empleado. \_\_\_\_\_
  - c. Trabajador independiente. \_\_\_\_\_
  - d. Pensionado o jubilado. \_\_\_\_\_
  - e. Desempleado. \_\_\_\_\_
  - f. Otro \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

6. ¿Con quien vive usted?
- a. Vive sola(a) \_\_\_\_\_
  - b. Vive con esposo(a) \_\_\_\_\_
  - c. Vive con esposo(a) e hijos (as) \_\_\_\_\_
  - d. Vive con hijos (as) y nietos(as) \_\_\_\_\_
  - e. Vive con hermanos(a) \_\_\_\_\_
  - f. Vive con hermanos(as) e hijos(as) \_\_\_\_\_
  - g. Vive con esposo, hijos(as) y nietos(as) \_\_\_\_\_
  - h. Vive con otros \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

7. ¿Como son sus relaciones familiares?
- a. Buena. \_\_\_\_\_
  - b. Muy buena. \_\_\_\_\_
  - c. Regular. \_\_\_\_\_
  - d. Mala. \_\_\_\_\_

Amplíe su respuesta \_\_\_\_\_

---

8. ¿Existe en su familia algún antecedente de juego? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 En quien \_\_\_\_\_ Que jugaba o juega \_\_\_\_\_  
 Que problemas tuvo o tiene ese familiar \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
9. ¿Hay en su familia antecedentes de alcoholismo o drogadicción?  
 Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ De quien \_\_\_\_\_
10. Si es jubilado o pensionado ¿Cuánto tiempo hace que sucedió esto? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
11. En caso de ser pensionado o jubilado ¿Tuvo algún tipo de capacitación?  
 Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
12. ¿Jugaba antes de estar jubilado o pensionado? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 ¿Qué jugaba? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
13. ¿Al cuanto tiempo de jubilarse o pensionarse empezó a jugar? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ¿Como comenzó a hacerlo? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ¿Con que tipo de juego empezó? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
14. Ingresos personales mensuales: a. Hasta 1 salario mínimo (\$480.000) \_\_\_\_\_  
 b. De 2 a 3 salarios mínimos \_\_\_\_\_  
 c. De 3 o más salarios mínimos \_\_\_\_\_
15. ¿Mantiene usted dinero disponible para jugar? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 ¿Cuanto? \_\_\_\_\_

16. ¿Qué cantidad de dinero destina mensualmente para jugar? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

17. ¿A que dedica su tiempo libre? a. Deporte. \_\_\_\_\_  
(Puede marcar varias opciones) b. Lectura. \_\_\_\_\_  
c. Ver TV \_\_\_\_\_  
d. Casinos. \_\_\_\_\_  
e. Dormir \_\_\_\_\_  
f. Cine. \_\_\_\_\_  
g. Bailar. \_\_\_\_\_  
h. Viajar. \_\_\_\_\_  
i. Pasear. \_\_\_\_\_  
j. Nada. \_\_\_\_\_  
k. Otro \_\_\_\_\_ ¿Cual? \_\_\_\_\_

18. ¿De todas las anteriores cual es a la que mas le dedica su tiempo libre y cuan tiempo? \_\_\_\_\_

19. ¿Qué juegos de azar practica usted? a. Cartas. \_\_\_\_\_  
(Puede marcar varias opciones) b. Loterías – Chance. \_\_\_\_\_  
c. Maquinitas. \_\_\_\_\_  
d. Bingo. \_\_\_\_\_  
e. Ruleta. \_\_\_\_\_  
f. El derby. \_\_\_\_\_  
g. Otros \_\_\_\_\_ ¿Cual? \_\_\_\_\_

20. ¿Cuál de las anteriores es la que mas le gusta? \_\_\_\_\_

21. ¿Con que frecuencia lo practica? a. Diariamente. \_\_\_\_\_  
b. Semanalmente. \_\_\_\_\_  
c. Ocasionalmente. \_\_\_\_\_  
d. Varias veces a la semana. \_\_\_\_\_

22. ¿Hace cuanto tiempo comenzó a jugar? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

23. ¿Maneja usted tarjetas debito, crédito? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

24. ¿El manejarlas le ha facilitado jugar? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Por que? \_\_\_\_\_

25. ¿Que lo motivo a visitar un casino? a. Los Amigos. \_\_\_\_\_  
(Puede marcar varias opciones) b. Un Familiar. \_\_\_\_\_  
c. La Soledad. \_\_\_\_\_  
d. La Curiosidad. \_\_\_\_\_  
e. La Oferta (publicidad). \_\_\_\_\_  
f. La Cercanía. \_\_\_\_\_  
g. El divertirse. \_\_\_\_\_  
h. El ocupar su tiempo libre. \_\_\_\_\_  
i. Otros \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Amplíe su respuesta? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

26. ¿Qué es lo que más le llama la atención de estos casinos? (Puede marcar varias opciones)

a. La atención. \_\_\_\_\_  
b. El ambiente. \_\_\_\_\_  
c. La ubicación. \_\_\_\_\_  
d. Los premios. \_\_\_\_\_  
e. Las personas que lo frecuentan. \_\_\_\_\_

27. De lo anterior ¿que es lo que más lo hace volver a jugar? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

28. ¿Qué siente cuando está jugando? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

29. ¿Qué beneficios le ha aportado el juego? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

30. ¿Ha empezado a sentir que tiene problemas con el juego? Si \_\_\_ No \_\_\_  
¿Por que? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

31. ¿Ha tenido usted más pérdidas o ganancias económicas con el juego?  
a. Pérdidas.  
b. Ganancias.  
Amplíe su respuesta \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

32. ¿Ha considerado usted alguna vez el juego como un problema?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Explique por que? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

33. ¿Ha tenido algún tipo de problema con su familia por el juego?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

34. ¿Se siente actualmente satisfecho con su proyecto de vida?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

35. ¿Se ha sentido usted querido o amado? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Amplíe su respuesta \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

36. ¿Ha tenido usted pérdidas significativas de familiares o amigos?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Amplíe su respuesta \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

37. ¿Cómo o de que manera resuelve usted sus conflictos familiares?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

38. ¿Se integra usted en alguna de las actividades de su comunidad?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿De que manera? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

39. ¿Ingiere bebidas alcohólicas? a. Nunca. \_\_\_\_\_

b. Ocasionalmente. \_\_\_\_\_

c. Frecuentemente. \_\_\_\_\_

40. ¿Fuma? a. Nunca. \_\_\_\_\_

b. Ocasionalmente. \_\_\_\_\_

c. Frecuentemente. \_\_\_\_\_

41. ¿Ha tenido antecedentes personales de:

a. Abuso de alcohol. \_\_\_\_\_

b. Abuso de drogas. \_\_\_\_\_

c. Otros abusos o dependencias. \_\_\_\_\_

¿Cuales? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

42. ¿Ha asistido a reuniones de Alcohólicos Anónimos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

43. ¿Ha estado en tratamiento por problemas de alcohol o drogas?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

44. ¿En algún momento de su vida ha sido valorado por un psicólogo o un psiquiatra? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Por que? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

45. ¿En su infancia fue inquieto y a veces se pensó que usted fuera hiperactivo?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Amplíe su respuesta \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

46. ¿Ha tomado medicamentos para alguna alteración mental (Depresión, trastornos del sueño, ansiedad, problemas de memoria, etc.)?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Para que? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

47. ¿Usted antes de jugar era impulsivo, irritante o poco tolerante?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

48. ¿Usted manejaba altos niveles de estrés? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Por que? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

49. ¿Estaría interesado(a) en recibir algún tipo de ayuda?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Le recordamos que esta informaciones totalmente confidencial.

Gracias por su colaboración.

**ANEXO 3.**

**HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO FUNDACIÓN UNIVERSITARIA  
LUIS AMIGÓ**

**POSGRADO EN FARMACODEPENDENCIA  
INVESTIGACIÓN**

**FACTORES DE RIESGO AL JUEGO PATOLÓGICO EN EL ADULTO MAYOR  
DEL MUNICIPIO DE MEDELLÍN**

**EQUIPO INVESTIGADOR:  
BERENICE ALZATE CASTRO  
MARGARITA BOLÍVAR GARCÍA  
ANDRÉS ELÍAS CALLE ARANGO  
DINA MARCELA TORO TOBÓN**

Fecha: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO**

Yo \_\_\_\_\_, mayor de edad ( ),  
identificado con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ de  
\_\_\_\_\_, conozco los objetivos de la presente investigación, que hacen  
referencia al análisis de los factores de riesgo al juego patológico en  
adultos mayores y que tiene como finalidad plantear posibles alternativas  
de prevención. Acepto participar voluntariamente en ella, entregando  
información personal importante para este trabajo y del cual podré retirarme  
libremente cuando lo desee, conociendo que tales datos no serán  
publicados con nombres propios ni para otros fines diferentes a los que  
conozco, garantizando el anonimato, para tal efecto firmo. En Medellín a los  
\_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ de 2007.

\_\_\_\_\_  
Firma y número de cédula.