

ARTÍCULOS ORIGINALES

LUDOPATÍA: ACCESIBILIDAD DE LOS ADICTOS AL JUEGO Y DE SUS FAMILIAS A LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA DE SALUD

Gambling: Accessibility of Gamblers and their Families to Health Care Institutions

Martín de Lellis,¹ Lorena Negro,² Andrea Paz²

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: En la década de 1990 se amplió progresivamente la oferta de juegos de azar en Argentina, lo que trajo aparejada una problemática poco conocida: la ludopatía. OBJETIVO: Describir la accesibilidad de los jugadores compulsivos y sus familiares al sistema de salud, indagando sobre las experiencias obstaculizadoras y facilitadoras. MÉTODOS: Se realizó un abordaje cualitativo exploratorio en Avellaneda y Lanús (Provincia de Buenos Aires). Se seleccionaron los vínculos que establecen las personas jugadoras y sus familias con las instituciones del sistema de salud. La muestra se construyó con criterios basados en definiciones conceptuales. Se realizaron 26 entrevistas en profundidad a jugadores compulsivos, familiares, profesionales de la salud del sector público/privado y coordinadores de grupos de pares. RESULTADOS: Los modelos de atención abordados (profesional y grupo de pares) presentan atributos ideológicos y operativos diferenciados, aunque conviven y son utilizados articuladamente en las prácticas de los sujetos. En sus trayectorias se visualizó el sistema de salud "real", así como las experiencias facilitadoras y obstaculizadoras del acceso. CONCLUSIONES: La problemática tiene hoy un reconocimiento mayor al de años anteriores. Sin embargo, los actores entrevistados no identificaron los espacios de tratamiento y las estrategias de salud plausibles. El abordaje desde el concepto de enfermedad no permite visualizar el padecimiento presente en toda la red vincular e impide alcanzar una respuesta asistencial integral.

ABSTRACT. INTRODUCTION: In the 90's, the offer of gambling games gradually expanded in Argentina, leading to the appearance of a little-known problem: compulsive gambling. OBJECTIVE: To describe the accessibility of gamblers and their families to health care system, inquiring about the experiences of barriers and facilitators. METHODS: An exploratory qualitative approach was used for this study in Avellaneda and Lanús (Province of Buenos Aires), selecting the links established by gamblers and their families with health care institutions. The sample was based on conceptual definitions. The study performed 26 in-depth interviews to compulsive gamblers, family members, health professionals from public/private sector and peer group coordinators. RESULTS: Models of care, professional type and peer group coexist with distinct ideological and operational attributes, although they are used together in the practices of the subjects. Their paths reflected the "real" health care system, as well as facilitating opportunities and obstacles to the access. CONCLUSIONS: Comparing to previous years, compulsive gambling is now more recognized as a health problem. However, the surveyed actors did not identify the appropriate treatment paths and health strategies. Addressing this issue from the concept of disease does not allow to understand the suffering occurring throughout the close personal network and prevents from reaching a comprehensive care approach.

PALABRAS CLAVE: Salud pública - Servicios de salud mental - Accesibilidad a los servicios de salud - Padecimiento - Juegos de azar

KEY WORDS: Public health - Mental health services - Health service accessibility - Suffering - Gambling

¹ Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

² Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud de la Nación.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO: Beca "Carrillo-Oñativía", Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

FECHA DE RECEPCIÓN: 30 de marzo de 2012

FECHA DE ACEPTACIÓN: 23 de mayo de 2012

CORRESPONDENCIA A: Andrea Paz
Correo electrónico: andrepaz20@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

En relación a la problemática de la adicción a los juegos de azar circulan percepciones asociadas a la idea de vicio, inmoralidad y falta de voluntad para dejar de jugar y apostar, que son contrarias a la representación del problema como parte de un proceso de salud-enfermedad.¹ Estas percepciones recaen como un estigma sobre los jugadores compulsivos (en un sentido amplio, referido no solo a criterios objetivables de clasificación internacional de enfermedades, sino a hombres y mujeres que padecen por su conducta compulsiva). La alteridad en situación de desigualdad va en detrimento de los grupos minoritarios, que suelen desarrollar fenómenos de desprecio a sí mismos, vinculados con la aceptación y la interiorización de la imagen construida por los grupos dominantes. La invisibilidad social de la problemática y la estigmatización de las personas afectadas dilatan la cons-

trucción de la demanda de atención sanitaria.

Las comunidades construyen diversos tipos de respuesta social e institucional a los problemas de salud. Se entiende por modelos de atención a todas aquellas actividades organizadas para atender padecimientos en instituciones públicas, privadas o grupos de pares. Cada modelo posee curadores, es decir, sujetos que coordinan y ejecutan las estrategias de atención o cura. En tal sentido, el concepto de sistema de salud hace referencia al sistema de atención "real", a la red de las diversas instituciones y curadores que es utilizada por los sujetos y sus familiares. Este marco permite cuestionar la visión biomédica hegemónica, que "tenderá a reconocer algunas de las formas de atención, y no las más diversas y a veces impensables actividades curativas o sanadoras".²

La presente investigación abordó el problema desde la perspectiva de los actores involucrados: jugadores compulsivos, familiares, profesionales de la salud y coordinadores de los grupos de pares. Se describieron los vínculos que los sujetos y los familiares establecieron con las instituciones del sistema de salud, se identificaron experiencias facilitadoras u obstaculizadoras del acceso al tratamiento y se caracterizaron las situaciones asociadas a la invisibilización de la problemática y a los procesos de estigmatización.

Se consideró accesibilidad a las situaciones de encuentro/desencuentro entre los servicios y los sujetos.³ Las características de estos vínculos se obtuvieron de manera dinámica e histórica a partir del análisis de las trayectorias de los familiares y los jugadores compulsivos.

Se utilizó el concepto de padecimiento (y no el de trastorno o enfermedad mental) para incluir la dimensión subjetiva del proceso de salud-enfermedad.⁴ El empleo de este término permitió visibilizar y reconocer el sufrimiento que involucra a la red familiar del jugador compulsivo y, por lo tanto, evitó reducir el problema a signos objetivables por un tercero (curador), sin individualizar la problemática ni desconocer su carácter social e histórico.

El objetivo general fue explorar y describir la accesibilidad de los jugadores compulsivos y sus familiares a las diversas instituciones del sistema de salud a lo largo de sus trayectorias.

MÉTODOS

El estudio se llevó a cabo en los municipios de Avellaneda y Lanús. El diseño de investigación fue de tipo cualitativo y exploratorio. Como unidades de análisis, se seleccionaron los vínculos establecidos por los jugadores compulsivos y sus familiares con las instituciones del sistema de salud. Los vínculos se obtuvieron desde la perspectiva de los propios actores a lo largo de sus trayectorias sociales como jugadores compulsivos. Durante 2011, se llevaron a cabo 26 entrevistas en profundidad: siete a jugadores compulsivos, seis a familiares, ocho a profesionales del sector público y privado (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales) y cinco a coordinadores de grupos de pares (Jugadores Anónimos (JA) y Jug-Anon, un grupo de autoayuda para familiares y amigos de jugadores compulsivos). Todos los

sujetos entrevistados eran residentes y/o trabajadores de Avellaneda y Lanús. La selección de la zona geográfica se debió a la amplia oferta de salas de juego que existe en esos municipios y en las áreas aledañas. La muestra se construyó en función de definiciones conceptuales. Los criterios de inclusión fueron: personas mayores de 18 años que consideraban tener algún problema de juego, personas mayores de 18 años en cuyo hogar había un familiar con problemas de juego, profesionales que trabajaban en alguna institución con servicio de salud mental o adicciones, y coordinadores que se desempeñaban en espacios grupales de tratamiento y recuperación relacionados con la ludopatía en la zona seleccionada.

Se analizó el discurso de los actores según la posición ocupada por cada uno de ellos en el campo de la atención de la salud (con la consiguiente distribución desigual de saber/poder). El anonimato, la confidencialidad, el consentimiento y la voluntariedad fueron principios rectores del proceso de investigación.

RESULTADOS

Quienes padecen la compulsión, la describen como una carrera de juego en la cual se despliega una espiral de pérdidas: de dinero, de trabajo, de confianza de los otros y en sí mismo, de la familia y de otros vínculos. Este círculo vicioso va acompañado habitualmente de un deterioro físico. *"Cuando uno está en carrera de juego, se ve afectado en muchos aspectos de su vida: en el trabajo, en la familia, en las relaciones, en todo".* (Jugador compulsivo)

En el relato aparece la noción de tiempo. El padecimiento se encuentra asociado a la velocidad y a la carrera; la recuperación, a la idea de proceso y de trayecto. *"Después, bueno, en mi trayecto de recuperación, algunos de esas cosas y algunas de esas personas recuperé y otras no..."* (Jugador compulsivo)

En relación con las pérdidas, se identifica una escisión con lo vital. Se percibe como un aislamiento y agotamiento que indica el final de algo, y aparece mencionada como una desconexión afectiva, agonía o desafección a la vida. *"Jamás busqué la ayuda de ninguna institución, porque trataba de autodestruirme a través del juego, autodestruirme desde todo punto de vista: lo económico, lo afectivo, lo moral, es una agonía lenta... y cada vez me deterioraba más".* (Jugador compulsivo)

El padecer no queda restringido al jugador, sino que emerge bajo diversas formas en cada uno de los integrantes de la familia. *"Y yo ya me había puesto muy mal, muy agresiva, muuy agresiva. Me acuerdo de que una vez lo esperé con un palo de escoba atrás de la puerta. Pensé: si lo mato, le doy un golpe... Quería dar un golpe, en ese golpe estaba mi satisfacción, dentro de la locura que ya tenía de desquitarme de lo que él me hacía. Imagínense el grado que tenía yo de locura para pensar que, si lo mataba con un palo, me iba a pagar todas las veces que lloré, que sufrí, que no me oyó. Estaba mal, mal. Una se va desquiciando, y no te das cuenta... Él entró, yo levanté*

el palo y él se agachó. Eso me hizo reflexionar, dije: pobre, se agachó porque él también sufre, porque ellos sufren, no son felices. Muchas veces me decía: ayudame, no puedo parar, no quiero ir más y no puedo no ir. ¿Y cómo quieres que te ayude?, le decía yo. Le decía que era muy fácil, que no fuera, no sabía que había otras opciones. Por suerte no le di el palo; si no, tal vez todavía estaría presa". (Familiar)

Al centrar la mirada en la patología, el diagnóstico reduce la complejidad de la problemática. "Cuando la perspectiva nosográfica clásica delimita el universo de entidades mórbidas a todas aquellas señales, signos o síntomas factibles de verse o comprobarse, excluye explícitamente las vivencias singulares de padecimiento. En esa perspectiva la dimensión subjetiva del sufrimiento es una dimensión ausente".⁵ A partir de los relatos de los entrevistados, surge la necesidad de distinguir entre el concepto de enfermedad y la noción de sufrimiento subjetivo. Aunque se habla de enfermedad, aparecen cuestiones del orden del padecer, que involucra al sujeto y comprende a toda la red familiar.

En lo que respecta a los modelos de atención, el profesional y el grupo de pares presentan enfoques que son diferentes, pero que conviven en las prácticas de los sujetos. La oposición suele reflejarse más en las representaciones de los curadores de las distintas formas de atención que en las prácticas de los sujetos y sus grupos de pertenencia, que combinan sin contradicción los diferentes modelos.² Cada sujeto y grupo familiar utiliza espacios simultáneos de tratamiento que, desde su perspectiva, aparecen como excluyentes entre sí.

"¿Adónde fuiste en primera instancia? -En 2005, a JA. Y en 2008, también a JA, pero ya con la psicóloga, las dos cosas juntas, empecé terapia. Terapia... sí, pero con una psicóloga de adicciones". (Jugador compulsivo)

"Yo lo trato en el grupo, con mi psicóloga trato otras cosas que no puedo estar dos horas diciendo en el grupo... ¡Qué quilombo que tengo en la cabeza!" (Coordinadora de JA)
[N. del E. "quilombo": lío, confusión]

En el relato de los profesionales aparece la distancia y diferenciación entre sus estrategias terapéuticas y los espacios como JA. *"Yo respeto bastante todo lo que son los grupos de autoayuda, aunque hay cosas con las que no estoy de acuerdo, porque tienen una visión muy dogmática: eso de que no voy a manejar el dinero, que toda la vida voy a ser un jugador recuperado y en recuperación. Esa cosa de estigmatizar a mí no me gusta. Siendo muy cuidadosa, yo trato de cuestionar aunque sin poner el tema directamente sobre la mesa para no entrar en conflicto con la ideología de JA. Lo que intento hacer es llevar a mis pacientes a cuestionar esas cosas y a pensar si realmente son jugadores para toda la vida".* (Psicóloga de institución pública dedicada a la atención de adicciones)

Aunque presentan enfoques diferentes, en la práctica ambos modelos de atención utilizan la red vincular como una dimensión terapéutica clave. *"Es la red que el paciente trae, porque hay pacientes que no tienen familia, pero sí amigos, y a esos amigos se los considera la red del paciente.*

El recurso va más allá de los espacios vinculares habituales. Tal vez el fin de semana al paciente se le complica y va a jugar, y quizás haya algún amigo que le pueda hacer de aguante, en lugar de un acompañante. Todos son recursos válidos". (Psicóloga de institución privada dedicada a la atención de ludopatía)

En el caso de JA y Jug-Anon, las estrategias se centran en el fortalecimiento de una red que trae la persona o que se construye al interior del grupo de pares. *"Siempre hay alguien. Es muy difícil encontrar a una persona que esté aislada del mundo. Pero en los grupos se ha llegado a pedir que los propios hermanos nos ayuden a cobrar, a poner el dinero, a pagar las cuentas".* (Coordinador de JA)

Según provengan del ámbito público o privado, las estrategias profesionales muestran dos enfoques en relación con los grupos de pares. Los profesionales que se desempeñan en instituciones privadas suelen marcar una distancia y una distinción frente a los grupos de autoayuda, que pueden aparecer como potenciales competidores. Mientras tanto, aunque también exponen diferentes enfoques, los profesionales de las instituciones públicas consideran que se trata de un recurso más a tener en cuenta dentro de la estrategia terapéutica.

De acuerdo con las entrevistas realizadas, el primer contacto con el sistema de salud suele ser a través de los grupos de pares JA y Jug-Anon. El sector público no aparece como una opción de primera instancia para el tratamiento de esta problemática. *"La mayor parte de las derivaciones que recibo son de JA".* (Psicóloga de institución pública dedicada a la atención de ludopatía)

Cuando los jugadores y familiares que participan de JA y Jug-Anon identifican un lugar público dedicado a esta problemática, lo incorporan como referencia para la derivación de sus pares.

"Entre ellos mismos se recomiendan. A veces, incluso, atiendo en mi consultorio a hijas de jugadores". (Psicóloga de institución pública dedicada a la atención de ludopatía)

"Se le sugiere que consulte a un profesional". (Coordinadora de Jug-Anon)

El género aparece como una dimensión que marca diferencias en cuanto al vínculo con el sistema de salud. En general, son las mujeres las que buscan los espacios de tratamiento.

"Una amiga me llevó de los pelos a la Fundación San Carlos". (Jugadora compulsiva)

Según lo expresado por los diferentes actores, la problemática tiene ahora un reconocimiento mayor que en años anteriores dentro del campo sanitario. Sin embargo, no se visualizan los espacios de tratamiento y las estrategias de salud que se pueden llevar adelante. *"Si me duele una muela, voy al odontólogo; si me duele un dedo del pie, voy al podólogo; si me fracturo, voy al traumatólogo; si me duele el corazón, me hago un electrocardiograma. Pero si tengo una adicción al juego, ¿adónde voy? ¿Quién se hace cargo de mí? ¿Cómo salgo? No hay nada visible que me oriente para decir: voy ahí. A nivel público, no hay nada visible".* (Jugador compulsivo)

Aunque ahora se lo identifica más como un problema

de salud, el juego compulsivo no tiene la misma visibilidad social, política, sanitaria y mediática que las adicciones a sustancias consideradas ilegales. *"Es más fácil identificar a un merquero que a un jugador"*. (Jugador compulsivo) [N. del E. "merquero": consumidor de cocaína]

Según lo manifestado en las entrevistas, se considera importante que los profesionales de la salud identifiquen esta problemática en la consulta. *"Me parece que los médicos también deben saber que están tratando a alguien con un estrés distinto, con otra ansiedad, con una limitación. Deben saberlo porque todo hace a un mismo cuerpo"*. (Jugador compulsivo)

La invisibilidad social y sanitaria se refleja también en el seno de la familia. Cuando la problemática se desarrolla, la familia no la identifica en primera instancia. En general, surgen representaciones asociadas al engaño amoroso. *"Mi marido pensaba que yo lo estaba engañando, no que yo estaba jugando. Era algo absolutamente alejado de la realidad, de lo que pasaba"*. (Jugadora compulsiva)

Como consecuencia de esta invisibilidad, los jugadores compulsivos y sus familiares acceden a los diversos modos de atención después de muchos años, cuando la problemática se encuentra muy avanzada. *"En general, las personas son traídas o llegan en un estado calamitoso, cuando parece que ya perdieron todo: la familia, la casa... El paciente no viene con un síntoma de poco tiempo, según mi percepción llega con diez o doce años de juego. En la mayoría de los casos, el inicio del síntoma data de por lo menos diez años atrás"*. (Psicóloga de institución privada dedicada a la atención de ludopatía)

Tanto la familia como el conjunto de la sociedad identifican el padecimiento en el jugador y no lo asocian con su red vincular inmediata. *"Uno siempre piensa en el adicto, no piensa en uno mismo; yo no pensaba en mi necesidad, sino en él. Todas las personas que vienen al grupo piensan lo mismo, que se trata del otro, y no saben que nosotros necesitamos ayuda primero"*. (Coordinador de Jug-Anon)

En el lenguaje se cristaliza la invisibilidad de la problemática en el entorno. Los familiares no encuentran términos que representen adecuadamente las características del padecimiento. En su relato, describen la situación que atraviesan con las siguientes palabras: "desalineado/a", "desquiciado/a", "agresivo/a", "trastornado/a", etc.

Por otra parte, una vez identificado el padecimiento común y construida una demanda de atención para el conjunto familiar, se presenta la dificultad de encontrar un espacio que incluya a todos en el tratamiento. *"Lo que yo necesitaba era un lugar que no enfocara solamente al ludópata, es decir, a mi marido, que es el que tiene la problemática; yo sentía que la problemática era común, que de algún modo nos había atravesado a todos. Lo único que se me ocurrió fue generar una terapia individual para cada uno de nosotros"*. (Familiar)

El juego compulsivo no se restringe al trastorno definido por los sistemas de clasificación internacional de enfermedades, como DSM IV o CIE-10, sino que se manifiesta en

un padecimiento que involucra a toda la red inmediata en situaciones cotidianas.

Los grupos que padecen ciertas problemáticas de salud en general y de salud mental en particular internalizan una imagen de desprecio de sí mismos. La alteridad se transforma en una etiqueta que estigmatiza lo diferente. El discurso de los jugadores contiene palabras y frases que reflejan esa percepción de desprecio. Cuando se les pide que describan a las personas con problemas de juego, dicen que presentan "defectos de carácter" y "falta de responsabilidad", que "no quieren aceptar la realidad tal cual es", que son "viciosas", "inmaduras", "irresponsables", "sinvergüenzas" y "malas personas".

El desprecio se manifiesta de manera intensa. En sus discursos, el adicto al juego aparece en peor situación que el adicto a sustancias: *"Creo que prefiero ser drogón a jugador"*. (Jugador compulsivo)

Además, se identifica al jugador como a alguien que porta una enfermedad contagiosa. *"Sienten rechazo, es como si el jugador tuviera una enfermedad contagiosa, pero no es así"*. (Familiar)

El relato de los profesionales de la salud también presenta ciertas imágenes estereotipadas de las personas que padecen su forma de jugar. Aparecen conceptos como "salvación mágica", "duelo patológico", "alternativa de progreso para estratos sociales bajos", "depresión", "entorno vincular favorable al juego" y "delito".

Según se observa en el estudio, la accesibilidad al sistema de salud es un proceso complejo: no se reduce a la disponibilidad geográfica de la atención, sino que se construye en el vínculo entre los servicios y los sujetos. En este sentido más amplio, la accesibilidad remite a las situaciones de encuentro/desencuentro entre los curadores y los sujetos, que afectan la posibilidad de recibir y/o utilizar satisfactoriamente los servicios dedicados a la problemática.

En lo que respecta a las experiencias obstaculizadoras, los espacios o instituciones que ofrecen asistencia son escasos y difíciles de localizar. *"Si sos merquero, tenés 850.000 lugares y gente que sabe o cree que sabe, o lo que fuere, pero el jugador no"*. (Jugador compulsivo)

Los procesos de invisibilización descriptos anteriormente obstaculizan el acceso a la atención, ya que retrasan la construcción de la demanda. Dado que algunas familias no consideran a los grupos de pares como opciones plausibles, el acceso al sistema se dificulta aún más. La demanda de tratamiento no se traduce inmediatamente en atención, sino que se transforma en búsqueda de algún profesional de la salud que atienda esa problemática.

Los relatos también mencionan experiencias facilitadoras. La primera vía de acercamiento a alguna de las formas de atención suele ser a través de una persona que se encuentra en una situación similar, es decir, un par. *"Hablé con un cuñado que era alcohólico. Él iba a Alcohólicos Anónimos y me preguntaba: '¿Por qué estás tan triste, tan mal?' Yo estaba desalineada, y le conté. Me dijo que él iba a averiguar para ver si había algo; preguntó en Alcohólicos*

Anónimos, y le dijeron que había un grupo y que se estaba abriendo otro en San Martín. Le pedí que consiguiera el grupo más cercano, para asegurarme de que mi marido fuera. Ese mismo día lo consiguió, me llamó y me dijo: 'Anotó una dirección'. La anoté y vine acá. ¡Qué contenta me puse!' (Familiar)

Los integrantes de la red del jugador cumplen un papel positivo en las posibilidades de acceso. De acuerdo con los relatos, los responsables del diagnóstico no suelen ser los jugadores, sino familiares o amigos que identifican el problema y buscan opciones de atención. *"Yo trataba de autodestruirme, difícilmente buscaría ayuda de una institución. No lo quería comentar ni con el cura de mi iglesia. Traté de mantenerlo siempre oculto. Cuantas menos personas lo supieran, mejor. Hasta que hay un hecho detonante. ¡Pum! Explota la bomba, se entera la familia o aparece la bancarrota o el intento de suicidio, ya la cosa se hace pública y uno no la puede manejar. Cuando trasciende, el entorno empieza a marcarle a uno que es un jugador. Uno no se autodiagnostica jugador. Aunque en el fondo uno sabe que tiene problemas con el juego, no lo blanquea ni lo reconoce". (Jugador compulsivo)*

Encontrar un espacio público de atención facilita la inclusión en un tratamiento. *"Es importantísimo que alguien que está sufriendo a causa de su adicción al juego encuentre un lugar que le ofrezca una mano, sin pedirle nada a cambio, para poder salir de ese infierno terrible que sufrimos los jugadores". (Jugador compulsivo)*

Para sostener el tratamiento y evitar las recaídas, resulta importante contar con alguien a quien acudir en los momentos críticos. *"Generalmente, cuando te agarra el dlc de ir a jugar, no llamas a nadie. Pero cuando estás indeciso, como que no puedo, que sí, que no, qué sé yo... Esa vez la llamé. Me dijo: '¿Estás bien?' Le dije que sí, y eso me sirvió para no ir". (Jugador compulsivo)*

DISCUSIÓN

Como todo problema de salud, el juego compulsivo requiere un análisis complejo. Abordar esta problemática desde el concepto de enfermedad no permite visualizar el padecimiento que se presenta en toda la red vincular. Los sistemas de clasificación internacional circunscriben el problema a los síntomas y signos visibles en la persona afectada (en este caso, el/la jugador/a compulsivo/a) y excluyen explícitamente las vivencias singulares de padecimiento de cada familia o red inmediata. Sin embargo, los relatos de los diferentes actores dejan en claro que se trata de un sufrimiento que

involucra a todo el entorno y que, por lo tanto, todos sus integrantes podrían necesitar tratamiento.

A la hora de analizar la accesibilidad al sistema de salud, no se debe desconocer la perspectiva de las personas que padecen. En sus trayectorias se visualiza el sistema "real", con las posibilidades facilitadoras y las experiencias obstaculizadoras del acceso. Los discursos de los curadores reflejan cierta disputa por el saber y el saber hacer en relación con la problemática y su tratamiento. Este conflicto de poder no impide que los diferentes modelos de atención sean articulados sin contradicción por las personas afectadas durante su trayecto de cura/atención.

A pesar del mayor reconocimiento actual, la adicción al juego como problema de salud no tiene la misma visibilidad social, política, sanitaria y mediática que las adicciones a sustancias consideradas ilegales.

RELEVANCIA PARA LAS POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

El sector público no aparece en los discursos como primera opción para el tratamiento. Sin embargo, la inclusión de dispositivos de atención y tratamiento en esta área resulta una instancia necesaria, habida cuenta de las siguientes recomendaciones: a) asegurar adecuados entornos institucionales y dispositivos de atención que garanticen los derechos de los jugadores compulsivos y sus familias, b) capacitar a curadores que se desempeñen en el primer nivel de atención para otorgar mayor visibilidad a esta problemática, y c) habilitar instancias para la coordinación y el intercambio entre referentes de otros sectores sociales, referentes de grupos de pares, curadores del sector de salud y recursos humanos no convencionales, tales como acompañantes terapéuticos o promotores de salud, a fin de mejorar el proceso de tratamiento, facilitar la continuidad de los cuidados y evitar las recaídas.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Respecto de las líneas futuras de investigación, resultaría oportuno desarrollar estudios epidemiológicos de corte descriptivo, con el propósito de estimar la actual prevalencia en las poblaciones seleccionadas y determinar cuáles son los factores culturales, psicológicos y sociales que se hallan vinculados significativamente con esta problemática de salud.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Blanca D, Coletti LM. La adicción al juego ¿no va más...? Primera edición. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2006.
- Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En Spinelli H. Salud Colectiva. Primera edición. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2008.
- Comes Y, Solitario R, Garbus P, Mauro M, Czerniecki S, Vázquez A, et al. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios.

En Anuario de Investigaciones, Volumen XIV. Facultad de Psicología UBA, Buenos Aires, 2006.

⁴ Augsburg AC. De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: El sufrimiento psíquico como categoría clave. Cuadernos Médicos Sociales, 2002; 81(1):61-75.

⁵ Augsburg AC. La inclusión del sufrimiento psíquico: Un desafío para la epidemiología. En Psicología & Sociedad, 2004; 16(2):71-80.