

UNIVERSIDAD PONTIFICIA DE SALAMANCA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**TERAPIA COGNITIVA BASADA EN LA
ATENCIÓN PLENA (O *MINDFULNESS*)
EN JUEGO PATOLÓGICO**

Autora: Alejandra Rebeca Melero Ventola

Director: Dr. D. José Ramón Yela Bernabé

Salamanca 2015

AGRADECIMIENTOS

A mi director de tesis, José Ramón Yela, por transmitirme su gran conocimiento y brindarme su apoyo, tanto a nivel académico como personal. También, por su cercanía y naturalidad, que me han permitido poder disfrutar verdaderamente del proceso.

A mis padres, mi hermana y mi pareja, por estar ahí siempre que les necesito, animarme en los momentos de flaqueza, creer en mí y celebrar mis éxitos como si fueran suyos. En definitiva, por el cariño que me transmiten en todo momento y que hacen de mí una persona plenamente feliz, capaz de llevar a cabo todos aquellos proyectos que me proponga.

A María Cortés, por su extraordinaria enseñanza de aspectos metodológicos, su entrega y su amistad.

A los miembros de la Asociación ASALJAR, porque sin ellos no habría sido posible llevar a cabo este trabajo.

ÍNDICE DE CONTENIDO:

INTRODUCCIÓN	21
CAPÍTULO I: CONCEPTO DE <i>MINDFULNESS</i>	24
1.1. ¿Qué es el <i>Mindfulness</i> ?	24
1.1.1. Meditación y <i>Mindfulness</i>	28
1.1.2. <i>Mindfulness</i> como técnica de intervención psicológica	32
1.1.3. Mecanismos del <i>Mindfulness</i>	33
1.1.4. Componentes psicoterapéuticos del <i>Mindfulness</i>	35
1.1.5. Instrumentos de evaluación del <i>Mindfulness</i>	38
CAPÍTULO II: EL JUEGO	41
2.1. Características del juego	41
2.1.1. Las funciones psicológicas del juego	42
2.1.2. Tipos de juego.....	43
CAPÍTULO III: EL JUEGO DE AZAR	44
3.1. Definición y Clasificación del Juegos de Azar	44
3.2. Breve aproximación histórica del Juego de Azar	46
3.3. Factores adictivos propios del juego de azar	47
3.4. Tipos de Juego de Azar	48
3.5. Diferencias en la elección del tipo de juego de azar según el sexo	50
3.6. Diferencias en la elección del tipo de juego de azar según la edad.....	51
3.7. El juego de azar en España	52
3.7.1. Tipos de juegos legalizados	52
3.7.2. Cifras	53
3.7.3. Legislación actual	56
3.7.4. El juego <i>online</i>	57
3.7.4.1 Características.....	59
3.7.4.2. El mercado digital en España	60
3.7.4.3. Cifras del juego <i>online</i> en España	60
CAPÍTULO IV: EL JUEGO PATOLÓGICO	63
4.1. Características de las conductas adictivas	63
4.2. Conductas adictivas sin sustancia o adicciones sociales	64
4.3. Clasificación del juego patológico	67
4.4. Epidemiología del juego patológico	71
4.4.1. Prevalencia del juego patológico	71

4.5. Comorbilidad del juego patológico	78
4.6. Modelos explicativos del juego patológico	82
4.7. Tipología de los jugadores de azar	86
4.7.1. Tipologías que contemplan a jugadores patológicos y no patológicos.....	86
4.7.2. Tipologías de los jugadores patológicos	91
4.8. Fases del juego patológico.....	94
4.9. Estadios del cambio en conductas adictivas	95
4.10. Factores implicados en el juego patológico.....	96
4.10.1. Factores Predisponentes	96
4.10.2. Factores mantenedores	101
4.11. Aspectos fisiológicos y motores en la conducta de juego	107
4.12. Costes psicosociales y consecuencias del problema del juego de azar	109
4.13. Evaluación del juego patológico.....	111
4.14. Tratamiento del juego patológico	120
4.14.1. Objetivo terapéutico	121
4.14.2. Grupos de autoayuda	124
4.14.3 Tratamiento cognitivo-conductual del juego patológico.	126
4.14.3.1. Técnicas aversivas	126
4.14.3.2. Técnicas de control de estímulos.....	126
4.14.3.3. Técnicas de exposición	127
4.14.3.4. Terapia cognitiva	131
4.14.3.5. Técnicas de autocontrol	133
4.14.3.6. Prevención de recaídas	133
4.14.4. Tratamiento farmacológico.....	136
4.14.5. Programas de intervención multicomponentes.....	140
4.14.6. Tratamientos en grupo	149
4.14.7. Aportaciones al tratamiento del juego patológico desde la neurociencia del aprendizaje.....	152
4.14.8. Recuperación natural en juego patológico.....	154
4.14.9. Conclusiones acerca de los tratamientos	156
CAPÍTULO V: JUEGO PATOLÓGICO Y <i>MINDFULNESS</i>	158
5.1. Introducción.....	158
5.2. <i>Mindfulness</i> y comportamientos adictivos: estado de la cuestión	159
5.3. Trastornos relacionados con sustancias y <i>Mindfulness</i>	166

5.3.1. Prevención de Recaídas basada en <i>Mindfulness</i>	172
5.4. Relación entre las adicciones con sustancia y el juego patológico	175
5.5. <i>Mindfulness</i> como técnica de intervención psicológica en el juego patológico	177
5.5.1. Terapia Cognitiva basada en la atención plena en Juego Patológico.....	187
6. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	194
6.1. Introducción.....	194
6.2. Objetivos.....	196
6.3. Hipótesis	197
7. MÉTODO	200
7.1. Participantes	200
7.2. Diseño	201
7.3. Variables y definición operativa de las mismas.....	201
7.3.1. Variable independiente	201
7.3.2. Variables dependientes	202
7.3.3. Variables extrañas	205
7.4. Instrumentos de evaluación	206
7.5. Procedimiento.....	212
7.5.1. Selección de la muestra	212
7.5.2. Formación de los grupos.....	213
7.5.3. Estudio exploratorio y evaluación pre-tratamiento	214
7.5.4. Tratamiento.....	216
7.5.5. Evaluación post-tratamiento	227
7.5.6. Evaluación durante el seguimiento.....	227
8. RESULTADOS.....	229
8.1. Estudio descriptivo de la muestra.....	229
8.1.1. Variables personales y sociodemográficas	229
8.1.1.1. Muestra Inicial (datos exploratorios).....	229
8.1.1.2 Muestra Final.....	232
8.1.1.3 Muestra de familiares o personas de apoyo.....	234
8.1.2. Variables de historia de juego	238
8.1.2.1. Muestra Inicial (datos exploratorios).....	238
8.1.3. Variable de diagnóstico: Juego Patológico	248
8.2. Resultados del programa de terapia cognitiva basada en la atención plena (TCBAP).....	250

8.2.1. Homogeneidad de los grupos	250
8.2.2. Análisis estadístico	251
8.2.2.1. Abstinencia	252
8.2.2.2. Deseo o <i>Craving</i>	253
8.2.2.3. Distorsiones cognitivas.....	261
8.2.2.4. Atención Plena.....	271
8.2.2.5. Depresión.....	286
8.2.2.6. Ansiedad	289
8.2.2.7. Valoración del Programa de TCBAP.....	295
8.2.2.8. Continuidad de la práctica de los ejercicios de <i>mindfulness</i>	295
8.3. Resultados del Programa de Reducción de Estrés Basado en la Atención Plena (REBAP).....	305
8.3.1. Análisis estadístico	305
8.3.1.1. Estrés percibido	305
8.3.1.2. Valoración del Programa de REBAP.....	308
8.3.1.3. Continuidad de la práctica de los ejercicios de <i>mindfulness</i>	309
9. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	318
9.1. Características de la muestra	318
9.2. Eficacia del Programa de TCBAP	323
9.2.1. Mantenimiento de la abstinencia	323
9.2.2. Reducción del deseo de jugar o <i>craving</i>	325
9.2.3. Disminución de las Distorsiones cognitivas y estilo atribucional y <i>locus</i> de control más realista.....	326
9.2.4. Aumento de la atención plena.....	328
9.2.5. Disminución del nivel de depresión	330
9.2.6. Disminución del nivel de ansiedad.....	332
9.2.7. Continuidad de la práctica de <i>mindfulness</i>	334
9.2.8. Valoración del Programa	335
9.3. Eficacia del Programa de REBAP	337
9.3.1. Reducción del nivel de estrés	337
9.3.2. Continuidad de la práctica de <i>mindfulness</i>	338
9.3.3. Valoración del Programa	338
9.4. Limitaciones del estudio.....	339
9.5. Perspectivas futuras	341

10. CONTRASTE DE HIPÓTESIS	342
11. CONCLUSIONES.....	346
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	349
13. ANEXOS	385

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estudios de prevalencia del juego patológico en España, que han empleado el SOGS.

Tabla 2. Estudios sobre la prevalencia del juego en España que han utilizado el NODS.

Tabla 3: Jugadores patológicos y trastornos comórbidos (Kessler et al., 2008).

Tabla 4: Secuencia de inicio del juego patológico y los Trastornos comórbidos (Kessler et al., 2008).

Tabla 5. Esquema original de los planes de actuación del Programa de TCBAP.

Tabla 6. Puntuaciones de los 35 sujetos que cumplen los requisitos para formar parte de la muestra.

Tabla 7. Esquema original de las sesiones del Programa de TCBAP.

Tabla 8. Esquema modificado de las sesiones de TCBAP.

Tabla 9. Esquema de las sesiones del Programa de REBAP.

Tabla 10. Media de edad y D.T de la muestra inicial.

Tabla 11. Media de edad y D. T de la muestra final.

Tabla 12. Media de edad y D.T de la muestra de familiares o personas de apoyo.

Tabla 13. Homogeneidad de los grupos del Programa de TCBAP.

Tabla 14. Prueba de Bonferroni. Comparaciones por pares de las puntuaciones de la dimensión “inrtensidad de deseo” en los distintos momentos del tratamiento.

Tabla 15. Prueba de Bonferroni. Comparaciones por pares de las puntuaciones de la dimensión “frecuencia del deseo” en los distintos momentos del tratamiento.

Tabla 16. Prueba de Bonferroni. Comparaciones por pares de las puntuaciones de la dimensión “urgencia del deseo” en los distintos momentos del tratamiento.

Tabla 17. Resumen de la evolución temporal de las puntuaciones de la EDJ.

Tabla 18. Prueba de Bonferroni. Comparaciones por pares de las puntuaciones de la sub-escala A del IPJ, en los distintos momentos del tratamiento.

Tabla 19. Prueba de Bonferroni. Comparaciones por pares de las puntuaciones de la sub-escala B del IPJ, en los distintos momentos del tratamiento.

Tabla 20. Prueba de Bonferroni. Comparaciones por pares de la puntuación total del IPJ (A+B), en los distintos momentos del tratamiento.

Tabla 21. Prueba de Bonferroni. Comparaciones por pares de las puntuaciones de la subescala C, en los distintos momentos del tratamiento.

Tabla 22. Resumen de la evolución temporal de las puntuaciones de las sub-escalas del IPJ.

Tabla 23. Prueba de Bonferroni. Comparaciones por pares de las puntuaciones totales del FFMQ, en los distintos momentos del tratamiento.

Tabla 24. Resumen de la evolución temporal de la puntuación global del FFMQ.

Tabla 25. Prueba de Bonferroni. Comparaciones por pares de las puntuaciones de la faceta de *observación* del FFMQ, en los distintos momentos del tratamiento.

Tabla 26. Prueba de Bonferroni. Comparaciones por pares de las puntuaciones de la faceta de *descripción* del FFMQ, en los distintos momentos del tratamiento.

Tabla 27. Prueba de Bonferroni. Comparaciones por pares de las puntuaciones de la faceta de *conciencia* del FFMQ, en los distintos momentos del tratamiento.

Tabla 28. Prueba de Bonferroni. Comparaciones por pares de las puntuaciones de la faceta de *ausencia de reactividad* del FFMQ, en los distintos momentos del tratamiento.

Tabla 29. Prueba de Bonferroni. Comparaciones por pares de las puntuaciones de la faceta de *ausencia de juicio* del FFMQ, en los distintos momentos del tratamiento.

Tabla 30. Resumen de la evolución temporal de la puntuación de las 5 facetas del FFMQ.

Tabla 31. Prueba de Bonferroni. Comparaciones por pares de las puntuaciones del BDI-II, en los distintos momentos del tratamiento.

Tabla 32. Resumen de la evolución de las puntuaciones del BDI-II a lo largo de los distintos momentos del tratamiento.

Tabla 33. Prueba de Bonferroni. Comparaciones por pares de las puntuaciones del STAI-E, en los distintos momentos del tratamiento.

Tabla 34. Prueba de Bonferroni. Comparaciones por pares de las puntuaciones del STAI-R, en los distintos momentos del tratamiento.

Tabla 35. Resumen de la evolución de las puntuaciones del Cuestionario STAI.

Tabla 36. Valoración del Programa de TCBAP.

Tabla 37. Prueba de Bonferroni. Comparaciones por pares de la frecuencia de la práctica de *mindfulness* del grupo de TCBAP, en los distintos seguimientos.

Tabla 38. Resumen de la evolución temporal de la frecuencia de la práctica de *mindfulness* de los participantes del grupo de TCBAP.

Tabla 39. Prueba de Bonferroni. Comparaciones por pares del tiempo dedicado a la práctica del grupo de TCBAP, en los distintos seguimientos.

Tabla 40. Resumen de la evolución temporal del tiempo dedicado a la práctica de *mindfulness* de los participantes del grupo de TCBAP.

Tabla 41. Porcentajes de la práctica realizada en los seguimientos por el grupo de TCBAP.

Tabla 42. Prueba de Bonferroni. Comparaciones por pares de las puntuaciones de la SSP-14, en los distintos momentos del tratamiento.

Tabla 43. Resumen de la evolución temporal de la puntuación de la escala SSP-14.

Tabla 44. Valoración del Programa de REBAP.

Tabla 45. Prueba de Bonferroni. Comparaciones por pares de la frecuencia de la práctica de *mindfulness* del grupo de REBAP, en los distintos seguimientos.

Tabla 46. Resumen de la evolución temporal de la frecuencia de la práctica de *mindfulness* de los participantes del grupo de REBAP.

Tabla 47. Prueba de Bonferroni. Comparaciones por pares del tiempo dedicado a la práctica del grupo de REBAP, en los distintos seguimientos.

Tabla 48. Resumen de la evolución temporal del tiempo dedicado a la práctica de *mindfulness* de los participantes del grupo de REBAP.

Tabla 49. Porcentajes de la práctica realizada en los seguimientos por el grupo de REBAP.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Cantidad Jugada por operadores de juego

Figura 2: Ingresos netos por operadores de juego

Figura 3: Gráfico anual medio por hogar en juegos de azar según la Comunidad Autónoma.

Figura 4. Tipo de publicaciones encontradas en *PsycInfo*.

Figura 5. Revistas más productivas según *PsycInfo*.

Figura 6. Documentos por año según *Scopus*.

Figura 7. Documentos por año y fuente según *Scopus*.

Figura 8. Documentos por autor según *Scopus*.

Figura 9. Documentos por afiliación según *Scopus*.

Figura 10. Documentos por países según *Scopus*.

Figura 11. Tipo de documento según *Scopus*.

Figura 12. Documentos por área según *Scopus*.

Figura 13. Sexo de la muestra inicial.

Figura 14. Nivel de estudios de la muestra inicial.

Figura 15. Situación laboral de la muestra inicial.

Figura 16. Estado civil de la muestra inicial.

Figura 17. Personas diagnosticadas de un trastorno mental comórbido al juego patológico de la muestra inicial.

Figura 18. Nivel de estudios de la muestra final.

Figura 19. Situación laboral de la muestra final.

Figura 20. Estado civil de la muestra final.

Figura 21. Personas diagnosticadas de un trastorno mental comórbido al juego patológico de la muestra final.

Figura 22. Sexo de los familiares o personas de apoyo.

Figura 23. Rango de edad de los familiares o personas de apoyo de la muestra inicial.

Figura 24. Clase social de los familiares o personas de apoyo.

Figura 25. Nivel de estudios de los familiares o personas de apoyo.

Figura 26. Situación laboral de los familiares o personas de apoyo.

Figura 27. Estado civil de los familiares o personas de apoyo.

Figura 28. Relación de las personas de apoyo con el jugador.

Figura 29. Edad de comienzo de juego de la muestra inicial.

Figura 30. Personas que juegan a máquinas recreativas con premio (muestra inicial).

Figura 31. Edad de comienzo de juego a las máquinas recreativas con premio de la muestra inicial.

Figura 32. Tiempo sin jugar de la muestra inicial.

Figura 33. Número de recaídas de los sujetos de la muestra inicial.

Figura 34. Número de tratamientos anteriores al GAA.

Figura 35. Porcentaje de sujetos que han mostrado conductas de juego en máquinas recreativas tipo B. Muestra inicial.

Figura 36. Porcentaje de sujetos que han mostrado conductas de juego en loterías. Muestra inicial.

Figura 37. Porcentaje de sujetos que han mostrado conductas de juego en cartas. Muestra inicial.

Figura 38. Porcentaje de sujetos que han mostrado conductas de juego en apuestas deportivas. Muestra inicial.

Figura 39. Porcentaje de sujetos que han mostrado conductas de juego en bingo. Muestra inicial.

Figura 40. Porcentaje de sujetos que han mostrado conductas de juego online. Muestra inicial.

Figura 41. Porcentaje de sujetos que han mostrado conductas de juego en otro tipo de juegos. Muestra inicial.

Figura 42. Edad de comienzo de juego de la muestra final.

Figura 43. Tiempo sin jugar de la muestra final.

Figura 44. Número de recaídas de los sujetos de la muestra final.

Figura 45. Número de tratamientos anteriores al GAA (muestra final).

Figura 46. Porcentaje de sujetos que han mostrado conductas de juego en máquinas recreativas tipo B. Muestra final.

Figura 47. Porcentaje de sujetos que han mostrado conductas de juego en loterías. Muestra final.

Figura 48. Porcentaje de sujetos que han mostrado conductas de juego en cartas. Muestra final.

Figura 49. Porcentaje de sujetos que han mostrado conductas de juego en apuestas deportivas. Muestra final.

Figura 50. Porcentaje de sujetos que han mostrado conductas de juego en bingo. Muestra final.

Figura 51. Porcentaje de sujetos que han mostrado conductas de juego online. Muestra final.

Figura 52. Porcentaje de sujetos que han mostrado conductas de juego en otro tipo de juegos. Muestra final.

Figura 53. NODS: puntuación prevalencia vital.

Figura 54. NODS: puntuación en el último año.

Figura 55. Abstinencia de los sujetos en los diferentes momentos de evaluación.

Figura 56. Evolución temporal de la dimensión de intensidad de la EDJ.

Figura 57. Evolución temporal de la dimensión de frecuencia de la EDJ

Figura 58. Evolución temporal de la dimensión de urgencia de la EDJ.

Figura 59. Evolución temporal de la sub-escala A del IPJ.

Figura 60. Evolución temporal de la sub-escala B del IPJ.

Figura 61. Evolución temporal de la sub-escala A+B del IPJ.

Figura 62. Evolución temporal de la sub-escala C del IPJ.

Figura 63. Evolución temporal de la puntuación total del FFMQ.

Figura 64. Evolución temporal de la puntuación de la faceta de observación del FFMQ.

Figura 65. Evolución temporal de la puntuación de la faceta de descripción del FFMQ.

Figura 66. Evolución temporal de la puntuación de la faceta de conciencia del FFMQ.

Figura 67. Evolución temporal de la puntuación de la faceta de ausencia de reactividad del FFMQ.

Figura 68. Evolución temporal de la puntuación de la faceta de ausencia de juicio del FFMQ.

Figura 69. Evolución de las puntuaciones del BDI-II.

Figura 70. Evolución temporal de la puntuación de la dimensión estado del STAI.

Figura 71. Evolución temporal de la puntuación de la dimensión rasgo del STAI.

Figura 72. Porcentaje de práctica de *mindfulness* del grupo de TCBAP a lo largo de los seguimientos.

Figura 73. Evolución temporal de la frecuencia de la práctica de *mindfulness* de los participantes del grupo de TCBAP.

Figura 74. Evolución temporal del tiempo dedicado a la práctica de *mindfulness* de los

participantes del grupo de TCBAP.

Figura 75. Empleo del CD de práctica por parte de los sujetos del grupo de TCBAP a lo largo de los seguimientos.

Figura 76. Empleo de la *zona SOBRIA* por parte de los sujetos del grupo de TCBAP a lo largo de los seguimientos.

Figura 77. Empleo de los ejercicios de *flexibilidad* por parte de los sujetos del grupo de TCBAP a lo largo de los seguimientos.

Figura 78. Empleo del ejercicio *caminar atentamente* por parte de los sujetos del grupo de TCBAP a lo largo de los seguimientos.

Figura 79. Evolución temporal de la puntuación de la escala SSP-14.

Figura 80. Porcentaje de práctica de *mindfulness* del grupo REBAP a lo largo de los seguimientos.

Figura 81. Evolución temporal de la frecuencia de la práctica de *mindfulness* de los participantes del grupo de REBAP.

Figura 82. Evolución temporal del tiempo dedicado a la práctica de *mindfulness* de los participantes del grupo de REBAP.

Figura 83. Empleo del CD de práctica por parte de los sujetos del grupo de REBAP a lo largo de los seguimientos.

Figura 84. Empleo de los ejercicios de *flexibilidad* por parte de los sujetos del grupo REBAP a lo largo de los seguimientos.

Figura 85. Empleo del ejercicio *caminar atentamente* por parte de los sujetos del grupo REBAP a lo largo de los seguimientos.

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Ley actual sobre regulación del juego.

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Programa de Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena (TCBAP).

Anexo 1.1: Respiración diafragmática.

Anexo 1.2: Hoja de seguimiento de la práctica diaria

Anexo 1.3: Pasado, presente y futuro.

Anexo 1.4: Características del juego patológico.

Anexo 1.5: Fases de la adicción al juego y recuperación.

Anexo 1.6: Estadios del cambio en conductas adictivas.

Anexo 1.7: Los signos de recuperación en problemas de juego.

Anexo 1.8: *Mindfulness*.

Anexo 1.9: Justificación *mindfulness*.

Anexo 1.10: Ejercicio de la uva pasa.

Anexo 1.11: Surfear los impulsos.

Anexo 1.12: Meditación de la montaña.

Anexo 1.13 Ejercicios visuales: *mindfulness* visual.

Anexo 1.14: Ejercicios de estiramientos o yoga.

Anexo 1.15: Caminar atentamente.

Anexo 1.16: Ciclo del juego patológico.

Anexo 1.17: Distorsiones cognitivas sobre el juego.

Anexo 1.18: Auto-registro de pensamientos.

Anexo 1.19: Hoja de trabajo: el ciclo de las recaídas.

Anexo 1.20: Ver los pensamientos como pensamientos.

Anexo 1.21: Zona SOBRIA para respirar.

Anexo 1.22: Señales de alarma.

Anexo 1.23: Valoración global del Programa de terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena.

Anexo 2: Programa de Reducción de Estrés Basado en la Atención Plena (REBAP) para los familiares o persona de apoyo.

Anexo 2.1: Registro de la práctica de *mindfulness* (familiares).

Anexo 2.2: Actitudes básicas del *mindfulness*.

Anexo 2.3: “Ilusión óptica de la mujer joven/anciana”.

Anexo 2.4: El *mindfulness* y la conexión entre la mente y el cuerpo.

Anexo 2.5: Registro de experiencias agradables.

Anexo 2.6: ¿Cómo reduce el estrés el *mindfulness*?

Anexo 2.7: Ejercicio DROP.

Anexo 2.8: Las trampas de la mente.

Anexo 2.9: Comunicaciones estresantes: asertividad.

Anexo 2.10: El Aikido de la comunicación.

Anexo 2.11: Perspectivas diferentes.

Anexo 2.12: Valoración global del programa de reducción de estrés basado en la atención plena (REBAP).

Anexo 3: Instrumentos de evaluación.

Anexo 3.1: Datos sociodemográficos.

Anexo 3.2: *Norc DSM-IV Screen for Gambling Problems* (NODS).

Anexo 3.3: Abstinencia.

Anexo 3.4: Escala del deseo de jugar.

Anexo 3.5: Inventario de pensamientos sobre el juego adaptado para un sujeto no

necesariamente jugador.

Anexo 3.6: Cuestionario FFMQ.

Anexo 3.7: Inventario de depresión de Beck (BDI-II).

Anexo 3.8: Cuestionario de ansiedad Estado- Rasgo (STAI).

Anexo 3.9: SSP-14: Escala de estrés percibido.

Anexo 3.10: Cuestionario sobre la práctica de *mindfulness*.

Anexo 3.11: Cuestionario sobre la práctica de *mindfulness* (familiares).

Anexo 4: Hoja informativa y consentimiento informado.

LISTADO DE ABREVIATURAS

BDI: Beck Depression Inventory.

BOE: Boletín Oficial del Estado.

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

D.T: Desviación Típica.

EDJ: Escala de Deseo de Juego.

FFMQ: Five Facet Mindfulness Questionnaire.

GAA: Grupo de Auto-Ayuda.

IBM: intervenciones basadas en mindfulness.

IPJ: Inventario de Pensamientos sobre el Juego.

MAAS: *Mindful Attention Awareness Scale*.

MBSR: Mindfulness Based Stress Reduction.

REBAP: Reducción de Estrés Basado en la Atención Plena.

SSP: *Perceived Stress Scale*.

TCBAP: Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena.

TCC: Terapia Cognitivo-Conductual.

INTRODUCCIÓN

La adicción al juego de azar o el juego patológico, también conocida tradicionalmente como ludopatía, es la de mayor prevalencia de las adicciones sin sustancia o adicciones conductuales y, sin duda, la que conlleva las consecuencias más graves para el individuo.

Es con el Real Decreto Ley del 16/1977, de 25 de febrero, cuando se despenaliza el juego de azar en España y, es a partir de entonces, cuando aparecen un gran número de modalidades distintas del mismo: bingos, casinos, máquinas recreativas, quinielas, etc.

Nuestra sociedad proporciona cada vez más variedad de juegos de azar, siendo “las apuestas *online*” el nuevo reto para los expertos, ya que están aumentando de manera exponencial, representando alrededor del 8% del mercado mundial de juegos de azar (Global Betting y Gaming Consultants, 2011). En los últimos años han crecido las apuestas *online*, tanto de azar como deportivas (Castilla, Berdullas, Vicente y Villamarín, 2013).

El juego de azar ha estado relacionado frecuentemente con el deporte, pues desde un principio se desarrollaron paralelamente apuestas de caballos, quinielas deportivas, etc. Actualmente en España, incluso los anuncios sobre juegos de azar, son realizados por deportistas de élite como Rafael Nadal o Ronaldo, favoreciendo que los jóvenes vean la conducta de juego como algo normalizado e incluso como algo positivo y popular.

Hoy por hoy, el tipo de juego más adictivo lo encabezan las máquinas recreativas con premio o “máquinas tragaperras”; ello es debido, por un lado, a la facilidad de acceso y a lo integrado que se encuentra este tipo de juego en nuestra sociedad y, por otro, a las características específicas que presenta el mismo (las cuales son muy similares a las del juego *online* ya mencionado).

En lo que respecta al Estado, los juegos de azar constituyen una forma de recaudar gran cantidad de dinero a las arcas públicas. Tanto es así, que recientemente la Comunidad de Madrid estuvo a punto de autorizar el denominado proyecto

“Eurovegas”, en el que incluso se pretendían establecer “leyes propias” dentro del recinto (por ejemplo, se podría fumar, incumpléndose la denominada “ley antitabaco”, vigente en nuestro país). A su vez, en Cataluña todavía está marcha la creación del complejo de casinos BCN World.

En el año 2012, en plena crisis económica, la cantidad de dinero jugado en España fue de 25.988 millones de euros, un 1,1% menos que el año anterior, debido al elevado apalancamiento del sector privado, el elevado desempleo y la disminución del crédito (Dirección General de Ordenación del Juego, 2012). En 2013 ascendió a 28.111,90 millones de euros, debido a la aparición del mercado de juego *online*.

El juego patológico constituye, hoy día, un importante problema de salud mental en España y en otros países desarrollados (EE.UU, Canadá, Reino Unido), que conlleva graves problemas a nivel personal, familiar, social, económico y laboral y, por tanto, disminuye notablemente la calidad de vida de los jugadores/as y de las personas que les rodean. En pocos años, se ha convertido en un problema importante de salud pública (Korn y Shaffer, 1999), con gran relevancia social. Este trastorno, presenta actualmente una alta tasa de prevalencia y todo apunta a que en el futuro será aún mayor, sobre todo entre los adolescentes y las personas más vulnerables.

La lucha contra el juego patológico es muy compleja, tanto por los factores ya comentados, como por las propias características adictivas del juego de azar (conlleva gran cantidad de reforzadores para el jugador, tales como premios, riesgo, interacción social, excitación, etc.)

Afortunadamente, se han desarrollado en los últimos años, modelos de actuación para hacer frente a este problema, aunque aún queda mucho por investigar y mejorar en el tratamiento del mismo. En este punto, es en el que nosotros pretendemos avanzar, al poner a prueba la eficacia de una nueva forma de intervención psicológica, que permita mejorar la ayuda que reciben las personas que presentan juego patológico.

El programa de tratamiento que planteamos, denominado Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena (TCBAP), está diseñado para ser llevado a cabo en Asociaciones de Jugadores en Rehabilitación, muy extendidas en nuestro país y en otros países del mundo. Es un modelo de intervención que incluye el *mindfulness* como

técnica principal de intervención. Más concretamente, se trata de un programa de tratamiento, que incorpora *mindfulness* a la terapia cognitiva. Dicho Programa, está basado en la propuesta de Cormier (2012), aunque presenta diversas modificaciones, en las que se ha dado mayor peso al *mindfulness* y a la terapia cognitiva, en relación a la propuesta de intervención original. Además, se ha incluido la técnica de exposición “en imaginación” a través del ejercicio denominado “surfear los impulsos”, que tampoco se contemplaba en la misma.

Diversas investigaciones, como se reflejará a lo largo de este trabajo, han demostrado que el *mindfulness* es una técnica de intervención eficaz en el tratamiento de las adicciones con sustancia y empiezan a surgir estudios que se interesan por la implementación de este tratamiento en el abordaje del juego patológico. Siguiendo este razonamiento, cabe esperar, que si se muestra eficaz en las adicciones con sustancia, no tendría por qué no hacerlo con las adicciones sociales, que presentan tantas semejanzas con las mismas. De hecho, los mecanismos a través de los cuales el *mindfulness* ayuda a las personas con problemas con el juego, serían los mismos que actúan en las personas que presentan una adicción con sustancia: aprender a resistir los impulsos mediante la exposición a pensamientos, emociones, y sensaciones negativas, junto con la prevención de respuesta; no dejarse arrastrar por los pensamientos; la reducción de la activación fisiológica; sustituir la conducta adictiva por la realización de la práctica de *mindfulness*; etc.

Coincidimos con Bowen, Chawla y Marlatt (2004), en que no se trata de rechazar otros tipos de intervención psicológica, como la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) tradicional o la terapia de auto-ayuda, que han aportado tantos beneficios durante años a aquellos que presentan una adicción, sino que, lo que se pretende es que aquellas personas que no consiguen beneficio de las mismas, puedan acceder a un tratamiento prometedor y más eficiente que la terapia individual, la cual supone costes notablemente más altos. En nuestro caso, se pretende que la TCBAP pueda ser un tratamiento complementario a los grupos de auto-ayuda en las Asociaciones de Jugadores en Rehabilitación.

CAPÍTULO I: CONCEPTO DE *MINDFULNESS*

1.1. ¿Qué es el *Mindfulness*?

El *mindfulness* tiene sus orígenes en la tradición budista pero, actualmente, desde un punto de vista psicológico, se ha deshecho de toda referencia religiosa y se entiende como una habilidad psicológica con dos componentes centrales: la regulación de la atención para mantenerla centrada en el momento presente y la actitud de curiosidad, apertura y aceptación hacia dicho momento, con independencia de que este posea un valor positivo o negativo (Miró y Simón, 2012).

'*Mindfulness*' es un término que proviene de la traducción al inglés del vocablo '*Sati*' que pertenece al idioma Pali (lenguaje de las primeras escrituras budistas). Se trata de una palabra cuyo significado es 'atención' o 'conciencia' (Delgado, 2009). '*Sati*' es, al mismo tiempo, atención plena y un recordatorio para prestar atención, si hemos dejado de hacerlo.

'*Sati*' ve las cosas como realmente son, sin añadir nada a la percepción ni distorsionarla; se trata de ver las cosas como surgen. De forma contrapuesta, el pensamiento consciente, añade conceptos e ideas a nuestra experiencia, de manera que puede sumergirnos en un torbellino de planes, preocupaciones, miedos y fantasías. Cuando estamos atentos, no jugamos a este juego; simplemente notamos lo que surge en la mente (Guranatana, 2002).

La palabra '*mindfulness*' no tiene una traducción exacta en castellano, pero ha sido traducida por 'atención' o 'conciencia plena'. Jon Kabat-Zinn, pionero en la aplicación de *mindfulness*, lo define como: “Prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar” (Kabat-Zinn, 1994, p. 4).

Otros autores, han empleado a lo largo de los años la palabra '*mindfulness*', pero todas las definiciones coinciden con la propuesta por Kabat-Zinn, en que se trata de estar presente momento a momento, aceptando la experiencia y los eventos que nos acontecen sin juzgar; es decir, se trata de estar abiertos de forma consciente a más de una perspectiva (Thera, 1962; Langer, 1989; Brown y Ryan, 2003).

El significado de *mindfulness* no puede entenderse de forma completa a través de las palabras, sino que es necesario vivenciarlo, dado que constituye una experiencia no verbal y sutil. *mindfulness* es algo que se aprende a hacer sintiéndolo, como cuando practicamos nuestro deporte favorito (Guranatana, 2002).

Shapiro y Carlson (2009), consideran que el intento de escribir sobre el *mindfulness* de una forma académica y conceptual es, en cierto modo, la antítesis de la naturaleza misma de la atención plena, ya que se trata esencialmente de un proceso experiencial. Sin embargo, si el *mindfulness* quiere integrarse en la psicología occidental, debemos encontrar formas de traducir su naturaleza no conceptual, no dual y paradójica en un lenguaje que los especialistas, pacientes, científicos y académicos, podamos compartir.

En el año 1979, el Dr. Jon Kabat-Zinn crea la *Stress Reduction Clinic* en el Centro Médico de la Universidad de Massachusetts. A partir de ese momento, este centro pone en marcha el Programa de Reducción de Estrés basado en el *mindfulness* (MBSR: *Mindfulness Based Stress Reduction*), de ocho semanas de duración. Este primer programa, se llevó a cabo con pacientes en los que el estrés crónico era un agravante o desencadenante de enfermedades como trastornos del estado de ánimo, ansiedad, trastornos del sueño, enfermedades cardiovasculares, adicciones, cáncer, etc. Es considerado en ese hospital como un complemento al tratamiento médico.

Pérez y Botella (2006) afirman que “Miles de personas han completado el programa MBSR y es tan popular que desde hace 20 años se viene impartiendo en más de 200 hospitales y clínicas de los Estados Unidos” (p. 92).

Ha sido adoptado por miles de profesionales de la salud, entre los que se incluyen médicos, psiquiatras, psicólogos...

Este programa, se basa en una exhaustiva preparación para la atención plena, la cual consiste en ser consciente de cada instante. Se cultiva prestando expresamente atención a las cosas, en las que, por lo general, no se nos ocurre pensar. Su orientación sistemática permite desarrollar nuevos tipos de control y conocimiento basados en la capacidad de relajarse, prestar atención, adquirir conciencia y tener una visión profunda (Kabat-Zinn, 2012). Este enfoque, asume que una mayor conciencia proporcionará una percepción más realista, aumentará el estado de ánimo y mejorará la vitalidad y las

estrategias de afrontamiento. En las últimas dos décadas, la investigación parece apoyar estas afirmaciones (Grossman, Niemann, Schmidt y Walach, 2004).

A continuación presentamos algunos de estos trabajos:

Grossman, Niemann, Schmidt y Walach (2004) en su meta-análisis titulado “Reducción de estrés basado en *mindfulness* y los beneficios para la salud”, obtienen resultados que apoyan el empleo de MBSR como intervención para una amplia gama de trastornos crónicos y, además, apuntan que el entrenamiento en atención plena puede mejorar la manera de lidiar con la angustia o el estrés de la vida cotidiana.

Ledesma y Kumano (2009), llevaron a cabo un meta-análisis para comprobar los efectos del Programa de Reducción de Estrés basado en *mindfulness* (MBSR) sobre el estado de salud física y mental de de varios pacientes con cáncer y los resultados sugieren que el MBSR puede mejorar el ajuste psicosocial de estos pacientes en relación a su enfermedad. Sin embargo, apuntaban que se necesitaban pruebas más convincentes en lo que se refiere a los efectos sobre la salud física.

Winbush, Gross y Kreitzer (2007), realizaron un estudio en el que se evaluó sistemáticamente si los trastornos relacionados con el sueño mejoraban mediante el MBSR. Según indicaban, parece que hasta esa fecha, los estudios controlados no han demostrado claramente los efectos positivos del MBSR en la calidad y duración del sueño. Pero, sin embargo, sí hay evidencia que sugiere que la práctica de *mindfulness* se asocia con una mejoría del sueño y con una disminución de los procesos cognitivos relacionados con la “interferencia del sueño”, como la preocupación.

Por otro lado, Chiesa y Serreti (2009), realizaron un meta-análisis en el cual investigaron los efectos del programa de reducción del estrés basado en *mindfulness* (MBSR), en sujetos sanos (hasta el momento, se había demostrado la eficacia del mismo para muchos trastornos mentales o físicos, pero no se había prestado atención a los posibles beneficios que podía tener en sujetos sanos). Los resultados encontrados fueron, que el MBSR era capaz de reducir los niveles de estrés en las personas sanas. Sin embargo, la escasez de pruebas sobre los efectos específicos del programa MBSR en comparación con otros tratamientos, subrayan la necesidad de mayor investigación al respecto.

Otros estudios de gran relevancia e interés son los que se están llevando a cabo en el campo de la neurología. A continuación presentamos algunos de estos trabajos:

Davidson et al. (2003), quisieron conocer los cambios a nivel de procesos biológicos subyacentes asociados a los cambios apreciados a nivel de salud mental y física en respuesta a la meditación. Estos autores realizaron un estudio aleatorizado y controlado sobre los efectos en el cerebro y la función inmune de un programa basado en *mindfulness* de ocho semanas, aplicado en un ambiente de trabajo con empleados sin problemas de salud. Se midió la actividad eléctrica del cerebro antes y después del tratamiento y cuatro meses más tarde, y se comparó con las medidas del grupo control (en lista de espera). Al finalizar el tratamiento, ambos grupos fueron vacunados de la gripe. Los resultados presentan por primera vez un aumento significativo de la actividad del área frontal izquierda del cerebro, una región asociada el afecto positivo y la regulación de la emoción, en los sujetos que participaron en el programa basado en *mindfulness*. También se encontró un número significativamente más elevado de anticuerpos en respuesta a la vacuna en comparación al grupo control. Los autores concluyen que los resultados demuestran que un programa corto de meditación *mindfulness* produce efectos demostrables sobre el cerebro y la función inmune. Estos hallazgos sugieren que la meditación puede cambiar el cerebro y la función inmune de una manera positiva y subrayan la necesidad de investigaciones adicionales.

Hölzel et al. (2011), presentaron un estudio longitudinal controlado para investigar cambios previos y posteriores en la concentración de materia gris en el cerebro, atribuibles a la participación en un programa basado en *mindfulness*. Se obtuvieron imágenes de Resonancia Magnética Anatómica de 16 participantes sanos antes y después del programa de 8 semanas. Los resultados se compararon con un grupo de lista espera de 17 personas. Los autores concluían que la participación en un programa basado en *mindfulness* está asociado a un aumento de la concentración de materia gris en el lado izquierdo del hipocampo, lo que sugiere que dicho programa se asocia con cambios en la concentración de materia gris en regiones del cerebro implicadas en el aprendizaje y los procesos de memoria, la regulación emocional, el procesamiento autorreferencial, y la toma de perspectiva.

También se han realizado estudios que han mostrado buenos resultados de eficacia en trastornos relacionados con abuso de sustancias (Chiesa y Serreti, 2014),

TDAH (Smalley, et al.) y trastornos de de la conducta alimentaria (Kristeller, 2003).

1.1.1. Meditación y *Mindfulness*

Utilizando la expresión de Segal, Williams y Teasdale (2012), desde el punto de vista del *mindfulness*, las personas suelen encontrarse la mayor parte del tiempo con el “piloto automático” encendido, funcionando de forma mecánica y sin darse cuenta de lo que hacen o de lo que está sucediendo en el momento presente. La mente tiende a ser pasiva, viéndose arrastrada por pensamientos, recuerdos, planes o sentimientos la mayor parte del tiempo; es decir, yéndose continuamente hacia el pasado o el futuro, no permitiendo al sujeto vivir el presente. Sin embargo, si la persona llega a ser consciente de sus pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales momento a momento, se concederán la posibilidad de tomar decisiones tras haberse defusionado de ellos, en lugar de reaccionar automáticamente a dichos pensamientos y sentimientos como si fueran reales.

En esta misma línea, Vicente Simón (2010) hace referencia a que “cuando nos encontramos en atención plena, nos damos cuenta de la actividad mental que en ese momento estamos experimentando. Es decir, que somos conscientes de cuál es el contenido de la mente en ese momento y, además, de que lo que estamos experimentando es un contenido de la mente” (p. 163).

La atención plena, se desarrolla concretamente con la técnica de meditación conocida como “vipassana”, procedente de la tradición budista *Theravada*. Dicha técnica, consiste en entrenar la mente para experimentar la realidad sin ningún rechazo de la experiencia que se esté viviendo en cada momento. Es lo que determinados autores denominan “estar presente” (Brown y Ryan, 2003; Martín-Asuero y García, 2006).

Por otro lado, Kabat- Zinn (2012), señala que practicamos la atención plena al estar presentes en todos nuestros momentos de vigilia. Podemos practicarla cuando sacamos la basura dándonos cuenta de ello, conduciendo dándonos cuenta de ello... Es decir, podemos encontrarnos prestando atención de forma espontánea en diversos momentos de nuestra vida y no únicamente cuando “meditamos”. Además, es importante tener en cuenta, el hecho de que mediante la práctica de la meditación no intentamos llegar a ningún otro sitio, sino solo esforzarnos en estar donde ya estamos y

en estar ahí completamente. Se trata de practicar “el no hacer” o “practicar el ser” sintonizando con las experiencias básicas “del vivir”. Se trata de estar con todo exactamente como está y sin intentar cambiar nada.

En la tradición *mindfulness*, a nivel conceptual, el pensamiento es sólo uno de los seis modos de la mente, y los otros cinco son los sentidos (Olendzki, 2009). Desde este punto de vista, la meditación puede o no implicar a dicho pensamiento conceptual. La meditación puede consistir en centrar la atención en un objeto sensorial o en un elemento conceptual, pero no es posible hacer las dos cosas a la vez. Desde la visión del *mindfulness*, se trata más de prestar atención a las sensaciones físicas, los sonidos, los olores, los sabores, los objetos...

La práctica de la atención plena incluye:

- La respiración: constituye un elemento muy importante del *mindfulness*, sirviendo como punto de anclaje para centrarse en el momento presente. Poniendo atención en la respiración se logra, de manera paulatina, dominar de forma más efectiva nuestra reactividad, principalmente en situaciones de estrés, dolor y miedo. La práctica del *mindfulness* incluye la respiración diafragmática entre sus técnicas.
- La meditación sedente: en esta práctica, la persona debe sentarse en una silla con la espalda erguida (aunque cómoda) y llevar su atención a la respiración, centrándose en ella; cuando se distraiga con pensamientos u otros elementos que interfieran, volver a traer de nuevo su atención a la respiración, sin juzgar ni valorar la experiencia, tantas veces como sea necesario. Siempre, el objetivo es mantenerse atencionalmente en el momento presente.
- La técnica de la exploración corporal (también denominada *body scan*): se lleva a cabo tumbado boca arriba, encima de una superficie plana, y se guía a la persona a hacer un recorrido mental por todo su cuerpo. Su fin no es conseguir que la persona entre en un estado de relajación -aunque esto es fácil que suceda-, sino que sea más consciente de las sensaciones que tiene en las distintas partes su cuerpo. Se trata de que aprenda a discriminar esas sensaciones para identificarlas y reconocerlas cuando sea necesario, así como también, para mantenerse atencionalmente en el momento presente.

- El yoga: a través de esta práctica no se pretende llegar a alcanzar posturas complicadas de yoga, sino que se emplean algunos de sus ejercicios, como una herramienta más, para centrar nuestra atención en nuestro cuerpo, en las sensaciones que tenemos al adoptar determinadas posturas corporales y, por tanto, a estar atencionalmente en ese momento.
- Meditar caminando: esta meditación no persigue nada distinto a las anteriores, sólo “estar aquí y ahora”, pero como la anterior, permite que lo hagamos a través del movimiento. Se le pide a la persona que camine analizando cada movimiento que realiza, centrándose únicamente en eso.
- La atención plena en el día a día: la diferencia entre éste tipo de práctica y todas las anteriores, radica en que el resto formaría parte de la llamada “meditación formal” y, sin embargo, ésta puede practicarse cuando se realiza cualquier actividad de la vida cotidiana: lavarse los dientes, ducharse... Siempre y cuando se esté realmente atento a esa actividad con todos los sentidos. Se trata de la denominada “meditación informal”, abierta a todas las actividades cotidianas de la persona, que es el modo más pragmático de instaurarla en el repertorio conductual del sujeto.

Kabat-Zinn (2012) señala que la falta de concienciación puede imposibilitar que las personas estén en contacto con su propio cuerpo, sus señales y sus mensajes, lo que a su vez, puede originar muchos problemas físicos. Además, propone que tanto en el dolor físico, como en el emocional, las personas, cuando emplean técnicas de *mindfulness*, se muestran dispuestas a investigarlo, observarlo, abrirse a él con conciencia en el momento presente, para después poder trabajar con él. Por tanto, relacionarse con el dolor con atención plena, permite participar en los propios sentimientos, en lugar de que la persona se convierta en víctimas de ellos.

Desde la práctica de la atención plena, muchos animan a las personas a asistir a las experiencias internas que ocurren en cada momento, tales como sensaciones corporales, pensamientos y emociones. Otros promueven la atención a los aspectos del entorno, tales como imágenes y sonidos (Kabat-Zinn, 1994; Linehan, 1993b). Es decir, los fenómenos que entran en la conciencia del individuo durante la práctica de la atención plena, tales como las percepciones, cogniciones, emociones o sensaciones, se

observan con cuidado, pero no se evalúan en las categorías bueno o malo, verdadero o falso, sano o enfermo, importantes o triviales (Marlatt y Kristeller, 1999). Por lo tanto, la atención plena consiste en la observación sin prejuicios de la corriente continua de estímulos internos y externos que puedan surgir (Baer, 2003).

Actitudes necesarias en la práctica de la atención plena según Kabat-Zinn, (2012):

- La actitud básica en la práctica de la conciencia plena es “no juzgar”; es decir, la atención plena se cultiva asumiendo la postura de testigos imparciales de la experiencia personal.
- También es importante cultivar “la paciencia”, y lo que han llamado “mente de principiante” o mente dispuesta a verlo todo como si fuese la primera vez
- Desarrollar una “confianza” básica en uno mismo y en sus sentimientos; desarrollar la actitud de “no esforzarse”, para no intentar conseguir nada a través de la meditación.
- Es importante igualmente, “la aceptación”, a partir de la cual se ven las cosas como son; ésta no implica tener una postura pasiva hacia todo. Se trata de no imponer nuestras ideas sobre lo que deberíamos sentir, pensar, o ver en nuestra experiencia, sino sólo acordarnos de mostrarnos receptivos y abiertos a lo que sentimos, pensemos o veamos y aceptarlo porque esté aquí y ahora.
- Por último, la actitud de “ceder” o de “falta de apego” es fundamental para la práctica de la atención plena; se trata de dejar de lado nuestra tendencia a aferrarnos a determinados aspectos de nuestra experiencia y de rechazar otros por considerarlos desagradables.

Bishop et al. (2004) describieron la atención plena como la "auto-regulación de la atención, de manera que se mantenga en la experiencia inmediata con una orientación que se caracteriza por la curiosidad, la apertura y la aceptación" (p. 3).

Lo contrario al *mindfulness*, sería el estado *mindlessness*, el cual se refiere a esos momentos en los que nos encontramos ensimismados en nuestros pensamientos y opiniones, sin ser conscientes del momento presente; ésto resulta poco adaptativo y

facilita la tendencia a la rumiación y la fantasía (Vila, 2009).

1.1.2. *Mindfulness* como técnica de intervención psicológica

El *mindfulness* como técnica de intervención psicoterapéutica se sitúa dentro de las denominadas por Hayes (2004), “terapias conductuales de tercera generación”. Éstas se decantan por estrategias de cambio más indirectas, en comparación con las anteriores, dándole una mayor relevancia el contexto.

Según señalan Miró y Simón (2012) “En España nos encontramos todavía al comienzo de este proceso de introducción de *mindfulness* en la práctica de la psicoterapia.” (p.11).

Pérez y Botella (2006), detallan los programas terapéuticos que emplean la práctica de la atención plena como técnica principal: la Reducción del Estrés Basada en la Conciencia Plena (MBSR) y la Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena (MBCT). Pero también se utiliza junto con otras prácticas terapéuticas como en la Terapia Dialéctica Conductual (TDC), la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Terapia Breve Relacional (BRT).

Vallejo (2007), señala lo siguiente en relación con las terapias mencionadas anteriormente:

Las terapias de tercera generación, usando este término con cierta prevención, no suponen un cambio revolucionario y radical sobre la terapia, sino una llamada de atención sobre aspectos ya existentes y, tal vez, poco o incorrectamente valorados. Afirmar que el comportamiento tiene una finalidad (función) que el individuo busca, es tan antiguo en terapia de conducta, como lo son la importancia de los aspectos cognitivos, verbales y emocionales, desde el neoconductismo mediacional al análisis experimental de la conducta, pasando por las aportaciones ulteriores de las teorías del procesamiento de la información.

En este panorama cabe destacar un trabajo pionero en psicología, que se ha convertido en referencia de numerosas aplicaciones del *mindfulness* en el ámbito clínico; se trata de la incorporación de la técnica *mindfulness* a estrategias cognitivas en el programa de Segal, Williams y Teasdale (2002) “Terapia cognitiva de la depresión

basada en la consciencia plena” (TCBCP). Los autores realizaron un ensayo controlado aleatorio para comprobar si se reducían las tasas de recaída y recurrencia en los pacientes que se habían recuperado de una depresión, en comparación con aquellos pacientes que reciben el tratamiento normal (farmacológico). La muestra estaba formada por 145 sujetos que hubieran sufrido al menos dos episodios depresivos mayores. Los resultados de este ensayo controlado aleatorio (ECA) fueron los siguientes: los pacientes con 3 o más episodios (77% de la muestra total), tratados con TCBCP mostraron una tasa de recaída del 37% y los que habían recibido el tratamiento normal (farmacológico) mostraron una tasa de recaída del 66%. Es decir, la TCBCP reducía significativamente la recaída en comparación con el tratamiento habitual. En aquellos pacientes que presentaban sólo dos episodios depresivos previos (23% de la muestra total) no existían diferencias en las tasas de recaída entre los que recibían TCBCP y el tratamiento habitual (Segal, Williams y Teasdale, 2008).

A partir de este trabajo, se han hecho multitud de estudios que emplean TCBCP, y que han mostrado evidencia empírica de la validez de la misma (Piet y Hougaard, 2011).

Bishop (2004) señala que la psicología contemporánea ha incluido el *mindfulness* entre sus técnicas de intervención para aumentar la conciencia y la capacidad de las personas a responder adaptativamente a los procesos mentales que facilitan el malestar emocional y las conductas desadaptativas.

1.1.3. Mecanismos del *Mindfulness*

Shapiro, Carlson, Astin, y Freedman (2006), han presentado un interesante modelo acerca de los mecanismos por los que el *mindfulness* puede reportar efectos beneficiosos para la salud. Estos autores se basan en que dichos efectos se deben al cultivo de los siguientes tres componentes:

- a) Una **intención** clara del motivo por el que la persona está practicando: para conseguir autoregularse, para autoexplorarse o para la autoliberación.
- b) Una **atención** caracterizada por la observación de la propia experiencia momento a momento, sin interpretación, elaboración o análisis.

- c) Una **actitud** de aceptación, bondad, compasión, apertura, ecuanimidad, y curiosidad ausente de evaluación.

Estos autores consideran que la atención plena cultivada de esta manera lleva a un cambio fundamental al que han denominado *reperceiving*. El significado de éste se refiere a la capacidad de observar sentimientos y pensamientos como eventos temporales que aparecen en nuestra mente y que no precisan de respuestas concretas, en lugar de tratarlos como reflejos de nosotros mismos necesariamente verdaderas o importantes. Por tanto, consideran el *reperceiving* como un mecanismo de cambio que conlleva una mayor claridad, objetividad y ecuanimidad, así como facilita mecanismos directos adicionales tales como la autorregulación, la clarificación de valores, la flexibilidad cognitiva o emocional y la exposición. Estos últimos pueden constituir resultados en sí mismos, o contribuir a la reducción de los síntomas.

Sin embargo, otros autores señalan que aún no conocemos los mecanismos por los que el desarrollo de la atención plena reduce el malestar, aunque consideran como una posible explicación el hecho de que la atención plena facilita diferentes sistemas de *feedback* por los que el organismo se autorregula y se ajusta (Brown y Ryan, 2003; Shapiro y Schwartz, 2000). Así, la conciencia en las sensaciones del cuerpo permitiría a los individuos identificar con anterioridad los síntomas de malestar físico, ayudaría a establecer las causas e iniciar con mayor rapidez estrategias de afrontamiento para prevenir sus consecuencias. Para poder aprovechar esta capacidad auto-reguladora del organismo, la técnica MBSR enfatiza la necesidad de “parar y ver antes de actuar”, permitiendo así una pausa entre el estímulo y la respuesta. Esta pausa permitiría activar los recursos internos disponibles que facilitan afrontar adecuadamente la situación, en vez de dejarse llevar por reacciones instantáneas y automáticas (Kabat-Zinn, 2003; Martín-Asuero y García, 2006).

1.1.4. Componentes psicoterapéuticos del *Mindfulness*

La técnica de intervención psicológica *mindfulness* describe aspectos que no son nuevos en psicología; persigue que los diversos fenómenos perceptivos se manifiesten tal cual son, al igual que ocurre en la técnica de exposición, las técnicas de *biofeedback* o la hipnosis. Además, los planteamientos de la estrategia *mindfulness* contrastan con una psicología que defiende el bienestar, el control, la eliminación del estrés y la ansiedad a través de técnicas de intervención que, a falta de esa experimentación natural, pueden ayudar a perpetuar esos problemas (Vallejo, 2006).

Tanto la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) como el *mindfulness* promueven una descentralización de los pensamientos, es decir, desarrollan la idea de que los pensamientos no constituyen realidades, sino simplemente eventos mentales. La diferencia entre una y otra perspectiva es que desde la terapia cognitiva se enseña a la persona a discutir los pensamientos irracionales o distorsionados y modificarlos. Sin embargo, desde el *mindfulness* no se discuten dichos pensamientos, sino que se enseña a la persona a dejarlos estar y observarlos, sin dejar arrastrarse por ellos, contemplándolos como simples acontecimientos mentales.

Otro aspecto compartido por el *mindfulness* y la TCC, es la exposición a los pensamientos, emociones y sensaciones como parte fundamental del abordaje terapéutico, dado que consideran que la evitación de los mismos, favorece el mantenimiento y empeoramiento de los problemas. Sin embargo, el *mindfulness* y la TCC difieren en que, el primero no considera como objetivo del tratamiento cambios conductuales concretos, sino un cambio global en la forma en que la persona se relaciona con sus pensamientos, emociones y sensaciones. No obstante, a pesar de las diferencias, los dos tipos de técnicas pueden complementarse; de hecho, Linehan, Tutek, Heard y Armstrong (1994), defienden la importancia de la integración del cambio y la aceptación en el contexto de la psicoterapia.

Dunn, Hartigan y Mikulas (1999) apuntan que la meditación ha sido confundida a menudo con una técnica más de relajación; como señalan estos autores, esto es completamente erróneo, dado que de hecho se producen efectos fisiológicos distintos según los patrones EEG, observándose cambios en los ritmos alfa asociados a la atención en aquellos sujetos que practican *mindfulness*. La diferencia fundamental es

que mediante la meditación, el sujeto está atento, a la vez que relajado. Por otro lado, Campagne (2004) señala que el objetivo de las técnicas de relajación es entrenar a la persona a afrontar acontecimientos estresantes a través del control de los efectos sufridos por el estrés, mientras que la meditación entrena a la persona a afrontar acontecimientos estresantes, despojándolos de las características estresantes. Además, se ha observado que a través de la práctica del *mindfulness* se reducen los niveles de cortisol en sangre (Jevning, Wilson y Davidson, 1978; Maclean et al., 1997; Michaels, Parron, McCann y Vander, A.J., 1979; Franco, 2009).

En relación con todo lo anterior, Vallejo (2006) afirma que, aunque el *mindfulness* es una técnica de intervención psicológica eficaz, ello no significa que no sea apropiado el uso de fármacos o técnicas psicológicas tales como la reestructuración cognitiva, la reducción de la activación fisiológica, la exposición con prevención de respuesta, etc., que han demostrado sobradamente su eficacia y utilidad ante problemas determinados. Además, no debemos de olvidar que el empleo de las técnicas de intervención psicológica, incluidas las técnicas de *mindfulness*, está supeditado a la pertinencia de las mismas en base al análisis funcional del problema con el que estamos trabajando. Quizá, en ocasiones, esto se olvida o se obvia, y se vuelven a poner en marcha clichés ya superados en el desarrollo de la psicología clínica, que preconizan el uso de técnicas o estrategias que los psicólogos pueden estar tentados a utilizar a modo de “pastillas conductuales” para un heterogéneo abanico de problemas.

Parra, Montañés, Montañés, y Bartolomé (2012) apuntan que, en la actualidad, existe evidencia empírica que confirma que los programas de intervención clínica basados en el *mindfulness* se muestran eficaces para el tratamiento de diferentes trastornos físicos y psicológicos.

Algunos de los estudios que han puesto de manifiesto dicha eficacia han sido:

La revisión sistemática de Miró et al. (2011), en la que se encontraron 15 estudios en los que el *mindfulness* se mostraba moderadamente eficaz en el tratamiento de la ansiedad y la depresión. Un meta-análisis realizado por Godfrey, Gallo y Afari (2015), que muestra que los resultados de los estudios apoyan efectos significativos de la intervención basada en el *mindfulness* en el trastorno por atracón. Reiner, Tibi y Lipsitz (2013) y Rajguru et al. (2013), realizaron una revisión de la literatura y un meta-

análisis respectivamente sobre la eficacia del *mindfulness* en dolor crónico. Riley y Kalichman (2014) llevaron a cabo una revisión sistemática en la que se identificaron 11 estudios que han examinado MBSR como una intervención para poblaciones VIH-positivas. Los resultados preliminares apoyan MBSR para disminuir la angustia emocional con evidencia mixta para el impacto en la progresión de la enfermedad.

Khoury et al. (2013) realizaron un meta-análisis sobre la eficacia del *mindfulness* y los resultados muestran que las estimaciones del tamaño del efecto sugirieron que la Terapia basada en *mindfulness* es moderadamente eficaz en comparación *pre-post* ($n = 72$; g de Hedge = 0,55), en comparación con los controles en lista de espera ($n = 67$; g de Hedge = 0'53) y en comparación con otros activos tratamientos ($n=68$; g de Hedge=0'33), incluyendo otros tratamientos psicológicos ($n=35$; g de Hedge=0'22). La terapia basada en *mindfulness* no fue diferente de la TCC tradicional, terapias conductuales ($n=9$; g de Hedge = -07) o tratamientos farmacológicos ($n=3$; g de Hedge=0'13). Concluyeron que es un tratamiento eficaz para una variedad de problemas psicológicos y que es especialmente eficaz para reducir la ansiedad, la depresión y el estrés.

También encontramos, entre otros, el meta-análisis comentado con anterioridad de Chiesa y Serretti (2011), el de Grossman et al. (2004) y el de Ledesma y Kumano (2009), el trabajo de Segal, Williams y Teasdale (2002), citado anteriormente, en el que demuestran que la TCBAP se muestra como una intervención eficaz en las recaídas en el Trastorno depresivo mayor, así como los estudios sobre trastornos relacionados con sustancias que serán abordados en el último capítulo de la tesis.

Pero, a pesar de ello, es necesario continuar investigando para:

- conocer los elementos psicoterapéuticos que verdaderamente subyacen a la práctica del *mindfulness*.
- comprobar si existen otros elementos, tales como los motivacionales o la relación terapéutica que puedan estar interfiriendo de manera positiva en los beneficios de esta técnica.
- demostrar si estos programas de intervención terapéutica resultan más eficaces que otros para la prevención y tratamiento de diferentes síntomas tanto

físicos como psicológicos, en poblaciones clínicas y no clínicas.

1.1.5. Instrumentos de evaluación del *Mindfulness*

Al tratarse de un constructo aparentemente tan abstracto, uno de los mayores desafíos, es como medir *mindfulness*. Para ello se han desarrollado diversos instrumentos, dado el creciente interés mostrado por la comunidad científica al respecto. A continuación describimos aquellos que se han empleado en un mayor número de investigaciones:

Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) (Brown y Ryan, 2003): es una escala de administración rápida y muy sencilla. Se trata de un autoinforme formado por 15 ítems que puede ser empleado con sujetos con o sin experiencia en meditación. Evalúa globalmente la capacidad disposicional del individuo a estar atento y consciente de la experiencia del momento presente en la vida cotidiana. En lo referido a propiedades psicométricas, presenta validez convergente con el *Five Facets Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) y buenos índices de fiabilidad en su versión española - α de Cronbach de 0'89- con resultados psicométricos parecidos a su versión en inglés (Soler et al., 2012).

Esta escala que se ha utilizado mucho en investigación (Brown y Ryan, 2003; Carlson y Brown, 2005; MacKillop y Anderson, 2007; Cordon y Finney, 2008; Hansen et al., 2009; Jermann, et al., 2009; Christopher, et al. 2009; Van Dam, Earleywine y Borders, 2010; Höfling, Moosbrugger, Schermelleh-Engel y Heidenreich, 2011; Brown, West, Loverich y Biegel, 2011; Black, Sussman, Johnson y Milam, 2012; Lawlor, Schonert-Reichl, Gadermann y Zumbo, 2013).

Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) (Baer et al., 2006): Este cuestionario, se deriva de un análisis factorial de cinco cuestionarios diferentes que miden la tendencia general de la persona a ser consciente en la vida diaria. Las cinco habilidades que mide este cuestionario son: observación, descripción, actuar con conciencia, ausencia de juicio y ausencia de reactividad.

Cebolla, García-Palacios, Soler, Guillén, Baños y Botella (2012), en un estudio realizado para la validación española de este instrumento, concluyen que el FFMQ ha

demostrado ser un instrumento eficaz para la medición de la atención plena en muestras españolas clínicas y no clínicas.

Ha sido utilizado en varias investigaciones (Baer et al., 2006; Baer, Smith, Lykins, 2008; Van Dam, Earleywine y Danoff-Burg, 2009; Baer, Samuel y Lykins, 2011).

Por su parte, García- Campayo tras asistir a la Primera Conferencia Internacional sobre *mindfulness* celebrada en la Universidad de La Sapienza, en Roma (Italia), en Mayo de 2013, concluye que la escala MAAS va a dejar de ser la referencia y que la FFMQ se acepta cada vez más como la alternativa mas plausible para evaluar *mindfulness*.

Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS): Fue desarrollado en la Universidad de Kentucky por Baer, Smith, y Allen (2004). Está compuesto por 39 ítemes que miden *mindfulness* a través de cuatro escalas: 1) Observación, 2) Descripción, 3) Actuar con conciencia, y 5) Aceptación sin juicio. También existe una versión corta compuesta por 20 ítemes.

Se han realizado diversas investigaciones en las que se ha empleado este inventario (Baer, Smith y Allen, 2004; Dekeyser, Raes, Leijssen, Leysen y Dewulf, 2008; Hansen, et al. 2009; Nicastro, et al. 2010; Berry, May, Andrade y Kavanagh, 2010).

Freiburg Mindfulness Inventory (FMI): Se trata de un cuestionario útil, válido y fiable para medir atención plena. La versión original está formada por 30 ítemes y la abreviada está compuesto por 14, que cubren todos los aspectos de la atención plena (Walach, Buchheld, Buettenmuller, Kleinknecht, y Schmidt, 2006). En lo que se refiere a sus propiedades psicométricas, presenta un alfa de 0'86 en su versión corta y de 0'93 en la larga.

Esta escala breve es sensible al cambio y se puede utilizar también con sujetos sin experiencia previa en meditación.

Este cuestionario se ha empleado en diversas investigaciones sobre *mindfulness* (Buchheld, Grossman, y Walach, 2001; Walach, et al. 2006; Kohls, Sauer, y Walach, 2009; Trousselard, et al. 2010).

Otros instrumentos que han sido validados en distintas investigaciones son:

- *Self-Compassion Scale Short Form* (SCS–SF) (Raes, Pommier, Neff, Van Gucht, 2011).
- *Cognitive and Affective Mindfulness Scale- Revised* (CAMS- R) (Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., y Laurenceau, 2007).
- *State Mindfulness Scale* (SMS) (Tanay y Bernstein, 2013).
- *Child and Adolescent Mindfulness Measure* (CAMM) (Greco, Baer y Smith, 2011)
- *Philadelphia Mindfulness Scale* (PHLMS) (Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra y Farrow, 2008).
- *Mindfulness-Based Relapse Prevention Adherence and Competence Scale* (MBRP-AC) (Chawla et al., 2010).
- *Self-Other Four Immeasurables* (SOFI) (Kraus y Sears, 2008).
- *The Toronto Mindfulness Scale* (TMS) (Lau et al., 2006).

CAPÍTULO II: EL JUEGO

2.1. Características del juego

En este punto, vamos a referirnos a los distintos tipos de juego existentes, así como a las funciones psicológicas que los mismos desempeñan.

Está claro, que el juego supone una actividad natural del ser humano, dado que está presente en todas las culturas, aunque, como es lógico, su contenido varía de unas a otras.

Hirsh-Pasek y Michnick (2011) informan que, según los investigadores, el juego es un componente principal en el aprendizaje en el que los niños desarrollan habilidades motoras, imitan comportamientos, aprenden a procesar emociones y amplían el conocimiento del mundo.

El juego, según Hirsh-Pasek (2013), debe cumplir las siguientes características, para ser considerado como tal:

- Causar placer espontáneamente.
- Incitar una participación activa con algún elemento imaginativo.
- Poseer un efecto positivo para las personas.

Además, Benítez (2009) señala los siguientes criterios como diferentes modos de entender el juego:

- Se está jugando cuando produce placer a la persona que realiza la actividad y le interesa más la acción que el resultado.
- Se está jugando cuando la meta de la acción sea el juego en sí mismo y no el aprendizaje.
- Se está jugando cuando se ejerciten las funciones o capacidades del sujeto.
- Se está jugando cuando la intención de jugar lo distinga de una actividad similar como el trabajo.

Bautista-Vallejo y López (2002) apuntan las características a continuación descritas para definir el juego infantil:

- Es una actividad placentera: divertida, excitante...
- Es una actividad espontánea, voluntaria y elegida libremente (sin imposiciones externas).
- No tiene metas o finalidades extrínsecas, es simplemente una actividad de disfrute.
- El niño funciona con sus propias normas, las crea él.
- Posee carácter ficticio.
- Guarda conexión con lo que no es juego, permitiendo desarrollar la creatividad, la solución de problemas...
- Presenta el deseo subyacente de ser mayor.
- Constituye el descubrimiento de uno mismo y del mundo exterior.

2.1.1. Las funciones psicológicas del juego

Siguiendo a Chóliz (2006), podemos señalar que el juego es una de las actividades más significativas en el desarrollo de los procesos psicológicos. Es imprescindible para la adquisición de habilidades cognitivas, para el entrenamiento en el control emocional y para el establecimiento de pautas adecuadas de interacción social. Éste, en numerosas ocasiones, no se emplea para alcanzar objetivos externos sino que es placentero en sí mismo, como ya apuntamos con anterioridad. Además, el juego es necesario durante la infancia, aunque suele realizarse a lo largo de toda nuestra vida, con independencia de la edad.

Posee una serie de funciones psicológicas importantes, que se detallan a continuación:

- Facilita la integración de las experiencias
- Desarrolla las habilidades sociales.

- Entrena en la resistencia a la frustración.
- Incrementa la motivación intrínseca.

Por otra parte, a pesar de la importancia del juego en el desarrollo del individuo, como acabamos de informar, hay que señalar que el abuso del mismo podría acarrear gran cantidad de consecuencias negativas.

2.1.2. Tipos de juego

Juegos de técnica

Los juegos de técnica requieren de un aprendizaje y entrenamiento previo, ya que el éxito depende de la destreza del jugador. Se incluyen aquí juegos como el ajedrez, los videojuegos...

Juegos combinados de técnica y azar

Estos juegos, dependen tanto de la técnica como del azar. Un buen ejemplo son las cartas, ya que depende del azar a la hora de hacer el reparto y de determinada habilidad posterior para jugar.

Juegos de competición

Se trata de los juegos que se utilizan como forma de diversión, y en los que las personas, a partir de una igualdad de oportunidades, establecen una competición. Un ejemplo de estos juegos son las competiciones deportivas.

Otro criterio explicativo para distinguir los diferentes tipos de juegos es el modo de recompensa que se obtiene al jugar. De hecho, en inglés, se distingue entre *gambling* (jugar a juegos en los que se arriesga algo para obtener una ganancia) y *playing* (jugar a juegos en los que sólo se persigue el entretenimiento) (Sánchez-Carbonell, Talarn, Beranuy, Oberst y Graner, 2009).

CAPÍTULO III: EL JUEGO DE AZAR

3.1. Definición y Clasificación del Juegos de Azar

A) Definición del Juego de Azar

Chóliz (2006), señala que el juego de azar tiene una serie de características que lo distinguen de otras actividades de ocio y que de alguna manera revelan los problemas que éste puede llegar a causar. Este autor describe las características de este tipo de juego, que reflejamos a continuación:

1. Son *azarosos*, es decir, su resultado es imposible de controlar, puesto que no dependen de la habilidad del jugador. Mientras que en el resto de juegos, hay una conexión directa entre la habilidad y las estrategias de la persona, con los resultados obtenidos.
2. Se basa en las leyes de la *probabilidad*, o lo que es lo mismo, es impredecible. El sujeto es incapaz de analizar el juego.
3. Suele apostarse *dinero*, o bienes valiosos, es decir, cuando el sujeto tiene éxito, gana dinero y en el caso contrario lo pierde. El dinero constituye un reforzador muy potente y los fracasos suelen llevar a desajustes psicológicos y sociales graves.
4. Su finalidad es únicamente *recaudatoria*, por ello cuanto más juegue la persona, más probabilidades tiene de perder.

B) Clasificación de los Juegos de Azar

Irurita (1994) (citado por Villoria, 2005) establece dos clasificaciones de los juegos de azar:

1) JUEGO ACTIVO *VERSUS* JUEGO PASIVO

Juego activo

Se trata del juego que exige unos conocimientos, habilidad o pericia real o imaginaria por parte de los jugadores. Además agrupa aquellos juegos que colaboran con la creencia de “poseer un sistema o estrategia” mediante la cual pueden llegar a conseguir el premio. Lo principal, en este tipo de juego, son las connotaciones o supersticiones que las personas jugadoras le han atribuido al juego, más que éste en sí mismo; esto hace que la persona se involucre en mayor medida y lo convierte en un juego altamente adictivo. Las cartas, dados y dominó con apuestas de dinero, las quinielas, la Primitiva, la Bonoloto, los juegos de casino, las apuestas deportivas, las carreras de caballos... son todos ellos juegos activos.

Juego pasivo

No exige ninguna acción, conocimiento o habilidad por parte del jugador, para la obtención del premio, depende exclusivamente de la suerte. Los juegos considerados pasivos son los siguientes: el cupón de la Once, las loterías, el bingo y las máquinas tragaperras. Aunque, en el caso de las máquinas tragaperras y el bingo podríamos hablar de “híbridos” ya que éstos se acompañan de gran cantidad de supersticiones (Bombín, 1992).

2) JUEGO CONTINUO *VERSUS* JUEGO DISCONTINUO

Juego continuo

El juego que conlleva sesiones continuas, puede convertirse en la mayor fuente de pérdida de control, y aquí encontramos la mayoría de los juegos de casino, las apuestas y las máquinas tragaperras (Sicilia, 2007).

Juego discontinuo

Éste se espacia durante horas o días. Se incluirían aquí las series de apuestas, juego y resultado (Sicilia, 2007).

3.2. Breve aproximación histórica del Juego de Azar

Aunque se muestre como algo novedoso en nuestra época, el juego de azar es un fenómeno antiguo. Se puede observar que ha constituido una manera de ocio o un pasatiempo a lo largo de los siglos y quizá en todas las culturas.

Existe documentación que demuestra su existencia hace 5000 años en Egipto y 4300 en China, así como su presencia en otras culturas como los babilonios, asirios, y por supuesto en la Grecia Clásica y en Roma (Labrador, 2012). Se conoce, por ejemplo, la adicción al juego de emperadores romanos como Augusto y Claudio (Sánchez-Carbonell, et al., 2009) y encontramos referencias a los juegos de azar en la mitología, en la que, por ejemplo, se cuenta que Mercurio estaba rodeado de un halo luminoso que había ganado a la Luna en una partida de “Tablas”.

Además, encontramos distintos escritores adictos al juego, entre los más famosos Góngora y Dostoievski; este último nos legó su clásico *El jugador* (Sánchez-Carbonell et al, 2009).

A lo largo de la historia, se encuentran multitud de referencias al juego de azar, así como también al continuo intento de la supresión de éste por parte de los distintos gobiernos o reinados, dadas las consecuencias nocivas del mismo para la población.

En el caso de la historia del juego de azar en España, éste alcanza popularidad en el siglo XVI y, durante los tres siglos posteriores, continúa siendo objeto de “preocupación e interés”. Las Cortes de Cádiz crean la Lotería Nacional en 1811, considerada la más antigua del mundo, con el fin de regular las rifas; aproximadamente un siglo más tarde, se crea el Cupón de la Organización Nacional de Ciegos de España (ONCE) y las Quinielas de fútbol. Los tres juegos de azar mencionados constituirán los únicos juegos legales de azar en España hasta 1977, año en el que se legalizan otras formas de juego, floreciendo los casinos y los bingos. Cuatro años después, también se legalizan las máquinas recreativas con premio o “máquinas tragaperras” (Villoria,

2005).

Durante el devenir histórico de nuestro país, igual que en otros países y culturas, se han buscado formas de regular el juego de azar con apuesta, ya que también ha constituido causa de preocupación.

La primera Ley aprobada en España es la Ley 16/1977, de 25 de Febrero, que regula los aspectos penales, administrativos y fiscales de “los juegos de suerte, envite o azar y apuestas”. Y la última ley de regulación del juego en España es la Ley 13/2011, cuya última modificación tiene como fecha el 5 de Junio de 2013. Esta última modificación se debe a la reciente irrupción de las apuestas y juegos de azar a través de internet y la carencia de instrumentos normativos adecuados para dar respuesta a los interrogantes creados ante la nueva situación de mercado. La utilización de los servicios de juego interactivo a través de internet ha cambiado de forma sustancial, tanto en España como en otros países de su entorno, la concepción tradicional del juego (BOE, 2013)

Por tanto, podemos concluir que los problemas que surgen del juego de azar no son sólo propios de nuestra época, y que la falta de control sobre la conducta de juego tampoco lo es (como acabamos de revisar, las consecuencias perjudiciales del mismo se han dado a lo largo de toda la historia).

3.3. Factores adictivos propios del juego de azar

Para explicar los factores adictivos propios del juego, es apropiado señalar las características de las “máquinas tragaperras”, ya que son consideradas el juego de azar más adictivo, junto con el juego *online*, el cual comparte la mayoría de sus características. Fernández- Alba (2004) expone algunas de éstas:

- Accesibilidad (se encuentran tanto en locales de ocio como en bares y la cuantía de la apuesta no es elevada).
- Inmediatez del refuerzo (posibilidad de de obtener el premio de forma inmediata).
- Funcionamiento intrínseco que propicia la ilusión de control.

- Su apariencia de un juego de habilidad (presionar botones y parecido estructural con los videojuegos).
- Su amplia difusión.

Otras características propias que hacen al juego adictivo son las expuestas por Labrador (2012):

- Que permita apuestas bajas.
- Jugar de forma continuada y reiterada.
- Con respecto al resultado del juego, no se puede negar la importancia de los premios (sean resultado directo del juego o de disfrutar de una situación social) en el desarrollo de las conductas de juego problemáticas.

Por otra parte, en el estudio de Ballesteros, Novoa, Caycedo y del Rocío (2006), un elemento reforzador común de la conducta de juego, en prácticamente todos los casos observados, fue la estimulación sensorial recibida por el juego (luces, sonidos, etc.).

Sin embargo, se debe señalar que en los juegos de azar como la lotería, el riesgo de adicción es muy bajo, ya que transcurre mucho tiempo desde que se produce la conducta de juego, hasta que se recibe la recompensa (en el caso de que así sea). La diferencia subyace en que a la lotería de Navidad se juega una vez al año y una partida en una máquina tragaperras se puede jugar varias veces por minuto (Sánchez- Carbonell et al., 2009).

3.4. Tipos de Juego de Azar

Los tipos de juego de azar (BOE 127, de 28/05/2011):

- *Juego*: el juego es toda actividad en la que se arriesguen cantidades de dinero u objetos económicamente evaluables a partir de resultados futuros e inciertos, que dependen de algún modo del azar, y que permiten su transferencia entre los participantes, con independencia de la destreza de los mismos. (los premios pueden ser en metálico).

- *Loterías*: son las actividades de juego en las que se conceden premios en aquellos casos en que el número o combinación de números o signos, expresados en el billete, boleto o su equivalente electrónico, coinciden en todo o en parte con el conjunto de números o signos resultantes de un sorteo o evento celebrado en una fecha previamente determinada o en un programa previo.
- *Apuesta*: es aquella actividad de juego en la que se arriesgan cantidades de dinero sobre los resultados inciertos de un acontecimiento previamente determinado, determinándose la cuantía del premio que se concede en función de las cantidades arriesgadas u otros factores determinados previamente en la regulación de la concreta modalidad de apuesta. En función del evento sobre cuyo resultado se realiza la apuesta, ésta puede ser: apuesta deportiva, apuesta hípica y otras apuestas. Según la organización y distribución de las sumas apostadas, la apuesta puede ser: apuesta mutua, apuesta de contrapartida y apuesta cruzada.
- *Rifas*: es aquella modalidad de juego que consiste en la entrega de uno o varios premios (muebles, inmuebles, semoviente o derechos ligados a los mismos, siempre que no sean premios dinerarios) a través de la celebración de un sorteo o selección por azar, entre los adquirientes de billetes, papeletas u otros documentos o soportes de participación, diferenciados entre sí, en una fecha previamente determinada, y siempre que para participar sea necesario realizar una aportación económica.
- *Concursos*: se trata de aquella modalidad de juego en la que su oferta, desarrollo y resolución se desarrolla a través de un medio de comunicación (televisión, radio, internet u otros). La participación se realiza, bien directamente mediante un desembolso económico, o bien mediante llamadas telefónicas, envío de mensajes de texto o cualquier otro procedimiento electrónico, informático o telemático, en el que exista una tarificación adicional, siendo indiferente el hecho de que en la adjudicación de los premios intervenga, no solamente el azar, sino también la superación de pruebas de competición o de conocimiento o destreza. No se entenderán por concurso

aquellos programas en los que aun existiendo premio el concursante no realice ningún tipo de desembolso económico para participar.

- *Otros juegos*: se trata de aquellos juegos que no tienen cabida en las definiciones anteriores, y en los que se arriesgan cantidades de dinero u objetos económicamente evaluables y en los que predomina el azar (por ejemplo el póquer o la ruleta).

- *Juegos a través de medios presenciales*: en estos juegos las apuestas, pronósticos o combinaciones deben formularse en un establecimiento de un operador de juego a través de un terminal en línea, bien mediante la presentación de un boleto, octavilla o un documento establecido al efecto en el que se hayan consignado los pronósticos, combinaciones o apuestas, bien tecleando los mismos en el terminal correspondiente, o bien mediante su solicitud automática al terminal, basada en el azar.

- *Juego por medios electrónicos, informáticos, telemáticos e interactivos*: son aquellos en los que se emplea cualquier mecanismo, instalación, equipo o sistema que permita producir, almacenar o transmitir documentos, datos e informaciones, incluyendo la televisión, internet, telefonía fija y móvil o cualesquiera otras, o comunicación interactiva, ya sea ésta en tiempo real o en diferido.

- *Combinaciones aleatorias con fines publicitarios o promocionales*: Se trata de aquellos sorteos que, con finalidad exclusivamente publicitaria o de promoción de un producto o servicio, y teniendo como única contraprestación el consumo del producto o servicio, sin sobreprecio ni tarificación adicional alguna, ofrecen premios en metálico, especie o servicios, exigiendo, en su caso, la condición de cliente de la entidad objeto de la publicidad o promoción.

3.5. Diferencias en la elección del tipo de juego de azar según el sexo

El estudio sobre juego patológico en función del sexo ha sido poco investigado hasta el momento (Grant y Kim, 2002), pero parece que diferentes estudios apuntan la

existencia de diferencias según el sexo en cuanto a la preferencia del tipo de juego. Los hombres manifiestan una predilección por las “máquinas tragaperras”, mientras que las mujeres prefieren los bingos (Corral, Echeburúa e Irureta, 2005; Echeburúa, 2014), las loterías, la Bonoloto y las apuestas en casinos, así como el juego en dichos locales (Hing y Breen, 2001; Pellicer, Santos, Albiach, Camacho y Palau, 2006).

3.6. Diferencias en la elección del tipo de juego de azar según la edad

Para establecer esta diferencia, vamos a centrarnos en un estudio realizado con jóvenes menores de edad, y a continuación en uno realizado sobre población adulta.

En el estudio de Arbinaga (2000), el tipo de juego al que los jóvenes, de entre 8 y 17 años, reconocen haber jugado más, si los agrupamos en dos categorías (nunca y alguna vez) sería rascar cartones para obtener premios con un 48,5%. A éste le sigue el bingo con un 31,5%, las máquinas tragaperras con un 22,3% y las loterías o similares con un 18,5%. En menor proporción aparecen los deportes de equipo (17,7%), las cartas (16,2%), los juegos de habilidad (15,4%), los juegos de cara o cruz (6,9%) y en último lugar las carreras de animales (1,5%).

En lo que se refiere a los jóvenes de la muestra que presentan juego patológico, el 57,1% dice haber jugado a las cartas; por su parte, al bingo, las máquinas tragaperras, rascar cartones y a cara o cruz lo reconocen el 42,9% del grupo; el 28,7% dice haber jugado a las loterías, dados, deportes de equipo o juegos de habilidad, y sólo el 14,3% reconoce haber apostado a carreras de animales.

En el estudio de Sarabia, Estévez y Herrero (2014), en el que participaron 31 jugadores patológicos de entre 16 y 26 años, se señala que uno de los juegos de mayor aceptación es la apuesta deportiva. Por otra parte observan que, aunque la Pese a que la tipología de juego está cambiando debido al juego *online*, siguen siendo los salones de juego: máquinas tragaperras, casinos y bingos los preferidos para jugar con dinero.

Por otro lado, el estudio de la *Generalitat de Catalunya* sobre población adulta, encargado a la Unidad de Investigación del Consorci Sanitari del Maresme, el cual ha sido codirigido por la Dra. Àngels González y la Dra. Rachel Volberg, (2009), apunta

que los juegos de azar preferidos por los adultos son las quinielas y las loterías.

3.7. El juego de azar en España

3.7.1. Tipos de juegos legalizados

1. Bingo
2. Apuestas deportivas mutuas y de contrapartida
3. Apuestas hípcas mutuas y de contrapartida
4. *Black Jack*
5. Punto y Banca
6. Póquer
7. Ruleta
8. Máquinas tipo “B” y juegos mecánicos con posibilidad de ganar dinero.
9. Concursos con premios en la prensa, radio o televisión; concursos de alimentación y otros.
10. Juegos complementarios que combinan azar, habilidad, cultura, etc., y su único fin no es el económico.

Para los juegos que aparecen a continuación es necesario disponer de título habilitante:

11. Juego *online* (apuestas de azar y deportivas).
12. Loterías (nacional, Primitiva, Bonoloto, loterías rápidas e instantáneas) y cupones (cupón de la ONCE, cuponazo).

3.7.2. Cifras

La Dirección General de Ordenación del Juego, proporciona los siguientes datos acerca de las cifras del juego de Azar en España:

Desde el año 2008 se ha visto reducido el tamaño de mercado de Juego en nuestro país, debido a la repercusión que está teniendo la crisis económica sobre la renta disponible y el nivel de consumo de los hogares.

No obstante, en el año 2012 el tamaño del mercado del juego en España en términos de cantidades jugadas fue de 25.988 millones de euros, un 1,1 % menos que en el año anterior. Dicha cantidad de dinero se repartió del siguiente modo: un 36% correspondió a Loterías y Apuestas del Estado (LAE), un 7% a la ONCE, un 33% a máquinas B, un 7% a bingos, un 6% a casinos, un 1% a Salas de Apuestas y un 11% a juego *online*. Por tanto, en nuestro país siguen siendo las LAE, las preferidas por parte de los españoles, y el juego *online* se consolida con una tendencia al alza.

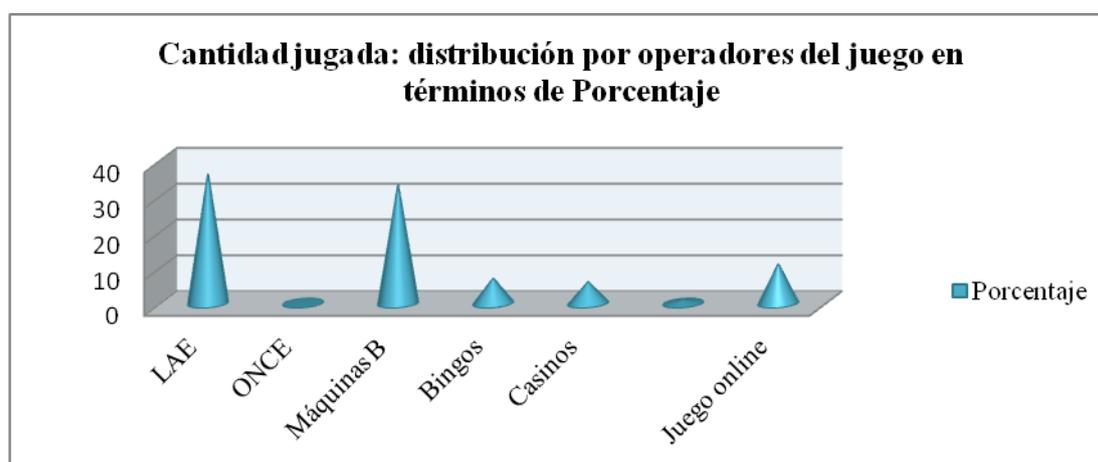


Figura 1: Cantidad Jugada por operadores de juego

Por su parte, en lo que se refiere al tamaño del Mercado de Juego en España por ingresos netos en 2012, éste se sitúa en 8.674 millones euros, un -4,5% inferior respecto al año anterior. La distribución por operadores del juego fue la siguiente: un 44% correspondió a Loterías y Apuestas del Estado (LAE), un 12% a la ONCE, un 32% a máquinas “tipo B”, un 7% a bingos, un 4% a casinos, un 0,6% a Salas de Apuestas y un 1,4% al juego *online*.

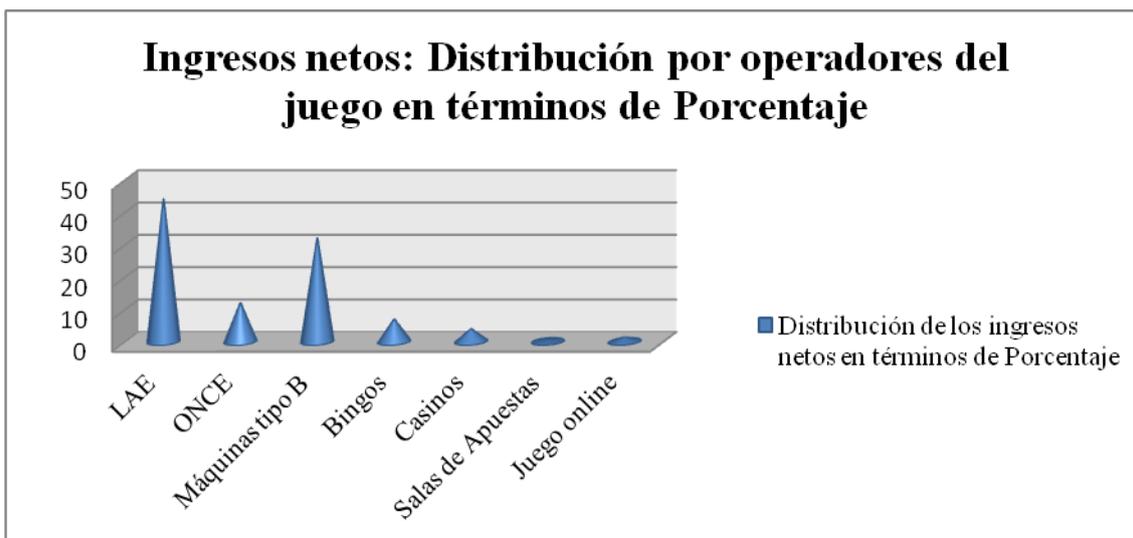


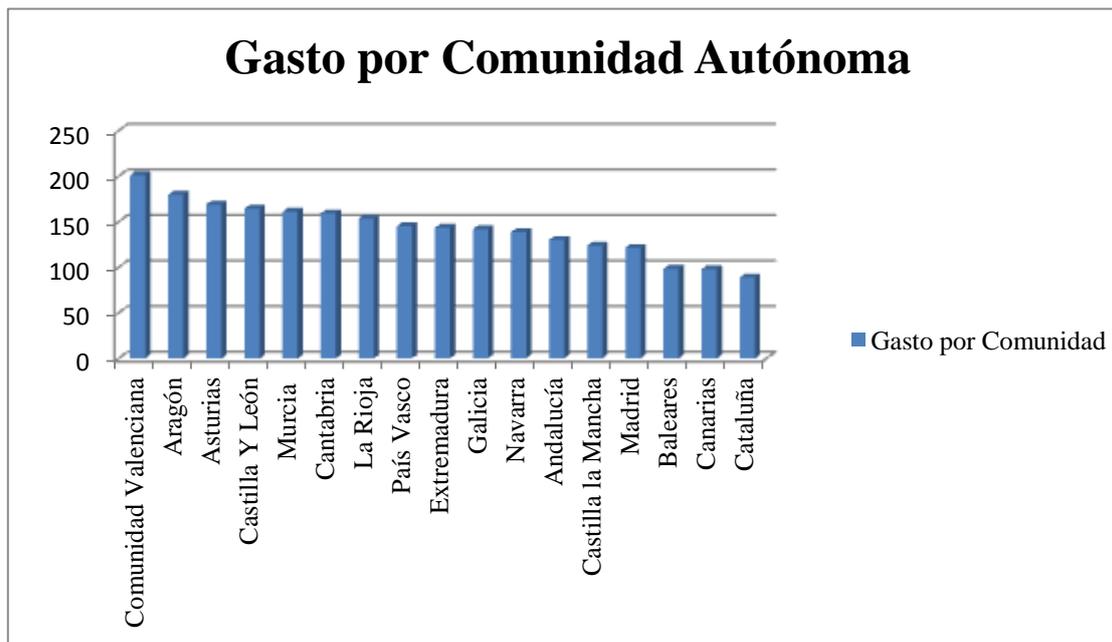
Figura 2: Ingresos netos por operadores de juego

En cuanto al gasto por habitante, en lo que se refiere a cantidades jugadas, también ha decrecido desde el año 2008, en concreto un 1,2% hasta los 550 euros por habitante en el año 2012.

Durante el año 2013, el mercado de juego se ha desarrollado en un contexto económico complicado, debido a la alta tasa de desempleo del país, el menor gasto de los hogares y el descenso en valores absolutos, respecto al año anterior del PIB. Pero, a pesar de ello, en 2013 la cantidad de dinero jugada en España ascendió a 28.111,90 millones de euros, debido a la aparición del mercado de juego *online*.

Los últimos datos publicados en 2013 revelan lo siguiente:

Según la Encuesta de Presupuestos Familiares, elaborada por el Instituto Nacional de Estadística, el gasto anual medio de los hogares españoles dedicado a los juegos de azar, si bien representa un porcentaje pequeño respecto al gasto medio anual total –en 2013 cercano al 0,5%–, manifiesta una tendencia decreciente desde el ejercicio 2009, situándose en 135,11 euros anuales de media por hogar, con un descenso medio aproximado del -18,09% entre 2013 y 2011.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Presupuestos Familiares. Euros. Para Ceuta y Melilla no se ofrecen datos por falta de representatividad de las estimaciones.

Figura 3: Gráfico anual medio por hogar en juegos de azar según la Comunidad Autónoma.

La memoria anual de la Dirección General de Ordenación del Juego del año 2013, recoge que existe un crecimiento de las cantidades jugadas en los dos últimos ejercicios, marcada por la aparición del juego *online* (4,46% en 2012 y 6,32% en 2013). Sin embargo, el margen de juego estimado presenta una evolución decreciente entre 2011 y 2013.

Este informe, también apunta que, en la actualidad, el mercado de juego es mayoritariamente presencial, representando el juego no presencial el 20, 21% en lo que se refiere a cantidades jugadas.

Por último, es importante señalar que, en 2013, han variado las cantidades jugadas por operadores de juego, viéndose reducidas en un 8,00% las Loterías y apuestas de estado (LAE), en un -4,05% la ONCE, en un -3,51% las salas de casino y en un -1,18% los bingos. También, es relevante el hecho de que, en 2013, se haya ralentizado el descenso de las cantidades jugadas en las máquinas “tipo B”, de un -5,85% anual en 2012 a un -4,29% en 2013, con un descenso del número de máquinas en todo el territorio español durante el ejercicio, excepto en Ceuta, Melilla y Navarra. Como contrapartida, resulta llamativo el crecimiento del negocio conjunto del juego *online* en 2013 del 102,49%, respecto a las cantidades jugadas en el ejercicio anterior.

3.7.3. Legislación actual

Ley 13/2011, de 27 de mayo, de regulación del juego (BOE 127, 28/05/2011).

El objeto de esta Ley es la regulación de la actividad de juego, en sus distintas modalidades, que se desarrolle con ámbito estatal con el fin de garantizar la protección del orden público, luchar contra el fraude, prevenir las conductas adictivas, proteger los derechos de los menores y salvaguardar los derechos de los participantes en los juegos, sin perjuicio de lo establecido en los Estatutos de Autonomía.

La Ley regula, en particular, la actividad de juego a que se refiere el párrafo anterior cuando se realice a través de canales electrónicos, informáticos, telemáticos e interactivos en la que los medios presenciales deberán tener un carácter accesorio, así como los juegos desarrollados por las entidades designadas por esta Ley para la realización de actividades sujetas a reserva, con independencia del canal de comercialización de aquéllos.

Artículo 2. Ámbito de aplicación.

1. Dentro del objeto definido en el artículo anterior, se incluyen en el ámbito de aplicación de esta Ley las siguientes actividades de juego cuando la actividad desarrollada tenga ámbito estatal:

- a) Las actividades de juego de loterías, apuestas y otras cualesquiera, en las que se arriesguen cantidades de dinero u objetos económicamente evaluables en cualquier forma, sobre resultados futuros e inciertos, y que permitan su transferencia entre los participantes, con independencia de que predomine en ellos el grado de destreza de los jugadores o sean exclusiva o fundamentalmente de suerte, envite o azar.
- b) Las rifas y concursos, en los que la participación se realiza mediante una contraprestación económica.
- c) Los juegos de carácter ocasional, que se diferencian del resto de los juegos previstos en los apartados anteriores por su carácter esporádico.
- d) Las actividades de juego transfronterizas, esto es, las realizadas por las personas físicas o jurídicas radicadas fuera de España que organicen u ofrezcan actividades de juegos a residentes en España.

Se incluyen asimismo en el ámbito de aplicación de esta Ley las actividades de publicidad, promoción y patrocinio relativas a las actividades de juego relacionadas en el presente apartado.

2. Quedan excluidos del ámbito de aplicación de esta Ley:

- a) Los juegos o competiciones de puro ocio, pasatiempo o recreo que constituyan usos sociales y se desarrollen en el ámbito estatal, siempre que éstas no produzcan transferencias económicamente evaluables, salvo el precio por la utilización de los medios precisos para su desarrollo y cuando éste no constituya en medida alguna beneficio económico para el promotor o los operadores.
- b) Las actividades de juego realizadas a través de medios electrónicos, informáticos, telemáticos o interactivos cuyo ámbito no sea estatal.
- c) Las combinaciones aleatorias con fines publicitarios o promocionales, sin perjuicio de lo establecido en el Título VII de esta Ley.

Cuadro 1: Ley actual sobre regulación del juego.

3.7.4. El juego *online*

La Comisión Europea en su “Libro Verde sobre el juego en línea en el mercado interior” (2011), señala lo siguiente:

El término «juego *online*» engloba un gran número de servicios de juego diferentes. Entre ellos figuran la prestación en línea de servicios de apuestas deportivas (incluidas las apuestas hípcas), los juegos de casino, las apuestas con margen, los juegos en los medios de comunicación, los juegos promocionales, los juegos de azar administrados por organismos de beneficencia y organizaciones sin ánimo de lucro reconocidos en beneficio de sus obras, y los servicios de lotería (p. 15).

Internet (y otras plataformas tecnológicas interactivas, como el comercio móvil o la televisión por IP) se utiliza: a) para ofrecer servicios de juego a los consumidores; b) para permitir a los consumidores hacer apuestas o jugar unos contra otros (por ejemplo, intercambios de apuestas o póquer en línea), o c) como circuito de distribución (por ejemplo, para comprar directamente billetes de lotería en línea) (p. 15).

Durante muchos años, el régimen jurídico del juego ha realizado cambios mínimos. Sin embargo, recientemente, debido a las apuestas y juegos *online*, así como al hecho de haberse visto superados los límites territoriales de las relaciones comerciales tradicionales, la doctrina del Tribunal de Justicia de la Unión Europea ha remarcado la necesidad de construir una oferta dimensionada de juego (BOE, 2011).

Han crecido recientemente en España las apuestas *online* de azar y deportivas, en concreto, desde que se aprobó la Ley de Ordenación de Juego (Ley 13/2011, de 28 de mayo), con la que se ha regulado el sector de las apuestas *online* y la cual recoge lo siguiente:

Esta Ley establece la regulación de las actividades de juego que se realizan a través de canales electrónicos, informáticos, telemáticos e interactivos y en las que los medios presenciales deberán tener un carácter accesorio, salvo las actividades presenciales de juego sujetas a reserva desarrolladas por las entidades designadas por la ley que, por su naturaleza, son exclusivamente de competencia estatal (BOE, 2011) (pp. 52980-52981).

Las apuestas por internet han crecido muchísimo en los últimos 10 años y, actualmente, conforman alrededor del 8% del mercado mundial de juegos de azar (Global Betting y Gaming Consultants, 2011). Aunque no existen estudios epidemiológicos al respecto, desde las asociaciones y desde otras entidades se está advirtiendo del incremento de adictos al juego *online* (Castilla et al., 2013).

Como consecuencia de la Ley 13/2011, anteriormente citada, ha habido un crecimiento del negocio del juego *online*, en el año 2013, del 102,49%, respecto a las cantidades jugadas en el ejercicio anterior.

Ante este nuevo fenómeno, distintos profesionales de la salud, han expresado su preocupación, dado que ahora los individuos pueden utilizar la tecnología para jugar a distancia en lugar de acudir presencialmente al lugar: un casino, un hipódromo, un bingo, etc., lo cual significa que determinadas herramientas tradicionales que permiten el control de la conducta de juego (por ejemplo, el seguimiento de los empleados del casino o la prohibición de la entrada en los mismos) no pueden ser utilizadas (Peller, LaPlante y Shaffer, 2008).

Además es muy fácil saltarse las leyes que regulan el juego, cuando se trata de juego *online*: las personas menores de edad pueden acceder a todo tipo de juegos prohibidos para ellos, creando cuentas con un nombre diferente al suyo. Esto puede explicar, en parte, el incremento de personas jóvenes adictas al juego. De hecho, Castilla et al. (2013) señalan que está cambiando el perfil del jugador patológico en los últimos años, dado que antes el perfil era el de un varón de entre 30-40 años, cuyo objetivo era ganar dinero o recuperar lo perdido. En la actualidad, hablamos de jóvenes de 15 a 35 años, gran parte de ellos estudiantes o titulados universitarios, que juegan cada vez más tiempo y dejan de lado sus estudios, familia y amigos.

En lo que se refiere a las mujeres, se observa una edad de inicio en el juego más tardía, entre los 35 y 40 años, pero con una progresión hacia una conducta patológica mucho más rápida que en los varones.

Por otra parte, según el Observatorio de la Protección al Jugador Online, dentro del mercado de juego no presencial, predominan las preferencias por la lotería en las edades más altas y por las apuestas deportivas y el póquer en los segmentos de menor

edad. El perfil general de jugador es el de un varón de entre 25 y 34 años con estudios universitarios.

3.7.4.1 Características

Los juegos de azar en Internet poseen características que lo distinguen claramente de los juegos de azar presenciales. La primera característica distintiva es la mayor comodidad que presenta el juego *online*, ya que la gente puede jugar en cualquier momento del día desde su hogar. La segunda característica, es que los sitios *online* suelen ofrecer mejores tasas de pago, debido a que la competencia es mucho más dura, ya que las personas pueden cambiar de página de manera muy rápida, simplemente haciendo clic en el ratón. Una tercera característica es que determinadas formas de juego de azar *online* (por ejemplo, las apuestas cruzadas) no tienen equivalente en el modo presencial. Griffiths (2003, 2006) también han identificado como ventajas significativas del juego *online* las siguientes: el servicio multilingüe, la velocidad de reproducción más rápida, y la capacidad de hacerse pasar por el sexo opuesto. Las mujeres fingen ser del sexo opuesto con el fin de ser tomadas más en serio; además les aporta una mayor sensación de seguridad. Los hombres se hacen pasar por mujeres, supuestamente para jugar con ventaja (Wood y Williams, 2007).

Los elementos que hacen más adictiva esta modalidad de juego son los siguientes:

- Presenta unas cualidades visuales y auditivas que hacen que los jugadores dediquen más tiempo al juego y que atraigan su atención (Schull, 2005; Shaffer, 1996).
- Permite generar ilusión de control en el jugador (Fernández- Alba, 2004).
- Posibilidad de jugar en solitario (Wood y Williams, 2007).
- Se puede realizar apuestas de baja cuantía y el valor psicológico del dinero electrónico es menor que la de dinero en efectivo "real " (Griffiths y Wood, 2000).
- Brevidad de tiempo entre la realización de la apuesta y el resultado (Refuerzo

inmediato) (Fernández- Alba, 2004).

- El juego *online* es más accesible y cómodo que el juego presencial, ya que está disponible las 24 horas del día, en cualquier aparato con acceso a internet, lo que puede dar lugar a una mayor frecuencia de juego (Griffiths y Wood, 2000).
- El juego *online*, posibilita una total privacidad, ya que se puede acceder desde cualquier lugar.

Parece que cumple todos los requisitos para ser altamente adictiva, aún más que la modalidad presencial. Y además, parece que los jugadores *online* tienen menos conciencia de problema y son más reacios a buscar ayuda (Castilla et al, 2013).

3.7.4.2. El mercado digital en España

Según la Asociación Española de Juego Digital, la situación del mercado digital en España es la que se señala a continuación:

Los 44 operadores que en la actualidad se encuentran activos han obtenido licencias generales en su totalidad, y 42 de ellos licencias singulares para las diferentes modalidades de juego: 30 operadores que ofrecen juego de póquer, 21 bingos, 30 juegos de casino, 20 apuestas y 11 concursos. Asimismo, tal como indica la Dirección General de Ordenación del Juego, SELAE y la ONCE son operadores de juego con reservas de actividad.

Cabe destacar, que los operadores de juego *online* con licencia en España son mayoritariamente compañías extranjeras que ya operaban en España con anterioridad a la regulación estatal de juego. Del total de empresas con permiso para realizar actividades de en España, aproximadamente un 40% de los juegos *online* son de origen español.

3.7.4.3. Cifras del juego *online* en España

La Dirección General de Ordenación del Juego (DGOJ) ha publicado los datos económicos de 2013. Durante dicho ejercicio, las cantidades jugadas en este segmento de juego han sido de 5.600,44 millones de euros, con una evolución respecto al ejercicio

anterior marcada por el nacimiento y los primeros desarrollos del mercado regulado. Se han repartido premios por importe de 5.371,42 millones de euros, con un margen en el ejercicio de 229.018.882 euros, un 98,45% superior al acaecido en el ejercicio anterior.

Las cantidades jugadas según las diferentes modalidades de juego son las siguientes: el póquer ha representado el 40,01% del volumen de cantidades jugadas en el año 2013, seguido de las apuestas deportivas con un 35,90%, el casino con un 22,83%, el bingo con un 0,8% y los concursos con un 0,18%,

Los datos publicados solo contemplan el volumen generado en apuestas deportivas, póquer, bingo y casino, y no tienen en cuenta los resultados de venta de lotería.

La DGOJ, afirma que el número de usuarios también se ha visto aumentado, ya que en el periodo previo a la regulación la cifra estimada era de 195.000 usuarios y a final de año ascendió a un millón de jugadores. El gasto medio de los mismos se sitúa entre los 500 y los 600 euros al año.

En 2013 un total de 51 operadores de juego han estado habilitados para ofrecer actividades de juego regulado.

Según una encuesta del Observatorio del Juego *Online*, los jugadores de póquer son los que más apuestan con un gasto medio semanal de 51,2 euros. Los jugadores de casino gastarían unos 35,7 y los jugadores de apuestas deportivas 33,7 (estos datos corresponden al siguiente periodo: del 1 de Junio al 30 de noviembre de 2012). Por otro lado, según el Informe anual de la Dirección General de Juego en 2013, las cantidades en porcentajes en función de la modalidad de juego, serían las siguientes: póquer (40,01%), apuestas (35,90%), casino (22,83%), bingo (1,08%), y concursos (0,18%).

En lo que se refiere a las redes de póquer, *PokerStars.es* es la que se sitúa en cabeza en lo que se refiere al volumen de tráfico de jugadores, seguida de *888poker.es*. Dejando claro que en España, es el póquer la modalidad de juego que posee más usuarios.

Otro aspecto alarmante en esta modalidad de juego de azar es la posible regulación de las apuestas cruzadas y los *slots*.

Los *slots* y las apuestas cruzadas, actualmente no están legalizadas en España, pero todo apunta a que dentro de poco tiempo lo estarán, pasando a formar parte del juego *online* legalizado en nuestro país.

Las apuestas cruzadas o apuestas de intercambio, son aquellas en las que la sala solo actúa de intermediario y son los propios usuarios los que fijan las cuotas a apostar con su propio dinero.

Los *slots*, por otro lado, son las “máquinas tragaperras” *online*. Por tanto sus características adictivas son las mismas que las de las máquinas recreativas con premio presenciales, pero con el añadido de la privacidad que reporta el juego *online*.

Éstas se han convertido en otros países en la forma más rentable de juegos de azar y se encuentran en los casinos, en los barcos de cruceros, en los hipódromos, en los bares locales, e incluso en las tiendas de la esquina (Turner y Horbay, 2004).

CAPÍTULO IV: EL JUEGO PATOLÓGICO

4.1. Características de las conductas adictivas

Durante mucho tiempo se ha empleado el término adicción para referirse al consumo de drogas, pero actualmente está siendo utilizado también para determinadas conductas problemáticas para el individuo. Se trata de las “adicciones sin sustancia” o “adicciones comportamentales”, las cuales presentan los componentes fundamentales de los trastornos adictivos. Entre éstas se encuentra el juego patológico, siendo éste la única adicción comportamental incluida en las actuales clasificaciones DSM- V y CIE 10.

Las características de toda conducta adictiva son:

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

Las conductas adictivas comienzan siendo controladas por el aspecto placentero que la conducta en sí misma proporciona al individuo (reforzadores positivos) pero acaban siéndolo por el alivio del malestar emocional que produce (refuerzo negativo). El sujeto presenta una fuerte dependencia psicológica hacia las mismas, actúa con ansia y de forma impulsiva y pierde el interés por cualquier otro tipo de actividad gratificante, no siendo capaz de controlarse a pesar de las consecuencias nocivas experimentadas tras la realización de dicha conducta (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2006).

En el juego patológico se ha demostrado que existe tolerancia, abstinencia y *craving* (Bahamón, 2006). Por lo que éste comparte muchas de las características de las adicciones a sustancias (Sánchez-Hervás, 2003).

4.2. Conductas adictivas sin sustancia o adicciones sociales

Cuando hablamos de adicciones sociales, nos referimos a aquellas conductas repetitivas que producen placer, al menos en las primeras fases, y que generan una pérdida de control en el sujeto (más por el tipo de relación establecida por el sujeto que por la conducta en sí misma). Por tanto, no es la presencia de una droga lo que establece si una conducta es adictiva, sino más bien una experiencia que es buscada con ansia y pérdida de control por el sujeto y que produce una relación de placer/culpa. El eje de la adicción es que el individuo se autodestruye, pero es incapaz de parar. Todas las adicciones terminan por destruir la vida de quienes las sufren y de quienes les rodean (Echeburúa, 2007).

Griffiths (1998) define las adicciones comportamentales como “no químicas o no tóxicas” y afirma que cumplen los siguientes criterios:

- *Saliencia*: se refiere a cómo una actividad específica o particular se convierte en la más importante en la vida del individuo y domina sus pensamientos, sentimientos y su conducta.
- *Modificación del humor*: son las experiencias subjetivas que la gente experimenta como consecuencia de implicarse en la actividad.
- *Tolerancia*: es el proceso por el cual se requiere aumentar la cantidad de una actividad particular para conseguir los efectos anteriores.
- *Abstinencia*: es el estado emocional desagradable y/o efectos físicos que ocurren cuando una actividad particular es interrumpida o reducida repentinamente.
- *Conflicto*: se trata de los conflictos que se desarrollan entre el adicto y las personas de su entorno, conflictos con otras actividades (trabajo, vida social, intereses, aficiones), y conflictos generados dentro de los propios individuos (conflictos intrapsíquicos) que están involucrados en la actividad particular.

- *Recaída*: es la tendencia a volver a los patrones tempranos de la actividad que vuelven a repetirse restaurando los patrones más extremos de la adicción, a veces tras años de abstinencia y control.

Siguiendo a Sánchez-Carbonell et al. (2009), la dependencia psicológica se manifiesta a través de:

- deseo, ansia o pulsión irresistible de jugar (*craving*).
- polarización o focalización atencional.
- modificación del estado de ánimo: sensación creciente de tensión que precede inmediatamente al inicio del cambio de conducta del probable futuro dependiente, ya sea, placer o alivio o incluso euforia mientras se mantiene esa conducta. Agitación o irritabilidad si no es posible satisfacerla.
- pérdida de control e impotencia.

De manera similar a lo que ocurre en las toxicomanías, los individuos que padecen una adicción psicológica niegan su adicción. Mienten y se auto-engañan. Las personas de su entorno (familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc.) son las primeras en advertir que existe un verdadero problema. Es más, habitualmente son otros los sucesos negativos, tales como el divorcio, la estafa, el despido, la depresión, etc., los que les llevan a tomar conciencia del problema y acudir en búsqueda de tratamiento (Echeburúa, 2007).

Por supuesto, dentro de este tipo de adicciones, se encuentra el Juego Patológico, que es la única adicción sin sustancia que se encuentra clasificada en el DSM-V. Pero también deberían incluirse aquí conductas como el sexo, el trabajo, las compras o el uso de internet y otro tipo de tecnología (videojuegos, móvil, etc.).

En un estudio de Sánchez-Carbonell, Beranuy, Castellana, Chamarro y Oberst (2008), sobre el uso de internet y el móvil, el primero es considerado como un trastorno mental de tipo adictivo que afecta, especialmente a jóvenes y adolescentes y a personas emocionalmente vulnerables. Sin embargo, el uso desadaptativo del móvil, puede

considerarse abuso pero no adicción, dado que no se originan ni alteraciones emocionales rápidas, ni el juego de identidades que pueden generarse en *chats* y juegos de rol *online*.

Por otro lado, consumir objetos, o lo que es lo mismo, comprar, es una actividad frecuente para la mayor parte de las personas, pero también puede convertirse en un comportamiento adictivo, si se ejecuta con fines distintos al de cubrir una necesidad (Echeburúa, 2003). Las personas con este tipo de conductas, se muestran incapaces de controlar sus vidas y eso les suele llevar a graves consecuencias, ya que tienden a consumir cosas no planificadas, que normalmente sobrepasan sus posibilidades económicas (Ruiz-Olivares, Lucena, Pino y Herruzo, 2010).

En lo que se refiere a la adicción al sexo, hablamos de una hipersexualidad incontrolable, donde se incluyen desde relaciones sexuales con otras personas hasta masturbación o consumo de pornografía. Ésta es una de las dependencias menos conocidas y visibles, ya que las personas que la padecen suelen mantenerla oculta. En ella juega un papel primordial el contexto cultural, que tiende a invisibilizar, esta problemática, lo que, en cierta medida, puede convertirse en un reforzador de esta conducta (Saleme, Negrete y Celedón, 2010).

La adicción a la comida, también la encontramos en la clasificación de “nuevas adicciones”. Las principales modalidades de la adicción a la comida son los episodios bulímicos, las adicciones hiperfágicas y la adicción monoalimentaria. Debe distinguirse de la bulimia nerviosa, dado que la bulimia adictiva tiene una prevalencia puntual de 1% en la población femenina. Además las adicciones hiperfágicas se asocian casi siempre con sobrepeso (Alonso- Fernández, 2005).

Y por último, hacemos referencia a la adicción al trabajo; tampoco figura en los sistemas de clasificación, pero puede ocasionar una alteración sustancial en la vida cotidiana. La adicción al trabajo se describe como una implicación progresiva, excesiva y desadaptativa a la actividad laboral, con una pérdida de control respecto a los límites del trabajo y una interferencia negativa en la vida cotidiana (relaciones familiares y sociales, tiempo de ocio, estado de salud, etc.) (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1998).

4.3. Clasificación del juego patológico

Aunque hablamos de un problema psicológico muy antiguo, no se empieza a estudiar hasta 1975, y es en 1979 cuando Morán lo define como “juego patológico”. Aún así, hasta un año después no es considerado un trastorno mental, cuando es incluido en el DSM-III (A.P.A 1980) por primera vez. Éste aparece en la categoría de los trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados.

Criterios para el diagnóstico de juego patológico según el DSM-III (1980):

- a) El individuo se va haciendo crónica y progresivamente incapaz de resistir los impulsos a jugar.
- b) El juego pone en un serio aprieto, altera o lesiona los objetivos familiares, personales y vocacionales, tal como viene indicado por lo menos por tres de los siguientes fenómenos:
 1. Arrestos por robo, fraude, estafa, o evasión de impuestos, debidos a intentos para obtener dinero para jugar.
 2. Incapacidad para satisfacer las deudas y las responsabilidades financieras.
 3. Alteraciones familiares o maritales debidas al juego.
 4. Obtención del dinero a través de fuentes ilegales (usureros).
 5. Incapacidad de explicar las pérdidas de dinero o de demostrar las ganancias cuando éstas se pretenden.
 6. Pérdida del trabajo por al absentismo ocasionado por la actividad de jugar.
 7. Necesidad de la existencia de otra persona que procure el dinero necesario para aliviar la situación financiera desesperada.
- c) El juego no es debido a un trastorno antisocial de la personalidad.

En el DSM-IV sigue incluyéndose en la categoría de los trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados aunque se han modificado los criterios diagnósticos. El cambio principal es que su diagnóstico se aproxima más a los criterios utilizados para el diagnóstico de dependencia de sustancias.

El DSM-IV-TR (2000), mantiene los mismos criterios del DSM-IV, para el diagnóstico del Juego Patológico, que son los siguientes:

- a) Comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente, como indican por los menos cinco (o más) de los siguientes ítemes:
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 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 para aliviar la disforia (p.ej., sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión)
 6. Después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de cazar las propias pérdidas)
 7. Se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego.
 8. Se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo o abuso de confianza, para financiar el juego.

9. Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego.

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

b) El comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia de un episodio maníaco.

En el DSM-V (2014), aparecen novedades en la clasificación del Juego Patológico, ya que aparece clasificado dentro de una nueva sección denominada “Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos”, dada la gran cantidad de similitudes que existen entre los síntomas del Juego Patológico y los Trastornos relacionados con sustancias. Los criterios diagnósticos que recoge el DSM-V son:

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

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

6. Después de perder dinero en las apuestas, suele volver otro día para intentar ganar (“recuperar” las pérdidas).
7. Miente para ocultar su grado de implicación en el juego.
8. Ha puesto en peligro o ha perdido una relación importante, un empleo o una carrera académica o profesional a causa del juego.
9. Cuenta con los demás para que le den dinero para aliviar su situación financiera desesperada provocada por el juego.

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

Además en el DSM-V se debe especificar si es episódico o persistente, en remisión inicial o continuada, así como la gravedad actual (leve, moderada o grave).

En lo que se refiere a la clasificación de la OMS (Organización Mundial de la Salud), señalar que no se hacía referencia específica al juego patológico en la CIE-9, sino que éste aparecía incluido dentro del apartado “trastorno compulsivo de la conducta”. Sin embargo, en la CIE-10 (1992) ya se establece el diagnóstico de ludopatía, el cual es incluido entre los trastornos de los hábitos y del control de los impulsos.

Los criterios diagnósticos según la CIE-10 (1992) son los que se señalan a continuación:

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

La CIE-10 exige el cumplimiento de los cuatro criterios diagnósticos y no se incluye ningún criterio de exclusión como en el DSM- IV-TR.

En lo que se refiere a la CIE-11, parece que los debates acerca de los cambios de la categorización del juego patológico, van en la misma dirección que los del DSM, considerando su inclusión en la categoría de conductas adictivas (sin sustancia) en vez de en la categoría de trastornos del control de los impulsos.

4.4. Epidemiología del juego patológico

4.4.1. Prevalencia del juego patológico

Puesto que se trata de un problema social y de salud pública, el juego patológico ha ido logrando más atención a lo largo de los años. Los estudios de prevalencia han sido de vital importancia, ya que han facilitado su comprensión, permitiendo conocer a qué tipo de población y a qué número de sujetos afecta. Todo ello aportando la información necesaria para poder poner en marcha programas de intervención y tratamiento apropiados.

Los estudios epidemiológicos realizados en varios países, han constatado un aumento de la patología del juego, así como un incremento del número de apuestas en el juego legalizado en las últimas décadas, y un aumento de los distintos tipos de juego.

Este incremento aqueja a la población en general, independientemente del sexo, raza, cultura y nivel socioeconómico. Sin embargo, existe una preocupación generalizada sobre la elevada incidencia de juego patológico en población de riesgo como los jóvenes, por lo que se insiste en la necesidad de programas educativos. De hecho, el porcentaje de adolescentes que padecen dicho trastorno en estos últimos años es relativamente superior que el de los adultos (Muñoz-Molina, 2008).

Desde el momento en que el juego patológico fue introducido en el DSM-III (1980), se han señalado cifras de prevalencia de entre 1- 2% en el caso de los jugadores patológicos y entre el 3-4% de los jugadores problema, aunque éstas varían en función de los distintos países y estudios. En el caso de España, la prevalencia se sitúa entre el 1,4-1,9% (Estévez, 2014). Las investigaciones que emplean el *South Oaks Gambling*

Screen (SOGS), de Lesieur y Blume (1987) (basado en criterios del DSM-III) como cuestionario de “cribado” para detectar este trastorno, se han considerado como las más relevantes. No obstante, también se han realizado críticas al SOGS por el elevado número de falsos positivos y la sobrestimación de las cifras de juego patológico (Lesieur, 1987; Stinchfield, 2002; Volberg, 1999).

En los estudios epidemiológicos realizados en EE.UU y Canadá se aprecia un perfil bastante común del jugador patológico. Los jugadores “patológicos y problema” son la mayoría varones, menores de 30-35 años, solteros, de raza no blanca, que ganaban 25.000 o menos dólares al año. Estos, en general no habían finalizado sus estudios secundarios y presentaban una mayor tasa de desempleo que la población general. Por otra parte, Volberg y Steadman (1989), no hallaron diferencias significativas entre el grupo de jugadores patológicos y la población general, respecto a las variables edad, nivel de ingresos y nivel educativo. Y Ladouceur (1991), por el contrario, encontró una mayor proporción de jugadores patológicos con los estudios finalizados (Domínguez Álvarez, 2007).

Otro aspecto llamativo de algunos estudios epidemiológicos es que distintas investigaciones indican que aproximadamente un tercio de los presos cumplen con los criterios de jugador problema o jugador patológico, en países como Australia, Nueva Zelanda, Reino Unido y EE.UU (Williams, Royston, y Hagen, 2005). Sin embargo, a pesar de que esta tasa de juego es de las más altas de todas las poblaciones (Walters, 1997; Shaffer y Hall, 2001), parece que hay una falta de conciencia sobre los problemas que emanan de los juegos de azar en la cárcel y no existen programas de prevención (Nixon, Leigh, y Nowatzki, 2006).

En los estudios epidemiológicos realizados en España se ha encontrado mayor prevalencia de juego patológico en hombres que en mujeres (2:1), la mayor parte de ellos (30-40%) con una edad comprendida entre los 18 y los 30 años y, generalmente, con un bajo nivel educativo (Becoña, Lorenzo y Fuentes, 1996). Sin embargo en el estudio realizado por Elisardo Becoña (2004) en el que utilizó el NODS en Galicia, encuentra que la edad en la que se sitúan la mayor parte de los jugadores patológicos es de 31 a 45 años (33%), situándose por debajo las personas de entre 18 y 30 años (20%).

Se han realizado varios estudios epidemiológicos en España, que han utilizado como instrumento de cribado el SOGS. A continuación, se muestra una tabla en la que se observa que, el estudio en el que se presenta un mayor porcentaje de jugadores patológicos es el de Arbinaga (2000) con un 4,9% y, el que indica un porcentaje más bajo es el de Ramírez (1999) con un 1,6%.

Estudio	N	Jugador patológico	Jugador Problema	Muestra
Cayuela (1990)	1230	2,50%		Representativa de Cataluña
Legarda, Babio y Abreu (1992)	598	1,70%	5,20%	Representativa de Sevilla
Becoña y fuentes(1995)	1028	1,36%	2,00%	Representativa de Galicia
Jarca (1996)	419	1,91%	3,82%	Algeciras
Tejeiro (1998)	419	1,90%	3,80%	Representativa de Algeciras
Ramírez (1999)	3000	1,60%	1,40%	Andalucía
Arbinaga (2000a)	616 (8-79años)	4,90%	3,50%	Punta Umbría (Huelva)
Arbinaga (2000b)	308 (mujeres)	2,60%	3,60%	Punta Umbría(Huelva)
Salinas (2002)	4997	1,70%	4,20%	Representativa de Andalucía
Villoria (2003)	1707 (estudiantes universitarios)	4,5% (Probable JP)	6,60%	Madrid

Tabla 1: Estudios de prevalencia del juego patológico en España, que han empleado el SOGS.

Por otro lado, se han hecho estudios epidemiológicos como el de Becoña (1991, 1993) en los que se ha utilizado como instrumento una entrevista estructurada basada en los criterios del DSM-III, con una muestra de 1615 personas en Galicia. Se encontraron los siguientes resultados: 1,73% de jugadores patológicos y 1,6% de jugadores problema.

Además, Irurita (1996) empleando un cuestionario basado en los criterios del DSM-IV, encuentra un 1,7% de jugadores patológicos y un 3,3% de jugadores problema, en una muestra de 4977 sujetos en Andalucía.

El NODS, es un cuestionario de cribado que se utiliza para identificar la presencia de jugadores patológicos, en el que se distingue la prevalencia vital de la prevalencia del último año; ello ha supuesto un cambio sustancial en las cifras epidemiológicas. Está basado en los criterios DSM-IV (y en consecuencia del DSM-IV-TR). De 9 criterios del DSM-III-R se pasa a 10 en el DSM-IV, y el punto de corte sube de 4 a 5 criterios. Si se utiliza este cuestionario, o los criterios del DSM-IV, las cifras obtenidas son bastante inferiores: Para juego patológico (deben cumplir 5 ó más criterios), se establece una prevalencia vital de alrededor de 0.8% y una prevalencia en el último año de 0.3%. Para los jugadores problemas (deben cumplir 3 ó 4 criterios), se puede estimar en 1.3% la prevalencia vital y en 0.4% la prevalencia en el último año. Para los jugadores de riesgo (deben cumplir 1-2 criterios) un 7.9% de prevalencia vital y un 2.3% en el último año (Labrador, 2012).

En España se han llevado a cabo dos estudios que utilizan el NODS (ver **tabla 2**):

El de Elisardo Becoña titulado *Prevalencia del juego patológico en Galicia mediante el NODS” ¿Descenso de la prevalencia o mejor evaluación del trastorno?* del que extraemos los siguientes datos:

Los resultados indican que un 0.92% serían jugadores patológicos a lo largo de su vida, y un 0.31% a lo largo del último año; un 0.18% jugadores problemas a lo largo de toda la vida y 0.25% para el último año, y un 0.31% de jugadores de riesgo a lo largo de toda la vida y 0.25% para el último año. Estos resultados son claramente inferiores a los obtenidos en otros estudios previos en Galicia y en España, pero equivalentes a los norteamericanos de validación del NODS. Se discute la necesidad de adecuarse a los criterios del DSM-IV, y a instrumentos derivados del mismo, en los estudios de prevalencia del juego patológico. Igualmente se presentan datos de otros estudios recientes que permiten explicar los menores niveles de prevalencia actuales que los obtenidos hace unos años. Los criterios más restrictivos del

DSM-IV, y los cuestionarios derivados del mismo, permitirían explicar el menor nivel de prevalencia actual, junto a que hoy existe una mayor concienciación social sobre los problemas que acarrearán los juegos de azar (p. 173).

Se extraen los siguientes datos del “Estudio de la Generalitat de Catalunya”, encargado a la Unidad de Investigación del Consorci Sanitari del Maresme, el cual ha sido codirigido por la Dra. Àngels González y la Dra. Rachel Volberg (2009):

Se trata de un estudio llevado a cabo sobre una muestra de 3.000 personas adultas, y los resultados obtenidos muestran que un 92% de dicha muestra, participan en distintas actividades de juego en Cataluña, aunque con distinta intensidad y frecuencia. Concretamente, un 52,2% jugó en el último año y un 30% reconoce que juega mensualmente o con mayor frecuencia.

En lo que se refiere al perfil de las personas que juegan de forma habitual a juegos de azar, se trataría de un varón de entre 35 y 54 años, catalán, con estudios secundarios, casado, que trabaja a tiempo completo y de nivel socioeconómico bajo.

Y en cuanto al tipo de juego preferido por esta población, se encuentran las loterías y las quinielas.

En este estudio se realiza una clasificación de los jugadores en: ocasionales, no problemáticos, de riesgo, problemáticos, patológicos, y problemáticos y patológicos. Y los resultados señalan que 156.500 personas adultas de Cataluña podrían presentar problemas de juego. Los datos obtenidos al respecto son: un 2% se considera jugador de riesgo (116.000 personas); un 0,5% jugador problemático (29.000 personas) y un 0,2% jugador patológico (11.500 personas).

Por otra parte parece que los hombres tienen una conducta de juego más grave que las mujeres, y que los jugadores patológicos y los jugadores problema comienzan a jugar antes de los 18 años, por lo que el juego patológico afecta a jóvenes entre 18 y 34 años. Además los resultados apuntan que los motivos por los que juegan los jugadores patológicos y problema son distintos a los de la población general. Los primeros lo hacen para huir de los problemas y por la emoción que les supone el juego, mientras que

los segundos lo hacen para ganar dinero fácil.

Por último, señalan que los problemas de salud mental aumentan de manera significativa cuanto más grave sea la conducta de juego, y que los jugadores patológicos y problema presentan un elevado consumo de sustancias (sobre todo alcohol y tabaco) en comparación a las personas no jugadoras.

Estudio	N	Jugadores Patológicos	Jugadores problema	Muestra
Becoña (2004)	1.624	0,30%	0,30%	Galicia
Generalidad Cataluña (2009)	3000	0,20%	0,50%	Cataluña

Tabla 2: Estudios sobre la prevalencia del juego en España que han utilizado el NODS.

Quizá, uno de los aspectos más alarmantes, ya mencionado con anterioridad, es el hecho de que la prevalencia de problemas de juego parezca ser significativamente mayor entre los jóvenes en comparación con la población adulta, incluso llegando al doble o el triple, resultando consistente con la mayor parte de los países. Aunque, cuando nos referimos a adolescentes, suele hablarse de juego problema, más que de juego patológico (Becoña, 2004; Rosow y Molde, 2006).

Villa et al. (1997) realizaron un estudio, empleando como instrumento de cribado el DSM-IV-J, sobre una muestra representativa de 2.185 estudiantes de Gijón de 11 a 16 años, y encontraron una prevalencia de jugadores patológicos del 1.6%, con una relación de 2:1 favorable a los hombres, así como un incremento en los problemas de juego cuanto más edad tiene la persona.

El estudio de Becoña (1997) en el que se utilizó como instrumento el SOGS-RA (versión para adolescentes del SOGS), sobre una muestra representativa de A Coruña, formada por jóvenes de 11 a 14 años, se halló una prevalencia de juego patológico del 2.4%.

Arbinaga (2000c) realizó un estudio descriptivo sobre el juego patológico en estudiantes (8-17 años) de un municipio de Punta Umbría, y señala que considerando el conjunto de la muestra (n = 130), el 83,1% no presentaría problemas con el juego, el

11,5% estaría formado por el grupo de sujetos con problemas leves y en el 5,4% habría que considerar la posibilidad de que estuviéramos ante un grupo de jugadores con una patología relacionada con el juego.

Por otro lado, Becoña, Míguez y Vázquez (2001), en su estudio sobre el juego en estudiantes de Enseñanza Secundaria, observaron que el 86.1% no presentaba problemas con el juego, un 8.2% eran jugadores en riesgo, y un 5.6% eran jugadores problema. Además, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en distintas variables entre los jugadores problema y el resto de los grupos, dichas variables son: el gasto en el juego, la percepción de la conducta de juego en sus padres, la relación con éstos y el fracaso en los estudios. En lo que se refiere al sexo, el 10.4% de los jugadores problema eran hombres y el 1.6% estaba compuesto por mujeres. Por otro lado, se encuentra una disminución del juego problema con la edad, ya que en las personas que tienen una edad comprendida entre 14 y 17 años observamos un 6% de jugadores problema y entre los que tienen entre 18 y 21 años un 4.6%.

En una investigación sobre las diferencias de sexo en adictos a las “máquinas tragaperras” (Llinares, Santos, Albiach, Camacho y Palau, 2006), se pone de manifiesto la existencia de diferencias estadísticamente significativas en el modo de vida y la situación laboral entre hombres y mujeres, dado que estas últimas suelen vivir solas o en casas de acogida, están paradas o realizan trabajos poco cualificados. Además, las mujeres poseen niveles más severos de depresión.

Podemos concluir, a partir de los datos de prevalencia en España, que éstos son equivalentes a los datos de EEUU y Canadá, cuyas condiciones y restricciones legales son muy parecidas. La inexistencia de un estudio epidemiológico a nivel nacional en España indica el escaso interés que las instituciones gubernamentales conceden a este problema. (Domínguez Álvarez, 2007).

Muñoz-Molina (2008) apunta que:

“El 71,8 % de los estudios de prevalencia de la ludopatía fueron realizados en Canadá, Estados Unidos y Australia. Europa tiene baja participación, destacándose principalmente Suecia, Noruega, Inglaterra, Suiza y España (p. 153)”.

En relación a lo que apunta Muñoz-Molina (2008), hay que destacar que, aunque en España se han realizado bastantes estudios de prevalencia, todos ellos pertenecen al ámbito local o regional. Por tanto, se trata de datos meramente ilustrativos, pero no representativos de la población española. Esto posibilita que aquellos que quieren atenuar el problema del juego patológico, puedan afirmar que no es problema generalizado sino localizado en determinadas zonas o regiones de nuestro país (Salinas, 2002).

Como conclusión, podemos remarcar dos aspectos de los resultados epidemiológicos obtenidos. El primero, es el hecho de que se ha observado que no existen diferencias en función de los ingresos económicos, ni de la ocupación laboral. Aunque como es de esperar, las repercusiones negativas aparecerán antes en las personas con menos ingresos. El segundo aspecto, es que si observamos la prevalencia por sexo, vemos que el problema de la adicción al juego es mayor entre varones (2/3) que entre mujeres (1/3). Pero el dato más preocupante es que, a pesar de que el 33% de los adictos al juego son mujeres, sólo el 10% de ellas reclaman ayuda terapéutica (Chóliz, 2006), si bien Salinas (2002) apuntaba en un estudio que las mujeres que acuden a pedir ayuda a las asociaciones está aumentando.

4.5. Comorbilidad del juego patológico

Cuando hablamos de juego patológico, hacemos referencia a un trastorno de conducta, el cual suele presentarse junto con otras patologías. Suele asociarse con problemas de abuso de sustancias, trastornos del estado del ánimo (depresión principalmente), trastornos de ansiedad y cuadros mentales orgánicos. En algunos estudios las cifras de comorbilidad alcanzan el 54% de los casos. (Dulcey, 2007).

En un estudio sobre comorbilidad del juego patológico de Kessler et al. (2008), se encuentran los siguientes resultados:

Jugadores patológicos con trastornos comórbidos	
NÚMERO DE TRASTORNOS	PREVALENCIA
Cualquier trastorno	96,3%
Un trastorno	22,0%
Dos trastornos	9,9%
Tres o más trastornos	64,4%

Tabla 3: Juego patológico y trastornos comórbidos (Kessler et al., 2008)

Secuencia de inicio del juego patológico (JP) y los trastornos comórbidos			
	Entre las personas con JP, secuencia de prevalencia de inicio del trastorno	Secuencia de inicio	
		JP Primero	Otro trastorno primero
Cualquier Trastorno del Estado de ánimo	55,60%	23,10%	65,10%
Cualquier Trastorno de Ansiedad	60,30%	13,40%	82,10%
Cualquier Trastorno del Control de los impulsos	42,30%	0,00%	100,00%
Cualquier trastorno de abuso de sustancias	76,30%	36,20%	57,40%

Tabla 4: Secuencia de inicio del juego patológico y los Trastornos comórbidos (Kessler et al., 2008)

Los resultados muestran que las personas con ludopatía casi siempre tienen uno o más problemas de salud mental concomitantes durante su vida. El 49% de los encuestados en este estudio reflejaron que habían recibido tratamiento para los problemas emocionales y de abuso de sustancias, pero ninguno informó haber recibido tratamiento para el juego.

Comorbilidad entre Juego patológico y abuso de sustancias

A partir de una revisión de la literatura, podemos afirmar que los trastornos por abuso o dependencia de alcohol y otras sustancias son los más asociados al Juego Patológico, con tasas que oscilan entre el 21% y el 65%, tanto en muestras clínicas como no clínicas. Siguiendo ésta misma línea, Petry (2005) afirma que el Jugador Patológico muestra una alta comorbilidad con otros trastornos mentales, especialmente con abuso de alcohol y trastornos del estado de ánimo (Jiménez-Murcia et al., 2009).

Se ha observado que en España, el 25% de los jugadores patológicos consumen 100 cl. o más de alcohol, frente al 5% de la población general que lo hace en ese nivel. Rodríguez Martos (1987) halla que el 15% de las personas diagnosticadas como alcohólicas muestran un doble diagnóstico de juego patológico (Arbinaga, 2000).

En un estudio de Fernández-Montalvo, Landa, y López-Goñi (2005), llevado a cabo sobre una muestra de 50 pacientes alcohólicos, se obtuvieron como resultados, que el 20% de las personas que componían la muestra presentaba un diagnóstico comórbido de juego patológico y un 12% de juego problemático. Además aquellos que presentaban ambas psicopatologías presentaban un consumo de alcohol más alto, que aquellos que únicamente eran adictos al alcohol.

Fernández-Alba (2004a), en un estudio de población menor de 30 años, obtiene los siguientes resultados:

El 34% de la muestra refiere un consumo regular de sustancias ilegales, ya sea en el pasado o en el momento de acudir a tratamiento, además de que el 88,7% consume tabaco y el 3,8% ha tenido problemas con el alcohol en el pasado. La comorbilidad del juego y el consumo de sustancias psicoactivas en la población adolescente ya había sido constatada en nuestro país, entre otros autores, por Arbinaga (1996a) y Becoña y Míguez (2001).

Algunos autores han observado que el alcohol es un factor predictivo para los problemas del juego (Krishnan y Orford, 2002). Pero otros autores, opinan que el abuso de sustancias puede ser considerado como un factor de riesgo para el desarrollo del juego patológico o como consecuencia de éste (Estévez y Calvete, 2007; Slutske, Caspi, Moffitt, Poulton, 2005) (Ortiz- Tallo, Cancino y Cobos, 2011).

Comorbilidad entre JP y otros trastornos del eje I

Los trabajos realizados acerca de la comorbilidad del juego patológico y otras patologías clasificadas en el eje I, descritos en la anterior clasificación de los trastornos mentales DSM-IV-TR, señalan la presencia de tasas elevadas de trastornos del estado de ánimo (trastorno depresivo mayor, distimia, manía e hipomanía), los cuales oscilan entre el 33% y el 76%, trastornos de ansiedad entre un 9% y un 40%, otros trastornos del control de los impulsos de un 35% a un 43% y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, con un 20%. (Jiménez et al, 2009)

También se revela la existencia de cierta sintomatología depresiva y, en menor medida ansiosa, concomitante al juego patológico en los adolescentes y jóvenes (Fernández-Alba, 2004)

Por otro lado, el jugador patológico presenta un riesgo de suicidio muy elevado, según un estudio de Ladouceur y cols. (1994) realizado en Québec: un 27% de los ludópatas se suicidan. Parece que la ideación suicida, los intentos de suicidio y los suicidios consumados son mucho más comunes en los jugadores patológicos que en la población general. Se ha estimado la tasa de ideación suicida en un rango de 20% a 80% y la de los intentos de suicidio de 4% a 40%. Y han sido asociados con un mayor riesgo de suicidio variables como el juego severo, las grandes deudas, los trastornos psiquiátricos coexistentes y el consumo de sustancias (George y Murali, 2005). Otros autores como Petry (2005) hablan de ideación suicida experimentada, entre el 48% y 70% de los jugadores patológicos y los intentos de suicidio los sitúan entre el 13% y 20%.

Comorbilidad entre Juego patológico y los trastornos del eje II

En lo que se refiere a los trastornos de personalidad, Black y Moyer (1998), determinaron que un 87% de una muestra de 30 sujetos con juego patológico presentaba, al menos, un trastorno de personalidad concomitante. Los trastornos de personalidad más comunes según estos autores fueron el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, seguido por el evitativo, esquizotípico y paranoide. (Jiménez et al., 2009).

Fernández-Montalvo y Echeburúa (2006) mediante un estudio piloto, llegan a las siguientes conclusiones sobre la comorbilidad entre Juego Patológico y Trastornos de la Personalidad:

El 40% de la muestra clínica (frente al 14% de la muestra normativa) presentaba, al menos, un trastorno de personalidad. El trastorno de mayor prevalencia fue el trastorno narcisista (32%), seguido del trastorno antisocial y del trastorno pasivo-agresivo (16% cada uno de ellos). Los jugadores con trastornos de personalidad presentaban una media de 2,2 trastornos y mostraban una alta impulsividad. Asimismo, manifestaban niveles moderados de ansiedad y mayor consumo de alcohol e inadaptación a la vida cotidiana que la población normal (p. 453).

Ortiz-Callo et al. (2011) en su estudio titulado “Juego patológico, patrones de personalidad y síndromes clínicos”, obtienen resultados que muestran los cuatro patrones de personalidad clínicos más frecuentes en los jugadores patológicos, los cuales son: dependiente, obsesivo-compulsivo, narcisista y antisocial.

Por otro lado, Fernández de la Cruz (2010), apunta que no parece haber acuerdo en el tipo de trastorno de personalidad comórbido con el juego patológico y que dónde se ha encontrado una mayor coincidencia es en el porcentaje de sujetos que presentaron un *trastorno esquizotípico de personalidad* en diversos estudios.

Por tanto, a modo de conclusión, parece que los diferentes estudios no se ponen de acuerdo, en qué trastorno de personalidad es el que aparece con mayor frecuencia acompañando al juego patológico, pero lo que sí parece claro es que en un alto porcentaje, éste aparece en compañía de alguno de ellos.

4.6. Modelos explicativos del juego patológico

Siguiendo a Blaszczynski y Nower (2002), cabe destacar los siguientes modelos de juego patológico: el enfoque de adicciones (Jacobs, 1986; Blume, 1988), el enfoque psicodinámico, (Bergler, 1958; Rosenthal, 1992; Wildman, 1997), el psicobiológico (Blaszczynski, Winter y McConaghy, 1986; Carlton y Goldstein, 1987; Lesieur y Rosenthal, 1991; Rugle, 1993), el conductual (Anderson y Brown, 1984;

McConaghy, Armstrong, Blaszczynski y Allcock, 1983), el cognitivo (Sharpe y Tarrier, 1993; Ladouceur y Walker, 1996) y el sociológico (Rosecrance, 1985; Ocean y Smith, 1993).

Hasta el momento, no existe un modelo único que aclare o explique completamente la naturaleza compleja y heterogénea del juego patológico. Pero si sabemos que, según el “modelo médico o de adicciones”, predominante en EEUU, la ludopatía es vista como una enfermedad crónica y, al igual que en el modelo biológico, se asume que los problemas de juego se derivan de predisposiciones fisiológicas. Este modelo, considera que la adicción es irreversible, y que sólo a través de la abstinencia total puede llegarse a controlar. Se trata de un modelo que ha recibido muchas críticas, sobre todo por la forma de etiquetar a las personas que sufren juego patológico como “enfermos” (Barroso, 2003).

También sabemos, que el enfoque psicodinámico, que explica el juego patológico a través de fuerzas motivacionales, que se derivan de procesos mentales inconscientes (Wong, 1989) y, que considera que, a nivel de intervención los terapeutas, deben ayudar al paciente a identificar los estados emocionales negativos que pueden haber sido sustituidos por los juegos de azar, con el fin de entender la función de defensa de su conducta de juego, no ha registrado, hasta el momento, ningún estudio controlado aleatorio que señale su eficacia (National Research Council, 1999) (Myrseth, 2011).

Por otra parte, el enfoque de adicciones, se basa en los aspectos comunes entre el juego patológico y el resto de las adicciones con sustancia. Desde esta línea de investigación se cree que el sistema dopaminérgico está implicado en la conducta de juego. Pero los estudios de Roy et al. (1988) y Blaszczynski et al. (1986) no validan este enfoque.

En lo que se refiere al enfoque conductual, los primeros estudios se basaron en la utilización del condicionamiento aversivo como técnica de intervención (Barker y Miller, 1968), que ya no se emplea en la actualidad. Otras técnicas, utilizadas con posterioridad, han sido la desensibilización imaginada (McConaghy, Blaszczynski y Frankova, 1991), la exposición con prevención de respuesta, la cual recibe apoyo empírico en cuanto a su utilidad en este trastorno (Fernandez-Alba y Labrador, 2002) y

la técnica de control de estímulos. Las investigaciones han mostrado buenos resultados en la reducción de la conducta de juego, pero estas técnicas necesitan ser complementadas, por ejemplo, con terapia cognitiva, dada la importancia de los sesgos cognitivos en el desarrollo y mantenimiento de las conductas de juego.

Por otro lado, tenemos constancia de que el enfoque cognitivo ha demostrado evidencia empírica en diferentes estudios, como por ejemplo, el estudio puramente cognitivo de ensayos aleatorizados de Ladouceur et al. (2001), en el que encontraron una mejoría significativamente mayor en el grupo de tratamiento en comparación con el grupo en lista de espera al final del tratamiento. En un estudio posterior Ladouceur et al. (2003) aplicaron la misma terapia cognitiva en un formato de grupo, y encontraron el apoyo a la eficacia de la terapia de grupo. Además, se ha demostrado que el entrenamiento en reestructuración cognitiva, puede tener efectos preventivos en el juego patológico (Dorion y Nicki, 2007). Por otro lado, un estudio reciente comparó el enfoque cognitivo (en lo que se refiere a las distorsiones) con otras intervenciones, y los cambios en éstas no fueron mayores para el grupo de terapia cognitiva. No obstante, los autores señalan que el tamaño de la muestra fue demasiado pequeña para detectar diferencias entre los enfoques de tratamiento (Toneatto y Gunaratne, 2009).

En la actualidad, las teorías explicativas que integran las aportaciones de los modelos conductuales y cognitivos son las que, desde la perspectiva psicológica, poseen mayor credibilidad en la génesis del juego patológico (Sharpe y Tarrier, 1993). Se ha revelado como un tratamiento eficaz el enfoque Cognitivo-Conductual en el juego patológico, dado que se han efectuado diferentes ensayos aleatorios que han confirmado dicha eficacia. Recientemente, se ha publicado un meta-análisis que apunta que la terapia cognitivo-conductual, es un tratamiento eficaz a corto plazo y 24 meses después del tratamiento (Gooding y Tarrier, 2009), si bien, también existen investigaciones que indican que este tipo de terapia no ha demostrado resultados superiores a las intervenciones breves (Hodgins, Currie, el-Guebaly y Peden, 2004; Petry, Weinstock, Ledgerwood y Morasco, 2008; Toneatto y Dragonetti, 2008) (Myrseth, 2011).

Según Blazczynski y Nower (2002), los modelos citados anteriormente, no son mutuamente excluyentes, sino que comparten varios elementos comunes. Por ejemplo, los enfoques de adicciones, conductual y biológico consideran como elemento central,

los principios de refuerzo derivado de la teoría del aprendizaje. Básicamente, en cada uno de los modelos mencionados, se contempla la interacción de las variables psicosociales clave en el proceso etiológico, aunque después, cada uno de ellos, hace hincapié en un conjunto diferente de factores en lo que se refiere al desarrollo y mantenimiento del juego.

La hipótesis generalizada e incorrecta implantada dentro de cada uno de los modelos teóricos, es que los jugadores componen una población homogénea, y que, por tanto, los tratamientos pueden aplicarse con eficacia independientemente de la forma de juego, el sexo, la historia del desarrollo o la neurobiología, a todos los jugadores patológicos.

En la actualidad, a la hora de explicar la etiología del juego patológico, los modelos entienden este problema como el resultado de una compleja interacción entre las variables psicológicas, conductuales, cognitivas y biológicas (George y Murali, 2005). Los modelos biopsicosociales aportan explicaciones más completas, desde perspectivas más integrales (Blazczynski y Nower, 2002; Sharpe, 2002)

Blazczynski y Nower (2002) señalan que el Juego Patológico es un trastorno heterogéneo y multidimensional que nace de una compleja interacción de factores genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales. Estos autores afirman que la simple consideración de los juegos de azar como una adicción o como un trastorno del control de los impulsos posee un alcance demasiado limitado. Proponen un modelo denominado “*Pathways model*”, y para ellos los procesos de condicionamiento son los primeros implicados en el desarrollo de la conducta de juego.

A continuación exponemos brevemente los factores que contempla el modelo biopsicosocial de Sharpe (2002) (citado por Labrador, 2012):

- a) *Vulnerabilidad genética*: posibles alteraciones en los sistemas dopaminérgico, noradrenérgico y serotoninérgico.
- b) *Vulnerabilidad psicológica*: debido a sus experiencias anteriores puede presentar un déficit de habilidades de solución de problemas; actitudes positivas al juego, la impulsividad debido a su educación y entorno, especial sensibilidad al premio y escasa al castigo. En el desarrollo esta

vulnerabilidad son determinantes los aspectos educativos y de su entorno habitual.

- c) *Oportunidades de juego*: posibilidad de acceso al juego dado su entorno y el ambiente cultural en que se encuentra.
- d) *Obtención de premios al comienzo de la historia de juego*: facilita desarrollar pensamientos irracionales sobre la posibilidad de controlar los juegos de azar.

Este modelo considera determinante para el desarrollo de la conducta de juego que en el momento inicial, exista la oportunidad de jugar y la presencia de reforzadores. Sin embargo, para el mantenimiento de dicha conducta problemática, serán significativa la existencia de distorsiones cognitivas, la elevada activación y la falta de habilidades de afrontamiento.

4.7. Tipología de los jugadores de azar

En este apartado, hemos dividido las diferentes tipologías descritas por los autores en dos: por un lado aquellas tipologías que incluyen a jugadores patológicos y no patológicos, y por otro, aquellas que sólo incluyen a éstos últimos.

Se han elaborado muchas clasificaciones. A pesar de ello, actualmente no existe una única tipología aceptada que permita diferenciar de forma clara a unos jugadores de otros (Ferrández de la Cruz, 2010). Vamos a mencionar solo algunas de ellas, las de mayor relevancia.

4.7.1. Tipologías que contemplan a jugadores patológicos y no patológicos

Kusyszyn (1972) propone la primera tipología de jugadores en la que se incluye a *jugadores no patológicos*. Distingue los siguientes tipos:

- *El jugador social*: únicamente juega los fines de semana.
- *El tramposo*: suele ser un jugador de cartas (póquer o *bridge*) y puede ser un profesional que viva de hacer trampas en dichos juegos.

- *El jugador adicto afortunado*: se trata de una persona ambiciosa y que trabaja en exceso, con facilidad para el aburrimiento si no aparece un nuevo negocio excitante.
- *El jugador profesional*: posee una memoria excelente, con gran concentración, llevan una vida recta, son serios y lógicos tanto en el juego como en su vida, son disciplinados, evitan la publicidad, tienen gran confianza en sí mismos, y guardan un registro de sus pérdidas y ganancias.
- *El jugador compulsivo (el perdedor)*: presenta falta de autocontrol, lo que conlleva la pérdida de su dinero. Se trata de una persona que imagina que pronto se cumplirán sus sueños y le tocará un gran premio.

En el año 1978, este mismo autor, hace una nueva categoría compuesta por 16 tipos de jugadores en la que se centra en factores mucho más específicos como las pérdidas y ganancias, el tiempo dedicado al juego, etc.

Abt, McGurrin y Smith (1985) plantean una categorización, que subdividen en dos: no jugadores y jugadores. Llevan a cabo por primera vez una categoría exclusiva de no jugadores.

a) No- jugadores:

- *Anti-jugadores*: consideran que el juego es pecado y que es inmoral.
- *No-jugadores*: creen que el riesgo que supone el juego es muy alto e incluso pueden considerarlo aburrido.
- *Pseudojugadores*: aunque no rechazan el juego, no tienen dinero u oportunidades de juego.

b) Jugadores:

- *Jugadores ocasionales*: poseen un interés puntual o momentáneo en el juego y arriesgan poco dinero.
- *Jugadores por entretenimiento*: su interés por el juego es mayor al de los jugadores ocasionales, pero realizan un gasto prudente en el mismo.

Pueden tener cierto conocimiento sobre las apuestas.

- *Jugadores serios*: conocen bien los juegos y tienen un interés muy grande en jugar, para poder conseguir premios.
- *Jugadores profesionales*: en estos el juego no constituye un pasatiempo, sino una forma de vida. Tanto que dependen de él para sobrevivir.

Custer (1987) (citado en Fernández-Alba, 1999), distingue tres tipos de jugadores:

a) Jugadores de tiempo libre:

- *Jugador social casual*: juega de forma esporádica.
- *Jugador social serio*: se toma el juego en serio y se implica en él, pero su conducta está controlada.
- *Jugador de alivio o de escape*: libera sus tensiones a través del juego.

b) Jugadores profesionales o criminales: utilizan el juego como medio para ganarse la vida, por lo que hacen apuestas haciendo cálculos de probabilidades. Jugar es su negocio, su profesión. Su forma de obtención de ingresos es a través de la ilegalidad.

c) Jugadores compulsivos: presentan dificultad para detener el juego vayan ganando o perdiendo.

González (1989), por su parte, realiza otra clasificación de jugadores, basada en su experiencia clínica:

a) Jugador social: juega por placer, en un contexto social. Las pérdidas que obtiene del juego son bajas y aceptables y son capaces de dejar de jugar cuando quieren.

b) Jugador profesional: el juego es su profesión, es decir, es su forma de ganarse la vida, por lo que no se mueve por la pasión sino por la probabilidad matemática.

c) Jugador patológico: este jugador presenta una incapacidad para controlar el

juego y dejar de jugar. Se produce un aumento de la necesidad y de la preocupación de jugar, lo que le lleva a la adicción.

Basándose en esta clasificación, Bombín (1992) es quién brinda aspectos más claros y concisos de los distintos tipos de jugadores.

Becoña (1993) introduce en la clasificación de los jugadores al “jugador problema”, el cual se encuentra en un punto intermedio entre el jugador social y el jugador patológico. Su tipología de los jugadores diferencia entre: jugador ocasional, jugador social, jugador excesivo, jugador profesional, jugador problema y jugador patológico.

La clasificación de Ochoa y Labrador (1994), distingue los tipos de jugadores, basándose en la forma de comportarse de estos y en sus conductas. Estos autores prescinden de dos de los tipos contemplados por Becoña (1993). Según estos autores los jugadores se dividen en:

- a) Jugador social o controlado: es aquel que juega ocasional o regularmente y tiene como característica principal que posee el control total sobre dicha conducta, pudiendo abandonarla cuando quiera. Es decir, juega por entretenimiento, satisfacción o en el marco de una interacción social, por ocio o placer. Participa en juegos permitidos por las leyes de su país o en juegos populares sancionados socialmente. Varía mucho el tiempo que dedica al juego, la cantidad de dinero que apuesta, así como el número de veces y los juegos en los que participa.
- b) El jugador profesional: su característica principal es que se dedica al juego para ganar dinero. Realiza aquellas apuestas que son estadísticamente más probables, mediante un análisis previo, por lo que no presenta implicación emocional en las apuestas. Suelen jugar en casinos donde determinados errores mecánicos crean más probabilidades (p. ej., ruleta con un pequeño error en la calibración); si juegan a las cartas utilizan procedimientos para perturbar el normal funcionamiento de las partidas.
- c) Jugador problema: este tipo de jugador posee un alto riesgo de convertirse en jugador patológico, ya que juega de forma frecuente, con un gasto habitual de

dinero que en determinadas ocasiones es excesivo, lo cual le acarrea problemas, aunque sin llegar a la gravedad del jugador patológico. El control sobre sus impulsos es menor que el de jugador social, pero suele atender a su familia y a su trabajo. Pero a pesar de llevar una vida normal, el aumento de la conducta de juego hace que cada vez dedique más tiempo y dinero a la misma.

- d) Jugador patológico: se define como aquel jugador que presenta una dependencia emocional y una pérdida de control con respecto al juego, que le impide resistir el impulso a jugar. Sus conductas de juego perturban sus actividades cotidianas y obstaculizan sus objetivos personales, familiares y/o sociales. Su juego descontrolado responde a las siguientes pautas: una frecuencia de juego y/o inversión en tiempo mayor de la que se puede permitir, apuesta cantidades de dinero superiores a las planeadas y a las que se puede permitir y presencia de pensamientos recurrentes y el deseo compulsivo de jugar, sobre todo cuando ha perdido. También es propio de este tipo de jugador, la necesidad subjetiva de jugar para recuperar el dinero perdido (“caza”) y la presencia de distorsiones cognitivas que le hacen creer que puede controlar o predecir el resultado del juego para ganar.

Esta es sólo una de las tipologías existentes, pero es la que más se aproxima a la que se utiliza en la actualidad.

Blanco, Llorca, Manzano, Díez y Gómez (1995) consideran una tipología ya establecida por otros autores: jugador social, jugador profesional y jugador patológico, subdividiendo este último en tres (dependiente, compulsivo y jugador secundario con una enfermedad psíquica).

La clasificación dicotómica (no patológico–social/profesional vs. patológico) es la más aceptada y compartida, ya que facilita la comunicación científica. Sin embargo, continúa la disputa sobre su delimitación conceptual y su correcta evaluación (Villoria, 2005).

4.7.2. Tipologías de los jugadores patológicos

Por otro lado, encontramos tipologías de jugadores patológicos. No se trata de una clasificación general de los jugadores como en el apartado anterior.

El primero en realizar una tipología de los jugadores patológicos fue Bergler (1957), el cual diferenció entre: jugador clásico, jugador pasivo-femenino, jugador pseudosuperior-defensivo, jugador motivado por una culpa inconsciente, jugador impasible y mujer jugadora. Hacemos referencia a la misma dado que Bergler fue uno de los primeros en reconocer la importancia del juego desde el punto de vista clínico.

Morán (1970) también realiza una clasificación de este tipo, y divide a los jugadores patológicos del siguiente modo: variedad subcultural, variedad neurótica, variedad impulsiva, variedad psicopática y variedad sintomática. Además apunta que cada subtipo no es mutuamente excluyente sino que pueden presentar peculiaridades de más de una variedad.

McCormick y Taber (1987) emplean los factores de personalidad que ellos mismos han identificado en los jugadores, para realizar una clasificación basada en dichas dimensiones para desarrollar tratamientos individualizados. Estas dimensiones son cinco: 1) el factor obsesivo compulsivo; 2) el factor estado de ánimo; 3) los estresores vitales; 4) el factor socialización y 5) el factor adicción múltiple.

Más adelante, McCormick (1988) clasifica a los jugadores patológicos en dos subtipos:

- Subtipo A: este subtipo está formado por los jugadores que presentan depresión. Una probable interacción entre deficiencias bioquímicas y estilos cognitivos depresogénos puede llegar a causar un estado de necesidad que sólo pueda satisfacerse a través de la excitación producida por el juego.
- Subtipo B: este subtipo está compuesto por los jugadores que poseen una hipostimulación crónica y que experimentan elevados niveles de aburrimiento, tienen baja tolerancia a la frustración y necesitan estimulación variada, así como una constante re-activación. El *arousal* producido por el juego, funciona disminuyendo el aburrimiento y, por tanto, reforzando la conducta de juego.

González (1989), por otro lado, plantea la presencia de tres tipos de jugadores patológicos:

- El jugador serio: el juego ocupa gran parte de su vida, ya que juega de manera regular. No dedica apenas tiempo a otro tipo de actividades, aunque no se ven afectadas las principales áreas de su vida: la familiar, la laboral y la social.
- El jugador dependiente: el juego es utilizado como refuerzo negativo, es decir, recurre a él para aliviar la ansiedad y la tensión. Existe un cierto descuido de sus ocupaciones y obligaciones, pero posee autocontrol, ya que es capaz de parar la conducta de juego cuando las pérdidas puedan afectar a su vida laboral o familiar.
- El jugador compulsivo: existe una pérdida de control, ya que la persona es incapaz de interrumpir su conducta de juego.

A continuación la propuesta de Prieto (2003), en la que divide a los jugadores patológicos en:

- a) Jugador buscador de activación: lo que mantiene la conducta de juego es un proceso de reforzamiento positivo continuo, es decir, conseguir excitación o activación, que es percibida como placentera. Además, en este tipo de jugador aparece el fenómeno de la tolerancia, o lo que es lo mismo, la necesidad de incrementar el riesgo o la cantidad de las apuestas para alcanzar el mismo nivel de activación.
- b) Jugador alivio o escape: este tipo de jugador mantiene su conducta de juego por un proceso de reforzamiento negativo, es decir, el juego es una respuesta de escape ante una situación aversiva. Estos jugadores suelen comunicar la presencia de sucesos vitales estresantes, traumáticos, sintomatología depresiva en el inicio del juego, etc.
- c) Jugador buscador de dinero: la conducta de juego en este tipo de jugador, se mantiene por un proceso de reforzamiento positivo intermitente de razón variable. Tanto en el inicio como en el mantenimiento de la conducta problema tienen un papel esencial, la presencia de ideas irracionales y distorsiones

cognitivas sobre la probabilidad de ganar, la frecuencia de las pérdidas y las ganancias, así como la probabilidad de conseguir dinero para pagar deudas.

González, Aymami, Jiménez, Doménech, Granero y Lourido-Ferreira (2003) realizan una clasificación de los tipos de jugadores en función de la gravedad de la psicopatología asociada.

Blaszczynski y Nower (2002) definen los tres primeros tipos de jugadores patológicos, y Echeburúa (2007) y Gómez (2006) definen el cuarto. Aunque por el momento son escasos los estudios y es necesaria más evidencia para conceptualizar estos u otros tipos de “jugadores patológicos”, esta es las propuestas más actual al respecto:

1. Jugador “puro”: se trata del jugador patológico cuya sintomatología (ansioso-depresiva, mentiras patológicas, autoestima, problemas de pareja, etc.) está estrechamente relacionada con la conducta de juego.
2. Jugador con alta vulnerabilidad emocional: en este tipo de jugador patológico, se subrayan algunos factores de personalidad que lo hacen más vulnerable, inestable y, en ocasiones, con mayores problemas de adaptación social. Su comportamiento de juego es en muchos casos más problemático, y puede padecer otra dependencia en la actualidad o haberla padecido previamente.
3. Jugador multiimpulsivo con otras patologías asociadas: se trata del jugador patológico en el que se da una mayor resistencia a abandonar el juego. La cantidad de dinero que gasta también es superior, así como el tiempo dedicado y las pérdidas personales y familiares causadas por el mismo. Es habitual, que presente un diagnóstico de patología dual.
4. Enfermo mental que presenta juego patológico: hablamos de un jugador patológico que a su vez padece otro trastorno mental grave, como esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de personalidad muy grave, etc. (González, Aymami, Jiménez, Doménech, Granero y Lorida-Ferreira, 2003; Echeburúa, 2007; Gómez, 2007). En el caso de presentar trastorno bipolar, si la conducta de juego sólo se presenta en la fase maníaca, constituiría un criterio de exclusión y no se cumpliría el diagnóstico de juego patológico.

Corral, Echeburúa e Irureta (2005), presentan una nueva tipología en la que se establece una diferencia entre el hombre y la mujer jugadora, ya que consideran que existen determinadas características que diferencian el juego patológico en las mujeres respecto de los hombres. Estas características que distinguen a la mujer son las siguientes: la motivación para jugar, el tipo de juego, el curso del trastorno, la intolerancia o rechazo social y familiar ante el juego de la mujer, su mayor nivel de psicopatología asociada, sus antecedentes familiares y el enfoque en el tratamiento (Fernández de la Cruz, 2010).

4.8. Fases del juego patológico

Según distintos autores, el jugador pasa por diferentes fases hasta convertirse en jugador patológico, y es Custer (1984) el que define las mismas. Posteriormente, Lesieur y Rosenthal (1991) añaden la última fase, denominada “fase de desesperanza o abandono”:

Fase de ganancia: en esta fase se destacan las ganancias que origina el juego. Parece un hecho relevante que a un grupo importante de jugadores patológicos, en sus primeras aproximaciones al juego, les tocan premios. Esto unido a la baja cantidad económica de las apuestas, crea una expectativa de ganancia significativa. En este momento, las pérdidas son casi insignificantes y, sin embargo los premios constituyen un reforzador muy potente, no sólo en su aspecto económico, sino también porque se ven reforzadas las ideas o expectativas que pudiera tener una persona, a partir de esas ganancias (tengo “suerte, etc.). Por tanto, las ganancias producen en la persona una gran excitación y promueven expectativas de que puede ganar mucho dinero a través del juego. De ahí que cada vez arriesgue más y, consecuentemente, pierda cada vez más dinero.

Fase de pérdida: en esta segunda fase se aumenta la cantidad económica brindada al juego y se le dedica tiempo y esfuerzo al estudio de las apuestas (es decir, a intentar “controlar” el juego). La persona no juega para ganar dinero, sino para recuperar lo perdido. Es el momento en el que se suele ver obligado a confesar a su familia o amigos su problema con el juego.

Por tanto, en muchos casos el juego tiene la función de aliviar la disforia y la monotonía o permitir evadirse de los problemas (es decir, actúa como refuerzo negativo).

Fase de desesperación: se trata de la fase en la que el juego alcanza gran intensidad, es decir, la persona sólo vive para jugar. Es más, el jugador, puede perder el trabajo, empeñar, vender o hipotecar sus bienes, falsificar cheques, mentir..., ya que su único objetivo en la vida es jugar. En este punto, los problemas familiares pueden hacerse insostenibles e, incluso, puede tener problemas con la ley. Además a nivel tanto psicológico como fisiológico se encuentra desesperado y agotado. Y no se siente capaz de poder devolver el dinero prestado, robado... y todavía tiene la creencia de que el juego le puede permitir recuperar el dinero, cosa que hace que cada vez pierda más y más dinero, alejándose enormemente de la posibilidad de devolverlo.

Fase de desesperanza o abandono: en esta última fase, el jugador asume que nunca podrá dejar de jugar, ya que se ve impotente y como un individuo descontrolado. Por ello sólo vive para jugar, dado que percibe que haga lo que haga, no va a poder detener su conducta de juego. En este momento, se ve a sí mismo como un enfermo incurable y acabado. El pronóstico, llegados a esta fase, es muy negativo.

4.9. Estadios del cambio en conductas adictivas

Este modelo permite identificar el nivel de predisposición al cambio en el que se encuentra una persona cuando se plantea modificar su conducta adictiva. A continuación se presentan los distintos estadios de cambio propuestos actualmente por el modelo transteórico de Prochaska, DiClemente y Norcross (1992):

- a) Estadio de *precontemplación*: la persona no tiene ninguna conciencia de problema, es decir, no tiene intención de modificar su conducta adictiva. En este momento los “pros” de consumir o jugar superan a los “contras”.
- b) Estadio de *contemplación*: se adquiere conciencia de problema y se considera abandonar la conducta adictiva, pero todavía no se ha desarrollado un compromiso firme de cambio. En este estadio, las personas son capaces de ver los “pros” de dejar de consumir o de jugar, pero éstos no son lo suficientemente

fuertes.

- c) Estadio de *preparación o determinación*: es el momento en que la persona lleva a cabo pequeños cambios en la conducta adictiva. Además, en este estadio los pros de dejar el consumo o el juego superan a los contras.
- d) Estadio de *actuación o acción*: se realizan cambios evidentes y observables de la conducta adictiva. En este momento, la persona puede progresar al estadio de mantenimiento, o por el contrario, sufrir una recaída. Este estadio suele durar entre uno y seis meses.
- e) Estadio de *mantenimiento del cambio*: se trabaja para consolidar los cambios realizados durante el estadio de acción. Durante este estadio se maneja principalmente estrategias para prevenir posibles recaídas.

4.10. Factores implicados en el juego patológico

4.10.1. Factores Predisponentes

1. Factores demográficos y socioambientales: Se han hallado determinados factores demográficos considerados de riesgo para desarrollar un problema con el juego. Por ejemplo, pertenecer al sexo masculino, aumenta la probabilidad de 2:1 a la hora de desarrollar este trastorno en comparación con las mujeres de su misma cohorte (Johansson, Grant, Kim, Odlaug y Götestam, 2009).

También se ha encontrado que, a menor edad, existe una mayor probabilidad de desarrollar este trastorno (Welte, Wiczorek, Barnes y Tidwell 2006). Por otro lado, no existen diferencias en función del nivel económico, ni la ocupación laboral (Chóliz, 2006).

El acceso fácil al juego y la aceptación social, también supone un incremento de la prevalencia del juego patológico en la población (Allcock, 1986). Algunos expertos apuntan que el incremento de juegos de azar legalizados junto con la facilidad para jugar y la publicidad, constituyen factores determinantes en la prevalencia de este problema, ya que consideran que si existe una mayor oferta de juego, habrá más oportunidades de jugar y, por tanto, un mayor número de jugadores patológicos

(Becoña, 1991; González-Ibáñez, Mercadé, Aymani y Pastor, 1992; Legarda, Babio y Abreu, 1992).

Además de todo lo anterior se considerarían factores de riesgo: el grupo de iguales de jugadores/as, la conducta de juego en lugares de ocio, la no participación social, la situación de paro laboral, el trabajo a destajo o de alto rendimiento, las jornadas de trabajo prolongado y el cansancio intenso o el estrés en el trabajo (EDIS, 2003).

2. Factores familiares: Leisieur y Heineman (1988) señalan como factor predisponente en la aparición de un problema con el juego, el hecho de que la persona haya estado expuesta a determinados modelos familiares. En este sentido, consideran como variables significativas una disciplina familiar excesivamente permisiva, los valores familiares apoyados en los símbolos materiales y financieros, la exposición al juego durante la adolescencia y, en el caso de las mujeres jugadoras, el hecho de tener maridos con dependencia alcohólica, que se encuentran mucho tiempo fuera de casa, así como la separación o el divorcio (ruptura del hogar).

Hay evidencia de tasas más altas de juego patológico en aquellas personas con padres con problemas de juego patológico y dependencia del alcohol (Labrador 2012).

3. Factores Personales:

Características de personalidad: los resultados de los estudios son contradictorios.

- a) Desde la perspectiva de la Teoría de Rasgos, los jugadores patológicos suelen mostrar un alto grado de neuroticismo (Roy et. al 1988), y el grado de extraversión varía en función de los diferentes estudios (Echeburúa, 1992). En otras investigaciones únicamente se han encontrado puntuaciones significativas en psicoticismo, pero no en neuroticismo (Carroll y Huxley, 1994). Y en otras no se han hallado diferencias en estos rasgos entre jugadores y no jugadores (Ladouceur y Mayrand, 1986; Allcock y Grace, 1988).
- b) Por otro lado, se han considerado como predisponentes de la conducta de juego, factores más específicos como la “búsqueda de sensaciones” pero los resultados

de las investigaciones no coinciden en muchos casos (Jiménez, González Ibañez y Aymami, 1999).

- c) Los últimos estudios realizados acerca de la frecuencia de conducta antisocial en los jugadores patológicos ponen de manifiesto la existencia de una relación de la conducta de juego con la comisión de delitos (Blaszczynski y Silove, 1996; Yeoman y Griffiths, 1996).
- d) En lo que se refiere a la impulsividad, como ya hemos apuntado en otros apartados, el juego patológico se clasifica entre los trastornos del control de los impulsos en el DSM-IV (APA, 1994). Los distintos estudios realizados han mostrado que los jugadores obtienen altas puntuaciones en este rasgo de personalidad (Castellani y Rugle, 1995). Aunque estos resultados deben tener mayor comprobación empírica. Por otro lado, los estudios neurocognitivos en juego patológico tomados en conjunto, revelan que los jugadores patológicos tienen dificultades para inhibir conductas irrelevantes e ignorar información irrelevante. Además, en el juego patológico se encontró una mayor tasa de descuento asociado a la demora del reforzamiento (Ochoa, 2013).
- e) En último lugar, señalar que se ha relacionado el juego patológico con la alexitimia, pero es necesaria mayor investigación en este campo (Fernández Montalvo, Echeburúa y Báez, 1999)

Como conclusión a lo expuesto previamente y a los resultados de las distintas investigaciones, coincidimos con Labrador (2012), en que parece una estrategia poco eficaz explicar la conducta de juego por un factor interno único.

4. Factores de aprendizaje: Se considera que la exposición al juego y el aprendizaje de la conducta de juego a través del modelado (padres o personas cercanas que juegan), constituyen un factor predisponente muy importante (Robert y Botella, 1994).

Además, el abuso del juego opera, en algunos casos, como una pauta de conducta sobre-aprendida que se adquiere a base de repetir comportamientos y que conlleva consecuencias negativas (Fernández-Alba, 2004).

5. Factores biológicos: Ibañez y Sáiz (2000) resumen las hipótesis serotoninérgica, noradrenérgica y dopaminérgica:

1. Hipótesis *serotoninérgica*: esta hipótesis defiende la existencia de un déficit serotoninérgico en la ludopatía; ello explica que el juego patológico se localice en el apartado de "trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados" tanto en la clasificación DSM como en la CIE-10 (Virkkunen et al., 1994). La disminución de los niveles de 5-HIAA en el Líquido Cefalorraquídeo (LCR) es uno de los hallazgos más replicados en otros trastornos del control de los impulsos y apoyaría el déficit serotoninérgico. Sin embargo, este dato no se ha podido demostrar de manera consistente en jugadores patológicos (Roy et al., 1988; Bergh, Eklund, Sodersten y Nordin, 1997).
2. Hipótesis *noradrenérgica*: propone como hipótesis una disfunción noradrenérgica. Su base teórica la hallamos en los estudios de Zuckerman (1979, 1984a, 1990) sobre el rasgo "búsqueda de sensaciones" y en los de Eysenk (1967) sobre el rasgo de "extraversión", los cuales se basan en la teoría del arousal. Según esta teoría en las personas que padecen juego patológico el nivel de arousal estaría disminuido y el juego constituiría un estímulo capaz de producir la activación que precisan. No obstante, no se ha podido comprobar ni en las personas que sufren juego patológico ni en aquellos que padecen otro trastorno del control de los impulsos, si la disfunción noradrenérgica posee una naturaleza primaria o si ésta es secundaria a otras alteraciones.
3. Hipótesis *dopaminérgica*: lo que defiende esta hipótesis es que la dopamina participa en las conductas adictivas y que son numerosas las evidencias que relacionan el juego patológico con las mismas (OMS, 1993). Hay una serie de aspectos que apoyan esta hipótesis adictiva en el juego patológico: una alta comorbilidad entre este trastorno y otras dependencias (en especial con el alcoholismo), los antecedentes familiares de adicciones encontrados en jugadores patológicos, la tendencia a las recaídas y la respuesta favorable en los jugadores patológicos a los tratamientos (psicológicos y farmacológicos) aplicados en las dependencias. Por ejemplo, la naltrexona, que ha mostrado su

eficacia en el tratamiento del alcoholismo, también lo ha hecho en el tratamiento de jugadores patológicos (Turón y Crespo, 1990; Kim, 1998). Por otra parte, distintos estudios no validan la implicación dopaminérgica en el juego patológico, ya que no encuentran diferencias entre jugadores y grupo de control (Roy et al., 1988; Blaszczynski, Winter, y McConaghy, 1986).

4. Otras hipótesis *neurobiológicas*, tales como la hipótesis opioide: el juego patológico se debería a una sobreproducción de opioides endógenos (endorfinas); la hipótesis de alteraciones en la neuromodulación, o la hipótesis gabaérgica según la cual el juego sería el resultado de un estado acumulativo de ansiedad no controlado por este sistema de neurotransmisión (Bombín, 2010). En esta misma línea se considera el papel del glutamato: es un neurotransmisor excitador que ha sido implicado en los procesos de motivación y adicción a las drogas; los resultados sugieren que los agentes antiglutamatérgicos también puede ser beneficiosos en el tratamiento de trastornos del control de impulsos (Potenza, 2008a). Por otro lado, diversos estudios sugieren una posible relación entre el juego patológico y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia (TDAH) (Specker, Carlson, Christenson y Marcotte, 1995). Las hipótesis biológicas sobre juego patológico, son múltiples, pero como ya hemos señalado, ninguna de ellas tiene suficiente apoyo, y se presentan como poco consistentes.

Echeberúa (2007) realiza un resumen sobre los factores predisponentes del juego patológico en el que apunta que si sumamos a un individuo con una personalidad vulnerable, que presenta un déficit de recursos psicológicos, una cohesión familiar débil, relaciones sociales pobres, con el hábito de obtener recompensas inmediatas, que tiene el objeto de adicción a mano, se siente presionado por el grupo y está sometido a situaciones vitales estresantes (fracaso escolar, frustraciones afectivas, etc.) o de vacío existencial (por ejemplo aislamiento social) corre un riesgo notable de convertirse en jugador patológico.

Estévez (2014) afirma que los resultados que está obteniendo su equipo de trabajo actualmente, permiten observar que el juego patológico estaría asociado a determinadas maneras de gestionar y afrontar las emociones y cogniciones.

4.10.2. Factores mantenedores

Estos factores son los que explican que la persona continúe con la conducta de juego, a pesar de todas las consecuencias negativas que ello acarrea a nivel económico, familiar, laboral, etc.

La perspectiva cognitivo-conductual lo ha explicado, encontrando gran apoyo empírico al respecto.

1. Características conductuales:

a) Procesos de condicionamiento operante (refuerzos positivos y negativos): desde el modelo de condicionamiento operante, se entiende que el juego es una conducta aprendida a través de ensayos sucesivos, a los cuales siguen determinadas consecuencias (refuerzos positivos) que aumentan la probabilidad de que la conducta sea emitida posteriormente; estos refuerzos positivos pueden ser: el dinero, el refuerzo social, la activación fisiológica (Brown, 1987), el éxito, (Araya y Mora, 2009), etc. Posteriormente, la persona juega como estrategia de afrontamiento para evitar o escapar de estímulos aversivos, es decir, la conducta se mantiene por refuerzo negativo (Dickerson, 1979; Araya y Mora, 2009).

La conducta de juego es un ejemplo claro de conducta operante controlada por un programa de refuerzo intermitente, más concretamente de razón variable. Este programa produce tasas elevadas de emisión de la conducta y presenta una alta resistencia a la extinción, por lo que se trata de un mecanismo muy poderoso en el mantenimiento de dicha conducta. Parece además, que en el desarrollo de la conducta de juego, la obtención de premios puede ser un factor relevante al inicio, pero más adelante ésta se mantiene incluso con la práctica inexistencia de éstos (Labrador, 2012).

En cuanto a la intensidad o potencia del reforzador sabemos que el dinero es un reforzador poderoso y su ausencia un fuerte reforzador negativo (en principio, la ausencia de recompensa económica disminuiría la ocurrencia de la conducta de juego). El jugador patológico, para recuperar el dinero perdido, se introduce en una espiral cada vez más perniciosa, debido a que sabe que existe la posibilidad de que alguna vez gane (refuerzo positivo intermitente) (Carbonell et al, 2009). En este punto, sería adecuado

recordar dos teorías que tratan de explicar la gran persistencia conductual que se aprecia en situaciones de extinción de programas de refuerzo intermitente:

- *Teoría de la Frustración de Abraham Amsel (1992):*

Considera los efectos emocionales de la ausencia de recompensa: la ausencia de reforzamiento es especialmente molesta cuando anticipamos que vamos a ser reforzados.

Las consecuencias emocionales de la ausencia de la reforzamiento dependen de la historia del sujeto: si se ha experimentado o no reforzamiento, se esperará o no y su ausencia será frustrante o no [...].

En el reforzamiento parcial, la persistencia es el resultado de aprender a responder ante la frustración anticipada [...].

Por ello, los sujetos pueden ser reforzados por responder cuando anticipan que van a ser frustrados. De hecho, la respuesta instrumental se condiciona a la expectativa de ausencia de recompensa. De este modo se persiste cuando se introduce la extinción. (Yela y Gómez, 2006, p. 231).

- *Teoría Secuencial de Capaldi (1967):*

Esta teoría defiende que los sujetos pueden recordar si fueron reforzados por realizar la respuesta instrumental en el pasado reciente, es decir, recuerdan tanto los ensayos recompensados como los no recompensados. Se asume que durante el entrenamiento en refuerzo intermitente, la memoria de la ausencia de recompensa llega a ser una clave para la realización de la respuesta instrumental. De acuerdo con la teoría secuencial, esto produce resistencia en la extinción. La forma exacta en que esto ocurre depende en gran medida de la secuencia de ensayos recompensados y no recompensados que se que se administran en el programa de reforzamiento intermitente (Domjan, 2009, p. 272).

b) Procesos de condicionamiento clásico: en el juego de azar, juegan un papel importante los estímulos condicionados y discriminativos; los primeros pueden generar la aparición de respuestas condicionadas que favorecen la conducta de juego, y los segundos, indican la probable presencia del refuerzo, por lo que aumentan la probabilidad de la conducta de jugar. Este tipo de juego, al igual que otras conductas

adictivas, se lleva a cabo de forma estereotipada en condiciones ambientales y personales concretas, aunque pueda llegar a generalizarse (por ejemplo, el jugador aprende que determinadas músicas o sonidos están asociados a la máquina y al premio) (Chóliz, 2006).

c) Mecanismo de ejecución conductual: McConaghy, Armstrong, Blaszczynski y Allcock (1988) afirman que cuando una conducta se convierte en habitual se establece en el Sistema Nervioso Central un mecanismo de terminación de la misma. Este mecanismo se activa cuando la persona se encuentra ante estímulos que precedieron a la conducta habitual (de juego) en el pasado o cuando el jugador piensa en llevar a cabo la conducta. La tensión que presenta la persona, si no lleva a cabo dicha conducta lleva al sujeto a realizarla aunque no lo desee y es el claro ejemplo de este mecanismo de ejecución conductual.

2. Creencias irracionales y sesgos cognitivos:

A lo largo del tiempo se ha incidido en que las creencias erróneas desempeñan un papel relevante en el mantenimiento del juego patológico (Ladouceur y Walker, 1996). Se cree que la presencia de sesgos o distorsiones cognitivas que llevan a la persona a pensar que es posible ganar en el juego de azar, son determinantes tanto en el desarrollo, como en el mantenimiento de la conducta de juego patológico. Pero, también es importante apuntar que dichos sesgos cognitivos no se presentan exclusivamente en los jugadores, dado que las personas que no presentan problemas con el juego también presentan sesgos, aunque en menor número que los jugadores. Otra diferencia es el tipo de sesgos que poseen unos y otros (Labrador, 2012).

Las estrategias de evaluación que emplean herramientas tales como inferencias conductuales, auto-informes, verbalizaciones causadas por "pensar en voz alta" y terapias orientadas a corregir las distorsiones cognitivas han aportado apoyo empírico a este modelo (Joukhador, Maccallum, y Blaszczynski, 2003).

La forma a través de la cual se han podido identificar esas distorsiones cognitivas que presentan los jugadores, es a través la observación de sus verbalizaciones mientras juegan y de los auto-informes retrospectivos. Se han realizado un gran número

de investigaciones que han empleado éstas herramientas (Goboury y Ladouceur, 1989; Michael y Walker, 1992; Griffiths, 1994; Fernández-Montalvo, Báez y Echeburúa, 1996; Fernández-Alba, 2004; Labrador y Mañoso, 2005; Fernández de la Cruz, 2010).

Los sesgos cognitivos que aparecen con más frecuencia en el juego son los siguientes (Labrador y Ruiz, 2008):

- *Ilusión de control*: el jugador está convencido de que el resultado del juego no depende del azar, sino de su propia actuación. Cree firmemente que determinadas tácticas le permitirán controlar el juego, y por tanto, ganar. Ciertas características de los juegos tales como la presión para tomar decisiones (apretar botones en las máquinas recreativas con premio), colaboran en la creación de este sesgo cognitivo. Ejemplos de este tipo de juegos serían la ruleta y las máquinas tragaperras, dado que en ellos la persona debe tomar decisiones constantemente.
- *Predicción de resultados*: la persona cree que es capaz de predecir el resultado del juego. Esta capacidad puede deberse a aspectos “mágicos” como una intuición, una sensación o acontecimiento especial, pero es más habitual que corresponda a aspectos más realistas y activos, como haber investigado el desarrollo del juego de azar (análisis de la frecuencia de los premios, etc.).
- *Azar como proceso autocorrectivo*: el jugador cree que el azar es un proceso que se corrige, es decir, se piensa que la probabilidad de que suceda un acontecimiento futuro aumenta cuanto mayor haya sido la aparición del acontecimiento contrario en las jugadas anteriores (por ejemplo, si al lanzar una moneda sale cruz, es más probable que la vez siguiente salga cara), en lugar de considerar que se trata de acontecimientos independientes. Otras modalidades de ésta distorsión: la persona cree que es más probable que aparezca el premio en la siguiente jugada, tras un gran número de jugadas sin ganar, o cuando piensa que se obtendrá un premio mayor cuanto más tiempo lleve sin salir.
- *Suerte como responsable de los resultados*: en este tipo de distorsión cognitiva, el concepto de “suerte” se juzga como un elemento que determina los resultados del juego. El jugador cree que goza de “suerte”, ya sea ésta de manera

permanente o circunstancial, y que gracias a ésta, con independencia de las acciones que lleva a cabo durante el juego, sus posibilidades de ganar se verán aumentadas.

- *Sesgo de las explicaciones post hoc*: en este caso, la persona, tras la realización de la jugada, interpreta lo ocurrido de tal forma que piensa que verdaderamente predijo el resultado, aunque éste vaya en contra de sus predicciones. Por tanto, si piensa que fue capaz de predecir los resultados negativos pasados, creerá que también puede predecir los resultados futuros.
- *Atribución flexible*: el jugador tiende a atribuir los éxitos a las habilidades propias o factores personales y los fracasos a factores externos. El jugador cree que aunque a veces se interponen determinados eventos accidentales que le impiden conseguir el éxito, posee las habilidades necesarias para ganar en el juego, por lo que terminará ganando.
- *Perder por poco*: el jugador cree que ha estado “cerca” de ganar por la supuesta cercanía del resultado a su opción. Es decir, si en vez de tener el número premiado tiene un número próximo considera no que ha perdido, sino que “casi” ha ganado. Como si existiese diferencia entre perder por poco o por mucho. Este hecho, puede ampliarse hasta casi cualquier resultado (mi número comenzaba o acababa por la misma cifra, tiene las mismas cifras pero en distinto orden, etc.), cosa que anima al jugador a pensar que lo que hace funciona y que cada vez se encuentra más cerca del premio.
- *Correlación ilusoria y supersticiones*: se piensa que algunas variables o eventos están relacionados, aunque realmente no existe tal relación. Este pensamiento suele surgir a partir de alguna asociación accidental (por ejemplo, iba de rojo el día que gané en el bingo, o me había santiguado tres veces). Pensar que ciertas conductas pueden actuar sobre el resultado del juego puede facilitar comportamientos extravagantes (decir palabras cariñosas u obscenas a la máquina, ir a jugar con cierta prenda, etc.)
- *Fijación en las frecuencias absolutas*: se tiene en cuenta el número de veces que ha ganado (frecuencia absoluta) sin considerar el total de lo invertido (frecuencia

relativa).

- *Heurística de la disponibilidad*: En esta distorsión influye la facilidad con la que un suceso puede recobrase de la memoria, dado que afecta a la probabilidad considerada a la hora de formar juicios. Son mejor recordados los episodios de ganancias (por ejemplo, el fuerte sonido de una máquina “tragaperras” cuando da un premio) que los de pérdidas y por eso se consideran como más probables.
- *Personificación de la máquina*: mediante este tipo de distorsión cognitiva, se le atribuyen cualidades humanas a la máquina (intenciones, sentimientos). Es decir, el jugador considera que la máquina posee voluntad propia o capacidad de tomar decisiones para darle premios, para quitárselos o para engañarle. Y, además, provoca que el jugador hable a la máquina, haciéndole comentarios, peticiones, reproches, etc. (“Me estás engañando”, “Hoy me parece que le gusto a la máquina”, “Tú, imbécil -a la máquina- ¿quieres darme ya un premio?”).

Se han encontrado diferencias en el tipo de errores cognitivos que presentan los jugadores patológicos respecto aquellos que no lo son durante el juego, mostrando los primeros porcentajes significativamente mayores que los segundos en las distorsiones del tipo: predicciones de resultados, azar como proceso autocorrectivo, y personificación de la máquina. Posiblemente, lo que diferencia a los jugadores sería la convicción de que son capaces predecir los resultados. A través de su experiencia han constatado que no pueden controlar el juego, y que es el azar el que determina los resultados, pero pese a esto, creen que poseen una habilidad especial para conocer cómo va a actuar el azar en la siguiente jugada. Todo esto hace que, jugar esté justificado, ya que no pueden perder (Mañoso, Labrador y Fernández-Alba, 2004). Kochler, Gibas y Hogarth (1994), y Fernández-Montalvo et al. (1996) encontraron resultados similares en estudios previos.

En un estudio, Toneatto, Blitz-Miller, Calderwood, Dragonetti, y Tsanos (1997), señalan que encontraron un mayor número de distorsiones cognitivas asociadas a los juegos en los que existía como componente la habilidad (deportes) que en los juegos no cualificados (loterías). Aunque en este estudio también se apunta que sus hallazgos están siendo discutidos.

La conclusión, por tanto, es que dado que todas las personas emplean distorsiones cognitivas, el hecho de utilizarlas no es la característica que distingue a los jugadores de los no jugadores; más bien, aquellos que parecen propensos a desarrollar juego patológico son sólo los que presentan determinados tipos de sesgos y de determinada intensidad (Labrador, 2012).

Se incluyen los sesgos o distorsiones cognitivas como factores mantenedores ya que se ha averiguado que son insuficientes a la hora de explicar la génesis del juego, dado que aparecen mientras la persona juega y no antes (Fernández-Alba y Labrador, 2002).

Además de los procesos de condicionamiento operante, condicionamiento clásico y las distorsiones cognitivas, ha de tenerse en cuenta como factor mantenedor la falta de habilidades para resistir el impulso de jugar que presentan las personas adictas al juego (Domínguez, 2009).

4.11. Aspectos fisiológicos y motores en la conducta de juego

En lo que se refiere a los *aspectos fisiológicos*, el cambio en la frecuencia cardíaca ha sido la respuesta fisiológica más estudiada. Se observa un incremento considerable de la misma durante el juego, dándose una correlación positiva entre las distorsiones cognitivas y el aumento de dicha activación fisiológica (Ladouceur, 1993b). También se han empleado como instrumentos de medición fisiológica, la respuesta electrodérmica (RDE) y medidas subjetivas facilitadas por la persona (percepción o sensación de activación), a través de escalas tipo Likert.

Existen trabajos que apoyan que la activación fisiológica forma parte de la génesis y el desarrollo del juego patológico tales como el de Blaszczynski y Nower (2002), que señalan el papel de la activación fisiológica en el mantenimiento del trastorno, o el de Moodie y Finnigan (2005) sobre máquinas recreativas que apuntan que la excitación es un factor clave en este tipo de juego de azar.

Por otro lado, encontramos investigaciones que no apoyan la hipótesis de la activación fisiológica, como en los trabajos desarrollados por Labrador y Rubio (2010) en la Universidad Complutense de Madrid, en los que se pone de manifiesto que ni en

las medidas subjetivas, ni en las fisiológicas se produce una activación importante en los jugadores patológicos mientras realizan la conducta de juego, en comparación con las personas que no presentan problemas de juego, así como tampoco si se compara el pre y el post-tratamiento. Otros autores han llegado a resultados que no apoyan esta hipótesis, como por ejemplo Diskin, Hodgins y Skitch (2003), o Sharpe (2004) entre otros.

En base a estos y otros trabajos (Fernández de la Cruz, 2010), se pone de manifiesto el papel limitado que desempeña la activación psicofisiológica como elemento explicativo del mantenimiento del juego patológico

En lo relativo a los *aspectos motores* de la conducta de juego, el primer análisis completo a este respecto lo realizó Ladouceur (1993b) a partir de una investigación en la que utilizó un laboratorio como sala de juegos. En este estudio se observaron no sólo las conductas motoras, sino también las cognitivas y fisiológicas; en este punto nos interesa centrarnos en las primeras, sobre las que advierte lo siguiente:

El jugador patológico, cada vez apuesta más a medida que el juego progresa, es decir, se da una mayor implicación económica en función de la exposición al juego. Además, entre sesiones de juego, se observa que la conducta de riesgo monetario no regresa a la línea base, sino que comienza con un nivel intermedio.

La persona adicta al juego, a lo largo de la sesión de juego, también aumenta el riesgo asumido de dos maneras: aumentando el dinero que apuesta o bien, realizando apuestas que conllevan un mayor riesgo.

Más tarde, Fernández-Alba (1999), en su tesis doctoral titulada *Tratamiento Psicológico del Juego Patológico en Jugadores de Máquinas Recreativas con Premio*, halla los siguientes resultados respecto a los aspectos motores que acompañan al juego: un 87% de los jugadores introducían las monedas en la máquina de una en una de manera sucesiva, es decir, una detrás de otra. El 75% de ellos, realizaba golpes secos a la máquina, el 84,9% sostiene las monedas en su mano o las coge durante la jugada, el 47% se acerca más a la máquina cuando esta ofrece “avances”, sobre todo en el caso de los hombres. Además el 50% realiza alguna conducta adicional cuando juega, el 68,2% invierte toda o parte de los premios obtenidos de nuevo en la máquina y un 70% se

niega a aceptar el dinero que aún conservan cuando se les ofrece al terminar la sesión.

4.12. Costes psicosociales y consecuencias del problema del juego de azar

El juego patológico provoca consecuencias negativas y problemas en todas las áreas vitales del individuo: personal, familiar, social, laboral, económica y legal.

1. *Problemas en el área personal:* las personas adictas al juego suelen aumentar su consumo de alcohol y tabaco. Además sufren ansiedad, irritabilidad, tensión, síntomas depresivos y trastornos psicosomáticos (trastornos del sueño, dolores de cabeza, etc.) (McCormick y Taber, 1987). Smith y Wynne (2002) también encontraron que es mucho más probable que los jugadores patológicos, en comparación con otros subtipos de jugador, desarrollen problemas de salud como estrés y ansiedad (17,3%), problemas para dormir (13%), y sentimientos de irritabilidad e inquietud como resultado de los juegos de azar (26,1%).

Por tanto, podemos concluir que el problema del juego está íntimamente relacionado con peor salud percibida (Hong, Sacco, y Cunningham-Williams, 2009).

2. *Problemas familiares:* la familia es una de las áreas más afectadas, dado que sufre los efectos de la conducta de juego de uno de sus miembros. Habitualmente la mujer es más tolerante que el hombre si es éste el que juega, que a la inversa. También los hijos sufren las consecuencias de esta situación si es uno de sus padres el que presenta la conducta adictiva, pudiendo sufrir una disminución en el rendimiento escolar y en el proceso de socialización; ello es debido a las dificultades económicas en las que puede caer la familia, a la falta de afecto y dedicación por parte de los padres y, en otras ocasiones, al hecho de convertirse en el blanco de las discusiones de éstos. Además, los hijos están expuestos a modelos inadecuados, lo cual puede hacer que desarrollen este trastorno y se conviertan en población de riesgo (Franklin y Thoms, 1989).

3. *Problemas en el área social:* el juego hace que el individuo se aíse socialmente y abandone actividades y aficiones, por lo que se da también una pérdida de

amistades. El jugador cada vez se siente más sólo y triste.

4. *Problemas en el área laboral*: debido al problema con el juego, se produce un deterioro laboral, ya que la persona no es capaz de centrarse en el trabajo y, en ocasiones, puede realizar robos; esto puede ocasionar su despido o producir importantes pérdidas económicas si se trata de un trabajador autónomo. Si se trata de un jugador adolescente, las consecuencias de la conducta adictiva son malas calificaciones y fracaso escolar (García, Díaz y Aranda, 1993).

Montalvo, Báez y Echeburúa (2000) realizaron un estudio en el que identificaron las principales repercusiones laborales del juego patológico. A continuación se presentan éstas en orden de importancia: absentismo laboral, problemas de concentración y disminución del rendimiento, hurtos en el trabajo, conflictos con los compañeros, despido o no renovación del contrato, dificultades para encontrar un nuevo empleo, cambios de puesto por problemas derivados del juego y, por último, siniestralidad laboral.

5. *Problemas en el área económica*: ésta es una de las áreas que se ve más afectada por la conducta de juego y es la que suele advertir el entorno del problema. El juego genera deudas enormes, préstamos de dinero, robos, etc. (García, Díaz y Aranda, 1993). Las deudas se van acumulando progresivamente, con los amigos, con familiares, con préstamos bancarios, usureros, etc. pudiendo llegar a situaciones muy graves.

6. *Problemas en el área legal*: en cuanto a los asuntos con la justicia, es común que existan problemas por motivos de estafas, robos y otras actividades delictivas.

Parece que las consecuencias negativas derivadas de la adicción al juego son percibidas por el cónyuge como más problemáticas que por parte del jugador patológico, a excepción de los trastornos psicológicos, los cuales son percibidos como más problemáticos por este último (Ferland et al., 2008).

Por último añadir que en lo que se refiere a los costes de los juegos de azar a cargo de la sociedad, se incluyen el coste de los delitos cometidos por los jugadores y los diferentes costes de atención médica y social (George y Murali, 2005).

4.13. Evaluación del juego patológico

En el ámbito de la intervención clínica los principales instrumentos de evaluación que se utilizan son la entrevista conductual, las diferentes escalas que evalúan la existencia de dependencia del juego y sus características, las escalas que evalúan trastornos asociados al juego (ansiedad, depresión, etc.) y los auto-registros.

Es de vital importancia que desde un primer momento se evalúe la motivación del jugador para el cambio de su conducta adictiva, dado que constituye un elemento básico de cara a la efectividad o no del tratamiento (Maurer, 1994). Además de esto, es necesario recordar que los jugadores tienden a ocultar información acerca de su problema, porque en un gran número de ocasiones carecen de una motivación para el cambio y porque por lo que realmente acuden al tratamiento es porque existe una presión por parte de sus familiares.

Además de todo lo anterior, también hay que tener en cuenta que el jugador no sólo miente sino también se auto-engaña (Echeburúa, 2007).

Y, hay que recordar que muchos jugadores, se sienten avergonzados de destapar el verdadero alcance de sus problemas. Por lo que, hay que ser sensible y diplomático en la exploración de la conducta de juego del individuo (George y Murali, 2005).

Por tanto, hay que ser prudente a la hora de dar credibilidad a la información que nos proporciona el jugador, intentando contrastarla frecuentemente.

Objetivos de la evaluación:

1. *Ver si la persona cumple los criterios diagnósticos:* lo primero es comprobar que la persona cumple con los criterios diagnósticos recogidos en el DSM-IV-TR y en la CIE 10, realizando un diagnóstico diferencial respecto al jugador social, profesional, etc., y comprobando que la conducta de juego no se presenta durante un episodio maníaco.
2. *Evaluación de las conductas de juego:* siguiendo la propuesta de Labrador, (2012), dentro de este apartado, debemos evaluar los siguientes aspectos:

- Patrón de la conducta de juego: (a qué juega -tipos de juego-, cuánto juega: con qué frecuencia, duración e intensidad, cuál es el volumen de gastos, etc.).
 - Aspectos fisiológicos, cognitivos y motores: nivel de activación fisiológica mientras juega y cuando no lo hace, percepción subjetiva del nivel de activación mientras juega, qué piensa respecto al juego, sesgos cognitivos y frecuencia de éstos, características de la forma de jugar, etc. Además se deben investigar cuáles son los estímulos que están funcionando como EE discriminativos, EE condicionados y EE delta.
 - Análisis de la evolución de la conducta de juego: inicio (acontecimientos vitales estresantes) y como se mantienen las conductas de juego en el momento actual (intentos de abandono, recaídas).
 - Función del juego en la vida del jugador: para qué lo utiliza y para qué le sirve, qué espera conseguir (es común utilizar el juego para combatir el aburrimiento, un bajo estado de ánimo, para superar problemas financieros, etc.).
 - Estrategias de afrontamiento y de control sobre el juego: recursos y apoyo social (real y percibido).
3. *Evaluación de los trastornos psicopatológicos asociados al juego patológico:* puede que el jugador presente otros trastornos, debido a la alta comorbilidad existente (sobre todo con ansiedad y depresión) y por ello, es necesario evaluar la existencia de los mismos. Además se debe comprobar si la sintomatología ansiosa o depresiva es consecuencia del juego patológico, o si se trata de un trastorno independiente, ya que si es así, sería necesaria terapia específica para el mismo (Fernández, Pérez y Sicilia, 2007). También es importante evaluar el riesgo de suicidio (intentos pasados de autolesiones y pensamientos o planes de suicidio en curso), ya que forma una parte crucial de la evaluación general (George y Murali, 2005).
4. *Evaluar el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas:* esto resulta de especial importancia, ya que como venimos señalando en los distintos

apartados, existe una alta comorbilidad entre el juego patológico y el abuso de sustancias, sobre todo con el alcohol y el tabaco. En el caso de que el jugador presentase además una adicción con sustancia, ésta sería tratada junto con la adicción al juego.

5. *Consecuencias del juego en el jugador y en su entorno familiar, social y laboral*: en este punto, se trata de observar la gravedad y la repercusión que ha tenido la adicción al juego para el jugador en todas las áreas de su vida; el área personal, familiar, de pareja, social, laboral, económica y legal. Esta exploración nos facilita un conocimiento mayor acerca de cómo se ha visto afectada la vida del jugador y si actualmente cuenta con una red de apoyo. Por tanto, nos informa de en qué áreas es necesario intervenir. El clínico no debe olvidar examinar la situación financiera de la persona para guiarle en la solución de dichos problemas de una manera realista y posible.
6. *Evaluar la motivación para el cambio*: Es fundamental conocer en qué fase del cambio se encuentra el jugador antes de plantear el tratamiento, ya que el éxito del mismo, depende en buena parte de ello.

Instrumentos de evaluación en juego patológico:

Los instrumentos de evaluación nos facilitan información completa del problema.

1. *Entrevista Conductual*: habitualmente es el instrumento que se utiliza en primer lugar en la recogida de información, y constituye el primer contacto con el cliente, por lo que debe utilizarse también para crear empatía con el mismo. En la entrevista debe recogerse información acerca de todo lo recogido en los “objetivos de evaluación”: cumplimiento de los criterios diagnósticos, conductas de juego (patrón de la conducta de juego, aspectos fisiológicos, cognitivos y motores, evolución de la conducta de juego, función del juego en la vida del jugador, estrategias para controlar el juego), existencia de trastornos psicopatológicos asociados al juego y consumo de otras sustancias, así como las consecuencias del juego en la vida del jugador, realizando además un análisis metódico de esa información con el fin de tener una idea lo más detallada posible

entorno al problema. En cuanto a los sesgos cognitivos y al patrón de la conducta de juego, la entrevista no proporciona mucha información, por lo que para ello será más adecuado el uso de auto-registros. Es de especial importancia preguntar concretamente acerca de la motivación para el cambio empleando, por ejemplo, la siguiente cuestión: ¿Por qué consulta ahora? Y también, se debe preguntar acerca de las expectativas sobre la terapia.

2. Cuestionarios y escalas: La mayor parte de ellos han sido desarrollados en los últimos veinticinco años. Hay diferentes tipos según su utilidad:

a) Cuestionarios de cribado:

South Oaks Gambling Screen (SOGS) (Lesieur y Blume, 1987): la traducción y adaptación al español fue realizada por Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez (1994). Está compuesto por 20 ítems, desarrollados a partir de los criterios del DSM-III. El punto de corte es el siguiente:

- Probable jugador/a problema: 3 ó 4 ítems afirmativos.
- Probable jugador/a patológico: 5 o más ítems afirmativos.

En cuanto a la fiabilidad de este cuestionario en población española, presenta un coeficiente test-retest de 0,98 y un Coeficiente Alfa de Cronbach igual a 0,94. En lo que se refiere a la validez, presenta una validez convergente igual a 0,94 y una validez de contenido con un 75% de criterios del DSM-III.

Existe una versión del SOGS para jóvenes.

Críticas: No identifica a los jugadores/as patológicos tal y como son definidos actualmente por el DSM-IV. No es sensible al cambio terapéutico, sobreestima los porcentajes de prevalencia del trastorno y se dirige a identificar la prevalencia vital del problema de juego, por lo que puede reflejar un realidad que no sea la actual del jugador.

Aunque la versión original es entendida como un instrumento de screening, los autores de la versión adaptada apuntan que posee un rango diagnóstico, al menos en la población española (Villoria, 2005).

Cuestionario *Norc DSM-IV Screen for Gambling Problems* (NODS) (Gernstein et al., 1999): está basado en los criterios del DSM-IV-TR, y validado para población española (Becoña, 2004); es un instrumento de evaluación del juego patológico que solventa algunos de los problemas de instrumentos previos, como el SOGS. Consta de 17 ítemes que deben responderse atendiendo a su prevalencia vital y a su presencia en el último año. Las puntuaciones permiten detectar el nivel de problema de la persona con el juego. El punto de corte es el siguiente:

- a. Jugador de bajo riesgo: cuando la persona tiene una puntuación de 0.
- b. Jugador de riesgo: cuando la persona presenta puntuaciones de 1 ó 2
- c. Jugador problema: cuando la persona obtiene puntuaciones de 3 ó 4
- d. Jugador patológico: puntuaciones de 5 ó más (rango para el último año 1-9 y rango para toda la vida 1-10).

Su fiabilidad test-retest es de 0.98 y su validez es excelente al adecuarse estrictamente a los criterios del DSM-IV. En la actualidad es el cuestionario más recomendado para identificar problemas de juego.

Cuestionario Breve de Juego Patológico (CBJP) (Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez, 1995): Está compuesto por cuatro ítemes y está basado en el SOGS. El punto de corte establecido es el que aparece a continuación:

- Probable jugador/a patológica: 2 o más ítemes afirmativos.

La fiabilidad que presenta es un coeficiente test-retest de 0,99 y un coeficiente alfa de Cronbach de 0,94, y la Validez que presenta es igual a 0,95 (SOGS y criterios DSM-III).

Es un instrumento de muestreo de alta eficacia diagnóstica y es muy breve, lo que permite agilizar el proceso de evaluación.

Críticas: Presenta las mismas limitaciones que el SOGS.

Escala de las veinte cuestiones de Jugadores Anónimos (adaptada de Prieto y Llavota, 1998): Está formado por 20 preguntas dicotómicas y validado para población

española. El punto de corte es:

- Jugador Patológico: más de 7 ítems afirmativos.

Presenta una fiabilidad con un alfa de Cronbach de 0,94 y una validez convergente también de 0,94 (SOGS).

Comparte algunas de las deficiencias del SOGS, aunque los pocos estudios psicométricos realizados señalan que produce menos falsos positivos.

Cuestionario *Lie/Bet* (Johnson et al., 1997): Sigue criterios del DSM-IV. Su utilidad es el cribaje y podría incluirse en entrevista clínica de atención primaria cuando hay sospechas de juego patológico. Está formado por dos preguntas dicotómicas con respuesta Si/No. Con respuesta afirmativa a cualquiera de las dos estaríamos en presencia de una persona con problemas de juego (99% de sensibilidad y 91% de especificidad).

Cuestionario de Detección del Juego Patológico (Salinas y Roa, 2002): se basa en los criterios del DSM-IV y en los resultados del Cuestionario de Juego Patológico FAJER (Salinas y Roa, 2001). Se trata de un cuestionario en soporte electrónico instalado en la “red”, que permite una primera detección del posible juego patológico. Está formado por 20 ítems y el punto de corte óptimo en las puntuaciones es de 5 puntos. El cuestionario final presenta una elevada fiabilidad (Alfa de Cronbach = 0,9325) y adecuada validez discriminativa (sensibilidad = 98,4% y especificidad = 93,5%). El análisis factorial muestra correspondencia entre los factores obtenidos y los ítems diagnósticos del DSM-IV.

b) Cuestionarios para evaluar aspectos de la conducta de juego:

Cuestionario de evaluación de variables dependientes del juego (Echeburúa y Báez, 1991; citado en Echeburúa y Báez, 1994): existe una versión para el jugador y otra para su familia. Esta última, está formada por cinco preguntas de las que se intenta extraer información del entorno acerca de la conducta de juego del jugador/a.

El cuestionario suministrado a la persona jugadora, recoge información sobre la frecuencia, intensidad y duración de la conducta de juego en la última semana, en

cada uno de los juegos españoles de apuesta, así como una valoración subjetiva de lo anterior (frecuencia, duración y cantidad de dinero gastada) y la frecuencia con la que la persona piensa en el juego, así como su deseo o necesidad de jugar.

Inventario de pensamientos (Fernández-Alba, 1999): evalúa las distorsiones cognitivas de los jugadores de máquinas recreativas con premio. Consta de 30 ítems. La persona debe señalar en una escala Likert de 5 puntos, en qué medida es cierta la frase para ellos, donde 1 significa “no lo pienso nunca” y 5 “lo pienso siempre”.

En cuanto a fiabilidad, presenta un coeficiente alfa de Cronbach = 0,82 (si se excluye el ítem 9, cuyo índice de discriminación es negativo). La validez de constructo se sustenta en tres factores: ilusión de control, heurística de la representatividad y correlación ilusoria, y predicción de resultados.

Inventario de Pensamientos sobre el juego (Labrador y Mañoso, 2005): está dirigido a detectar la presencia de sesgos cognitivos relacionados con el juego.

Compuesto por 38 ítems en los que se evalúa la presencia de los principales sesgos cognitivos: ilusión de control, consideración de la suerte como responsable de los resultados, predicción de los resultados, personificación de la máquina, etc. Permite medir la presencia e intensidad de cada uno de estos sesgos, por lo que puede ser muy apropiado a la hora de orientar el cambio cognitivo durante la intervención.

Inventario de pensamientos sobre el juego (Echeburúa y Báez, 1994): Está formado por cuatro sub-escalas:

- Sesgos cognitivos en relación con la conducta de juego: 15 ítems dicotómicos.
- Sesgos cognitivos en relación con la adicción al juego: 6 ítems dicotómicos.
- Estilo atribucional y *locus* de control en relación con la adicción al juego: 6 ítems dicotómicos.
- El jugador debe describir los pensamientos que pasen por su cabeza antes, durante y después de jugar.

La puntuación total del inventario se obtiene de la suma de las puntuaciones

en las subescalas “A” y “B”, mientras que las subescalas “C” y “D” facilitan información cualitativa adicional, no contribuyendo a dicha puntuación total.

Inventario de situaciones precipitantes de la recaída y estrategias de afrontamiento en el juego patológico (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1997): está dirigido a detectar aquellas situaciones que pueden suponer un peligro para volver a la conducta de juego. Está compuesta por 19 ítemes, en una escala tipo Likert, (el paciente debe señalar el nivel de peligrosidad de cada situación, con cuatro posibilidades de respuesta: "muy peligrosa", "bastante peligrosa", "poco peligrosa" o "nada peligrosa") y apuntar la conducta de afrontamiento que utilizó ante cada situación concreta. Además de éstas, aparecen tres preguntas abiertas en las que se le pide a la persona que señale otras situaciones que no estuviesen incluidas, acompañadas también de una posible estrategia de afrontamiento para cada una de ellas. Es un instrumento útil para la prevención de recaídas. (Echeburúa, de Corral y Amor, 2004).

c) Otros cuestionarios:

Para la evaluación de otros aspectos como ansiedad, depresión, abuso de sustancias, o las consecuencias y adaptación del entorno del jugador, como el apoyo social, etc., Por ejemplo: Escala de adaptación (Echeburúa y Báez, 1994), etc.

d) Cuestionarios específicos para jóvenes:

South Oaks Gambling Screen-Revised Adolescent (SOGS-RA) (Winters, Stinchfield y Fulkerson, 1993): es un cuestionario de cribado, basado en los criterios del DSM-III. A diferencia de la versión para adultos, presenta mayor énfasis en el aspecto financiero y se centra más en la frecuencia y en determinados índices conductuales.

El Cuestionario de Juego de Massachussets (MAGS) (Shaffer, Labrie, Scalan y Cummings, 1994): ha sido traducido al español por Secades y Villa (1998). Está basado en los criterios del DSM-IV y se utiliza para identificar a jóvenes jugadores patológicos.

Cuestionario DSM-IV-J (Fisher, 1992): se basa en los criterios del DSM-IV, y está formado por 12 preguntas dicotómicas, que se han visto reducidas a 6 en la última modificación. Sirve para el diagnóstico de juego patológico en edades comprendidas

entre los 11 y 16 años.

Escala de las diez cuestiones de Jugadores Anónimos para adolescentes (adaptación de Secades y Villa, 1998): se trata de una adaptación de la escala de veinte cuestiones de Jugadores Anónimos que ha sido diseñada para aplicarla a la población joven.

3) Auto-registros: el auto-registro es un instrumento muy relevante durante el proceso de evaluación, ya que suministra información al terapeuta acerca de las conductas de juego de la persona a nivel fisiológico, cognitivo y motor, la vez que posibilita que el jugador pueda ser consciente de su conducta adictiva. Además, es una herramienta destinada a establecer la línea base de la conducta de juego y sirve para evaluar el proceso de dicha conducta a lo largo de toda la intervención terapéutica. Asimismo, se necesita el empleo de los auto-registros para ser capaces de establecer cuáles son los factores desencadenantes de la conducta de juego, así como las consecuencias de ésta. Son necesarios para elaborar el análisis funcional.

Por otro lado los auto-registros pueden ejercer un papel de autocontrol en el jugador, dado que permiten que éste se detenga en un determinado momento para auto-observarse a sí mismo y a su conducta, es decir, proporcionan una retroalimentación inmediata. Además, también puede actuar como un instrumento de refuerzo del tratamiento.

En conclusión, el uso del auto-registro es conveniente para conocer con mayor precisión y de manera más directa y natural la información relacionada con los episodios de juego, en comparación con los demás instrumentos de evaluación.

Se debe desconfiar de la información revelada por la persona si refiere que no ha rellenado el auto-registro debido a que no ha pensado en ningún momento en el juego. Por otro lado, señalar que el “Auto-registro de deseo” es una herramienta válida durante la abstinencia y puede ayudar en la prevención de recaídas.

En una buena evaluación este instrumento es imprescindible, ya que es lo que permite formular un plan de tratamiento integral y efectivo.

4) *Análisis funcional*: el análisis funcional se utiliza, como en otras patologías, para realizar un esquema detallado a cerca del problema que presenta al paciente. En él se recogen los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de la conducta de juego, lo que va a permitir diseñar un tratamiento adecuado a cada persona con problemas de juego.

4.14. Tratamiento del juego patológico

La ludopatía o el juego patológico, es un trastorno psicológico que hace unos años, poseía una entidad clínica bastante limitada. Cuando se contempla por primera vez como trastorno mental, aparece clasificado dentro de los trastornos del control de los impulsos, pero en la actualidad gracias al conocimiento que hoy se tiene a cerca del mismo, se sitúa dentro de la categoría de las adicciones, con las que comparte muchas características. Por tanto, su tratamiento va encaminado en esa dirección.

Los tratamientos empleados en juego patológico han ido evolucionando, ya que los enfoques psicodinámicos fueron los predominantes hasta los años 50 y hoy día ni siquiera se contemplan. Una década después, aparecen los enfoques conductuales, y en los años 70 y 80 se desarrollan programas de modificación de conducta. Finalmente en los años 90, cobran relevancia los enfoques cognitivos-conductuales y los programas multicomponentes (Becoña, 1998).

Otros enfoques también han obtenido diversos grados de éxito. El más común de estos, son las intervenciones basadas en la entrevista motivacional (EM). En general, la evidencia que apoya estos enfoques es limitada y con frecuencia no tienen en cuenta que la EM es de uso común en otras terapias como la terapia cognitivo-conductual (Thomas et al., 2011).

Bombín (2007), apunta que el tratamiento ha de ser holístico y debe tener las siguientes características:

- 1) Debe ser *íntegro*: debe abarcar todos los medios técnicos y asistenciales útiles para el tratamiento.
- 2) Debe ser *integral*: debe abarcar todos los aspectos de la persona, su dimensión física, psíquica y social.

- 3) *Integrado*: incorporado dentro de un todo asistencial, abarcando la posible patología dual.
- 4) *Integrador*: reinserción del paciente en la familia, trabajo y sociedad.
- 5) *Integrable*: perspectiva unitaria del tratamiento.

4.14.1. Objetivo terapéutico

El objetivo terapéutico es una cuestión de gran relevancia en el tratamiento del juego patológico, como en cualquier otro tipo de problema psicológico, ya que va a determinar el tipo de intervención, así como su éxito. Por ello, es importante detenerse a observar, qué objetivo (la abstinencia completa o el juego controlado) es considerado como más adecuado en dicha intervención, o bien si deben ser considerados ambos, dependiendo de las características del sujeto.

- a) **Abstinencia completa**: tradicionalmente, heredado de Jugadores Anónimos, así como del tratamiento del alcoholismo y otras dependencias psicoactivas, el objetivo terapéutico ha sido la abstinencia total (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2005).

A continuación, se resumen las razones por las que aceptar la abstinencia total como objetivo terapéutico en juego patológico:

- En la actualidad parece aconsejable considerar la abstinencia total del juego como principal objetivo terapéutico (Blaszczynski, 1993), ya que todavía no se han realizado estudios controlados sobre juego controlado, y por tanto, éste último no ha recibido apoyo empírico.
- Además, para todos aquellos que defienden el modelo “médico”, es decir, que conciben el juego patológico como una “enfermedad”, sólo se contempla este objetivo, ya que según su modelo, el jugador asume que no posee el control sobre su conducta de juego y, por tanto, un solo episodio de juego, puede precipitar una recaída total.
- Por otra parte, resulta más fácil abandonar el juego por completo que

jugar de forma controlada (Nathan, 2003; citado en Prieto, 2007 p. 70).

- Las asociaciones informan que numerosos jugadores que han intentado jugar de manera controlada han fracasado en su intento (Prieto, 2007).

b) **Juego controlado:** Dickerson y Weeks (1979) son los primeros autores que publican un caso en el que el objetivo de tratamiento no es la abstinencia completa, sino el juego controlado. Éstos describieron como el sujeto de estudio, logró un nivel aceptable de juego.

Prieto (2007) resume las razones por las que aceptar el juego controlado:

- Hay estudios que apoyan este objetivo terapéutico como el de Dickerson y Weeks (1979), Rankin (1982), Taber, McCormick, Russo, Adkins y Ramírez (1987), Robson, Edwards, Smith y Colman (2002), entre otros, ya que, aunque los sujetos no consiguen la abstinencia, se da una mejoría significativa en su conducta de juego tras el tratamiento.
- Numerosas investigaciones indican una elevada tasa de abandono del tratamiento de jugadores patológicos (50% aproximadamente), cuando el objetivo es la abstinencia total (Brown, 1987; Grant, Kim y Kuskowski, 2004; Greenberg y Rankin, 1982; Hodgins y ElGuebaly, 2004; Stewart y Brown, 1988). Por tanto, el juego controlado supone determinadas ventajas en este sentido, ya que hace la terapia más atractiva.
- Una tercera razón a favor del juego controlado es, que el objetivo de abstinencia completa puede percibirse por los afectados de este trastorno como un indicativo de que lo que les ocurre es algo “anormal”, una enfermedad ante la que ellos pueden hacer poco para cambiar. Esto puede llevar a algunos de los jugadores a rechazar la ayuda, puesto que rechazan la idea de “enfermedad”.
- Además, el objetivo de juego controlado puede atraer a pacientes que se ven incapaces de lograr la abstinencia completa (Blaszczynski, McConaghy y Frankova, 1991).

- El juego controlado sería un buen objetivo para aquellas personas que solicitan ayuda, aunque su conducta de juego no ha llegado a ocasionarle consecuencias graves.
- El juego controlado, tiene como consecuencia que la persona aprenda que puede controlar su conducta. Si por el contrario asume que su conducta es consecuencia de una enfermedad, adoptará un rol pasivo (Robson, Edwards, Smith y Colman, 2002).
- El objetivo de juego controlado, estimularía la investigación a cerca de los factores vinculados a la conducta de juego y de los factores de protección de un patrón nocivo de juego (Daughters, Legues, Lesieur, Strong y Zvolensky, 2003).
- Por último, señalar que aunque no existan estudios empíricos que apoyen este objetivo en juego patológico, sí los hay para otras adicciones sin sustancia (sexo, compras, ejercicio, etc.), que han demostrado su eficacia. Y por otro lado, apuntar que debe prevalecer el análisis funcional del problema del sujeto a la hora de aplicar un tratamiento, por encima de las guías de tratamientos eficaces.

Echeburúa y Corral (2008), en su estudio realizado acerca del Juego Responsable, llegan a la conclusión de que el juego controlado puede constituir una opción terapéutica para los jugadores jóvenes que aún no tienen una dependencia severa. Además, consideran que el juego controlado puede resultar interesante en los programas de prevención en la escuela, como un modo de enseñar a los jóvenes a hacer frente a la exposición al juego (tanto al presencial como al *online*). Pero el objetivo del juego controlado, todavía necesita que se lleve a cabo un estudio sistemático que lo respalde.

Labrador (2012) indica los casos en que puede ser más adecuado uno u otro objetivo terapéutico:

Abstinencia completa:

- Personas que demandan la abstinencia completa

- En aquellos que existe una fuerte asociación de los estímulos del juego, de modo que estos producen respuestas cognitivas y fisiológicas.
- Los que presentan muchas distorsiones cognitivas.
- Los jugadores en los que el juego episódico puede suponer la reactivación de la conducta problemática de juego.
- En los casos en los que las principales áreas de su vida estén muy afectadas y el entorno demande dicha abstinencia total para recobrar la confianza.

Juego Controlado:

- Es adecuado para las personas que se niegan a la abstinencia total o presentan baja motivación para el cambio.
- Para aquellos que tienen una historia más corta de juego y todavía no existe un gran deterioro.
- Para las personas que han logrado mantenerse abstinentes durante un tiempo.
- No ha causado daños serios en su entorno, por lo que éste se muestra dispuesto a considerar este objetivo.

4.14.2. Grupos de autoayuda

La organización de autoayuda más conocida es “Jugadores anónimos” (*Gamblers Anonymous*). Esta organización procede de Alcohólicos anónimos, por lo que se basa en el proceso de recuperación de “los doce pasos” y su objetivo terapéutico es la abstinencia total del juego, ya que consideran que la ludopatía es una enfermedad crónica. El tratamiento se compone de las experiencias vitales proporcionadas por los miembros del grupo (los cuales se apoyan mutuamente), y de la situación de grupo (Blaszczynski, 1993). En la mayor parte de los países en los que se ha legalizado el juego, han surgido estos grupos de autoayuda que únicamente se componen de jugadores y ex-jugadores, es decir, no cuentan con la ayuda de profesionales del ámbito de la salud y del ámbito social (Ibáñez y Saiz, 2000). Estos grupos se reúnen una vez a la semana y en dichas reuniones, el jugador debe reconocerse como jugador patológico

y compartir su experiencia vital con el resto del grupo, y tras exponer su problema, el resto de los miembros aportan soluciones a través del relato de su propia experiencia. Además el grupo supone una nueva red social de apoyo.

Por otro lado, nos encontramos con las Asociaciones de Jugadores, las cuales surgen de jugadores rehabilitados o en rehabilitación, y cuentan con la intervención de distintos profesionales, sobre todo del ámbito de la psicología y del trabajo social. Su visión es que la persona que ha padecido juego patológico, puede ayudar a otros que sufren el problema en la actualidad, pero ven necesaria la actuación de profesionales, dado que sólo con su experiencia, los ex-jugadores no son capaces de tratar la complejidad de la problemática del jugador.

Existen pocos datos acerca de la eficacia de este tipo de tratamiento. En un estudio de 232 participantes de los grupos de Jugadores Anónimos, Stewart y Brown (1988) hallaron tasas de abstinencia del 7,5% al primer año de seguimiento. También encontraron que casi un cuarto de los nuevos miembros no asistió a una segunda reunión y casi tres cuartas partes asistieron a menos de 10 reuniones. También Petry (2005) afirma que la abstinencia en estos grupos es baja.

Sin embargo, los que asisten regularmente a estos grupos, se benefician de este tratamiento, por lo que lo más pragmático sería ofrecer asociaciones como Jugadores Anónimos junto con otros tratamientos (George y Murali, 2005).

Estas asociaciones en España, cubren el vacío dejado por la falta de atención de la Administración ante esta problemática y han evolucionado hacia visiones más completas y más profesionales (Labrador, 2012).

Actualmente, existen en España 32 grupos de Jugadores Anónimos, distribuidos en 9 comunidades autónomas. Algunas de estas asociaciones, han descrito su enfoque de terapia en capítulos de libros, pero se han realizado pocos estudios que evalúen, de forma sistemática, la eficacia de estos grupos de autoayuda en nuestro país. Determinados estudios exploratorios reportaron resultados positivos, con tasas de rehabilitación mayores del 30%. Sin embargo, no es posible establecer la validez metodológica de los mismos, ya que estos resultados no han sido publicados en revistas nacionales e internacionales indexadas (Jiménez-Murcia, Fernández- Aranda, Granero y

Menchón, 2013).

4.14.3 Tratamiento cognitivo-conductual del juego patológico.

4.14.3.1. Técnicas aversivas

Los primeros tratamientos conductuales en juego patológico utilizaban técnicas aversivas, es decir, técnicas basadas en el condicionamiento aversivo. El objetivo de estas técnicas era la eliminación o, al menos, la reducción de la conducta de juego, a partir de la asociación de estímulos aversivos con dicha conducta. Los estímulos aversivos empleados pueden ser “en vivo” (por ejemplo, una descarga eléctrica) o en forma de desensibilización encubierta.

Distintos autores como Barker y Miller (1968), Goorney (1968), Seager (1970), entre otros, señalan la eficacia de la técnica a partir de sus estudios, aunque la muestra de los mismos es muy pequeña, ya que se trata de estudios de casos. Sin embargo los estudios de McConaghy Armstrong, Blaszczynski, y Allcock, (1983), McConaghy et al. (1991), y Blaszczynski y McConaghy (1993) demuestran que las técnicas aversivas no se muestran eficaces para el tratamiento del juego patológico.

4.14.3.2. Técnicas de control de estímulos

Se trata de una técnica provisional, que sirve para controlar la conducta problemática, hasta poderla afrontar de manera eficaz. Es decir, se trata de manipular el entorno del jugador, de manera que se reduzcan o, si es posible se eliminen, las situaciones que provocan la conducta de juego. También sirve para romper del hábito.

Por tanto, se trata de una técnica que se centra en eliminar o reducir aquellos estímulos asociados al juego, como por ejemplo: no llevar prácticamente dinero encima (dar el dinero justo y presentar tickets de compra), no llevar tarjetas de crédito, libretas o cheques, evitar bares o rutas por las que pasaba la persona para ir a jugar, no quedar con los “amigos de juego”, llamar a dichos amigos y decirles que ya no jugará más, la autoprohibición de la entrada en bingos o casinos, etc.

Ésta técnica se emplea en el momento inicial del tratamiento, pero en el momento que la persona adquiere determinadas habilidades de afrontamiento, comienza

a reducirse su uso hasta su eliminación.

El control estimular se utiliza en casi todos los programas de tratamiento actuales y se ha mostrado eficaz junto con otras técnicas en diferentes estudios (Greenberg y Rankin, 1982; Rankin, 1982; González et al., 1990a; González et al., 1990b; Aranda, García y González, 1991; Arribas y Martínez, 1991; Sharpe y Tarrier, 1992; Echeburúa et al., 1994, 1996; Báez y Echeburúa, 1995; Fernández-Alba, 1999; Labrador y Fernández-Alba, 2002; y Fernández de la Cruz, 2010).

4.14.3.3. Técnicas de exposición

La justificación teórica del uso de las técnicas de exposición reside en el papel de la activación durante el juego, y su asociación con estímulos relacionados con esta actividad (Fernández-Alba, 2004b).

Tanto la desensibilización sistemática (DS) como la Exposición con Prevención de Respuesta, consideran el juego patológico como una adicción, en la cual, la activación percibida ante los estímulos asociados al juego se presenta en forma de deseo o craving, lo cual implica aceptar que los jugadores sufren “abstinencia” (Fernández-Alba y Labrador, 2002).

1. Desensibilización sistemática (DS)

McConaghy fue quién desarrolló la técnica de la “desensibilización sistemática en imaginación”, como una forma de proporcionar al individuo una medida de control sobre el comportamiento compulsivo, reduciendo su nivel de excitación y la tensión, por lo que la necesidad de completar la secuencia de comportamiento ya no era necesaria.

McConaghy y sus colegas han realizado diversos estudios controlados de desensibilización sistemática en imaginación. Sin embargo, aparte de la obra de este autor y sus colaboradores, ha existido muy poca investigación encargada de validar esta técnica en juego patológico. Toneatto y Ladouceur (2003) resumen los estudios realizados:

McConaghy, Armstrong, Blaszczynski y Allcock (1983) realizaron un estudio

en el que compararon la terapia aversiva con la desensibilización sistemática en imaginación: la muestra estaba formada por veinte jugadores compulsivos (5 jugadores de póquer de máquina, 12 apostadores de carreras, y 3 jugadores de cartas), los cuales fueron asignados al azar a los dos tratamientos. Se presentaron resultados al mes siguiente del tratamiento y a los 12 meses. Llegaron a la conclusión de que la conducta de juego se vio significativamente reducida en el grupo en el que se había empleado la desensibilización sistemática en imaginación, en comparación con aquellos que recibieron terapia aversiva.

Es necesario mencionar algunas debilidades metodológicas del estudio de McConaghy et al. (1983), como el hecho de que el 20% de la muestra, también recibió el tratamiento de comparación, no se realizaron medidas de pre-tratamiento de los juegos de azar, por lo que no podemos saber si los cambios posteriores al tratamiento representan algún cambio en comparación con el pre-tratamiento. Por lo tanto, el procedimiento de evaluación y la naturaleza de los datos son ambiguos y no se pueden utilizar como base para cualquier afirmación definitiva sobre el impacto del tratamiento en desensibilización sistemática en imaginación.

McConaghy et al. (1983) también administraron el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger, Gorsuch, y Lushene, 1970), informando de una reducción significativa en las puntuaciones del grupo de desensibilización sistemática en imaginación en comparación con el grupo de terapia aversiva.

En un estudio posterior, McConaghy, Armstrong, Blaszczynski y Allcock (1988) asignaron al azar 20 participantes (sobre todo apostadores de carreras) a dos tratamientos: DS en imaginación y relajación. Durante la relajación, se pidió a los participantes que permanecieran en presencia de escenas relajantes visualizadas. Al igual que en el estudio de 1983, se completó el tratamiento durante una semana de ingreso en el hospital. Los datos de este estudio, tanto al mes como a los 12 meses después del tratamiento, poseen las mismas debilidades que en el estudio anterior. Los resultados mostraron que no hubo diferencias entre los grupos, el 30 % de ambos grupos informaron de la abstinencia o del juego controlado. Y fueron obtenidos resultados similares en cuanto a los impulsos de juego. McConaghy et al. (1988) concluyeron que los dos tratamientos produjeron esencialmente los mismos resultados.

McConaghy, Blaszczynski y Frankova (1991) realizaron un estudio de revisión de resultados terapéuticos, en los cuales se había utilizado la terapia aversiva, la desensibilización sistemática en imaginación, la relajación y la exposición en vivo. Los resultados de este estudio en desensibilización sistemática en imaginación fueron los siguientes: 30% abstinentes, 48% juego controlado y 21% fracaso. Tras su análisis, afirman que es equívoco que el tratamiento en desensibilización sistemática en imaginación fue superior a los demás tratamientos. Aunque el 30% de los participantes de desensibilización sistemática en imaginación había "cesado" los juegos de azar, el 27% de los participantes que recibieron tratamientos conductuales combinados también habían "cesado".

Respecto a la terapia aversiva, esta técnica supuso un gran avance, pero el empleo de esta técnica en solitario no aborda todos los aspectos de la conducta de juego; puede controlar la ansiedad, lo cual puede reducir la conducta de juego (Fernández de la Cruz, 2010).

Por tanto, si se emplea esta técnica en el tratamiento del juego patológico ha de hacerse junto con otras estrategias, de modo que se intervenga sobre todos los aspectos que mantienen la conducta adictiva.

2. Exposición con prevención de respuesta

Brown (1987), considera el paradigma del condicionamiento clásico para explicar el juego patológico, colocando el énfasis en la exposición a estímulos clave del juego (Fernández-Alba, 2004).

El empleo de esta técnica en el juego patológico, se justifica a nivel teórico del siguiente modo: si se expone al jugador a la situación de juego, en una condición que imposibilite la realización de la conducta de juego, éste puede aprender a realizar conductas alternativas ante dicha situación, y por tanto, conseguir controlar la conducta problemática. El objetivo terapéutico de la exposición con prevención de respuesta, es generar habituación de la reacción emocional elicitada por los estímulos que preceden a la conducta de juego; una vez que el sujeto ya no experimenta reacciones emocionales intensas ante los estímulos presentes en el contexto del juego (craving), la conducta operante de jugar se extingue, pues escapar o finalizar momentáneamente con ese

estado emocional deja de ser reforzante (R-).

La exposición suele ser “*in vivo*”, y consiste en exponer a la persona a aquellas situaciones que desencadenan su conducta de juego, pero en circunstancias en las que ésta no pueda realizarse.

Los resultados empíricos apoyan la utilidad de esta técnica en el juego patológico (González, Mercadé, Jaumá y Pérez, 1990a; Arribas y Martínez, 1991; Blaszczynski y McConaghy, 1993; Echeburúa et al. 1994, 1996; Sevilla y Pastor, 1996; Symes y Nicki, 1997; Fernández-Alba, 1999; Labrador y Fernández-Alba, 2002; citado en Fernández de la Cruz, 2010). A continuación se muestran algunos estudios:

González et al. (1990a), realizaron un estudio en el que se llevó a cabo un tratamiento ambulatorio en grupo que consistía en utilizar técnicas de control estimular, exposición en vivo con prevención de respuesta, programación de actividades alternativas y prevención de recaídas. Los resultados del mismo fueron los siguientes: un 83% de los sujetos se mantuvieron abstinentes y un 17% recayeron.

Arribas y Martínez (1991) llevaron a cabo un estudio en la que emplearon exposición con prevención de respuesta y control estimular en el tratamiento. Los resultados fueron un 100% de abstinencia, aunque la muestra estaba compuesta sólo por cuatro casos.

Blaszczynski y McConaghy (1993) realizaron un programa en régimen de internamiento en el que realizaron una exposición prolongada en vivo y los resultados obtenidos fueron: un 25% consiguieron la abstinencia, un 25% juego controlado y un 50% fracasaron. Estos autores también realizaron este programa, llevando a cabo una exposición breve en vivo, y los resultados encontrados fueron: un 17% abstinencia, un 50% consiguieron juego controlado y un 33% fracasaron.

Además de estos estudios encontramos otros como el de Labrador y Fernández Alba (2002) en el que obtienen resultados de abstinencia de un 55%, pero aquí no solo incluyen la exposición con prevención de respuesta sino que se trata de una propuesta de tratamiento mucho más completa que incluye las siguientes técnicas: control estimular, exposición en vivo con prevención de respuesta, desarrollo de actividades gratificantes alternativas, entrenamiento en solución de problemas, prevención de

recáidas y reestructuración de distorsiones cognitivas referidas al azar.

La exposición con prevención de respuesta, debe utilizarse en conjunción con otras técnicas, al igual que la DS, para abordar toda la complejidad de la conducta de juego.

4.14.3.4. Terapia cognitiva

Ya hemos comentado la importancia de las distorsiones cognitivas o de las creencias erróneas a cerca del azar que poseen los jugadores, en el desarrollo y mantenimiento del juego patológico. Por lo tanto, está clara la necesidad de intervenir sobre este aspecto en el tratamiento de este trastorno psicológico.

La reestructuración cognitiva se dirige a identificar creencias erróneas sobre el juego y a sustituirlas por pensamientos más realistas y adaptativos.

Parece esencial el empleo de la reestructuración cognitiva, aunque la terapia racional emotiva y la terapia de Beck son útiles a este respecto, así como también lo es, en algunos casos, la técnica de solución de problemas (Labrador, 2012)

Como ya se ha comentado anteriormente, la existencia de los sesgos cognitivos en los jugadores patológicos, se ha comprobado a través de la observación de las verbalizaciones de los jugadores durante el juego (Fernández-Alba, Labrador, Rubio, Ruiz, Fernández y García, 2000; Sylvain y Ladouceur, 1992; Walker, 1992) y a través de los auto-informes retrospectivos (Fernández-Montalvo, Báez y Echeburúa, 1996; Toneatto, Blitz-Miller, Calderwood, Dragonetti y Tsanos, 1997; Citado en Labrador, Mañoso y Fernández-Alba, 2008, p. 388).

Toneatto y Sobell (1990) realizaron un estudio de caso único, en el que utilizaron la terapia cognitiva como tratamiento, con un seguimiento de 6 meses en el que el sujeto consiguió una mejoría, reduciendo su conducta de juego.

Ladouceur et al. (1998), llevaron a cabo un estudio en el que emplearon como intervención únicamente terapia cognitiva a jugadores patológicos y obtuvieron una tasa de abstinencia del 60% después de 6 meses de finalizar el tratamiento.

Ladouceur et al. (2001), realizaron un ensayo aleatorio controlado, en el que

trataron con terapia cognitiva individual a 66 sujetos diagnosticados de juego patológico. Éstos fueron asignados al azar al grupo experimental (n = 35) y al grupo control o en lista de espera (n = 29). La terapia se centró principalmente en la reestructuración cognitiva, identificación de las distorsiones cognitivas y en corregir las percepciones erróneas sobre el azar (Ladouceur y Walker, 1996). Además, los participantes recibieron entrenamiento en “prevención de recaídas” de orientación cognitiva. Los resultados mostraron que en el pos-test los participantes tratados con terapia cognitiva, cumplían menos criterios diagnósticos, mostraban un menor deseo de jugar (“*craving*”), mayor percepción de control sobre los juegos de azar y mayor auto-eficacia percibida. Éstos jugaban con menos frecuencia, gastaron menos dinero, y jugaron menos horas que el grupo de control. El 80% de la muestra tratada se evaluó al año de seguimiento. Se encontraron diferencias significativas entre el pre-test y el seguimiento de los criterios del DSM-IV, la percepción de control, el deseo de jugar, y las valoraciones de auto-eficacia. Una proporción muy alta de la muestra tratada continuó mostrando un cambio clínicamente significativo. Por otra parte, aunque los resultados de este estudio son significativos, presentan limitaciones como el hecho de no comparar la eficacia de la terapia cognitiva con otros tratamientos.

Toneatto (2004) llevó a cabo un estudio en el que se evaluó la eficacia de la terapia cognitiva. Se incluyeron tres grupos de control: tratamiento conductual, la terapia motivacional y una intervención mínima. Los participantes fueron asignados al azar a los cuatro tratamientos. Excepto para la intervención mínima, que consistía en una sesión de dos horas, los tres tratamientos constaron de seis sesiones. El seguimiento tuvo lugar a los 3 y 12 meses. Los resultados, indicaban que en los indicadores clave de juego, no se existían diferencias significativas entre los distintos grupos. Sin embargo, la muestra global mejoró como resultado del tratamiento, aunque una proporción importante de la muestra continuó experimentando problemas con el juego. La hipótesis principal que predecía una eficacia superior de la terapia cognitiva, no se vio apoyada.

Otros estudios han analizado la eficacia de la reestructuración cognitiva junto con otras técnicas cognitivo conductuales (Sylvain y Ladouceur, 1992; Bujold, Ladouceur, Sylvain y Boisvert, 1994; Ladouceur et al., 1994; Sylvain, Ladouceur y Boisvert, 1997; Ladouceur, Sylvain, Boutin, Lachance, Doucet y Leblond (2003); Fernández-Alba, 1999; Labrador y Fernández-Alba, 2002). En los estudios del grupo de

Ladouceur, los resultados indican que los tratamientos que incluyen reestructuración cognitiva, son eficaces, llegando en el último estudio a un 88% de personas que ya no cumplen con los criterios diagnósticos de juego patológico frente a un 20% del grupo control. Por otra parte, los estudios de Labrador y Fernández-Alba, han alcanzado tasas de abstinencia entre el 15-55% cuando la reestructuración cognitiva conformaba el elemento central de la intervención terapéutica.

4.14.3.5. Técnicas de autocontrol

El objetivo de estas técnicas es que el jugador aprenda a controlar su conducta de juego e incluso que pueda volver a jugar de forma controlada. No existe mucha información sobre su uso en el tratamiento del juego patológico (Labrador, 2012).

Entre estas técnicas, podemos destacar: control estimular, reducción de la cantidad de las apuestas, distanciamiento temporal del ambiente de juego, utilización de frases para debilitar o eliminar distorsiones cognitivas, especialización en un determinado tipo de apuestas, es decir, no jugar a todo tipo de juegos, etc.

Para el empleo de estas estrategias, es útil contar con un exjugador que ya no presente problemas con el juego para que ayude a la persona adicta al juego a controlar de forma eficaz su conducta problemática; las personas que han pasado por las mismas circunstancias conocen mejor las dificultades, estrategias, etc., lo cual puede ser un importante recurso como coterapeutas esas situaciones.

No existe prácticamente información acerca de la eficacia de estas técnicas y no se conoce en qué casos podrían resultar apropiadas (Fernández-Alba, 2004).

4.14.3.6. Prevención de recaídas

Diferentes estudios han mostrado su interés por averiguar qué factores son los que tienen mayor peso a la hora de desencadenar recaídas en el juego patológico, a continuación se resumen algunos de éstos:

McCormick y Taber (1991) encuentran como variable predictora de recaída en los jugadores patológicos, el bajo nivel de inteligencia.

Zion, Tracy y Abell (1991) sostienen que una implicación en otras conductas adictivas en el pasado es una variable predictora de recaída en el juego.

Fernández- Montalvo, Echeburúa y Báez (1999) realizaron un estudio a cerca de las variables precipitantes de la recaída en el juego patológico. En él utilizaron una muestra de 21 jugadores patológicos de máquinas recreativas con premio, con un período de seguimiento de 1 año. Durante el mismo, los sujetos de la muestra sufrieron un total de 35 episodios de recaída.

Los resultados del estudio revelan que la mayoría de las recaídas suceden alrededor de los 3 primeros meses después de finalizar el tratamiento. Dichas recaídas se originan, por orden de importancia, debido a: un inadecuado manejo del dinero, a la presencia de estados emocionales negativos, al consumo de alcohol, al “craving” y a la presión social.

En un estudio sucesivo, este mismo grupo (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez (1999b) con una muestra mayor (69 jugadores de maquinas recreativas con premio), encontraron como variables predictoras de fracaso terapéutico (recaída + abandono), en orden jerárquico, las siguientes: la insatisfacción con el tratamiento, el consumo abusivo de alcohol y el neuroticismo.

Además, parece que los estados emocionales negativos, los conflictos interpersonales y la presión social, son factores subyacentes comunes en todas las conductas adictivas en el fracaso del mantenimiento de la abstinencia (Echeburúa, 1993).

Echeburúa y Fernández-Montalvo (1997), en su *Manual práctico del juego patológico* señalan lo siguiente en cuanto a la prevención de recaídas:

- La persona adicta al juego, debe aprender a identificar las situaciones de riesgo y debe entrenarse para afrontarlas adecuadamente.
- Pueden enseñarse técnicas de relajación, para que la persona las utilice en algunas circunstancias.
- Dado que cuando la persona deja de jugar, comienza a tener tiempo de ocio sin

ocupar, es necesario que practique actividades reforzantes alternativas al juego. Al principio la persona debe realizar pequeñas actividades que mientras presentaba la adicción al juego no realizaba, pero a largo plazo es bueno que instaure una o varias aficiones que puedan ocupar su tiempo.

- Parece que, al cabo de un tiempo, el jugador comienza a minimizar las consecuencias negativas de volver a jugar; por ello es necesario reestructurar los pensamientos erróneos sobre los efectos negativos del juego. Es de especial importancia que la persona evalúe de nuevo las posibles pérdidas personales, familiares, sociales, económicas, etc. que podría ocasionar de nuevo su conducta de juego.
- Para aquellas personas que no presentan problemas con el alcohol, se les hace la recomendación de un consumo moderado del mismo, advirtiéndoles que un consumo abusivo, puede desencadenar una situación de riesgo para jugar.
- Para el afrontamiento de la presión social, es recomendable que la persona entrene determinadas habilidades que le permitan rechazar posibles invitaciones al juego, etc.
- Para que la persona no vuelva a utilizar el juego para evadir los conflictos, ya sean estos personales o interpersonales, se le enseñan técnicas de solución de problemas.
- Para que la persona maneje sus estados emocionales negativos, se le recomienda la realización de actividades gratificantes y se le enseña a detectar pensamientos automáticos, a discutirlos y a desarrollar pensamientos alternativos (intervención cognitiva).
- Es muy importante instruir a la persona en la diferencia entre una “caída” y una “recaída” aislada en el juego. Así como, darle las herramientas necesarias que le permitan reconducir de nuevo su conducta hacia la abstinencia.
- Las estrategias de afrontamiento aconsejadas después de una caída, son las siguientes: 1, Párese, observe y escuche; 2, Cállese; 3, Renueve su compromiso; 4, Revise la situación que le ha llevado a jugar; 5, Prepare un plan

para recuperarse inmediatamente; 6, Pida ayuda.

Diferentes estudios han utilizado la prevención de recaídas como parte del tratamiento en juego patológico, mostrando buenos resultados (González et al., 1990a; Aranda, Díaz, García, y González, 1991; Sylvain y Ladouceur 1992; Bujold et al., 1994; Ladouceur et al., 1994; Báez y Echeburúa, 1995; Sevillá y Pastor, 1996; Sylvain, et al., 1997; Fernández-Alba, 1999; Labrador y Fernández-Alba, 2002; Ladouceur et al., 2003).

4.14.4. Tratamiento farmacológico

Estos tratamientos se apoyan en la consideración de que existe un trastorno orgánico en los jugadores patológicos.

Turón y Crespo (1999) apuntan que el tratamiento farmacológico en el juego patológico, es complejo dado que no existe un sustrato neurobiológico universalmente aceptado, se producen altas tasas de abandono y no existen ensayos controlados que comparen distintas modalidades de tratamiento en una misma población. Estos autores recomiendan un tratamiento adaptado a las características de cada paciente.

Gómez (2008) señala que hasta el año 2000 se conocía poco a cerca de la eficacia del tratamiento del juego patológico, pero que a partir de dicho año comenzaron a realizarse estudios bien diseñados y con suficiente muestra, los cuales han expuesto que diferentes grupos de psicofármacos han mostrado eficacia en el tratamiento multimodal del juego patológico, teniendo éstos un protagonismo mayor en aquellos casos en los que el jugador presenta comorbilidad psiquiátrica.

A continuación se hará referencia a los diferentes grupos de psicofármacos utilizados en el tratamiento de la ludopatía y que han tenido buenos resultados:

1. Antidepresivos

La conceptualización del juego patológico, ya sea como un trastorno del control de impulsos o un trastorno obsesivo-compulsivo, implica el sistema serotoninérgico en su etiología (George y Murali, 2005).

La posibilidad de que exista una disfunción serotoninérgica en la ludopatía, ha hecho que se empleen en el tratamiento de este trastorno psicológico, distintos fármacos serotoninérgicos, en especial, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (Navarro y Cavas, 2003).

Hollander, Frenkel, Decaria, Trungold y Stein (1992) realizaron un estudio en el que administraron clomipramina a una mujer de 31 años, y la mejoría clínica tras finalizar el ensayo con dicho fármaco fue del 90%. No obstante, se trata de un solo caso y, además mostró más efectos secundarios que otros fármacos.

Turón, Gómez y Morin (1994), encuentran mayores porcentajes de mejoría en pacientes tratados con fluvoxamina y terapia de conducta que en jugadores en tratamiento con monoterapia sin asociación de psicoterapia. Hollander, DeCaria, Finkell, Begaz, Wong y Cartwright (2000) han confirmado la eficacia y la tolerabilidad de la fluvoxamina en una muestra de 15 jugadores patológicos en una investigación doble ciego con placebo. Pero en una réplica posterior de este trabajo, la fluvoxamina no fue significativamente mejor que el placebo en la muestra global, aunque sí lo fue, en los varones y los sujetos más jóvenes. Estos resultados sugieren que la fluvoxamina podría ser eficaz en determinados subgrupos de jugadores patológicos.

Zimmerman, Breen, y Posternak (2002) han examinado la utilidad clínica del citalopram y también parece ser efectivo para el tratamiento del juego patológico, ya que el 86,7% de los pacientes respondieron al tratamiento, mostrando mejoría clínica en la frecuencia de juego, la cantidad de dinero perdido, la preocupación por el juego y el impulso de jugar.

Black, Shaw, Forbush y Allen (2007) parecen coincidir con la investigación anterior. Así, han publicado los resultados de un ensayo con escitalopram, con una muestra de 19 sujetos, donde encontraron que resultaba eficaz con jugadores patológicos, y que además era bien tolerado por los sujetos.

Kim, Grant, Adson, Shin y Zaninelli (2002) han señalado la utilidad de la paroxetina en el tratamiento de la ludopatía en un estudio controlado de doble ciego con placebo, en un grupo de 45 pacientes tratados durante 8 semanas. La mayoría de los sujetos presentó una mejoría clínica significativa al finalizar el tratamiento, sin efectos

secundarios relevantes.

Pallanti, Baldini, Sood y Hollander (2002) han encontrado en un estudio que la nefazodona también podría ser un tratamiento eficaz en sujetos que padecen juego patológico, aunque dichos resultados son todavía preliminares.

También ha demostrado eficacia en el tratamiento del juego patológico un inhibidor dual de la recaptación de noradrenalina y dopamina (IRND), el antidepresivo bupropión (Dannon, 2005; Black, 2007; Padula, 2007).

Existe una considerable evidencia neurobiológica que apoya la disfunción serotoninérgica en el juego patológico, dado que han dado buenos resultados en los ensayos para el tratamiento de este trastorno: fluvoxamina, citalopram, paroxetina, sertralina y fluvoxetina (George y Murali, 2005).

2. Estabilizadores del estado de ánimo

Los estabilizadores del estado de ánimo se emplean en el tratamiento del juego patológico porque se muestran eficaces para controlar la impulsividad (Santos, 2008).

En el primer ensayo clínico controlado sobre tratamiento con estabilizadores del humor, se utilizó litio o ácido valproico. La muestra estaba formada por 42 pacientes y los resultados mostraron que los dos grupos mejoraron, lo que llevó al planteamiento de la utilización de ambos fármacos (Roncero, Rodríguez-Urrutia, Grau-López y Casas, 2009).

Haller y Hinterbuber (1994) describen el uso de la carbaniacepina en el juego patológico. Consideran su eficacia a dosis bajas (200-600 mg/día) y describen el caso de un paciente que permaneció en remisión completa hasta treinta meses después del tratamiento.

Hollander (2005) ha publicado los resultados de su ensayo con carbonato de litio con una eficacia significativa sobre el placebo. En este estudio utilizó una muestra de 40 sujetos que padecían trastorno bipolar y juego patológico.

Los estudios sobre estos fármacos presentan muchas limitaciones metodológicas y deficiencias en la descripción de las características de los pacientes,

por lo que aún queda mucho por investigar (Fernández de la Cruz, 2010).

3. Antagonistas opióides: naltrexona

Se postula que la naltrexona podría ser utilizada para reducir los factores gratificantes y de refuerzo de la conducta de juego y, por lo tanto, disminuir el impulso de jugar (George y Murali, 2005).

Crockford y el-Guebaly (1998), informaron de que la naltrexona, reducía el *craving* de alcohol y de juego en un individuo que había logrado la abstinencia de ambos trastornos, aunque la observación sólo se realizó durante cuatro semanas.

Turón y Crespo (1999) realizaron un trabajo con naltrexona en una muestra de 30 sujetos que cumplían criterios DSM-IV para juego patológico. Los sujetos fueron tratados con dosis crecientes, de hasta 150 mg/día de naltrexona durante 24 semanas. La psicopatología asociada más frecuente era la depresión (23%) y la ansiedad (32%).

Después de 24 semanas de tratamiento, el 37% había dejado de jugar. El 27% que estaba abstinentes al inicio del estudio se mantenía así. El 29% había abandonado el tratamiento y el 7% seguía jugando. Se observó que la presencia de otras adicciones empeoraba el pronóstico y que los mejores resultados se obtenían combinando el tratamiento farmacológico con terapia de conducta.

Kim y Grant (2001a) trataron con naltrexona durante 6 semanas a 17 personas diagnosticadas de juego patológico y encontraron disminuciones significativas en los pensamientos sobre el juego, impulsos y comportamiento de jugar. La dosis media de la naltrexona en este estudio fue de 157 mg/día.

Kim y Grant, (2001b) en un estudio con una muestra mucho mayor, 83 participantes, observaron que el 75% de los jugadores tratados con naltrexona mejoró significativamente. La dosis media de naltrexona en este estudio, fue de nuevo alta (188 mg/día) y sólo la mitad de la muestra completó el estudio. Muchos participantes informaron efectos secundarios adversos significativos, y muchos habían visto afectada su función hepática, una preocupación particular en el tratamiento con naltrexona en dosis altas.

4. Otros fármacos: neurolépticos

También se ha hablado del uso de los neurolépticos en el tratamiento del juego patológico, aunque no constan estudios controlados con placebo o con otra estrategia terapéutica. Rubio (1993) señala la eficacia de la propericiazina a dosis bajas, así como también señala la posible eficacia de la levomepromacina a dosis de hasta 75 mg/día (Turón y Crespo, 1999)

En resumen, no se puede recomendar un fármaco específico para el tratamiento del juego patológico. Los estudios señalan que, aunque ninguno ha demostrado superioridad sobre el resto y la evidencia empírica es escasa, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), la naltrexona y los estabilizadores del humor son efectivos en el tratamiento del juego patológico. La elección del fármaco puede realizarse en función de la existencia de comorbilidad (Georde y Murali, 2005).

4.14.5. Programas de intervención multicomponentes

Se considera que problemas como la depresión, el abuso de sustancias, problemas familiares, laborales, etc. son subyacentes al juego patológico. Sin embargo, los tipos de tratamiento ya mencionados no intervienen sobre ellos, por considerarlos secundarios al problema de juego; además esperan que estos mejoren si la persona abandona su conducta de juego. Sin embargo desde el punto de vista de los programas multicomponentes, estas patologías subyacentes pueden estar actuando como factores mantenedores del juego, o como facilitadores de recaídas; por tanto, se recomienda un abordaje directo de las mismas. En definitiva, estos programas realizan una intervención terapéutica más completa sobre el problema del juego patológico (Blaszczynski, 1993).

En sus inicios, este tipo de programas se aplicaron en régimen de internamiento, y más adelante comienzan a llevarse a cabo en régimen ambulatorio.

1. Programas desarrollados en régimen de internamiento

Podrían estar indicados en los casos en que el jugador no posee apoyo familiar ni social, cuando presenta ideas de suicidio, o cuando presenta problemas graves debido a múltiples dependencias (juego, alcohol y drogas) (Fernández Alba, 2004).

Los programas de tratamiento en “régimen de internamiento” conocidos son los que se resumen a continuación:

Brecksville Unit of Cleveland Veterans Administration Medical Centre (Ohio, EE.UU)

Este programa se crea en EE.UU en el año 1972 y presenta tres objetivos: la abstinencia del juego, la reducción del impulso de jugar y el restablecimiento de un funcionamiento social adecuado.

Se trata de un programa estructurado con una duración de treinta días, que se realiza de manera conjunta con pacientes que presentan problemas con el alcohol y pacientes con problemas de juego. Está compuesto por: una evaluación, psicoeducación sobre la adicción y educación para la salud, terapia de grupo y participación en reuniones de Jugadores anónimos dentro del hospital.

El alta hospitalaria se concede junto con una planificación de recuperación financiera, un seguimiento profesional y un contacto con jugadores anónimos.

En cuanto a la eficacia de este programa, Russo, Taber y Ramírez (1984), apuntan que pese a la alta mortalidad experimental que asciende a un 52% a lo largo del seguimiento, un 67% de los pacientes se mantenían abstinentes a los seis meses de seguimiento y un 55% al año. Taber, McCormick, Russo, Adkins y Ramírez (1987) obtienen mejores resultados, ya que la mortalidad experimental es menor: un 14% a los seis meses y un 32% al año, alcanzando un porcentaje de abstinencia de un 48% a los seis meses y de un 38% al año.

Johns Hopkins Center for Pathological Gambling (Maryland, EE.UU)

Este centro se crea en 1979 en EEUU para atender a personas que presentan problemas de adicción al juego, y es el primero en estar abierto al público.

Ofrece dos tipos de programas: en régimen de internamiento (intensivo durante quince días) y en régimen ambulatorio (sesiones semanales). Y, además,

proporciona tratamiento para la familia del jugador, así como asesoramiento legal y financiero.

Teniendo únicamente en cuenta a los pacientes que permanecen en terapia, la tasa de abstinencia en el programa de internamiento se sitúa alrededor del 80% a los seis meses de seguimiento y del 90% en el programa ambulatorio. Pero hay que tomar con cautela estos datos, ya que la tasa de abandono se situaba en el 50% de los sujetos y la evaluación se había llevado a cabo mientras los sujetos seguían en tratamiento.

Alcoholism, Chemical Dependency and Compulsive Gambling Services at South Oaks Hospital (New York, EE.UU)

Se trata de un programa llevado a cabo en un hospital psiquiátrico dentro de una unidad de toxicomanías con pacientes que padecen diversas dependencias. Está puesto en marcha desde 1983, y las técnicas que utiliza son las siguientes: psicoterapia individual y grupal, educación sobre los efectos del alcohol, el juego y las drogas, terapia familiar, psicodrama, asistencia a las reuniones de alcohólicos y jugadores anónimos, y programas de asistencia de empleo.

La tasa de abstinencia observada a los seis y catorce meses de seguimiento de una muestra de 72 pacientes, teniendo en cuenta los abandonos, se sitúa en un 38% (Lesieur y Blume, 1991).

Therapiezentrum Münzesheim Kraichtal (Alemania)

Schwartz y Lindner (1992), ponen en marcha un programa en una unidad de adicciones en régimen de internamiento. Los pacientes recibieron tanto tratamiento médico como terapia individual, terapia ocupacional, laborterapia, hidroterapia, entrenamiento autógeno, deportes y gimnasia, terapia de grupo familiar, terapia cognitiva y educación para la salud. Para aquellos que únicamente presentaban adicción al juego la duración del tratamiento fue de cuatro meses. Sobre una muestra de 58 pacientes, Schwartz y Lindner (1992), encuentran una tasa de abstinencia del 50% al cabo de un año, y del 22% al acabo de dos años.

Como conclusión, se puede afirmar que los programas multimodales se muestran efectivos entre el 20% y 50% de los casos a lo largo de uno o dos años de seguimiento, pero se debe tener en cuenta que se trata de estudios que no presentan asignación aleatoria de los sujetos a los grupos, no tienen grupo control y tampoco evaluación ciega del resultado. Como señala Blaszczynski (1993), parece necesario investigar métodos de intervención conductual que sean más eficientes, dados los gastos, la duración del tratamiento y los recursos humanos empleados, que se necesitan para llevar a cabo este tipo de programas

2. Programas desarrollados en régimen ambulatorio

Son los programas que mejor abordan actualmente el problema del juego patológico (Fernández de la Cruz, 2010). Por ello se exponen a continuación varios programas y sus características particulares.

Programa de Ladouceur y colaboradores de la Universidad de Laval

Este programa lo desarrolla Ladouceur (Ladouceur, 1993; Ladouceur, Gaboury y Duval, 1988; Ladouceur, Sylvain, Duval, Gaboury y Dumont, 1989; Blais, Freeston, y Dugas, 1998) en la Universidad de Laval en Quebec. Se trata de un programa que pone especial énfasis en los aspectos cognitivos del jugador patológico, dado que para Ladouceur las distorsiones cognitivas y la sensación de control sobre el juego de azar son las que mantienen la conducta problemática. Pero además, este programa, también interviene en distintas conductas y problemas presentados por el jugador.

Dicha intervención, la pusieron en marcha en el laboratorio experimental de juego de la Universidad de Laval, que estaba provisto de mesas de casino y máquinas tragaperras, con el fin de estudiar la conducta del individuo mientras juega.

El objetivo del tratamiento propuesto por Ladouceur y colaboradores, es que el jugador patológico pueda reestructurar y controlar las distorsiones cognitivas referidas al azar, lo cual hará que pierda todo el interés por el juego y, por tanto, logre la abstinencia completa.

Las técnicas incluidas en este programa de tratamiento son las que se citan a continuación:

1. Reestructuración cognitiva: ya que según Ladouceur el jugador presenta distorsiones o sesgos cognitivos que le llevan a creer que puede controlar o predecir el juego de azar. En la aplicación de esta técnica se siguen los siguientes pasos: a) análisis de los hábitos de juego; b) información sobre el juego de azar; c) explicación de la noción de irracionalidad; d) identificación de los pensamientos irracionales; e) comprensión de la noción de racionalidad; e) corrección cognitiva; f) tareas para casa.
2. Técnicas complementarias: Se identifican las demás posibles causas que mantienen la conducta de juego de la persona y se ponen en marcha las técnicas convenientes. Estas pueden ser: entrenamiento en habilidades sociales o bien técnica de solución de problemas.
3. Prevención de recaídas: se trata de identificar las situaciones de riesgo de recaída, así como en el desarrollo de estrategias de afrontamiento ante las mismas (Marlatt y Gordon, 1985).

Tres estudios de casos que aplicaron el programa (Sylvain y Ladouceur, 1992; Bujold et al., 1994; Ladouceur et al., 1994a) obtuvieron los siguientes resultados: el estudio de Sylvain y Ladouceur (1992) obtuvo una tasa de abstinencia del 33% a los seis meses; el de Bujold et al. (1994) consiguió una tasa de abstinencia del 100%, a los nueve meses de seguimiento, y el de Ladouceur et al. (1994) registró una tasa de abstinencia del 75% a los seis meses.

En el estudio controlado de Sylvain et al., (1997), se observa una tasa de abstinencia del 71% y una tasa de abandono del 29% durante el seguimiento (aunque no se tienen en cuenta los abandonos a lo largo del tratamiento, por los que se vería reducida la tasa de abstinencia al 45%).

Programa de Echeburúa y Colaboradores de la Universidad del País Vasco (1991 y 1994)

Se trata de un programa dirigido a jugadores de máquinas recreativas con premio, ofrece una combinación de tratamiento grupal e individual y su objetivo terapéutico es la abstinencia completa.

Está compuesto por las siguientes técnicas de intervención psicológica: Control de estímulos, exposición en vivo con prevención de respuesta (terapia individual) y terapia de grupo cognitivo conductual (se lleva a cabo con una periodicidad semanal). Esta última consta de seis sesiones de una hora cada una y su objetivo fundamental es identificar y modificar pensamientos irracionales relacionados con el juego.

Echeburúa, Báez y Fernández-Montalvo (1996) realizaron un estudio controlado en el que pretendían comparar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual con la terapia de exposición en vivo con prevención de respuesta más control de estímulos, en una muestra de 64 jugadores. Los resultados obtenidos con la terapia cognitivo conductual fueron un 37% de abstinencia al año, y con la terapia de exposición más control de estímulos, se consiguió una abstinencia al año del 68%.

En un estudio posterior en el que el programa se vio modificado (Echeburúa, Fernández- Montalvo y Báez, 1999, 2000), trabajaron con una muestra de 69 sujetos diagnosticados de juego patológico. Su objetivo en esta ocasión fue comprobar la eficacia de la técnica de “prevención de recaídas”. Está se llevo a cabo durante cuatro sesiones de una hora cada una en el tratamiento individual y dos en el grupal, con una periodicidad semanal. Este estudio estuvo compuesto por dos fases diferenciadas:

- Una primera fase en la que se llevó a cabo un programa individual compuesto por control de estímulos y exposición en vivo con prevención de respuesta (seis sesiones de periodicidad semanal).
- Y una segunda fase en la que los jugadores patológicos fueron asignados aleatoriamente a uno de los siguientes grupos de tratamiento: 1) prevención de

recaídas individual; 2) revención de recaídas grupal; y 3) grupo de control (no reciben tratamiento en prevención de recaídas).

Con el tratamiento individual más la prevención de recaídas individual consiguieron una abstinencia al año del 82%, y con el tratamiento individual más la prevención de recaídas grupal obtuvieron una abstinencia del 78%.

Programa de Labrador y Fernández-Alba (1999, 2002)

El objetivo terapéutico de este programa era la abstinencia completa de la conducta de juego.

Fernández-Alba (1999) realiza este estudio para comparar la eficacia entre la técnica de exposición en vivo con prevención de respuesta y la técnica de reestructuración cognitiva aplicada a las distorsiones cognitivas relacionadas con el juego de azar.

Se trata de un programa de tratamiento dirigido fundamentalmente a jugadores de máquinas recreativas con premio, a los cuales distribuyó en cuatro grupos experimentales: 1) terapia cognitiva, entrenamiento en solución de problemas y prevención de recaídas; 2) terapia cognitiva, exposición en vivo con prevención de respuesta, entrenamiento en solución de problemas y prevención de recaídas; 3) exposición en vivo con prevención de respuesta, control de estímulos, actividades gratificantes alternativas, entrenamiento en solución de problemas y prevención de recaídas; 4) exposición en vivo con prevención de respuesta, terapia cognitiva, control de estímulos, actividades gratificantes alternativas, entrenamiento en solución de problemas y prevención de recaídas. El modelo de intervención aplicado fue el individual y constó de 8 sesiones en el grupo 1 y 3, y de 12 sesiones en los otros dos grupos.

Los resultados obtenidos en este estudio son los siguientes: el tratamiento que incluía terapia cognitiva, entrenamiento en solución de problemas y prevención de recaídas obtuvo una abstinencia al año de seguimiento del 15%. El tratamiento compuesto por exposición en vivo con prevención de respuesta, control de estímulos, actividades gratificantes alternativas, entrenamiento en solución de problemas y prevención de recaídas, consiguió una abstinencia del

30% al año de seguimiento. Y los tratamientos que incluían tanto exposición en vivo como terapia cognitiva, lograron el porcentaje de abstinencia más alto, un 55%.

Fernández-Alba y Labrador (2002) llevaron a cabo otro programa de intervención que apoya los resultados obtenidos en el estudio anterior. En este caso además del objetivo principal que es la abstinencia, contemplaron la posibilidad del juego controlado en determinados casos. Además señalan que el programa debe tener un mínimo de 8 sesiones para ser eficaz y que siempre debe comenzar aplicándose el control de estímulos y la exposición con prevención de respuesta.

Posteriormente, Labrador, Rubio y Ruiz (2006) llevaron a cabo un estudio en el que aplicaron este programa tanto en grupo como de manera individual en 9 sesiones y lograron una abstinencia del 65% en el primer grupo y del 85% en el segundo, al finalizar el programa. Al año de seguimiento dicha abstinencia se igualó en ambos grupos viéndose reducida al 55% de éxito.

Programa auto-aplicado de Fernández- Montalvo y Echeburúa (1997)

Se trata de un programa de auto-aplicado para jugadores patológicos que tiene como objetivo, al igual que los programas anteriores, la abstinencia completa de la conducta de juego. También está dirigido fundamentalmente a jugadores de máquinas recreativas con premio. La duración del programa es más breve que las anteriores, ya que consta sólo de cinco semanas, y sobre todo presenta como característica distintiva que se trata de un programa auto-aplicado.

Está compuesto por las siguientes técnicas de intervención psicológica:

- control de estímulos.
- exposición gradual en vivo con prevención de respuesta.
- prevención de recaídas y manejo de las posibles recaídas.

Además de las técnicas anteriores, que son las principales, se incluye la realización de actividades gratificantes alternativas, así como el auto-refuerzo por los logros alcanzados.

Programa Multicomponente de Fernández de la Cruz (2010)

Lo que pretende es comprobar la eficacia de un tratamiento psicológico multicomponente de aplicación individual para jugadores patológicos de máquinas recreativas con premio. El objetivo terapéutico, al igual que en los programas ya mencionados con anterioridad, es la abstinencia.

El programa incluye las siguientes técnicas de intervención: motivación, control estimular, exposición con prevención de respuesta, reestructuración cognitiva y diversas técnicas para controlar y evitar factores de riesgo. Los dos componentes fundamentales son el control de estímulos y la reestructuración cognitiva.

El número de sesiones llevadas a cabo fue seis, con una duración aproximada de una hora, a excepción de la primera y la última que tuvieron una duración de dos horas; la periodicidad de dichas sesiones fue semanal.

El grupo control, el cual fue asignado de manera aleatoria, recibió la primera sesión de tratamiento aplicada al grupo experimental.

Los resultados de este estudio controlado muestran que en el grupo experimental se mantuvieron abstinentes el 92% de los jugadores tras el tratamiento, y en el grupo control un 60% de ellos. En el primer y segundo seguimiento (a los dos meses y a los cinco meses respectivamente) el porcentaje de abstinencia de los sujetos del grupo experimental se situaba en el 80%, y en el tercer seguimiento (seis meses después) dicho porcentaje descendió al 72%. En lo que se refiere al grupo de control, el porcentaje de participantes que mantuvieron la abstinencia fue menguando incesantemente hasta llegar al 16% en el tercer seguimiento.

Propuesta de Programa de Intervención de Labrador (2012)

Es un Programa basado en trabajos anteriores de su equipo de investigación (Labrador y Fernández-Alba, 1998, 2002; Labrador, Rubio y Ruiz, 2006; Labrador, Mañoso y Fernández-Alba, 2008). En el artículo citado no aparecen datos de eficacia.

El objetivo, una vez más, es la abstinencia completa del juego y también está diseñado para jugadores de máquinas recreativas con premio.

Las técnicas principales de las que se compone son el control estimular, exposición gradual en vivo con prevención de respuesta, reestructuración de las distorsiones cognitivas referidas al azar, entrenamiento en solución de problemas, el desarrollo de conductas alternativas al juego y la prevención de recaídas. Está compuesto por 9 sesiones con un formato individual.

Planificación de las sesiones:

1ª Sesión: explicación del problema, propuesta de tratamiento; control de estímulos; plan de devolución de deudas; explicación de la técnica de exposición.

2ª Sesión: control de estímulos; auto-exposición; conductas alternativas gratificantes.

3ª Sesión: control estimular; auto-exposición; actividades alternativas; solución de problemas I.

4ª Sesión: control estimular; auto-exposición; actividades alternativas; solución de problemas II.

6ª Sesión: control estimular; auto-exposición; reestructuración cognitiva

7ª Sesión: reestructuración cognitiva III.

8ª Sesión: prevención de recaídas I.

9ª Sesión: prevención de recaídas II.

4.14.6. Tratamientos en grupo

Dentro de los tratamientos grupales, existen diferentes modalidades. Las principales son: los grupos de autoayuda, los cuales pueden estar o no dirigidos por un profesional, y las terapias de grupo de orientación cognitivo-conductual, aunque también existen otras modalidades, como las de la orientación psicodinámica.

Los grupos, además, pueden ser de dos tipos: abiertos (aquellos en los que los pacientes pueden entrar o salir en cualquier momento) y cerrados (aquellos que están formados por los mismos sujetos desde el comienzo hasta el final de la intervención).

En el juego patológico se contempla la modalidad de terapia grupal, al igual que ocurre en otros trastornos adictivos y puede constituir el tratamiento principal o sólo un componente de éste (Villahoz, 2007).

Yalom (2005) afirma que las personas que acuden a terapia de grupo ven disminuido su sentimiento de soledad y aislamiento social, ya que observan que otros comparten su mismo problema. Además, el tratamiento en grupo puede constituirse en un lugar donde relacionarse socialmente, de una forma que el terapeuta no puede proporcionar al cliente.

Otras ventajas del tratamiento en grupo son, la posibilidad de que se produzca un aprendizaje vicario, la reducción de la probabilidad de engaño y autoengaño por parte del jugador, ayudar a identificar y reestructurar las distorsiones cognitivas asociadas al juego patológico, facilitar la comunicación de los problemas relacionados con el juego, fomentar la búsqueda de soluciones y, por supuesto reducir costes.

Parece que el máximo interés de este tipo de terapia es proveer de apoyo social y de modelos de actuación a los jugadores durante el tratamiento y durante el mantenimiento del control del juego (Fernández- Alba, 2004).

Algunas terapias de grupo, incluyen a jugadores patológicos y a sus familiares; sin embargo Lesieur y Custer (1984) lo desaconsejan y señalan que sería más adecuado realizar una terapia de grupo sólo para jugadores y otra sólo para familiares, por separado (Fernández de la Cruz, 2010).

Existen determinados estudios empíricos que apuntan que la terapia de grupo en juego patológico constituye un tratamiento eficaz. A continuación se hace referencia a algunos de estos:

González, Pastor, Mercadé y Aymamí (1990b), llevaron a cabo un estudio sobre juego patológico, en el que emplearon técnicas conductuales en un tratamiento grupal. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: un 83% de abstinentes y un 17%

que sufrieron alguna recaída. Estos resultados son muy prometedores, pero el estudio presentó limitaciones importantes, ya que no tuvieron en cuenta los abandonos, y no recopilaban datos del seguimiento.

Rubio (2006), comparó la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual aplicado de forma individual y en grupo. La muestra de ambos estaba formada por 20 sujetos y los resultados encontrados, tras 9 sesiones de terapia, fueron las siguientes: un 65% de abstinencia en el grupo de tratamiento individual y un 85% en el grupo de terapia grupal. Aunque al año, los resultados mostraron que la abstinencia disminuía al 55% en los dos grupos

Ladouceur et al. (2003) estudian la eficacia de un tratamiento cognitivo de grupo para juego patológico. La muestra estaba constituida por 34 sujetos asignados aleatoriamente al tratamiento o al grupo de espera. Se utilizaron técnicas de reestructuración cognitiva para orientar las percepciones erróneas de los jugadores sobre la aleatoriedad, la autoeficacia percibida, la percepción de control, el deseo de jugar y la frecuencia de juego. Los resultados tras el tratamiento muestran que el 88% de los sujetos ya no cumplían con los criterios DSM-IV para el juego patológico en comparación con el 20% del grupo control. Se observaron cambios similares en todas las variables del estudio. En el seguimiento (6,12 y 24 meses), se mantuvieron los logros terapéuticos.

Myrseth, Litlere, Stoylen y Pallesen de (2009) evaluaron la eficacia de la terapia de grupo cognitivo-conductual a corto plazo en juego patológico, comparándola con un grupo control en lista de espera. Los resultados del estudio mostraron que la terapia de grupo fue efectiva en tres variables: los criterios DSM-IV para el juego patológico, el dinero gastado en el juego durante la última semana, y el inventario de consecuencias negativas del juego. En base a ello concluyeron que es un tratamiento efectivo para la ludopatía.

Carlbring, Jonsson, Josephson, y Forsberg (2010) realizaron un estudio en el que investigaron dos tipos de terapia de grupo para el tratamiento del juego patológico; una de las terapias consistió en la entrevista motivacional y la otra fue una terapia cognitivo-conductual. Además emplearon un grupo control en lista de espera. Los resultados mostraron que ambas eran opciones de tratamiento significativamente

eficaces, dado que no se observó mejoría en el grupo de lista de espera, mientras que los logros conseguidos con las terapias grupales fueron consistentes a los 12 meses de seguimiento.

Aunque se han hecho estudios que avalan la eficacia de este tipo de intervención grupal en el juego patológico, sería conveniente que se llevasen a cabo trabajos más precisos, que facilitasen los elementos fundamentales que deben ser incluidos en este tipo de tratamientos, así como más investigaciones que comparasen la eficacia de las intervenciones grupales respecto a las individuales; no obstante, Rubio (2005) apunta que las pocas que han comparado ambos tipos de tratamientos muestran que ambos se muestran eficaces.

A pesar de lo anterior, hoy día, generalmente se aboga por el tratamiento individual dado que éste se centra en las características específicas de cada jugador. Pero existen motivos para creer que un tratamiento grupal en juego patológico puede resultar eficaz, además de constituir una intervención más eficiente que la individual, ya que los costes se verían muy reducidos (Labrador, 2012).

4.14.7. Aportaciones al tratamiento del juego patológico desde la neurociencia del aprendizaje

En un artículo muy reciente, Navas y Perales (2014) señalan que son múltiples los factores implicados en la génesis y el desarrollo del juego patológico. Estos autores apuntan que son de especial importancia, los factores de aprendizaje y, que desde la evidencia acumulada desde la neurociencia del aprendizaje (la cual posee tres niveles de análisis: conductual, cognitivo y neurobiológico) se entiende que:

Las alteraciones del sistema mesolímbico de la recompensa están ligadas a la sensibilidad a la recompensa de los jugadores patológicos y su vulnerabilidad a los programas de reforzamiento del juego de azar, (2) las anomalías de los sistemas orbitofrontales encargados de computar y contextualizar los beneficios y las pérdidas de las propias decisiones están igualmente vinculados a la alteración en la toma de decisiones, la hiposensibilidad al castigo y la rigidez en el aprendizaje identificadas en esta población y (3), al igual que en otros trastornos adictivos, la alteración de los sistemas prefrontales dorsolateral y dorsomedial de control cognitivo puede dar cuenta de la pobre

planificación de las conductas alternativas al juego y el debilitamiento de la capacidad para regular los impulsos, incluido el deseo intenso de jugar o *craving* (Navas y Perales, 2014, p. 157).

.En base a lo expuesto anteriormente, desde la neurociencia del aprendizaje, se entiende que el abordaje terapéutico, ha de ser integral, y debe estar orientado a la rehabilitación de las funciones que se encuentran alteradas. Más concretamente, los autores proponen el empleo de técnicas cognitivo-conductuales destinadas a la reducción de saliencia de incentivo, reducción y control del *craving* y mejora de la capacidad de planificación e inhibición.

Además proponen la utilización de técnicas de “economía conductual” para promover fuentes de reforzamiento distintas del juego y el empleo de simulación controlada de episodios de juego, de cara a facilitar el aprendizaje de la contabilización adecuada de los beneficios y pérdidas monetarios.

Finalmente, también hacen hincapié en la importancia de la correcta identificación de los factores de vulnerabilidad del paciente, que debe guiar el uso de las técnicas empleadas.

Estos resultados, a nivel de técnicas de intervención, van en la misma línea que las propuestas que se han mostrado eficaces hasta la fecha en el tratamiento del juego patológico (Echeburúa et al., 1999, 2000; Labrador y Fernández- Alba, 1999, 2002; Labrador et al., 2006; Labrador, et al., 2008; Fernández de la Cruz, 2010; Ladouceur et al., 2003), ya que plantea estrategias terapéuticas cognitivo-conductuales destinadas a generar cambios neurológicos. Es decir, plantean que la VI del trastorno es neurológica, y para intervenir utilizan estrategias cognitivo-conductuales (VVII) en lugar de intervenciones neurológicas. Los cambios neurológicos de los que se habla son las VVDD, y como tales podrían tomarse, para evaluar a este nivel si también los programas de tratamiento al uso producen cambios apreciables en las mismas.

Ahora bien, coincidimos con López y Costa (2012), en que, aunque la investigación actual en el campo de las neurociencias y de la biología molecular, está contribuyendo de manera significativa al conocimiento de los fenómenos neurofisiológicos, vasculares y moleculares que son correlatos estructurales en el

comportamiento humano, esas investigaciones, por sí solas, no ampliarán el conocimiento acerca de dicho comportamiento. Es decir, no hallarán en los circuitos neuronales el origen y la causa de los problemas psicológicos, ya que la neurotransmisión y el flujo vascular cerebral no son la conducta ni la causa de la conducta o de la experiencia problemática. Para los paradigmas de la psicología es el proceso transaccional entre contexto y biografía personal lo que origina un comportamiento. Es decir, está claro que sin cerebro no hay comportamiento, pero los fenómenos fisiológicos no son suficientes para que se produzca el mismo.

“Las experiencias vitales son, pues, auténticas experiencias biográficas psicofisiológicas, bioconductuales, al tiempo que son también contextuales y transaccionales” (López y Costa, 2012, p. 170).

4.14.8. Recuperación natural en juego patológico

Una pregunta que debemos realizarnos es si todos los jugadores patológicos necesitan recibir tratamiento. En la actualidad, las investigaciones controladas acerca de la evolución de los pacientes no tratados es muy escasa (Hodgins y El-Guebaly, 2000; Nathan, 2003). Se ha observado que mientras que algunos jugadores consiguen dejar de jugar por sus propios medios, otros no lo consiguen ni recibiendo el mejor tratamiento existente (Echeburúa, 2005).

Echeburúa, Báez y Fernández-Montalvo (1994), en su estudio, encuentran que el 25% de los pacientes pertenecientes al grupo de control, habían abandonado su conducta de juego a pesar de no haber recibido tratamiento a lo largo de 6 meses.

Carballo, Secades, Fernández, García y Sobell (2004) resumen los estudios que se han llevado a cabo relacionados con la recuperación natural del juego patológico, dado que es una estrategia por la que suelen optar las personas que padecen este problema.

Slutske, Jackson y Sher (2003) en su estudio longitudinal, hicieron cuatro evaluaciones a lo largo de 11 años a adolescentes que presentaban problemas con el juego. Los resultados revelaron que solo entre un 2% y un 5% de los sujetos continuaban sufriendo problemas con el juego a lo largo de las evaluaciones y éste

aparecía como un trastorno episódico; los autores concluyen que la recuperación natural en el juego patológico no constituye una excepción, sino más bien al contrario.

DeFuentes-Merillas, Koeter, Schippers y Van den Brink (2004) también realizaron un estudio longitudinal para evaluar la estabilidad temporal de los jugadores patológicos de “scratchcard” (tarjetas de rascar con las que se consiguen premios instantáneos) a lo largo de dos años; los resultados indican que entre un 11,1% y un 42,9% de los sujetos del grupo de jugadores patológicos que participaron en el estudio seguían cumpliendo los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de este trastorno, mientras que entre un 50% y un 67,9% aún obtenían puntuaciones mayores o iguales a tres en el SOGS-S. En el grupo de potenciales jugadores patológicos de “scratchcard”, sólo un 18,6% de los casos mantenía puntuaciones de tres o más en el SOGS-S en este mismo período temporal. Por tanto, en estos últimos, se redujo significativamente su conducta de juego y, en muchos de estos casos, dicha recuperación se produjo sin intervención terapéutica de ningún tipo.

Shaffer y Hall (2002) realizaron una investigación en la que evaluaron a empleados de un casino que presentaban o habían presentado juego patológico y problemas con el alcohol. Los resultados mostraron que el 22,6% de los sujetos había reducido significativamente su conducta de juego y el consumo de alcohol, sin recibir en la mayor parte de los casos, ningún tratamiento.

Koski-Jänes y Turner (1999) hicieron un estudio acerca de la recuperación natural en distintas adicciones (comportamentales y con sustancia). Los jugadores patológicos fueron agrupados con personas adictas al sexo y a las benzodiazepinas. La muestra estaba formada por ocho sujetos y el 25% de ellos se recuperaron de forma natural, sin recibir ningún tipo de tratamiento.

Como conclusión cabe señalar que es necesario llevar a cabo más estudios de este tipo, dado que son muy escasos y podrían ayudar a mejorar la eficacia de los tratamientos existentes, al brindar un mayor conocimiento sobre los factores involucrados en la recuperación natural.

4.14.9. Conclusiones acerca de los tratamientos

Pallesen, Mitsen, Kvale, Johnsen y Molde (2005), realizaron un meta-análisis en el que investigaron el efecto a corto y largo plazo de los tratamientos desarrollados para intervenir en el juego patológico, así como los factores relacionados con los resultados del tratamiento. La muestra analizada constaba de 37 estudios publicados entre 1968 y 2004, de los cuales fueron excluidos 15.

Los resultados encontrados por dichos autores, reflejan que las intervenciones psicológicas en juego patológico, parecen producir resultados muy favorables a corto y largo plazo, con tasas de éxito del 50% mantenidas en el tiempo.

Echeburúa y de Corral (2008), señala que las terapias han seguido un enfoque más conductual (control de estímulos y exposición con prevención de respuesta) o un enfoque más cognitivo, pero que ambos comparten elementos comunes al tratamiento en adicciones, como el entrenamiento en habilidades sociales, la resolución de problemas o la prevención de recaídas.

La tasa de éxito de los tratamientos suele aumentar hasta un 80% cuando se emplean técnicas conductuales (control de estímulos y exposición en vivo con prevención de respuesta) seguido de prevención de recaídas. Pero no se cuenta aún con un tratamiento basado en la evidencia, a pesar de que la terapia cognitivo-conductual constituya el tratamiento de elección (Echeburúa, 2014).

En lo que se refiere a las terapias farmacológicas como ya señalamos más arriba, George y Murali (2005) afirman que los estudios han demostrado que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), la naltrexona y los estabilizadores del humor son efectivos en el tratamiento del juego patológico, aunque ha de tenerse en cuenta que la evidencia empírica es escasa. La elección del fármaco puede guiarse en función de la existencia de la comorbilidad (George y Murali, 2005). Por tanto, el tratamiento de elección en este trastorno es el psicológico, aunque el farmacológico puede ser de utilidad en los casos en los que el sujeto presenta un estado de ánimo deprimido o un alto grado de impulsividad (Grant, Kim y Potenza, 2003).

En cuanto al objetivo terapéutico, el juego controlado puede ser una alternativa terapéutica para los jugadores jóvenes o para aquellos que aún no presentan una dependencia severa (Echeburúa, 2005).

Un importante reto para el futuro, consiste en conseguir que los pacientes que niegan o restan importancia a su problema, acudan a tratamiento, y otro, es disminuir la tasa de abandono (Linares, Palau, Santos, Albiach y Camacho, 2002). Para lo primero se han desarrollado estrategias motivacionales, y para lo segundo, ha comenzado a aplicarse la entrevista motivacional (Echeburúa, 2008).

Por tanto, a modo de conclusión, se puede afirmar que aunque se ha avanzado mucho en pocos años en el conocimiento de este problema, y la investigación señala como muy prometedoras las terapias cognitivo-conductuales, es necesario investigar y mejorar aún más en el tratamiento para este trastorno.

Oei, Raylu y Casey (2010) hacen referencia a que, por el momento, no se conoce cual de las terapias mencionadas (cognitivas y conductuales) es la más idónea o cual es la duración más adecuada de la terapia; y por otro lado, estos autores consideran que habría que delimitar el perfil de los pacientes que pueden verse beneficiados de un tipo de formato u otro de terapia (individual, grupal o de autoayuda).

Además, es conveniente que se aumente la concienciación de los profesionales de la salud respecto a los problemas con el juego, para una detección y tratamiento precoces (George y Murali, 2005).

CAPÍTULO V: JUEGO PATOLÓGICO Y *MINDFULNESS*

5.1. Introducción

La adicción, en un sentido estricto, implica una alteración de la conciencia a partir del consumo de una sustancia, de manera compulsiva y destructiva. Pero en un sentido más amplio, se puede decir que el ser humano es adicto por naturaleza, ya que las personas somos adictas a la búsqueda del placer y la evitación del dolor. Nuestra falta de aceptación de la realidad última de las cosas, conduce a una lucha sin fin para crear un mundo libre de dolor y lleno de placer; el adicto da sólo un paso más allá que le lleva al consumo de drogas o a conductas como el juego o el sexo compulsivo (Bien, 2009).

Por tanto, la práctica del *mindfulness* puede conllevar gran cantidad de efectos positivos tanto en aquellas personas que no presentan un problema de adicción, como en aquellos que sí los presentan, ya sea a una sustancia o a una conducta.

Aquellos que luchan contra una adicción, a menudo desarrollan patrones habituales en los que la conducta adictiva se produce de manera automática, como respuesta a factores desencadenantes con poca conciencia activa. Romper con este patrón es difícil. Por ello lo que pretenden las intervenciones basadas en *mindfulness* es interrumpir ese proceso, fomentando una conciencia flexible y proporcionando un espacio desde el cual la persona que presenta la adicción pueda ser consciente de los desencadenantes de la conducta problema de cara a elegir activamente como responder a ellos (Levin y Hayes, 2012).

5.2. *Mindfulness* y comportamientos adictivos: estado de la cuestión

Se ha realizado una búsqueda en dos bases de datos, PsycInfo y Scopus, con el objetivo de conocer aspectos que nos lleguen a proporcionar una visión general del contexto de trabajo de investigación en este tema: qué autores son los que más han investigado sobre *mindfulness* y adicciones, qué revistas, países y universidades son las que más han publicado sobre el tema, qué tipo de publicaciones son las que predominan en este campo y en qué áreas se ha investigado más acerca de ello. Queremos señalar que nuestra intención no es llevar a cabo un análisis bibliométrico en profundidad, sino tan sólo mostrar el estado de la cuestión que nos ocupa en los últimos diez años.

A continuación aparece una breve descripción de las dos bases de datos utilizadas:

PsycINFO

Se trata de la base de datos de la *American Psychological Association* (APA), con más de 1.5 millón de registros. Cubre literatura académica, de investigación y práctica psicológica procedente de más de 45 países en más de 30 idiomas; indexa, además de Psicología, materiales relevantes en disciplinas relacionadas tales como medicina, trabajo social, legislación, criminología, ciencias sociales, y comportamientos en las organizaciones. Su contenido respecto a los documentos, incluye revistas profesionales, tesis, capítulos de monografías y monografías, informes técnicos, etc. Es una fuente de información imprescindible para los investigadores, profesionales y estudiantes de psicología.

Como señalan Cordón, López, y Vaquero (2001) “Es una obra de referencia especializada en psicología y ciencias afines de gran valor para las revisiones bibliográficas, para empezar a trabajar en un tema determinado y estar seguro de no dejarse información relevante por conocer” (p. 164).

Scopus

Es una base de datos bibliográfica que contiene resúmenes y citas de artículos de revistas académicas. Para empezar a entendernos, podemos decir que *Scopus* es una base de datos sobre ciencia y tecnología que permite la consulta y el acceso a las referencias bibliográficas de 14.000 publicaciones científicas (*peer-review*) procedentes de 4.000 editoriales distintas y que, en total, proporciona acceso a unos 27 millones de referencias (Codina, 2005, p. 44).

Se trata de la mayor base de datos de citas y resúmenes de literatura arbitrada y de fuentes de alta calidad en la Web. *Scopus* se caracteriza por su integración con otros productos clave de Elsevier, como son *ScienceDirect* y *Scirus*, con el fin de ahorrar la duplicación del esfuerzo de los investigadores en el trabajo de búsqueda de la información y no demorar el avance de las investigaciones (Cañedo, Rodríguez y Montejo, 2010).

Scopus, es una base de datos multidisciplinar y se ha seleccionado por dos razones:

1. Engloba la mayor colección a nivel mundial de literatura científica, técnica y médica.
2. Aporta gráficas muy clarificadoras del estado de la cuestión.

Resultados de PsycInfo

La búsqueda realizada en la base de datos *PsycInfo* acerca de las publicaciones existentes sobre *mindfulness* y adicciones entre 2004 y 2014, ha dado como resultado 243 publicaciones, de las cuales 214 se sitúan entre el año 2009 y 2014. Se trata de 199 (82%) artículos científicos, 32 (13%) libros, 7 tesis doctorales (3%) y 5 (2%) colecciones electrónicas, como se puede observar en la **figura 4**. Del total de las publicaciones 109 son estudios empíricos, 104 estudios cuantitativos, 28 entrevistas, 15 revisiones de literatura, 15 ensayos de tratamiento clínico y 12 estudios de seguimiento.



Figura 4: Tipo de publicaciones encontradas en *PsycInfo*.

Por otro lado, las revistas que más han publicado acerca de este tema, como se observa en la **figura 5**, son:

- *International Journal of Mental Health and Addiction* (con 17 artículos).
- *International Journal of the Addictions* (con 17 artículos).
- *Substance Use y Misuse* (con 17 artículos).
- *Mindfulness* (con 14 artículos).
- *Bulletin of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors* (con 8 artículos).

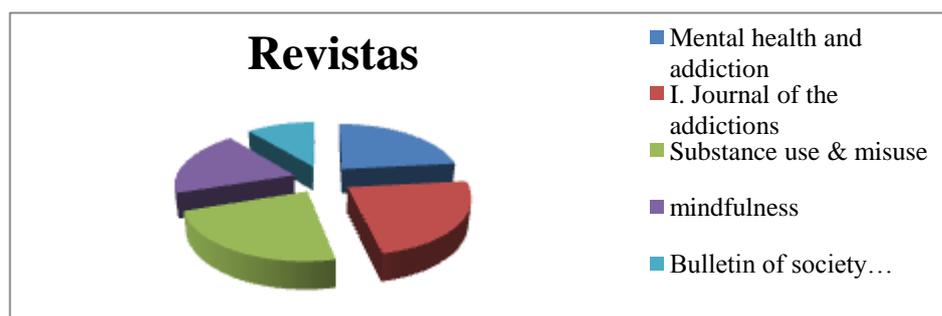


Figura 5: Revistas más productivas según *PsycInfo*

Los instrumentos más utilizados en las publicaciones sobre *mindfulness* y adicciones según *PsycInfo* son: el “*Five Facet Mindfulness Questionnaire*” (FFMQ), que aparece en 17 publicaciones, seguido de la “*Mindful Attention Awareness Scale*” (MAAS), que ha sido empleado en 11.

Resultados de Scopus

En la base de datos *Scopus*, también hemos realizado una búsqueda acerca de las publicaciones sobre *mindfulness* y adicciones entre el año 2004 y 2014. El volumen de publicaciones encontrado es bastante menor al de *PsycInfo*, 162 documentos, ya que no se trata de una base de datos especializada en psicología como ésta. Se han extraído los siguientes resultados:

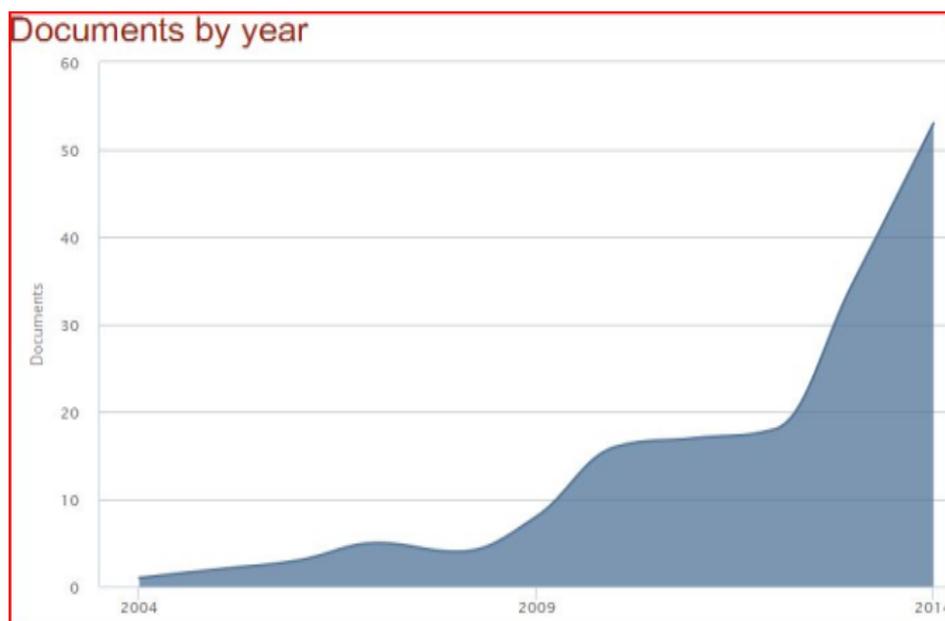


Figura 6: Documentos por año según *Scopus*

Como se puede observar en la **figura 6**, el número de publicaciones que tratan sobre *mindfulness* y adicciones ha ido creciendo de manera regular. Se puede ver como la producción aumenta cada año, siendo el año 2014 en el que existe mayor producción científica con 53 publicaciones. En los últimos cinco años se han publicado 147 documentos de los 162 que conforman el total, lo que coincide con los resultados de *PsycInfo*.

Esto indica, que el empleo de *mindfulness* en el campo de las adicciones se está extendiendo cada vez más dentro de la psicología, así como en otras disciplinas y, que está produciendo progresivamente un mayor interés, relevancia y aceptación en los últimos años.

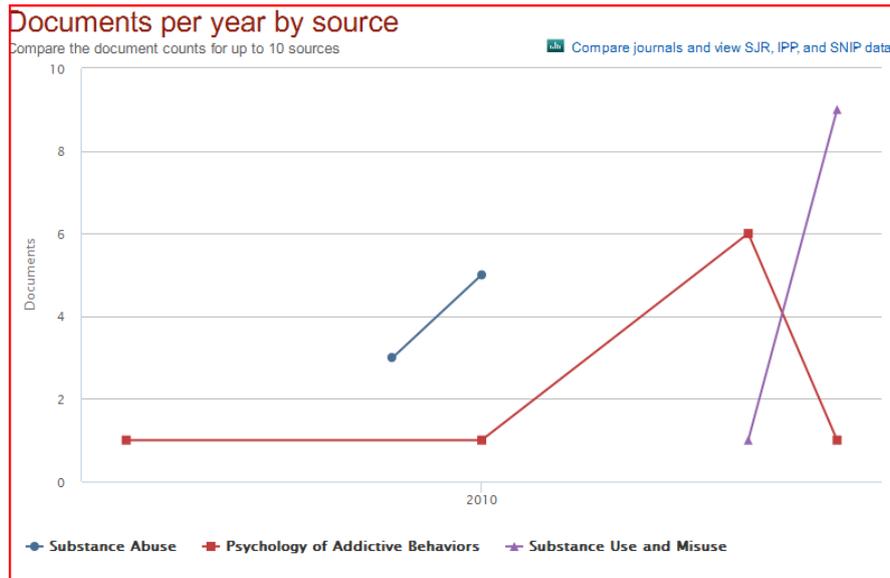


Figura 7: Documentos por año y fuente según *Scopus*

En la **figura 7**, se observan las tres revistas que más han publicado en los últimos diez años sobre *mindfulness* y adicciones:

- En primer lugar, con 10 artículos, encontramos la *Journal of Substance Abuse Treatment* (JSAT).
- En segundo lugar, con 9 artículos, encontramos la revista *Psychology of Addictive Behaviors*.
- En tercer lugar, con 8 artículos, aparece la revista *Substance Use y Misuse*.

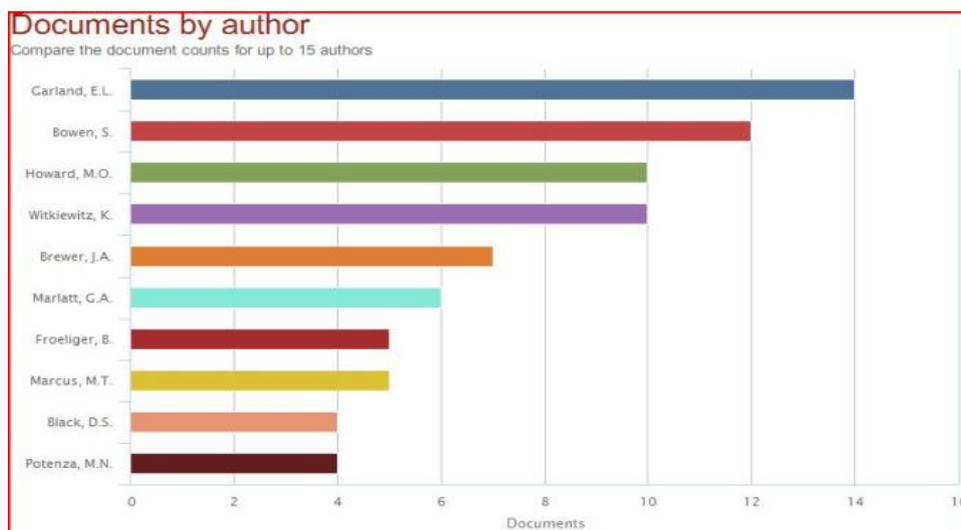


Figura 8: Documentos por autor según *Scopus*

En la **figura 8**, podemos ver que el autor que más ha publicado sobre *mindfulness* y adicciones, con 14 publicaciones, es Eric L. Garland, investigador en psicología clínica y psicoterapeuta. Desempeña su trabajo como profesor Asociado en la Universidad de Utah (en la facultad de trabajo social) y es director asociado de medicina integrativa en oncología, en el Instituto Hunstman del cáncer.

La siguiente autora que más ha publicado sobre el tema, con 12 publicaciones, es Sarah Bowen, psicóloga clínica y profesora adjunta en la Universidad del Pacífico, así como profesora adjunta en el departamento de psiquiatría y ciencias del comportamiento en de la Universidad de Whasington en Seattle. Recibió su formación doctoral bajo la tutoría del Dr. Alan Marlatt en la Universidad de Washington. La investigación del Dr. Bowen se centra principalmente en las terapias basadas en *mindfulness* para la prevención de recaídas, con especial énfasis en los mecanismos de cambio. Es co-autora del libro “Prevención de recaídas en conductas adictivas basada en *mindfulness*: Guía Clínica”, que es un protocolo con demostrada eficacia en este campo.

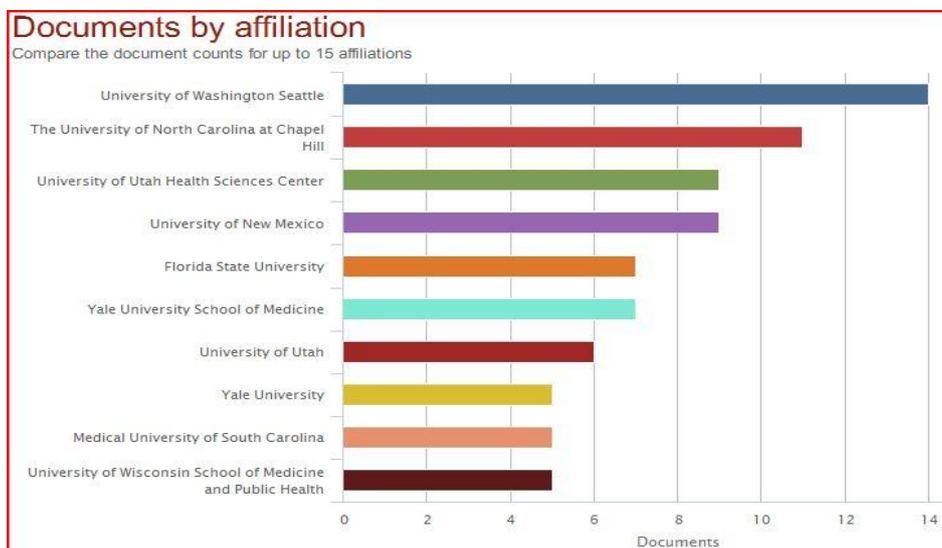


Figura 9: Documentos por afiliación según *Scopus*

·En la **figura 9**, se pueden observar los centros que han realizado más publicaciones científicas en este campo. La Universidad de Washintong (Seattle), es la que más publicaciones ha hecho sobre *mindfulness* y adicciones entre 2004 y 2014 con 14, seguida de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill con 11 publicaciones. Todos los centros más productores pertenecen a EE.UU.

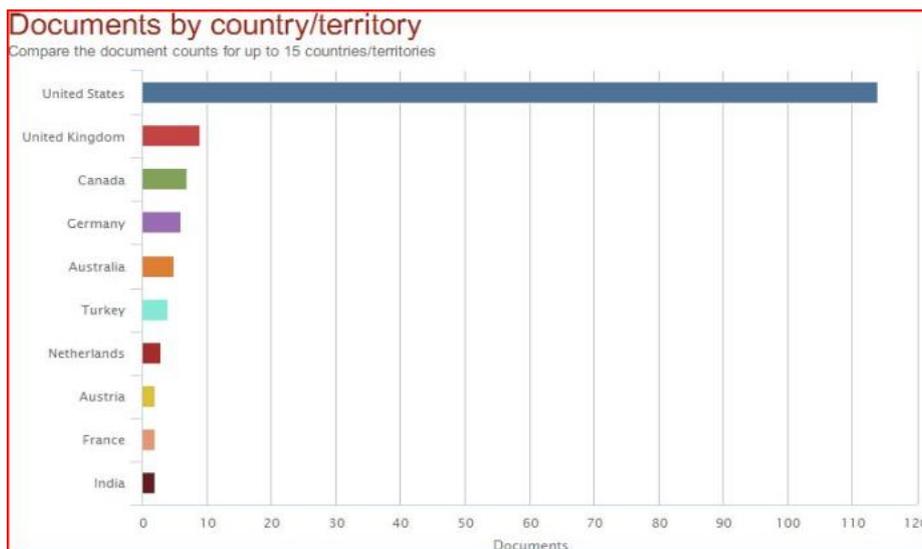


Figura 10: Documentos por países según *Scopus*

Como vemos en la **figura 10**, EE.UU es el país que más ha publicado sobre *mindfulness* y adicciones, con 114 publicaciones, cosa que concuerda con la **figura 4**, en la que las universidades más productoras pertenecían a EE.UU. El siguiente país que más ha publicado sobre ello, es Inglaterra, a una gran distancia del primero, con sólo 9 publicaciones.

Por otra parte, observamos que España no aparece entre los 10 más productores; de hecho se sitúa en el puesto 22 con una publicación.

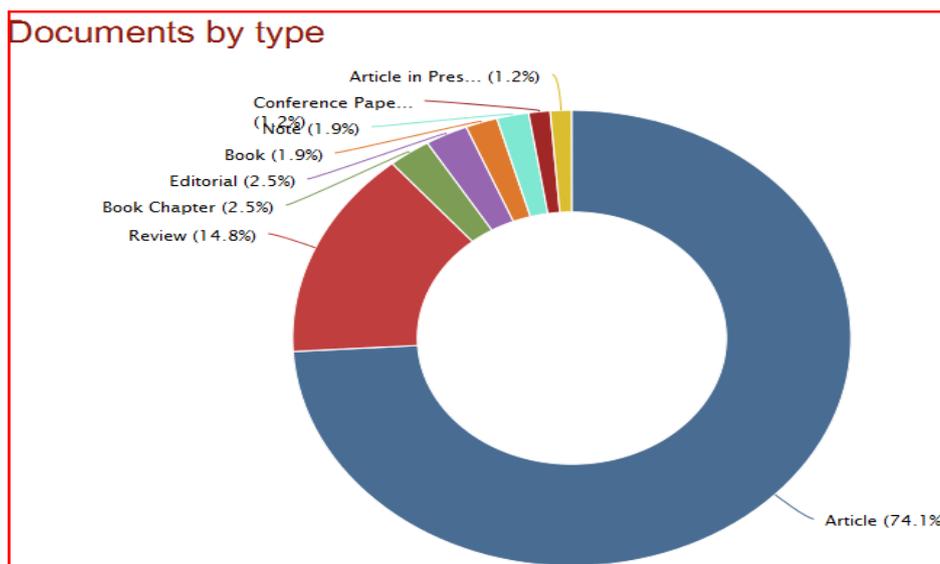


Figura 11: Tipos de documentos según *Scopus*

En lo que se refiere al tipo de documento en el que se han hecho las publicaciones sobre este tema, se observa que en un 74% de las ocasiones se trata de artículos científicos, que es el formato que suele utilizar la ciencia para la transmisión del conocimiento (ver **figura 11**).

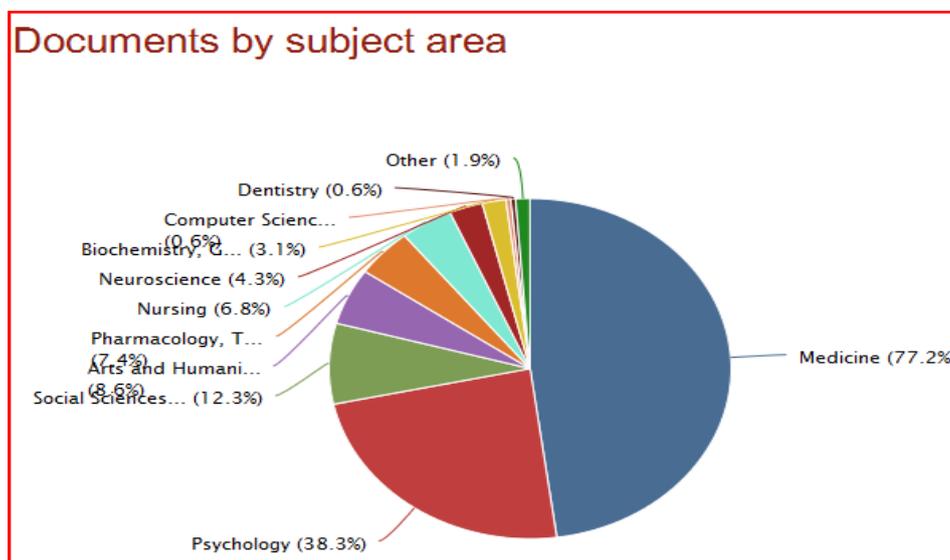


Figura 12: Documentos por áreas según *Scopus*

Respecto a las áreas de investigación en las que aparecen publicaciones sobre *mindfulness* y adicciones, vemos en la **figura 12**, que un 77,2% pertenecen al campo de la medicina, seguida por la psicología, donde se encuentran el 38,3% de las mismas.

A pesar de que la mayoría de las publicaciones, se encuentran en las dos áreas anteriores, podemos observar que el *mindfulness* como técnica de intervención en adicciones, es tema de investigación en otros campos muy variados como son las ciencias sociales, psicofarmacología, enfermería, neurociencias, informática y odontología, entre otros (ver **figura 12**).

5.3. Trastornos relacionados con sustancias y *Mindfulness*

El problema de salud pública que supone a nivel mundial, el consumo abusivo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, junto con la mala utilización de los tratamientos disponibles para dichos problemas, apunta una necesidad urgente de un tipo de intervención, breve, de bajo coste y accesible para servir a las personas que sufren adicción al alcohol u otras drogas (Marlatt y Witkiewitz, 2002).

En los Trastornos relacionados con sustancias, los tratamientos basados en el enfoque cognitivo-conductual, han sido los más investigados en lo que se refiere a las intervenciones no farmacológicas basadas en la evidencia. Pero incluso en este contexto las intervenciones conductuales de tercera generación que utilizan *mindfulness*, pueden aportar resultados beneficiosos, que merece la pena ser investigados; en concreto, resulta de interés en los problemas de adicción, y en particular en problemas relacionados con la regulación afectiva que a menudo concurren con trastornos por abuso de sustancias (Hoppes, 2006).

Otro aspecto que hace que cobre sentido la intervención basada en *mindfulness* para los problemas de adicción, es el vínculo que existe entre el estrés y la adicción, lo cual es algo bien conocido. El estrés aumenta la probabilidad de consumo de alcohol y drogas, y puede precipitar la recaída después del tratamiento. Los médicos e investigadores reconocen la necesidad imperiosa de incorporar técnicas de manejo del estrés tanto en pacientes hospitalizados como en tratamiento ambulatorio. El objetivo, es ayudar a los clientes a reemplazar el consumo de sustancias por habilidades de afrontamiento saludables cuando se enfrentan a los factores estresantes que pueden desencadenar una recaída (Marcus y Zgierska, 2009).

Parece que los pioneros en este ámbito, tales como Alan Marlatt, han estado poniendo en marcha prácticas de meditación en los programas de adicciones a drogas, desde hace más de cuatro décadas; sin embargo, las publicaciones que informan sobre el uso del *mindfulness* como una terapia aplicada a los trastornos relacionados con sustancias, comenzaron a publicarse en revistas empíricas a principios de los 2000 (Black, 2012).

Algunas de las explicaciones de por qué el *mindfulness* resulta una técnica eficaz en el tratamiento de las adicciones con sustancia, pueden ser las siguientes (Marlatt, et al., 2004):

1. Durante la práctica de la atención plena, la persona se expone a pensamientos, emociones, y sensaciones negativas (como los impulsos, por ejemplo), cosa que junto con la prevención de respuesta puede producir una desensibilización y aceptación de los pensamientos no deseados. Esto ayudaría a conseguir la extinción operante de las conductas de consumo

mantenidas con anterioridad por refuerzo negativo: escapar de los estados afectivos negativos a través del abuso de sustancias.

2. Además, la meditación puede influir en la reactividad fisiológica (Infante et al., 2001; Kjaer et al., 2002; Newberg et al., 2001).

Actualmente existen un gran número de estudios llevados a cabo en el ámbito de las adicciones con sustancia en los que se emplea *mindfulness*, algunos de los cuales presentamos a continuación:

El Centro de Investigación de Conductas Adictivas de la Universidad de Washington llevó a cabo dos estudios sobre el uso de meditación Vipassana como un tratamiento independiente de los problemas de alcohol y drogas (Marlatt et al., 2004).

El primer estudio, contó con una muestra de 306 reclusos, hombres y mujeres, con edades comprendidas entre 19 y 58 años; la mayoría presentaba problemas de abuso de sustancias, así como problemas de aprendizaje y enfermedad mental. Las conclusiones de este estudio señalan que en el grupo experimental (grupo de meditación Vipassana), los pacientes mostraron una disminución de la estrategia de afrontamiento “supresión del pensamiento”, un hallazgo consistente con los principios de la meditación Vipassana, que podrían desempeñar un papel importante en la reducción de las tentaciones y el deseo de consumo. No obstante, estos datos no son concluyentes.

El segundo estudio, evaluó a los participantes que asisten a cursos de meditación Vipassana en cuatro estados diferentes de EE.UU. Debido a una disponibilidad temporal limitada y a la falta de recursos, llevaron a cabo un estudio observacional con seguimiento y evaluación del programa, sin grupo control. Este estudio piloto fue diseñado para probar la viabilidad de llevar a cabo investigaciones en los centros de Vipassana en todo el país, y obtener datos sobre las características y el nivel de consumo de sustancias entre las personas que voluntariamente participaron en el curso, así como, la efectividad del entrenamiento de Vipassana en una población no reclusa. Los resultados mostraron mejoras significativas en motivación para el cambio, depresión, habilidades interpersonales, somatización, *locus* de control relacionado con la bebida, y autorregulación. El alcohol y el consumo de drogas no se evaluaron después del curso, ya que los participantes se comprometieron a no utilizar el alcohol u otras

sustancias psicoactivas durante el curso. Por lo tanto, no hay datos en relación a resultado de consumo de sustancias en esta muestra.

Marlatt et al. (2004) afirman que, si tomados en conjunto, los resultados preliminares de estos estudios apoyan la viabilidad y la eficacia clínica del curso de meditación Vipassana para reducir el consumo de alcohol y de drogas y problemas relacionados, así como los síntomas psiquiátricos, la supresión del pensamiento, y la mejora de las cogniciones relacionadas con el alcohol, el optimismo, la autorregulación y la disposición al cambio. Los resultados positivos en las dos poblaciones muestreadas en estas investigaciones prestan apoyo a la meditación Vipassana como una intervención eficaz para los trastornos relacionados con sustancias y los trastornos psiquiátricos, tanto para las personas encarceladas como no encarceladas.

Leigh, Bowen y Marlatt (2005), llevaron a cabo un estudio en el que probaron la fiabilidad y validez de un instrumento de medida de atención plena, el Inventario Freiburg *Mindfulness* (FMI). Exploraron la relación entre la atención plena y la espiritualidad, e investigaron la relación entre la atención plena y / o la espiritualidad y el uso de alcohol y tabaco en una población universitaria compuesta por 196 sujetos. Los resultados apoyan la fiabilidad del FMI y sugieren que la espiritualidad y la atención plena pueden ser constructos separados. Además, el tabaquismo y el consumo abusivo de alcohol se correlacionaron negativamente con las puntuaciones de espiritualidad; una mayor espiritualidad se tradujo en una disminución del consumo de alcohol y tabaco. Por lo tanto, la espiritualidad puede estar relacionada con la disminución de consumo de sustancias. Por el contrario, se encontró una relación positiva entre la atención plena y la conducta de fumar y beber de forma excesiva, lo que conlleva la necesidad de una mayor investigación al respecto.

Zgierska, Rabago, Chawla, Kushner, Koehler y Marlatt (2009) realizaron una revisión sistemática acerca del *mindfulness* y el abuso de sustancias. Llevaron a cabo un estudio en el que revisaron la evidencia existente sobre intervenciones basadas en atención plena en los trastornos relacionados con sustancias. Encontraron 2000 resúmenes de los que seleccionaron 25 (22 publicados y 3 inéditos: 8 ensayos controlados aleatorios, 7 controlados no aleatorios, 6 estudios no controlados prospectivos, 2 estudios cualitativos y 1 estudio de caso). Concluyen que, en general, la

evidencia preliminar sugiere la eficacia de la intervención basada en la atención plena para los trastornos relacionados con sustancias, aunque los datos no son concluyentes y existen limitaciones metodológicas en la mayoría de los estudios.

Brewer et al. (2009) compararon los efectos del entrenamiento en *mindfulness* y la terapia cognitivo-conductual (TCC) en personas con problemas de consumo de alcohol y/o cocaína. En este estudio los sujetos fueron asignados al azar a cada uno de los tratamientos; tras finalizar los mismos, ambos grupos participaron en una tarea de provocación de estrés, seguida de medidas de auto-informe y de mediciones psicofisiológicas. Los resultados indicaron que los sujetos que participaron en el grupo de *mindfulness* mostraban respuestas más reducidas (tanto psicológicas como fisiológicas) como respuesta al estrés, que el grupo de TCC.

Garland, Schwarz, Kelly, Whitt y Howard (2012), realizaron un estudio en el que emplearon metodología cualitativa para mejorar la comprensión de los efectos del tratamiento basado en *mindfulness*. La muestra estaba formada por 18 sujetos adultos adictos al alcohol, residentes en una comunidad terapéutica, que asistieron a un programa de intervención basado en *mindfulness*. Los investigadores realizaron entrevistas para recoger los relatos de los participantes y concluyen que el entrenamiento *mindfulness* puede ayudar a las personas adictas al alcohol, y resulta una intervención factible a la hora de implementarla en un entorno de tratamiento residencial.

Katz y Toner (2013) realizaron una revisión sistemática sobre las diferencias de género en la efectividad de los tratamientos basados en *mindfulness* en los trastornos relacionados con sustancias. Estos autores llevaron a cabo dicha revisión en bases de datos de revistas y encontraron que en dos de los artículos -basados en estudios controlados aleatorios-, no se apreciaban diferencias de género en la eficacia del tratamiento basado en la atención plena para el consumo de sustancias. Por otro lado, una serie de estudios cuasi- experimentales encontraron que las mujeres podían haberse beneficiado más del tratamiento basado en *mindfulness*. Estos autores concluyen que en general la atención plena resulta prometedora como tratamientos para los trastornos relacionados con sustancias, aunque se necesita investigación adicional.

En un estudio, Garland, Roberts-Lewis, Kelley, Tronnier y Hanley (2014), tuvieron como objetivo identificar los mediadores afectivos, cognitivos y los procesos mentales dirigidos al cambio, en la relación entre el *mindfulness* y el deseo. Los datos fueron extraídos de una muestra compuesta por 165 personas que recibieron tratamiento residencial para trastornos relacionados con abuso de sustancias. Los resultados indicaron que la asociación entre la puntuación total de atención plena en el Cuestionario FFMQ y el alcohol/ansia por la droga estaba mediada de un modo estadísticamente significativo por el afecto negativo (medida por el PANAS, $\beta = -0,13$) y la reevaluación cognitiva (medida por el CERQ, $\beta = -0,08$), pero no por la disposición al cambio (medido por el URICA, $\beta = -0,001$). En este estudio, se discuten las implicaciones para el tratamiento basado en *mindfulness* para personas que presentan adicción a sustancias, y se apuntan también limitaciones.

Himmelstein (2011) realizó un estudio piloto, en el que comprobó la eficacia de un tratamiento de 8 semanas de prevención de recaídas basada en atención plena para trastornos relacionados con sustancias. La muestra estaba constituida inicialmente por 60 jóvenes reclusos, aunque posteriormente se redujo a 48. Se investigaron los efectos de dicho tratamiento sobre la percepción subjetiva de la impulsividad, el riesgo percibido del consumo de drogas y la autorregulación sana. Se empleó un método mixto, en el que se utilizaron datos cualitativos, como apoyo a los datos cuantitativos. Y los resultados mostraron una reducción significativa de la impulsividad y un aumento significativo en la percepción del riesgo del consumo de drogas. Sin embargo, no se encontraron diferencias en la autorregulación auto-informada.

Aunque muchos resultados de investigación sugieren que el entrenamiento en *mindfulness* es viable, este área de investigación, aún joven, requiere mucha más investigación para validar estos hallazgos preliminares (Black, 2012).

Chiesa y Serretti (2014) apuntan que las intervenciones basadas en *mindfulness* son cada vez más utilizadas para el tratamiento psicoterapéutico en los trastornos relacionados con sustancias. Estos autores, después de revisar la evidencia actual sobre la eficacia terapéutica del *mindfulness* en un total de 24 estudios, concluyen que las intervenciones basadas en la atención plena, pueden reducir el consumo de varias sustancias como el alcohol, la cocaína, las anfetaminas, la marihuana, los opiáceos y el

tabaco en un grado significativamente mayor si se compara con el grupo control. Alguna evidencia preliminar también sugiere que dichas intervenciones están asociadas con una reducción del deseo o *craving*, así como un aumento de la atención plena. No obstante, existen limitaciones en los estudios realizados tales como tamaños reducidos de muestra, dificultades metodológicas y replicaciones inconsistentes de los estudios. Todo ello nos anima a seguir trabajando para tratar de superar estas dificultades.

5.3.1. Prevención de Recaídas basada en *Mindfulness*

Las intervenciones psicológicas que se han sometido frecuentemente a evaluación para demostrar eficacia en prevención de recaídas en las adicciones, han sido las pertenecientes al enfoque cognitivo-conductual; no obstante, en los últimos años ha ido creciendo el interés por la técnicas basadas en *mindfulness*, como posible complemento a estas intervenciones.

Por tanto, en la prevención de recaídas basada en la atención plena, se combinan técnicas tales como, la identificación de situaciones de alto riesgo, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, etc., incluyendo la práctica de la meditación. Con ésta última, lo que se pretende es que los sujetos puedan observar sus estados físicos, emocionales, cognitivos y el *craving* sin verse obligados a reaccionar inexorablemente de forma automática ante los mismos. Se trata de que aprendan a “investigar” dichos estados en lugar de escapar de ellos; se asume que si la persona presta atención “amablemente” a los estados afectivos y cognitivos problemáticos, con el entrenamiento será capaz de distanciarse de ellos -entendiéndolos como resultados cognitivos que evolucionan con el tiempo, no entendiéndolos como hechos inmutables-, y conseguirá introducir una pausa que interrumpa la reacción habitual. Con el tiempo, la exposición repetida a la experiencia evitada previamente (por ejemplo, estados depresivos), en ausencia de respuestas habituales desadaptativas (consumo de sustancias), puede debilitar la respuesta de deseo en los momentos en que la persona presenta un bajo estado de ánimo (Witkiewitz y Bowen, 2010).

A continuación se recogen una serie de estudios que ponen de manifiesto el interés que despierta la “atención plena” en el abordaje de la prevención de recaídas:

Bowen et al. (2009) en un estudio controlado aleatorio, trabajaron con una muestra formada por 168 sujetos adultos con trastornos relacionados con sustancias, que habían terminado recientemente su hospitalización o tratamiento ambulatorio. Evaluaron la viabilidad y eficacia de un programa de 8 semanas de prevención de recaídas basado en *mindfulness*, en comparación con el tratamiento habitual (tratamiento de auto-ayuda). Dicha evaluación se llevó a cabo antes de la intervención, y dos y cuatro meses después de ésta. La eficacia inicial fue apoyada por tasas significativamente más bajas de consumo de sustancias en el grupo que recibió el tratamiento de prevención de recaídas basada en *mindfulness*, en comparación al grupo que recibió el tratamiento habitual. Y además, mostraron una mayor disminución del deseo, y un aumento de la aceptación y de actuar con conciencia que el grupo que sólo recibió el tratamiento habitual. Por tanto, estos resultados apoyan la prevención de recaídas basada en *mindfulness* para aquellos que han completado recientemente un tratamiento intensivo para abandonar el consumo de sustancias.

Witkiewitz, Lustyk y Bowen (2013) realizaron un estudio titulado “Reprogramación del cerebro adicto: una revisión de los mecanismos neurobiológicos de la prevención de recaídas basada en *mindfulness*”. Estos autores apuntan que los estudios clínicos han aportado pruebas de que el deseo y el bajo estado de ánimo, son fuertes predictores de la recaída. Además, el esfuerzo por tratar de evitar éstos, se ha descrito como motivo principal para el consumo de sustancias. La prevención de recaídas basada en *mindfulness* ha sido un tratamiento diseñado para disminuir o eliminar el deseo y el afecto negativo, así como su papel en el proceso de recaída, ofreciendo habilidades para la prevención de recaídas a partir de la terapia cognitivo-conductual y la práctica de la atención plena. Dicha práctica, tiene por objeto aumentar el conocimiento discriminativo, con un enfoque especial en la aceptación de los estados desagradables o situaciones difíciles, sin reaccionar de manera “automática” a los mismos. Por otro lado, estos autores señalan que un estudio reciente encontró que el grupo experimental mostró tasas significativamente más bajas en consumo de sustancias y una mayor disminución del deseo después del tratamiento de prevención de recaídas basada en *mindfulness*, en comparación con el grupo control. Por último, hacen referencia a que también se ha demostrado que las áreas del cerebro que se han asociado con el deseo y el afecto negativo, factores que llevan a la recaída, sufren modificaciones

funcionales con la práctica continuada de *mindfulness*.

Blasco, Martínez-Raga, Carrasco y Didia-Attas (2008) llevaron a cabo un trabajo que revisaba la relación entre los procesos atencionales y el *craving*. En dicho trabajo, se analizaron los distintos elementos integrantes de la atención y, sobre todo, la relevancia de la atención selectiva sobre el *craving* y las etapas iniciales de la recaída. Además se revisaron las estrategias psicológicas que se han mostrado eficaces frente al *craving* y, finalmente, se discutieron las características del *mindfulness* y su potencial utilidad en el abordaje de los trastornos adictivos en general y más concretamente en el *craving*. Estos autores concluyen que pese a que existen todavía cuestiones sin resolver en lo que se refiere al *mindfulness*, los datos aportados hasta el momento apoyan la hipótesis sobre la necesidad de incrementar la capacidad observacional de los procesos mentales, por parte del adicto, para disminuir la probabilidad de recaídas.

Witkiewitz y Bowen (2010) en su estudio sobre depresión, *craving* y consumo de sustancias, quisieron comprobar la efectividad de un programa de prevención de recaídas basado en la atención plena. Contaron con una muestra formada por 168 sujetos de una media de edad de 40-45 años, los cuales fueron asignados al azar a 8 sesiones de prevención de recaídas basada en la atención plena (grupo experimental) o al tratamiento habitual (grupo control). Los resultados confirman que el tratamiento de prevención de recaídas basado en atención plena atenúa los síntomas depresivos y las ganas de fumar; de este modo, esta intervención parece influir en las respuestas cognitivas y conductuales de los síntomas depresivos, lo que explica en parte la reducción del consumo de sustancias en dicho grupo. Aunque los resultados son preliminares, este estudio proporciona evidencia acerca de este tratamiento preventivo en los trastornos relacionados con sustancias.

Por otra parte, el protocolo de prevención de recaídas en conductas adictivas que más apoyo empírico tiene hasta el momento, es el de Bowen, Chawla y Marlatt (2013), que aparece descrito en su libro titulado “Prevención de recaídas en conductas adictivas basada en *Mindfulness*: Guía clínica”, que se apoya en el estudio comentado anteriormente de Bowen et al. (2009).

Recoge un programa post-intervención (para personas que han finalizado un tratamiento para trastorno relacionado con sustancias) que integra técnicas cognitivo-

conductuales con la práctica de *mindfulness*.

Parece que, en general, el tratamiento de Prevención de Recaídas Basado en la Atención Plena, se muestra prometedor en el tratamiento de las adicciones, aunque aún sea necesario investigar mucho más en este campo, debido a las limitaciones existentes en los estudios realizados hasta la fecha y al escaso número de los mismos.

5.4. Relación entre las adicciones con sustancia y el juego patológico

Resulta clara la semejanza que existe entre el juego patológico y las adicciones con sustancia, como ya mencionamos en el capítulo anterior. Además debemos tener en cuenta la alta comorbilidad existente entre la adicción al juego y el abuso de sustancias, sobre todo con el alcohol. Por otra parte, el DSM-V introduce el juego patológico en el apartado de las adicciones con sustancia denominado “Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos”, lo cual supone un cambio respecto al DSM-IV. Para ser más específicos, el sub-apartado en el que aparece se denomina “Trastornos no relacionados con sustancias”, en el cual sólo se incluye el juego patológico.

En la introducción de este apartado del DSM-V, se justifica que se ha incluido el juego patológico en el mismo, dado que los comportamientos de juego activan sistemas de recompensa similares a los activados por las drogas, lo cual produce síntomas comportamentales similares a los trastornos relacionados con consumo de sustancias.

Echeburúa, Salaberría, y Cruz-Sáez (2014), señalan que es más preciso hablar de adicción que de dependencia, ya que la tolerancia y el síndrome de abstinencia están también presentes como respuesta a algunos psicofármacos, y no necesariamente implican la existencia de adicción (dado que es necesario que se presente junto con éstos, el *craving* por consumir una sustancia o realizar una conducta “placentera”).

Estos autores, apuntan que un factor que ha contribuido de manera fundamental a la incorporación de este problema al ámbito de las adicciones, es la inclusión del ansia por la droga/conducta placentera, como criterio diagnóstico. Por ello, lo relevante de este apartado del DSM-V es la adicción en sí misma, con independencia de que ésta se

corresponda con una sustancia psicoactiva o una conducta placentera, dada la similitud sintomatológica y el sistema de activación cerebral implicado.

Tras la revisión de los criterios diagnósticos de estos trastornos, advertimos gran similitud entre ellos, a saber:

- Tolerancia: necesidad de jugar cada vez mayor cantidad de dinero o hacerlo de manera más frecuente, para alcanzar el mismo nivel de excitación o placer.
- *Craving*: deseo irrefrenable de realizar la conducta de juego.
- Abstinencia: el jugador muestra inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego.
- Realización de la conducta adictiva a pesar de sus consecuencias negativas.

Otras similitudes que comparten el juego patológico y los trastornos relacionados con sustancias son: la preocupación, uso de medicamentos para aumentar el estado de ánimo, alejamiento o descuido de las relaciones sociales y familiares, abandono de actividades gratificantes y aparición de problemas legales.

Una diferencia encontrada entre los dos trastornos, es que se considera que el juego patológico es un trastorno en el que las variables cognitivas juegan un papel más determinante que los trastornos relacionados con sustancias, ya que existe una gran presencia de distorsiones cognitivas relacionadas con la capacidad de ganar en los juegos de azar (Upfold, 2014).

A nivel cerebral, las similitudes y diferencias de ambos trastornos han sido estudiadas por Leeman y Potenza (2012). Estos autores realizaron una investigación en la que observaron varias similitudes entre el juego patológico y los trastornos relacionados con sustancias, fundamentalmente malos resultados en tareas cognitivas, elección de respuesta y la tendencia y rasgos impulsivos. Los hallazgos sugieren que la disfunción se da en regiones cerebrales similares, incluyendo la corteza ventromedial prefrontal, el cuerpo estriado y sistemas neurotransmisores similares, incluyendo el dopaminérgico y el serotoninérgico.

5.5. *Mindfulness* como técnica de intervención psicológica en el juego patológico

Como ya hemos visto en apartados revisados anteriormente, la terapia cognitivo-conductual (TCC) es el principal tratamiento basado en la evidencia para el juego patológico. Pero aunque la TCC ha demostrado eficacia en este problema, las tasas de recaída y la falta de respuesta al tratamiento siguen siendo altas. Dadas estas limitaciones parece justificado considerar estrategias de intervención en las que el empleo de técnicas de *mindfulness* y atención plena puedan aportar resultados que mejoren los resultados en el abordaje terapéutico en adicciones (Toneatto y Millar, 2004). Cabe señalar que los programas más importantes en los que se emplea *mindfulness* o atención plena, han integrado esta técnica con las estrategias la TCC para distintos *problemas* de salud mental.

El interés que despierta el *mindfulness* como técnica de intervención psicológica en el abordaje del juego patológico, surge debido a la evidencia empírica que esta técnica está demostrando en los trastornos relacionados con sustancias, como ya detallamos con anterioridad.

Las investigaciones realizadas hasta la fecha, que estudian el papel de la atención plena en el tratamiento de las adicciones conductuales se han centrado, exclusivamente, en el juego patológico, aunque ya empiezan a surgir estudios acerca de la adicción al trabajo (Shonin, Van Gordon, y Griffiths, 2014). Estudios transversales han demostrado que los niveles de atención plena correlacionan negativamente con la severidad de los problemas con el juego, la estrategia de afrontamiento de reprimir los pensamientos, y la angustia o malestar psicológico.

Los mecanismos clave que permiten que el *mindfulness* sea una técnica que ayuda en los problemas relacionados con el juego, según Shonin, Van Gordon, y Griffiths (2014), son:

1. Un cambio de percepción y la introducción de un nuevo modelo de respuesta a los estímulos, que permita diferenciar a los individuos sus procesos cognitivos y, aprender que estos son eventos pasajeros.

2. Sustituir la conducta adictiva por la realización de la práctica de *mindfulness*, que permita la eliminación de los síntomas y la disminución de las recaídas.
3. Cambio en el *locus* de control, pasando de una atribución externa a una interna, con un incremento de la capacidad atencional en situaciones relacionadas con el estrés.
4. La modificación de los síntomas disfóricos vinculados con la vergüenza relacionada con el juego; los jugadores habitualmente no muestran actitudes de compasión ni hacia sí mismos ni hacia los demás.
5. La disminución de la importancia concedida a la recompensa (“enfoque miope de la recompensa”), habitual en los sujetos que presentan problemas con el juego.
6. El aumento de la conciencia, que amplíe la perspectiva y conlleve a una reevaluación de las prioridades de la vida.
7. “Surfear la urgencia” (adoptar una postura en la que la persona observe sin juicios y sin reaccionar a los impulsos mentales), lo cual ayuda a la regulación de las respuestas impulsivas habituales.
8. La reducción de la activación fisiológica y psicológica, a través de la respiración atenta.
9. Mejora de los niveles de paciencia, que permitan aplazar la recompensa.
10. Una mayor capacidad de etiquetar emociones y pensamientos y, por tanto, de introducir modificaciones en la respuesta a los impulsos mentales y los patrones de pensamiento inadecuados.

Ya hemos mencionado la importancia de los pensamientos distorsionados entre los jugadores patológicos y la dificultad que supone su modificación. Y en este aspecto, también resulta prometedora la meditación consciente, como una intervención complementaria para ayudar a los jugadores con problemas a aprender hacer frente a las distorsiones cognitivas relacionadas con el juego (Toneatto, Vettese y Nguyen, 2007).

Además, los jugadores patológicos señalan que cuando están inmersos en la conducta de juego dicen entrar en un “estado de trance”, lo cual puede suponer según Gupta y Derevensky (1998) que en la realización de la conducta adictiva están implicados pensamientos automáticos a los que el sujeto no presta atención.

Mientras que la TCC se centra en discutir los pensamientos irracionales, cuestionando el contenido de las distorsiones cognitivas relacionadas con los problemas de salud mental, el *mindfulness* se centra en ayudar a la persona a relacionarse con sus pensamientos de una manera diferente: observando sus propios procesos mentales abiertamente, sin censura, sin juicio, y sin quedar atrapado en el contenido de sus pensamientos. Se trata de la capacidad de responder a las cogniciones, sensaciones y emociones aversivas, con una actitud de no juzgar, aceptación y consciencia en el momento presente (Segal et al., 2002).

Aprender a relacionarse de manera diferente con los pensamientos relacionados con el juego, es tan importante o más, que aprender a desafiar los contenidos específicos de los mismos. Así lo muestra un estudio de Ladouceur (2004), en el que se pone de relieve que tanto los jugadores con problemas como los jugadores sin problemas, presentan distorsiones cognitivas respecto al juego, pero que sólo los primeros estaban convencidos de la realidad de sus percepciones erróneas relacionadas con el juego: muestran un gran apego a sus pensamientos, lo que parece contribuir en mayor medida a la conducta desadaptativa de juego (Toneatto, Vettese y Nguyen, 2007).

Como también hemos visto anteriormente, otro aspecto importante del juego patológico es la impulsividad; de hecho como hemos señalado en múltiples ocasiones, en el DSM- IV aparece clasificado como un trastorno del control de impulsos. Y una vez más, parece que cuando se integra la atención plena en la TCC, ésta puede ayudarles a reaccionar de forma menos impulsiva a su propio pensamiento, en especial a las distorsiones cognitivas relacionados con el juego (Toneatto, Vettese y Nguyen, 2007).

Hay dos estudios que apoyan el empleo de técnicas *mindfulness* como estrategia de intervención adecuada para sujetos que presentan juego patológico. Reid, Di Tirro y Fong (2014) exploraron las facetas de la atención plena en 26 sujetos que presentaban juego patológico, en comparación con 33 sujetos que no presentaban

problemas con el juego. Encontraron que los sujetos con problemas con el juego, mostraron niveles significativamente más bajos de atención plena, regulación emocional, afrontamiento del estrés y control de impulsos, en comparación al grupo que no presentaba una conducta problemática con el juego. Las correlaciones entre la atención plena, la desregulación emocional y la impulsividad fueron mucho más fuertes que las existentes entre la atención plena y la gravedad de las conductas de juego, medido a través del NODS. Los autores consideran estos hallazgos a tener en cuenta, a la hora de explorar futuras direcciones de las intervenciones basadas en *mindfulness* entre las personas que presentan problemas con el juego.

En el trabajo de Peters, Erisman, Upton, Baer y Roemer (2011), los autores analizaron la relación existente entre impulsividad y atención plena en muestras de 347 y 227 estudiantes universitarios. Los resultados de ambos estudios indican que había varios aspectos de la atención plena que correlacionaban negativamente con la impulsividad en el juego. A partir de ello, sugieren que las habilidades *mindfulness* pueden estar relacionadas con la capacidad de abstenerse de un comportamiento impulsivo desadaptativo (como el juego), incluso en presencia de emociones negativas, y que, por tanto, dichas habilidades pueden servir de gran ayuda en el tratamiento de conductas impulsivas.

Este deseo irrefrenable de llevar a cabo la conducta de juego (*craving*), al igual que en otras adicciones, es otro de los elementos característicos de este problema. De hecho, se han llevado a cabo estudios en los que se ha comprobado la eficacia de una técnica de meditación, denominada por Alan Marlatt “surfear la urgencia”, en la disminución del *craving*. Esta técnica está diseñada para transformar la relación con las vivencias del deseo o el impulso a las conductas adictivas. Se trata de modificar la actitud de miedo o resistencia por una actitud de permanecer en la experiencia con curiosidad y amabilidad. Los sujetos observan sus sensaciones físicas, sus pensamientos e impulsos y ensayan una curiosa y comprensiva forma de estar presentes frente a su habitual reacción automática. Exploran el deseo, buscando la necesidad profunda que se esconde tras él: emociones difíciles, un deseo de alegría, etc. proporcionando una comprensión de las necesidades vitales insatisfechas. La metáfora de “surfear los impulsos”, utiliza las olas del mar para explicar la inestabilidad del deseo, el cual crece y después se desvanece como las olas del océano, sin que hagamos nada, solo estar

presentes, sin luchar, ni dejarnos arrastrar por él. En este caso, se utiliza la respiración como “tabla de surf”, para subir la ola sin ser absorbidos ni barridos por su intensidad. El propósito fundamental de esta práctica, es que las personas aprendan que es posible observar los impulsos y deseos sin tener que obedecerlos ni luchar contra ellos (Bowen, Chawla y Marlatt, 2011).

Bowen y Marlatt (2009) realizaron un estudio en el cual investigaron los efectos de un conjunto de instrucciones basadas en *mindfulness* fundamentadas en la técnica de “surfear la urgencia sobre el comportamiento y la urgencia” relacionados con el tabaquismo. Los resultados sugirieron que los grupos no presentaban diferencias significativas en las medidas de impulsos, pero se observó que los participantes del grupo que habían practicado *mindfulness* fumaban significativamente menos cigarrillos durante el periodo de seguimiento de siete días, en comparación con los participantes del grupo control. Estos hallazgos sugieren, por tanto, que la técnica de la atención plena, puede no reducir inicialmente los impulsos de fumar, pero puede cambiar la respuesta a esos impulsos.

Por otra parte, Rogojanski, Vettese y Antony (2011) también destacan la utilidad potencial de la técnica *mindfulness* para hacer frente al *craving* en el consumo de cigarrillos. En su estudio comparaban la efectividad de la técnica denominada “surfear la urgencia” con una estrategia basada en la supresión de la misma, para hacer frente al deseo de fumar. Los autores concluyeron que ambas estrategias se mostraban eficaces en la reducción del *craving*, pero la atención plena además produce un efecto beneficioso en el funcionamiento emocional.

Otro aspecto de la atención plena que también puede ayudar a conseguir la reducción del *craving* y una mayor perseverancia, es la actitud básica de “no juzgar”; adoptar esta actitud permite a la persona que presenta problemas con el juego aceptar la propia experiencia, en lugar de juzgar sus pensamientos como buenos o malos (Peters, Erisman, Upton, Baer y Roemer, 2011).

Blasco, Martínez-Raga, Carrasco y Didia-Attas (2008) llaman “terapia atencional”, al grupo de técnicas psicoterapéuticas dirigidas a otorgar al paciente de la capacidad de distanciamiento en el episodio de impulsividad. Sostienen que, la capacidad de procesar la información que aparece en el momento del *craving*,

únicamente es posible si la persona es capaz de accionar los mecanismos atencionales concretos, es decir, la “focalización atencional selectiva consciente”.

Están comenzando a surgir diversos estudios en este terreno, de entre los cuales destacamos algunos:

- **Toneatto, Vettese y Nguyen (2007)**: realizaron un estudio de caso en el que se evaluó detalladamente la conducta de juego de un sujeto, así como un examen minucioso de sus episodios de juego; ello permitió identificar diferentes distorsiones cognitivas. La intervención incluyó la técnica *mindfulness*, lo cual permitió que el jugador tomara conciencia de los daños que el juego había causado a sus seres queridos, fuese capaz de aplicar su actitud de observación no dejándose arrastrar por sus pensamientos relacionados con el juego y lograra eliminar la necesidad reaccionar conductualmente. El sujeto señaló que esta actitud general, condujo a una rápida disolución de estos pensamientos, así como la eliminación de cualquier impulso o tentación de jugar (*craving*). Por otro lado, reconoció que los pensamientos de juego continuaron ocurriendo con aproximadamente la misma frecuencia que antes del tratamiento, pero su intensidad o relevancia en su conciencia había disminuido mucho y como resultado, fue capaz de tomar decisiones más adaptativas (es decir, no apostar).

- **Lakeym, Campbell, Brown, y Goodie (2007)**: examinaron la relación entre el *mindfulness* y la gravedad de los jugadores patológicos. Realizaron dos estudios:

Estudio 1: se plantearon la siguiente hipótesis: “el *mindfulness* podrá predecir de manera significativa la gravedad de los juegos de azar, después de controlar la frecuencia de dichos juegos y el autocontrol”. La muestra estuvo compuesta por 185 estudiantes universitarios (68% hombres con una edad media de 19 años) que participasen en juegos de azar al menos una vez a la semana. Se evaluó *mindfulness* (MAAS), autocontrol (*Self-Control Scale*) y comportamiento de juego de los participantes. De los 185 sujetos, un 31% cumplieron los criterios de jugador patológico, y en general, los resultados indicaron que, como se hipotetizó, el *mindfulness* predijo de manera significativa la gravedad del problema con el juego, así como la frecuencia de juego, aunque no predijo dificultades en autocontrol. Por otro lado, los resultados muestran que, en general, una mayor atención plena, se asocia con una menor patología relacionada con los juegos de

azar, así como con una menor frecuencia de juego y un mayor autocontrol.

Estudio 2: la hipótesis que plantean los autores en este estudio es la siguiente: “la relación entre el *mindfulness* y el juego patológico se explicaría, al menos en parte, por el desempeño de los participantes en dos tareas que implican asumir riesgos”. La muestra constó de 309 estudiantes jugadores frecuentes (67% hombres, con una edad media de 19 años). Evaluaron medidas de atención plena (MAAS), conducta de juego, y después completaron dos tareas de juego computerizadas (The Georgia Gambling Task (GGT) y la Iowa Gambling Task (IGT)). Un 39% de la muestra cumplió los criterios de jugadores patológicos, y como en el estudio anterior, los resultados mostraron que el *mindfulness* se relaciona con una menor severidad de los problemas relacionados con los juegos de azar. Además, la atención plena, predijo menos asunción de riesgos. Un mejor rendimiento en las tareas relacionadas con los juegos de azar, está ligado con menor patología relacionada con el juego.

Este estudio presenta limitaciones, dado que no se puede establecer la dirección de la relación causal entre *mindfulness* y una menor severidad del juego patológico; no obstante, salvando esta dificultad metodológica, hay que poner en valor la existencia de dicha relación.

- **De Lisle, Dowling y Allen (2011):** llevaron a cabo un estudio de caso, en el que comprobaron la eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en una mujer que padecía juego patológico. En proceso de evaluación se utilizaron el inventario de ansiedad de Beck, inventario de depresión de Beck y el cuestionario FFMQ (sobre el nivel de atención plena), que se administraron en las fases pre y post-tratamiento, así como en los seguimientos a las 4 y 10 semanas. Además se empleó un cuestionario para evaluar la aceptabilidad de la intervención. Los resultados mostraron que la paciente se mantuvo abstinentes respecto al juego, y las puntuaciones de ansiedad y depresión se redujeron significativamente (a niveles sub-clínicos). El FFMQ, por otro lado, reveló que la Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena puede ser útil en la aceptación de las emociones y pensamientos negativos y dolorosos. Por otro lado, la participante del estudio, no mantuvo la práctica de *mindfulness* durante la fase de seguimiento.

- En estudio reciente, **Toneatto, Pillai, Courtice (2014)** señalan que los jugadores patológicos que recibieron terapia cognitivo-conductual basada en *mindfulness*, mostraron mejoras significativas en los niveles de gravedad de los juegos de azar, en la urgencia o el impulso de la conducta de juego, y la angustia emocional, al finalizar el tratamiento; estos resultados se mantenían en el seguimiento a los tres meses en relación a los participantes del grupo control en lista de espera. Además, se apreció una reducción significativa de los criterios diagnósticos de juego patológico, y los individuos que informaron de una continuación de la práctica de *mindfulness* mostraron resultados clínicos significativamente mejores que aquellos que no continuaron con dicha práctica. El programa de tratamiento constó de cinco sesiones en grupo, y la intervención que se proporcionó a los pacientes fue de tipo cognitivo-conductual (aplicando técnicas que han demostrado evidencia en este tipo de patología), con el añadido de la práctica del *mindfulness*.

- **Chen, Jindani, Perry y Turner (2014)**: Recientemente han realizado un estudio en el que evaluaron un programa de *mindfulness* de 8 semanas de duración para personas diagnosticadas de juego patológico. Dicho programa se llevó a cabo en grupo, con una muestra de 17 pacientes (88% hombres) pertenecientes al Centro para la adicción y la salud mental de Ontario. Se llevó a cabo un diseño de metodología mixta, que incluyó retroalimentación cualitativa y cuantitativa sobre el grupo. La atención plena fue medida con la escala MAAS y los resultados obtenidos mostraron una mejora de los niveles de atención plena en los participantes tras el tratamiento, concretamente pasaron de una calificación de 3,65 a 4,40 en la prueba. La retroalimentación cualitativa, puso de relieve una serie de mejoras en los clientes como un mayor control, relajación, y capacidad de permanecer en el momento presente. Sin embargo, el estudio no evaluó si la atención plena había mejorado la capacidad de los clientes para prevenir recaídas.

- **Toneatto, Psych, Leo y Gunaratne (2015)**: han realizado un estudio piloto en la Universidad de Toronto, en el cual ha investigado utilidad de la meditación *mindfulness* para el tratamiento del juego patológico. Fueron reclutados de la comunidad 18 jugadores patológicos, siendo los criterios de inclusión, el diagnóstico de ludopatía y la intención para practicar atención plena. Los criterios de exclusión fueron: la adicción a sustancias y la asistencia a otro tipo de tratamiento para el juego. La

evaluación inicial incluyó: recogida de información sobre el comportamiento de juego (historia, patrones de juego, etc.), diagnóstico de juego patológico, deseo de jugar, angustia emocional actual, y atención plena (evaluada con el *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills*). Tras la evaluación los pacientes fueron asignados al azar: a) grupo experimental, que constaba de cinco sesiones semanales de terapia cognitivo-conductual (30 minutos) y de meditación consciente (CD-guiada, 30 minutos), así como práctica diaria en casa de otros 30 minutos; b) grupo control, el cual quedaba en “lista de espera” durante estas cinco semanas. Este estudio piloto encontró que una intervención que combina la TCC con el *mindfulness* para el tratamiento de los juegos de azar resulta más eficaz que la ausencia de tratamiento “lista de espera”. Los beneficios terapéuticos encontrados fueron: disminución de los síntomas descritos en el DSM, del deseo de jugar y de los síntomas psiquiátricos, en comparación al grupo control. Los resultados de este estudio sugieren que las intervenciones basadas en la atención plena deben ser más investigadas.

- **Christensen et al. (2013)**: realizaron un estudio en el que catorce jugadores resistentes al tratamiento, recibieron nueve semanas de Terapia Conductual Dialéctica (TCD). Es el primer estudio en investigar la eficacia de este tipo de tratamiento en personas que presentan problemas con el juego, con un enfoque en la medición del cambio de cuatro habilidades: atención plena, tolerancia al *distress* o angustia psicológica, desregulación emocional y relaciones negativas con los demás. Los resultados muestran que, aunque no hubo diferencias significativas en el comportamiento de juego, el 83% de los participantes se mantuvieron abstinentes o redujeron su gasto en el juego en el post-tratamiento, así como se encontraron mejoras estadísticamente significativas en atención plena, tolerancia y mejora de la angustia psicológica.

- **Riley (2012)**: llevó a cabo un estudio transversal, cuyo objetivo fue investigar la relación existente entre evitación experiencial, supresión del pensamiento y *mindfulness* de un grupo de 103 jugadores con problemas que buscaban tratamiento. De particular interés, es la medida en la que la evitación experiencial explica las relaciones entre los problemas con el juego y los dos constructos teóricamente opuestos: la supresión del pensamiento y el *mindfulness*. Los resultados mostraron que la evitación experiencial fue predictiva de problemas con el juego. Además, la supresión del

pensamiento se asoció positivamente con dichos problemas y el *mindfulness* negativamente; a su vez estas relaciones estaban mediadas por la evitación experiencial. Las indicaciones derivadas para la investigación futura sugieren que se incluyan en la aplicación de tratamientos para los problemas de juego, aquellas técnicas de intervención que socavan la evitación experiencial, tales como la aceptación y las terapias basadas en *mindfulness*.

La evitación experiencial a la que se refiere este estudio es un constructo característico de la terapia de aceptación y compromiso de Steven C. Hayes, que es otra de las terapias conocidas como “terapias de tercera generación”. Considera que el sufrimiento humano surge de procesos psicológicos normales, principalmente aquellos en los que está implicado el lenguaje y, que gran parte de ese sufrimiento, se debe a la huida permanente del malestar o, lo que es lo mismo, el “Trastorno de evitación experiencial”. Desde esta perspectiva, se debe aceptar el malestar como parte de la experiencia humana y estar dispuesto a experimentarlo, cosa que comparte con el *mindfulness*.

Como señalan Shonin, Gordon y Griffiths (2013), en el tratamiento del juego patológico, también podrían resultar interesantes como complemento a la atención plena, otras prácticas derivadas del budismo, tales como: técnicas de meditación *insight* para superar las estrategias de evitación y disociación; “antídotos” (por ejemplo: la paciencia, la impermanencia, etc.), para atenuar la impulsividad; la meditación centrada en la compasión, para promover el pensamiento positivo y reducir el conflicto; y los principios “camino intermedio” y “sustitución de la felicidad”, para reducir las recaídas y los síntomas psicológicos de abstinencia.

A pesar de que estas estrategias resultan novedosas en nuestro contexto científico y naturalmente han de ser sometidas a examen y estudio riguroso mediante estudios experimentales controlados, algunas de estas técnicas ya están comenzando a arrojar resultados que las avalan. De hecho, recientemente Tania Singer (2013), directora del departamenteo de neurociencia del Instituto de Investigación Max Plank, junto con Matthias Bolz han reunido en una reciente publicación monográfica titulada *Self-compassion: Bridging Practice and Science*, el trabajo de un equipo multidisciplinar constituido por numerosos investigadores. Presentan resultados

sumamente interesantes en los que se abordan las bases neurofisiológicas, modelos psicológicos y programas sistemáticos de entrenamiento en autocompasión. El empleo de este tipo de entrenamiento parece también muy prometedor en el contexto del juego patológico.

La consideración del *mindfulness* como una intervención independiente para el tratamiento del juego patológico, no está siendo considerada en la actualidad, aunque sí comienza a plantearse como una técnica de intervención psicológica útil que se ha utilizado en los estudios señalados como complemento a las técnicas cognitivo-conductuales, así como una estrategia de prevención de recaídas que acompañe a dicha terapia.

5.5.1. Terapia Cognitiva basada en la atención plena en Juego Patológico

Ya sabemos que la TCC se muestra efectiva en el tratamiento de problemas con el juego, y también hemos expuesto, que parece que el *mindfulness* arroja resultados prometedores en el tratamiento de las adicciones.

La terapia cognitiva basada en la atención plena se basa en añadir las distintas prácticas del *mindfulness*, pertenecientes al programa de reducción de estrés basado en la atención plena a la terapia cognitiva. Teasdale, Segal y Williams (2002), basándose en el programa MBSR de Kabat-Zinn, son los primeros que integran la atención plena a la terapia cognitiva, con el objetivo de crear una intervención en grupo que incluya el *mindfulness* como técnica principal del tratamiento para prevenir recaídas en las personas que sufren depresión crónica. Estos autores, pretenden que la atención plena proporcione nuevas formas de enfrentarse a los pensamientos, y que los pacientes que han sufrido depresión aprendan a desligarse de la rumiación cognitiva cuando se sienten tristes. Normalmente, las situaciones que dan lugar a esa rumiación son una discrepancia entre el estado actual y el deseado. Es decir, se trata de que el *mindfulness* permita a estas personas una mayor capacidad de tomar perspectiva cuando la rumiación y la preocupación aparece, permitiéndoles regresar al momento presente (Cebolla y Miró, 2008).

Esta terapia, está compuesta por técnicas de la TCC tradicional y técnicas *mindfulness*, así como de tareas para casa, entre las cuales se incluyen prácticas de meditación diaria y auto-registros de pensamientos, emociones y conductas. El tratamiento consta de 8 semanas, con sesiones de dos horas de periodicidad semanal.

Es un tipo de intervención que pretende que la persona vea los pensamientos como simples eventos mentales y no como realidades incuestionables, lo que ayuda a que los sujetos dejen de creer firmemente en sus ideas irracionales relacionadas con el juego. La persona en lugar de dejarse arrastrar por sus pensamientos y emociones, aprende a observarlos, sin juzgar y sin tener que reaccionar a ellos, aprendiendo a aceptar la experiencia del momento presente, sea ésta agradable, desagradable o neutra; sin intención de escapar o evitar el momento presente, al igual que ocurre en la Técnica de Exposición.

La idea relacionada con la “aceptación” y el “dejar ir” que promueve el *mindfulness*, también ayuda a que las personas no tengan comportamientos de evitación o de escape, por lo que se puede concluir, que se trata de una técnica beneficiosa para las personas que presentan problemas con el juego, ya que consigue que el sujeto se habitúe a los estímulos y pensamientos relacionados con el mismo y, por tanto, puede llevar a la extinción de su conducta adictiva.

La integración de la atención plena como una práctica para mejorar el conocimiento y la aceptación, es coherente con la evolución de la terapia cognitiva. En este tipo de terapias, el objetivo es conseguir que el sujeto deje de experimentar reacciones emocionales y conductuales basadas en contenidos cognitivos distorsionados. Una vía para conseguir que eso se produzca es la que utilizan estrategias tales como la reestructuración cognitiva de Beck. Pero el mismo autor señala y reconoce que no es la única. Siempre estuvo disponible otra estrategia conocida como distanciamiento del pensamiento distorsionado (Williams et al., 2012). Esta es la estrategia que persigue la TCBAP, en una línea continuista que comparte con el enfoque conductual elementos tales como la auto-monitorización constante, el análisis del comportamiento y el conocimiento de las contingencias conductuales (Marlatt et al., 2004).

De este modo, esta técnica permite a la persona observar las conexiones entre los comportamientos habituales y los pensamientos asociados a los mismos, sin entrar a considerarlos como evidencia de hechos reales, sino como productos cognitivos transitorios que desempeñan determinadas funciones (Segal et al., 2002). Esto, proporciona una oportunidad de observar los espacios existentes entre el contexto en el que actúa el sujeto y el comportamiento que pone en marcha, lo que “ralentiza la acción”, permitiendo que el sujeto tenga un momento de “pausa” (mediante el enfoque en la respiración y las sensaciones físicas experimentadas en el momento presente), antes de responder. Esto genera una mayor libertad de elección, en contraposición al habitual patrón de respuesta reactivo (Marlatt et al., 2004). Todo ello proporciona una herramienta muy útil para que el jugador patológico, pueda resistir el deseo irrefrenable de jugar, pudiendo tomar una decisión más adaptativa.

Lindberg et al. (2011) argumentan que las terapias de tipo meta-cognitivo, como el *mindfulness*, pueden resultar beneficiosas para el tratamiento de la adicción al juego en combinación con la terapia cognitivo-conductual, ya que los jugadores, aprenderán a ser flexibles y encontrar formas alternativas para relacionarse con los acontecimientos mentales, en lugar de recurrir al juego como una forma de controlar su estado mental.

Además, cuando se le añade *mindfulness* a la TCC, -como ocurre en la TCBAP-, las personas con depresión mejoran experimentando más emociones positivas, aprecio y capacidad de respuesta a las actividades placenteras de la vida diaria (Geschwind, Peeters, Drukker, y Wichers, 2011). Esto se relaciona con las personas con problemas de adicción al juego, ya que éstas suelen presentar trastornos afectivos, por lo que también van a verse beneficiados en este aspecto, tras la intervención (Cormier, 2012).

Creemos, que si a las personas que presentan problemas con el juego, se les prepara para ser más conscientes de sus pensamientos, emociones y sensaciones, sin dejarse arrastrar por ellas o luchar contra éstas (practicando *mindfulness*), además de aplicarles técnicas de TCC (psicoeducación, exposición en vivo con prevención de respuesta, reestructuración cognitiva, control estímulos y técnicas de prevención de recaídas), se facilitará que los impulsos y el *craving*, que les conducen a jugar, se vean

reducidos e incluso desaparezcan.

Por todo lo anterior, la propuesta de Cormier (2012) parece interesante, ya que plantea una intervención psicológica grupal basada en *mindfulness* (la TCBAP) para personas con problemas de adicción al juego en las zonas rurales del norte de Canadá, dónde no se destinan recursos suficientes a este problema, que afecta de forma muy elevada a la población indígena. El objetivo es que los instructores (no expertos en la técnica) posean un manual de intervención de grupo bien diseñado para el tratamiento del juego patológico.

Se ofrece una combinación de ejercicios basados en la TCBAP e intervenciones de terapia cognitiva para ayudar a los terapeutas a guiar a los miembros del grupo a lo largo de la recuperación de su adicción al juego. El programa se compone de los siguientes aspectos: Psicoeducación sobre el juego, terapia cognitiva, *mindfulness* y prevención de recaídas.

Se le da especial importancia a la preparación de las sesiones por parte de los terapeutas y a las reuniones entre éstos con el objetivo aclarar o corregir aspectos del grupo, por lo que se recomienda que siempre haya más de un terapeuta que dirija las sesiones de terapia.

Metas grupales más relevantes	Objetivos relacionados con las metas grupales (Tareas)	Medición de la consecución de las metas y sus objetivos (Evaluación)
<p>1. Incrementar la consciencia y responder de manera diferenciada ante pensamientos negativos y emociones que activen comportamientos desadaptativos de juego (Sylvain, Boisvert y Ladouceur, 1997; Smith y Wynne, 2002).</p>	<p>1.A. Identificar los pensamientos irracionales que desembocan en comportamientos de juego.</p>	<p>1.A. Menor puntuación en las pruebas posteriores al test previo según la <i>Informational Biases Scale</i> (IBS), método de confianza para medir las respuestas cognitivas irracionales (Jefferson, Doiron, Nicki y Mclean, 2004; Jefferson y Nicki, 2003).</p>
	<p>1.B. Reemplazar estos pensamientos con otros más adaptativos en la monitorización del pensamiento.</p>	<p>1.B. Los pensamientos disfuncionales relacionados con el juego son identificados y reformulados en la monitorización cognitiva proporcionada.</p>
<p>2. Incrementar la satisfacción y el aprovechamiento de la experiencia, incrementar la tolerancia al sufrimiento y reducir la evocación de la experiencia (Barnhofer y Crane, 2009; Bien, 2009).</p>	<p>2.A. Incrementar la consciencia sobre el propio cuerpo a través del reconocimiento corporal e incrementar el aprovechamiento de la experiencia mediante la implicación de la respiración consciente y de la valoración de los objetos, sonidos, pensamientos y ejercicios emocionales.</p>	<p>2.A. Mayor puntuación en las pruebas posteriores en comparación con el test previo en la <i>Mindful Attention Awareness Scale</i> (MAAS) (Brown, 2003).</p>
<p>3. Llegar a familiarizarse con las señales de aviso de recaída y con los desencadenantes específicos de estas recaídas relacionadas con el juego (Vallejo y Amaro, 2009).</p>	<p>3.A. Identificar seis señales de aviso de recaída y seis desencadenantes que afecten al individuo.</p>	<p>3.A. El cliente es capaz de nombrar seis señales y seis desencadenantes personales de recaídas.</p>
	<p>3.B. Desarrollar un plan de actuación ante tales circunstancias.</p>	<p>3.B. El cliente es capaz de desarrollar un plan de acción realista cuando hay señales de aviso o posibles desencadenantes de una recaída.</p>

Tabla 5: Esquema original de los planes de actuación del Programa de TCBAP

El Programa está compuesto por ocho sesiones, de dos horas de duración cada una:

Sesión 1 “Introducción al grupo”: recuerdo de los objetivos grupales; repaso de las directrices y horario del grupo; ruptura del hielo por parejas y; ejercicio de toma de conciencia.

Sesión 2 “¿Qué es el juego patológico?”: actividad de refuerzo de equipo; características del juego patológico; fases de la adicción al juego; estadios del cambio; proceso de recuperación.

Sesión 3 “Introducción al mindfulness”: ¿Qué es el *Mindfulness*?; bases del *Mindfulness*; ejercicios de *Mindfulness* (Ejercicio de respiración y Ejercicio de exploración corporal; alimentación (ejercicio de la uva pasa).

Sesión 4 “Introducción al mindfulness” (continuación): ejercicios de *Mindfulness*: meditación visual; meditación auditiva; el *Mindfulness* en los objetos, los pensamientos y las emociones; caminar atentamente.

Sesión 5 “Introducción a la Terapia Cognitiva”: ¿Qué es la terapia cognitiva?; recordatorio del ciclo del juego patológico; identificación de los pensamientos disfuncionales; reestructuración de los pensamientos disfuncionales.

Sesión 6 “Prevención de recaídas en juego patológico”: identificación de los detonantes y señales de aviso; creación de un plan de acción; práctica de comportamiento.

Sesión 7 “Aprendizaje Aplicado. Reflexión y Feedback”: aplicación de lo aprendido; ejercicio de Reflexión; diario de reflexiones.

Sesión 8 “Cierre”: revisión de los diarios de *feedback*; objetos-recordatorio; cierre del grupo de proceso.

Se trata de una propuesta que no se ha puesto en marcha y evaluado hasta el momento, por lo que decidimos -aunque introduciendo algunas modificaciones- ponerla en marcha para comprobar su eficacia.

PARTE EMPÍRICA

6. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

6.1. Introducción

Es necesario explicar el contexto en el que nos encontramos para entender los objetivos e hipótesis de trabajo que plantemos a continuación.

El programa de TCBAP basado en la propuesta de Cormier (2012) se lleva a cabo en una Asociación para jugadores en rehabilitación en Salamanca, llamada ASALJAR. Esta Asociación viene ofreciendo ayuda psicológica a sus miembros desde 1992 a través de un Grupo de Auto-Ayuda (GAA), cuya filosofía se inspira en la de Jugadores Anónimos: se basa en la conceptualización del trastorno como una enfermedad crónica progresiva que puede detenerse pero no curarse. En esta asociación se utiliza el enfoque “comunitario, grupal o social”, el cual no excluye la participación de profesionales, por lo que los grupos están dirigidos por una psicóloga clínica.

El objetivo principal de dicha Asociación es la abstinencia total de la conducta de juego; la norma fundamental de admisión en el grupo de tratamiento, es el compromiso del paciente de abandonar su conducta adictiva desde el momento de su ingreso en la misma. Por tanto, la muestra de pacientes objeto de nuestra intervención se caracteriza por mostrar abstinencia del juego, pero mantiene -supuestamente- un alto deseo o *craving* de realizar dicha conducta, presenta gran número de distorsiones cognitivas relacionadas con el juego, con posibilidades de volver a jugar (recaídas), entre otras características.

Además, estos sujetos acuden a la Asociación acompañados de una persona de apoyo, que suele ser un familiar; que debido a la situación vivida en relación al problema del juego, presentan niveles significativos de estrés.

Todo esto supone la necesidad de adaptar la intervención a las características de la muestra, lo que significa asumir sus objetivos y metodologías de trabajo, cosa que inicialmente percibíamos como un inconveniente –referido sobre todo a la prohibición

de utilizar técnicas de exposición en vivo con prevención de respuesta- pero, que ha supuesto una gran oportunidad para comprobar si el tratamiento basado en *mindfulness* podría servir de ayuda en asociaciones sin muchos recursos, obligadas a llevar a cabo un modelo que permita atender a gran cantidad de personas, sin alterar su modo de funcionamiento. Por tanto, el tipo de muestra y las condiciones que encontramos en esta Asociación, son un escenario ideal para investigar la eficacia del Programa propuesto por Cormier (2012), que hasta la fecha no tenemos constancia de que se haya llevado a cabo tras la revisión actualizada de la bibliografía.

Por tanto, el programa de intervención psicológica propuesto, fundamentado en la TCBAP, trata de prestar ayuda a las asociaciones de este tipo que están presentes en muchas ciudades de nuestro país como única alternativa a la hora de dar respuesta a este problema (aparte de la terapia psicológica privada individual); el objetivo sería proporcionarles un formato de terapia grupal eficiente, pero más eficaz en algunos aspectos, que permita que los usuarios aprendan a actuar con conciencia plena y, obtengan diversos beneficios: capacidad de aprender a observar sin juicios y sin dejarse arrastrar por los pensamientos y emociones, resistir los impulsos, así como reducir el *craving*, disminuir o eliminar distorsiones cognitivas relacionadas con el juego, instruirles en la prevención de recaídas, etc.

Paralelamente, se lleva a cabo un programa de Reducción de Estrés Basado en la Atención Plena (REBAP) con los familiares o personas de apoyo, dado que en la Asociación éstos acuden también al GAA (su exclusión supondría que dejaran de recibir apoyo durante las semanas del tratamiento en TCBAT).

El tipo de intervención que proponemos, no es un tratamiento alternativo al grupo de auto-ayuda sino complementario a éste, de manera que resulte útil para aquellas personas que no logren conseguir eliminar el *craving*, reducir las distorsiones cognitivas, tengan dificultades para resistir los impulsos de jugar y una mayor probabilidad de recaída.

6.2. Objetivos

El objetivo general de nuestra propuesta, ha sido avanzar en el conocimiento del tratamiento psicológico del juego patológico y comprobar la eficacia de la TCBAT aplicada a personas que presentan este tipo de problema. Concretamente, nuestra investigación se ha centrado en los exjugadores de máquinas recreativas con premio, que asisten a un grupo de autoayuda en una asociación de jugadores en rehabilitación.

Para llevar a cabo este objetivo general, se han determinado los siguientes objetivos específicos:

1. Describir las variables sociodemográficas y la historia de juego de los sujetos de la muestra, compuesta por ex-jugadores de máquinas recreativas con premio.
2. Evidenciar que el programa de TCBAP es eficaz para mantener la abstinencia de la conducta de juego, en ex -jugadores de máquinas recreativas con premio.
3. Determinar en qué medida el programa de tratamiento aplicado es efectivo para disminuir el *craving* en los ex-jugadores de maquinas recreativas con premio.
4. Comprobar si tras el programa de tratamiento empleado, se reducen el número de distorsiones cognitivas de los ex-jugadores de máquinas recreativas con premio que pueden desembocar en comportamientos de juego.
5. Conseguir mayor racionalidad en los ex -jugadores de máquinas recreativas con premio, en lo que se refiere al factor atribucional y al *locus* de control referente al juego, mediante la aplicación del Programa de TCBAP.
6. Enseñar a actuar con mayor consciencia, ausencia de juicios, menor reactividad, con más observación y descripción a los ex-jugadores de máquinas recreativas con premio, a través de la práctica de *mindfulness*.
7. Mejorar el estado de ánimo de los ex -jugadores de máquinas recreativas con premio a través del Programa de TCBAP.
8. Disminuir los niveles de ansiedad de los ex -jugadores de máquinas recreativas con premio, a partir del Programa de TCBAP.

9. Observar la evolución en el tiempo de las variables estudiadas.
10. Conocer el seguimiento de la práctica de *mindfulness*.
11. Saber la valoración de los jugadores patológicos con respecto al programa de TCBAP.
12. Reducir el estrés de los familiares o personas de apoyo de los ex -jugadores patológicos.
13. Conocer la valoración de los familiares o personas de apoyo del programa de REBAP.

6.3. Hipótesis

1. Se espera que como consecuencia de añadir el tratamiento TCBAP al tratamiento AA, los sujetos se mantendrán abstinentes de la conducta de juego.
2. Como consecuencia de añadir el tratamiento TCBAP a los sujetos que recibieron previamente el tratamiento AA, se apreciarán los siguientes efectos en los ex-jugadores de máquinas recreativas con premio:
 - 2.1. Menor *craving* o deseo de jugar en sus tres dimensiones: intensidad, frecuencia y urgencia.
 - 2.2. Menor número de distorsiones cognitivas relacionadas con el juego.
 - 2.3. El factor atribucional y el *locus* de control referente al juego será más realista y adaptativo.
 - 2.4. Mayor atención plena: actuando con mayor conciencia, ausencia de juicios, mayor habilidad para resistir los impulsos relacionados con la conducta de juego (menor reactividad), más observación (notar experiencia internas y externas: pensamientos emociones y sensaciones) y mayor capacidad de descripción (etiquetar las

experiencias con palabras).

2.5. Menor nivel de depresión.

2.6. Menor nivel de ansiedad.

3. Como consecuencia de añadir el tratamiento TCBAP al tratamiento AA, durante la fase de seguimiento (1, 3 y 6 meses) los sujetos mantendrán las puntuaciones en las variables estudiadas en niveles similares a los conseguidos al finalizar el tratamiento.
4. Como consecuencia de añadir el tratamiento TCBAP al tratamiento AA, las puntuaciones de todas las variables estudiadas durante la fase de seguimiento presentarán diferencias significativas en comparación al pre-tratamiento.
5. Se postula, que como consecuencia de la intervención, la mayor parte de los participantes del Programa de TCBAP, practicarán de forma frecuente algún ejercicio de *mindfulness* durante la fase de seguimiento (1, 3 y 6 meses después).
6. La valoración respecto al programa, de los ex-jugadores de máquinas recreativas con premio, tras el tratamiento de TCBAP, será positiva.
7. Los familiares de los ex-jugadores de máquinas recreativas con premio, tras el Programa de Reducción de Estrés basado en *mindfulness*, presentarán menos estrés que en el pre-tratamiento.
8. Durante la fase de seguimiento (1, 3 y 6 meses), los sujetos del grupo de REBAP mantendrán la puntuación de estrés percibido en niveles similares a los conseguidos al finalizar el tratamiento.
9. La puntuación del estrés percibido en el grupo de REBAP, durante la fase de seguimiento, presentará diferencias significativas en comparación al pre-tratamiento.
10. La valoración respecto al programa, de los familiares o personas de

apoyo de los ex-jugadores de máquinas recreativas con premio, tras el tratamiento de REBAP, será positiva.

11. Se espera que, que como consecuencia de la intervención, la mayor parte de los participantes del Programa de REBAP, practicarán de forma frecuente algún ejercicio de *mindfulness* durante la fase de seguimiento (1, 3 y 6 meses después).

7. MÉTODO

7.1. Participantes

La muestra está formada por 33 ex-jugadores de máquinas recreativas con premio o “máquinas tragaperras”, pertenecientes a la Asociación Salmantina de Jugadores Anónimos en Rehabilitación (ALSALJAR). El 100% de los participantes son hombres, cuya edad media fue de 41,91 años y la desviación típica de 11,674.

Los criterios de inclusión para participar en este estudio fueron:

1. Que se trate de jugadores que utilicen máquinas recreativas con premio.
2. Que estén dispuestos a llevar a cabo el tratamiento.
3. Que obtengan una puntuación mayor o igual a 5 en el NODS.
4. Que hayan asistido al menos un mes a terapia de AA en la Asociación.
5. Que lleven un máximo de 50 meses sin jugar.
6. Pertenecer al sexo masculino.
7. Que acudan a la Asociación acompañados de un familiar o persona de apoyo.
8. Que muestren *craving* respecto al juego, puntuando al menos un 2 en la dimensión “intensidad de deseo” de la escala de deseo de juego.
9. Que presenten distorsiones cognitivas relacionadas con el juego, al menos puntuando 1 en cada sub-escala del Inventario de pensamientos relacionados con el juego (Echeburúa y Báez 1994).
10. Que puntúen bajo en niveles de atención plena (90 o menos) en el cuestionario FFMQ (adaptado por Cebolla et al., 2012).

Como criterios de exclusión, se consideran aquellas condiciones que contradicen los criterios de inclusión. Por otra parte, hubo un sujeto que se negó a llevar a cabo las tareas propuestas en el programa de tratamiento, lo que supuso el abandono del mismo tras la primera sesión, viéndose reducida la muestra de 34 a 33 sujetos.

En lo que respecta al periodo de tiempo en que se llevó a cabo el programa de TCBAP en la Asociación ASALJAR, abarca desde el 5 de Junio al 25 de Septiembre de 2014. Las sesiones de seguimiento se realizaron uno, tres y seis meses después del tratamiento.

7.2. Diseño

Se utilizó un diseño intrasujetos con medidas *pre* (GAA) y *post* (TCBAP). Tras la recogida de datos en la fase exploratoria, la muestra inicial con la que se contaba (60 sujetos) queda reducida a 35. Dicha reducción de la muestra, es debida a dos motivos: por un lado, al no compromiso con el estudio por parte de algunos sujetos y, por otro, al incumplimiento de todos los criterios de inclusión de otros. Por ello, con el objetivo de no perder más sujetos de la muestra, se decide que el grupo sea su propio control.

Para establecer la línea base, se decidió que los sujetos siguieran asistiendo al GAA durante 8 semanas (que es la duración del Programa de TCBAP).. Lo que se pretendía, era poder observar si existían cambios en las variables objeto de estudio durante ese periodo o, si por el contrario, las variables se mantenían estables en el tiempo.

7.3. Variables y definición operativa de las mismas

7.3.1. Variable independiente

La variable independiente de este estudio es la intervención psicológica, que posee dos niveles:

- a) Programa de TCBAP para jugadores patológicos (de máquinas recreativas con premio), cuyo objetivo es la reducción de las distorsiones cognitivas relacionadas con el juego, el *craving* y el desarrollo de las cinco habilidades

mindfulness (capacidad de observación, descripción, conciencia, juicio y menor reactividad). Además, con el programa de tratamiento, se pretende reducir la ansiedad y mejorar el estado de ánimo.

b) Grupo de auto-ayuda

7.3.2. Variables dependientes

Las variables dependientes de la investigación fueron las que aparecen a continuación:

1. Abstinencia de la conducta de juego.
2. *Craving* o deseo de juego.
3. Número de distorsiones cognitivas.
4. Racionalidad del estilo atribucional y el *locus* de control.
5. Las cinco habilidades *mindfulness* (observación, descripción, conciencia, reactividad y juicio).
6. Estado de ánimo.
7. Nivel de ansiedad o estrés.
8. Estrés percibido de los familiares de los ex-jugadores patológicos.
9. Práctica frecuente de *mindfulness*.
10. Valoración del programa.

La definición operativa de las variables se detalla a continuación:

1. Abstinencia de la conducta de juego: esta variable se operacionaliza del siguiente modo:

- Abstinencia total: no ha jugado en las últimas ocho semanas a máquinas “tragaperras” u otros juegos de azar en los que se apostase dinero o

bienes materiales.

- Caída/recaída: ha jugado en las últimas ocho semanas a máquinas “tragaperras” u otros juegos de azar en los que se apostase dinero o bienes materiales.

Para medir esta variable se empleo una pregunta directa con respuesta dicotómica (Sí o No).

2. Craving: esta variable cuantitativa, fue medida a través de una Escala Visual Analógica (EVA) (de 0 a 10), elaborada por los autores, que medía los siguientes aspectos:

- a) La intensidad del deseo de jugar durante los últimos 7 días.
- b) La frecuencia con la que ha deseado jugar en los últimos 7 días.
- c) La urgencia que has tenido de jugar en los últimos 7 días.

3. Distorsiones cognitivas: esta variable se midió utilizando las puntuaciones establecidas en el Inventario de Pensamientos sobre el Juego de Echeburúa y Báez (1994), adaptado para un sujeto no necesariamente jugador (Fernández de la Cruz, 2010).

4. Estilo atribucional: al igual que la anterior, se trata de una variable cuantitativa que fue medida a partir de las puntuaciones establecidas en el Inventario de Pensamientos sobre el Juego de Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997), adaptado para un sujeto no necesariamente jugador (Fernández de la Cruz, 2010).

5. Cinco habilidades *mindfulness*: estas variables cuantitativas, son medidas a través del *Five-Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) adaptado por Cebolla et al. (2012) a la población española.

6. Estado de ánimo: esta variable fue medida a través del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), adaptado a la población española (Sanz y Vázquez, 2011).

7. Nivel de ansiedad: para la medición de esta variable se ha empleado el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene, adaptada a la población española (Buela-Casal, Guillén-Riquelme y Seisdedos, 2011).

8. Estrés de los familiares: esta variable cuantitativa se midió a través de la *Perceived Stress Scale* (PSS) desarrollado por Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983), adaptada a la población española por Remor y Carrobles (2001).

9. Práctica de *mindfulness*: se ha utilizado un cuestionario elaborado por los autores que se recoge en los anexos 3.10 y 3.11 y que trata de evaluar los siguientes aspectos:

- a) La continuidad o no de la práctica de *mindfulness* (la frecuencia, la duración, el tipo de ejercicios que realiza).
- b) La auto-percepción respecto a la forma de responder ante las situaciones (más o menos impulsiva) y, sobre el modo de relacionarse con sus pensamientos, emociones y sensaciones, tras la participación en el programa.

10. Valoración del Programa: también se ha empleado una escala EVA elaborada por los autores, recogida en los anexos 1.23 y 2.12, en la que de forma anónima los sujetos han valorado cuantitativamente el Programa de TCBAP o el Programa REBAP.

7.3.3. Variables extrañas

1. Asignación de los sujetos a los subgrupos de terapia:

Se organizaron 4 subgrupos de tratamiento que recibieron el programa de TCBAP, de forma que en cada uno de ellos había un mínimo de 8 y un máximo de 9 participantes. La asignación de los sujetos a los grupos de tratamiento se llevó a cabo a través de un diseño aleatorio por bloques, siendo las variables bloqueadas la ansiedad y la depresión. De este modo, se pretendía que no existieran diferencias estadísticamente significativas entre ellos en base a dichas variables. La razón por la cual se eligieron estas dos variables fue que no todos los sujetos presentaban ansiedad o depresión y, al ser una muestra pequeña, el azar podría ocasionar que aquellos que puntuaban alto en estas variables, se localizaran en los mismos grupos.

2. Terapeutas:

El programa de intervención fue llevado a cabo en su totalidad en todos los grupos por los mismos terapeutas: la psicóloga de la asociación ASALJAR y la autora del presente estudio.

3. Seguimiento:

Los pacientes del grupo de TCBAP se incorporan al Grupo de AA después del tratamiento, dado que se considera condición necesaria para poder realizar el estudio en la asociación, obedeciendo al deseo de los mismos.

4. Sujetos de la muestra:

La muestra estuvo formada por todos aquellos sujetos que cumplieron los requisitos de inclusión, aunque dos de ellos decidieron no participar.

7.4. Instrumentos de evaluación

Para la inclusión de los sujetos de la muestra, se emplearon los siguientes instrumentos de evaluación:

Cuestionario Norc DSM-IV Screen for Gambling problems (NODS) (Gernstein et al., 1999):

Está basado en los criterios del DSM-IV-TR validado para población española (Becoña, 2004). Es un instrumento de evaluación del juego patológico que solventa algunos de los problemas de instrumentos previos, como el SOGS. Consta de 17 ítems que deben responderse atendiendo a su prevalencia vital y a su presencia en el último año. Las puntuaciones permiten detectar el nivel de problema de la persona con el juego. Los puntos de corte son los siguientes:

- a. Jugador de bajo riesgo: cuando la persona tiene una puntuación de 0.
- b. Jugador de riesgo: cuando la persona presenta puntuaciones de 1 ó 2
- c. Jugador problema: cuando la persona obtiene puntuaciones de 3 ó 4
- d. Jugador patológico: puntuaciones de 5 ó más (rango para el último año 1-9 y rango para toda la vida 1-10).

Su fiabilidad test-retest es de 0.98 y su validez es excelente al adecuarse estrictamente a los criterios del DSM-IV. En la actualidad es el cuestionario más recomendado para identificar problemas de juego (ver anexo 3.2).

Los instrumentos utilizados para la evaluación de las variables dependientes fueron:

Pregunta sobre abstinencia:

Se trata de una pregunta directa, cerrada, dicotómica: sí o no. Ha sido elaborada por los autores, para evaluar si los sujetos se mantenían o no abstinentes de la conducta de juego (ver anexo 3.3).

Escala de craving:

Se trata de una Escala Visual Analógica (EVA) elaborada por los autores, que está compuesta por tres dimensiones, que evalúan los siguientes aspectos:

- a) la intensidad del deseo de juego: los extremos de esta sub-escala son: nada de deseo y muchísimo deseo.
- b) la frecuencia del deseo: los extremos de esta sub-escala son: en ningún momento y extremadamente a menudo.
- c) la urgencia por jugar: los extremos de esta sub-escala son: ninguna urgencia de jugar y una urgencia extrema de jugar (Ver anexo 3.4).

Inventario de pensamientos sobre el juego (Echeburúa y Báez, 1994) adaptada para un sujeto no necesariamente jugador (Fernández de la Cruz, 2010):

Está formado por cuatro sub-escalas:

- a) Sesgos cognitivos en relación con la conducta de juego: 15 ítems dicotómicos.
- b) Sesgos cognitivos en relación con la adicción al juego: 6 ítems dicotómicos.
- c) Estilo atribucional y *locus* de control en relación con la adicción al juego: 6 ítems dicotómicos.
- d) El jugador debe describir los pensamientos que pasaban por su mente antes, durante y después de jugar.

La puntuación total del inventario se obtiene de la suma de las puntuaciones en las sub-escalas “A” y “B”, mientras que las subescalas “C” y “D” facilitan información cualitativa adicional, no contribuyendo a dicha puntuación total.

En nuestro estudio se utilizó este inventario adaptado para un “sujeto no necesariamente jugador”, ya que los participantes del estudio forman parte de la Asociación ASALJAR, la cual tiene como norma el abandono de la conducta de juego para su admisión en la misma (Ver anexo 3.5).

Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) (Baer et al., 2006):

Es una prueba de auto-evaluación que mide *mindfulness* como rasgo. Mide la tendencia general a proceder con atención plena en el día a día a partir de cinco habilidades:

- *Observación*: notar experiencias externas e internas como pensamientos, emociones o sensaciones.
- *Descripción*: capacidad de detallar de forma objetiva, sin juicios, los sentimientos, pensamientos y emociones. Etiquetar las experiencias con palabras.
- *Actuar con consciencia*: ser capaz de mantenerse en el momento presente, plenamente atento a lo que acontece aquí y ahora.
- *Ausencia de juicio*: ser testigo imparcial de la propia experiencia. Se trata de ser consciente del constante flujo de juicios y de reacciones a experiencias en las que, por lo general, la persona se ve atrapada y aprenda a salir de ellas.
- *Ausencia de reactividad*: saber responder, en lugar de reaccionar de forma impulsiva a las situaciones, pensamientos, emociones, etc. Es decir, no verse atrapado por ellos o rechazarlos.

El FFMQ incluye 39 ítems con una escala Likert de 1 a 5 según el grado de acuerdo con cada enunciado, desde muy raramente hasta siempre. Cada factor posee 8 ítems a excepción del que mide reactividad que son 7. El coeficiente alfa para cada factor está entre 0.75 y 0.91, lo que muestra una buena consistencia interna.

En nuestro estudio usamos la versión traducida al castellano de Cebolla et al. (2010), que tiene un coeficiente alfa de 0.88 (Cebolla et al. 2011).

Además en nuestro trabajo, adaptamos la escala a un formato de Escala Visual Analógica (EVA) (ver anexo 3.6).

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) (Beck, Steer y Brown, 1996):

La versión utilizada en nuestro estudio es la adaptación española de Sanz y Vázquez (2011), Se trata de un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems indicativos de síntomas depresivos en una escala tipo Likert. Tanto el inventario inicialmente propuesto por Beck, como sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. El BDI-II es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV y CIE-10. Cada ítem del inventario se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 y 18 que contienen 7 categorías. Las puntuaciones mínima y máxima del test son 0 y 63, y se han establecido los siguientes puntos de corte: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

Los datos sobre la fiabilidad de las puntuaciones se basan exclusivamente en la consistencia interna. Los coeficientes son elevados (superiores a 0.85) y similares a los obtenidos en los estudios internacionales con la versión original del BDI-II.

En lo que se refiere a la validez: los resultados de los estudios indican que el BDI-II es un test apropiado para la medición de la presencia y gravedad de la sintomatología depresiva en la población española, tanto en ámbitos clínicos como de investigación (ver anexo 3.7).

Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982) adaptación española (Buela-Casal, Guillén-Riquelme y Seisdedos, 2011):

Es un cuestionario compuesto por 40 ítems, que evalúa el nivel actual de ansiedad y la predisposición del sujeto a responder al estrés. La mitad de los ítems (20) pertenecen a la sub-escala Estado, formada por frases que describen como se siente la persona en ese mismo momento, y la otra mitad (20) pertenecen a la sub-escala Rasgo que describen como se siente la persona habitualmente.

La fiabilidad y validez de este instrumento son buenas, con una consistencia interna de 0.90-0.93 (sub-escala Estado) 0.84-0.87 (sub-escala Rasgo). Fiabilidad test-retest: 0.73-0.86 (sub-escala Rasgo) (ver anexo 3.8)

Escala de Estrés Percibido (*Perceived Stress Scale*, PSS-14) (Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983), adaptada a la población española por Remor y Carrobbles (2001):

Esta escala es un instrumento de auto-informe que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes. Consta de 14 ítems con un formato de respuesta de una escala de cinco puntos (0=nunca, 1=casi nunca, 2=de vez en cuando, 3=a menudo, 4=muy a menudo). La población a la que va dirigida esta escala es a personas mayores de 18 años, aunque también puede utilizarse en edades inferiores siempre y cuando haya garantías de su comprensión.

La puntuación total de la PSS se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0) y sumando entonces los 14 ítems. La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido.

Dicha escala presenta para la población española una consistencia interna de 0.81, y una fiabilidad test-retest de 0.73 (Remor, 2006) (ver anexo 3.9)

Cuestionario sobre la práctica de *mindfulness*:

Se trata de un cuestionario elaborado por los autores que recoge el seguimiento de la práctica de *mindfulness* después del programa de TCBAP. Este

cuestionario consta de de 8 ítemes, en las que se pregunta a los sujetos acerca de los siguientes aspectos: continuación con la práctica de *mindfulness*, frecuencia de la práctica, tiempo o duración la práctica, empleo del CD para la realización de los ejercicios, puesta en práctica de la zona SOBRIA para respirar en situaciones complicadas, continuación de ejercicios de flexibilidad o yoga y de caminar atentamente y, por último, consideración acerca de si la práctica de *mindfulness* ha ayudado al sujeto a responder de manera menos impulsiva y a relacionarse de un modo distinto con sus emociones, pensamientos y sensaciones. Etc (ver anexos 3.10 y 3.11).

Autorregistro de la práctica de *mindfulness*:

Consta de una serie de columnas donde el sujeto debe anotar el día y la hora de la práctica, la práctica realizada, el tiempo de práctica y los comentarios y observaciones que considere oportunos.

Se emplea durante el programa de tratamiento para poder abordar los problemas que puedan surgir durante la práctica semanal, así como para compartir la experiencia surgida de dicha práctica. (Ver anexos 1.2 y 2.1)

Escala de valoración Global del Programa de TCBA y REBAP:

Se trata de una Escala Visual Analógica (EVA) elaborada por los autores que pregunta a los sujetos acerca de la valoración global del Programa de TCBA o REBAP en una escala del 0 al 10. Esta escala es contestada por los participantes de forma anónima (ver anexos 1.23 y 2.12).

Todas las escalas de evaluación fueron elaboradas o adaptadas al formato de una Escala Visual Analógica (EVA), que consisten en una línea horizontal, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas correspondientes a lo preguntado en dicha escala. La razón por la que fueron adaptadas o elaboradas al estilo EVA, es que el formato de respuesta de estas escalas, es el más comprensible para todas las personas, con independencia del nivel educativo. Por tanto, presentan gran fiabilidad y validez (Yakut, Bayar, Meriç, Kiliçhan y Yakut, 2003).

7.5. Procedimiento

7.5.1. Selección de la muestra

La muestra se seleccionó, con consentimiento previo informado, de entre los miembros de la Asociación Salmantina de Jugadores en Rehabilitación (ASALJAR), cuyo tipo de juego principal eran las máquinas recreativas con premio. Estas personas, acuden a un grupo de autoayuda en dicha Asociación acompañados por un familiar o persona de apoyo. El grupo de terapia está dirigido por una psicóloga clínica y por uno o varios monitores (ex-jugadores), que son las personas encargadas de hacer la acogida de los pacientes y explicarles las normas de la Asociación, entre las que se encuentra el hecho de abandonar la conducta de juego en el momento de ingreso.

Contando con el hecho de que los sujetos de la muestra con los que trabajamos no jugaban en dicho momento, lo primero que determinamos es que nuestro objetivo no iba dirigido a que abandonasen la conducta de juego, sino a que: a) continuasen abstinentes de la misma; b) disminuyeran el *craving* y las distorsiones cognitivas relacionadas con el juego, y c) aumentaran los niveles de atención plena, lo cual se relaciona con un mayor control de sus impulsos. Dado que estas variables no son trabajadas de manera explícita en el tratamiento estándar (GAA) que reciben en la Asociación, consideramos que este hecho podría estar causando un malestar clínicamente significativo en algunos pacientes, a pesar de que muestren abstinencia al juego (determinada por el control estimular pautado desde la Asociación).

Como ya expusimos anteriormente, al inicio (fase exploratoria) contamos con una muestra de 60 sujetos, que tras la medición de la línea base se vio reducida a 49 sujetos, ya que el resto abandona el estudio. Dicha muestra, a su vez, disminuye a 36 personas, tras el análisis de la misma, dado que los demás no cumplen todos los criterios de inclusión necesarios para participar en el estudio. Y, por último, la muestra acaba estando formada por 33 sujetos voluntarios, ya que dos de ellos deciden no participar en el Programa antes de su comienzo y el otro lo abandona tras la primera sesión.

Aquellos sujetos que fueron seleccionados para la muestra, fueron invitados a participar en el programa de TCBAP, dirigido por la autora de la tesis (terapeuta) y la

psicóloga clínica de la Asociación (co-terapeuta); se indicó a los mismos, que este programa tenía una duración de 8 semanas, durante las cuales no podrían asistir al GAA. Si podrían acudir de nuevo al GAA una vez finalizado el tratamiento.

Además, considerando que en dicha asociación los familiares o personas de apoyo, suelen acudir también a terapia, se realizó con los mismos, un Programa de Reducción de Estrés basado en *mindfulness* durante 8 semanas (REBAP), paralelamente al tratamiento de los jugadores, para comprobar si reducían sus niveles de estrés percibido.

Se les dio indicaciones por escrito, acerca de en qué iba a consistir el tratamiento, se les informó de quiénes iban a ser las terapeutas, se solicitó el consentimiento informado y se señaló la necesidad de llevar a las sesiones ropa cómoda, así como, en determinadas ocasiones, una esterilla o manta para realizar determinados ejercicios.

7.5.2. Formación de los grupos

Como ya hemos comentado anteriormente, dado el pequeño tamaño de la muestra objeto de estudio (33 sujetos), se consideró más práctico, utilizar a este tratamiento y a este grupo como su propio Grupo de Control. Los detalles de cómo se procedió se especifican en el apartado 7.5.3 correspondiente al estudio exploratorio y evaluación pre-tratamiento.

A continuación, éstos mismos sujetos participaron durante 8 semanas en el tratamiento de TCBAP; para ello, se dividió a los sujetos en 4 sub-grupos (algo que viene determinado por el tratamiento, que recomienda que, aproximadamente, 8 sujetos compongan cada uno de ellos). Esto se hizo del siguiente modo:

- Cada grupo estuvo formado por 8 sujetos, con excepción de uno, que estuvo formado por 9.
- Se controló el estado de ánimo y el nivel de ansiedad de los sujetos, con el objetivo de asegurar que los grupos fueran homogéneos en estas variables (que la revisión de la literatura ha señalado como relevantes en la eficacia del tratamiento psicológico).

Por otro lado, los familiares o personas de apoyo, también pasaron por todas las condiciones experimentales (GAA y REBAP), y en el caso del Programa de Reducción de Estrés basado en la Atención Plena, fueron divididos en dos grupos, uno de ellos constituido por 16 sujetos y el otro por 17 (en función del día en que acudían a tratamiento sus familiares).

7.5.3. Estudio exploratorio y evaluación pre-tratamiento

De forma inicial, llevamos a cabo una evaluación exploratoria para valorar si tenía sentido trabajar con nuestras hipótesis en ese contexto, en el que los participantes ya recibían tratamiento psicológico (60 sujetos).

A partir de la evaluación de las variables que señalamos a continuación, se establecieron los criterios para participar en el tratamiento TCBAP:

- En primer lugar, se comprobó mediante el Cuestionario NODS si la persona reunía los criterios de jugador patológico. A partir de una puntuación igual o mayor de 5, podía entrar a formar parte de la investigación.
- Después, se evaluaron todas las variables dependientes contempladas en el estudio mediante: la escala de *craving*, el Inventario de Pensamientos sobre el Juego (adaptado para un sujeto no necesariamente jugador), el FFMQ, el STAI y el BDI (aunque las dos últimas no fueron requisito de inclusión).
- A los familiares se les administró la escala PSS-14, para comprobar si presentaban estrés percibido.

Tras ese análisis exploratorio comprobamos que todos los sujetos cumplían los criterios de jugador patológico y que de los que continúan en el pre-tratamiento, 35 de ellos (ver **tabla 6**):

- continuaban presentando *craving* y distorsiones cognitivas respecto al juego.
- mostraban también puntuaciones muy bajas en su tendencia general a actuar con atención plena en el día a día

Puntuaciones medias de los 35 sujetos			
		Media	Desviación Típica
Escala de deseo de juego: <i>craving</i>	Deseo	5,66	1,235
	Frecuencia	4,66	1,162
	Urgencia	5,00	1,435
IPJ: distorsiones cognitivas	Sub-escala A	6,00	2,100
	Sub-escala B	1,34	,906
	Sub-escala A+B	7,34	2,765
	Sub-escala C	3,43	1,290
FFMQ: atención plena	Puntuación total	67,23	9,127

Tabla 6: Puntuación de los 35 sujetos que cumplen los requisitos para formar parte de la muestra

Por otra parte, algunos de los familiares o personas de apoyo, presentaban niveles elevados de estrés.

Por todo ello, concluimos que sí tenía sentido llevar a cabo nuestro estudio.

Como hemos señalado anteriormente, dado el tamaño de la muestra con la que contábamos, optamos por utilizar a este grupo de sujetos, que recibía tratamiento en el GAA, como su propio grupo control. Los sujetos de la muestra (ex-jugadores y familiares o personas de apoyo), fueron evaluados en las variables dependientes objeto de estudio y, después, acudieron durante 8 semanas al tratamiento del GAA. La finalidad de esto, comentada anteriormente, fue establecer una línea base, observando si, a lo largo de esas 8 semanas, se producían cambios en dichas variables o permanecían estables. Como veremos con más detalle, los cambios que se observaron fueron como mucho de un punto, lo que se debe a la propia variabilidad de los sujetos. En esta segunda evaluación, sólo pudimos contar con 49 de los 60 sujetos con los que contamos al principio del estudio, debido a que el resto de sujetos no se comprometieron con la participación en el estudio.

Decidimos poner a prueba nuestras hipótesis con los 35 sujetos que presentaban distorsiones cognitivas y *craving* respecto al juego, así como niveles bajos de atención plena; aunque, sólo 33 formaron parte finalmente de la muestra, debido a

que uno de los sujetos no quiso participar y otro decidió abandonar el estudio tras la primera sesión del Programa de TCBAP al no querer comprometerse en la realización de tareas inter-sesión.

7.5.4. Tratamiento

Grupo control (GAA):

Como ya señalamos en varias ocasiones, todos los sujetos pasan por todos los tratamientos (diseño intrasujetos). El grupo control sería el GAA al que asisten los jugadores patológicos con sus familiares (terapia conjunta). Las características más importantes de esta intervención, son las siguientes:

- Se utiliza el enfoque “comunitario, grupal o social”, que no excluye la participación de profesionales, por lo que los grupos están dirigidos por una psicóloga clínica y por uno o varios monitores (ex-jugadores).
- Este modelo de terapia se deriva de jugadores anónimos.
- En el proceso terapéutico, y dentro del marco del grupo, se enfatiza la necesidad de llevar a cabo una confesión pública, de la condición de jugador de cada uno de los integrantes.
- Los grupos son abiertos y suelen ser bastante numerosos entre 20 y 30 personas, que se reúnen con periodicidad semanal en sesiones de 3 horas.

Las terapias suelen seguir el siguiente formato:

- Entrevista de acogida, realizada por un monitor de acogida.
- Entrevista diagnóstica, realizada por la psicóloga clínica de la asociación.
- Intervención (G.A.A). Estructura de una sesión (en ocasiones se va modificando por su característica de “grupo abierto”):

1º Se hace una presentación del “jugador”: dice “soy X y soy ludópata en rehabilitación desde hace X tiempo”.

- 2º Habla de la semana que ha tenido.
 - 3º Habla el familiar sobre la semana.
 - 4º Participación del resto del grupo respecto al “jugador” y al familiar (aquí se habla de la propia experiencia, que sirve para orientar al otro; no se dan consejos).
 - 5º La psicóloga orienta de forma técnica al “jugador” y al familiar (se va pasando por todos los miembros del grupo).
 - 6º Al final siempre se hace referencia a la confidencialidad de lo que se dice en el grupo y de las personas que lo componen.
- * Si llega un “jugador” nuevo, se dedica la parte final de la sesión a hacer psicoeducación con el paciente y el familiar en presencia de todo el grupo.

Grupo Experimental (TCBAP):

La intervención principal está basada en un Programa Psicoeducativo de Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena dirigida a jugadores patológicos (Cormier, 2012) que, hasta la fecha, no se ha puesto en marcha para ser validado. Es una propuesta de intervención enfocada a personas que presentan problemas con el juego de pueblos del norte de Canadá. Son regiones que carecen de recursos para dar respuesta a esta problemática tan prevalente en dichas zonas, ya que un 1,3% de la población de la región de Alberta presenta juego patológico y un 15% juego problema (Smith y Wynne, 2002; citado en Cormier, 2012). Por otro lado, entre los jóvenes, existe una prevalencia de juego patológico del 2,22% (Furthermore, Huang y Boyer, 2007; citado en Cormier 2012, p. 6). Se trata, como ya hemos comentado anteriormente, de un Manual con un programa dirigido a instructores no expertos, que incluye psicoeducación, terapia cognitiva, *mindfulness* y prevención de recaídas, pero no incluye ninguna técnica de Exposición (en vivo o imaginada). Está constituido por ocho sesiones de tratamiento, más otra de seguimiento, que recordamos a continuación:

Sesión 1 “Introducción al grupo”	Recuerdo de los objetivos grupales; Repaso de las directrices y horario del grupo; Ruptura del hielo por parejas y; ejercicio de toma de conciencia.
Sesión 2 “¿Qué es el juego patológico?”	Actividad de refuerzo de equipo; Características del juego patológico; Fases de la adicción al juego; Estadios del cambio; Proceso de recuperación.
Sesión 3 “Introducción al <i>mindfulness</i>”:	¿Qué es el <i>Mindfulness</i> ?; Bases del <i>M mindfulness</i> ; Ejercicios de <i>mindfulness</i> (Ejercicio de respiración y Ejercicio de exploración corporal; Alimentación (ejercicio de la uva pasa).
Sesión 4 “Introducción al <i>mindfulness</i>” (continuación)	Ejercicios de <i>mindfulness</i> : Meditación visual; Meditación auditiva; El <i>mindfulness</i> en los objetos, los pensamientos y las emociones; Caminar atentamente.
Sesión 5 “Introducción a la Terapia Cognitiva”	¿Qué es la terapia cognitiva?; Recordatorio del ciclo del juego patológico; Identificación de los pensamientos disfuncionales; Reestructuración de los pensamientos disfuncionales.
Sesión 6 “Prevención de recaídas en juego patológico”:	Identificación de los detonantes y señales de aviso; Creación de un plan de acción; Práctica de comportamiento.
Sesión 7 “Aprendizaje Aplicado. Reflexión y <i>Feedback</i>”	Aplicación de lo aprendido; Ejercicio de Reflexión; Diario de reflexiones.
Sesión 8 “Cierre”	Revisión de los diarios de <i>feedback</i> ; Objetos-recordatorio; Cierre del grupo de proceso.
Sesión de seguimiento.	

Tabla 7: Esquema original de las sesiones del Programa de TCBAP

En base a toda la revisión de la literatura expuesta en los capítulos anteriores, se ha modificado esta propuesta en varios aspectos:

- Se consideró necesario introducir los ejercicios de *mindfulness* desde la primera sesión, dado que dicha técnica ha demostrado eficacia cuando se ha empleado durante ocho semanas en los tratamientos de TCBAP, y no menos.
- Se dio mayor peso a la terapia cognitiva, ya que en una única sesión no es

posible aprender a trabajar con los pensamientos.

- Se introdujo la técnica de exposición en imaginación “surfear los impulsos”, ya que la propuesta original no contaba con la misma. Sin embargo, en nuestro programa le hemos otorgado un peso fundamental en la intervención (ya que la Asociación de Jugadores con la que trabajamos no permite llevar a cabo ejercicios de exposición en vivo).
- Y se incrementó el tiempo de práctica de *mindfulness* (tareas para casa), ya que aunque coincidimos con el autor en que el tiempo de práctica debe ser menor al que proponen en los programas tradicionales de MBSR (por las dificultades de que los sujetos cumplan con la práctica) creemos que lo establecido en la propuesta original es demasiado escaso.

Las sesiones fueron dirigidas por la autora de la tesis, ejerciendo como terapeuta principal y por la psicóloga clínica de la Asociación como co-terapeuta. Para poder poner en marcha este programa de intervención, la terapeuta principal recibió una formación especializada en *mindfulness*, que garantizó en todo momento la cualificación profesional a la hora de emplear esta técnica (Curso: Reducción del Estrés y Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena (*mindfulness*) organizado por el REBAP Internacional, de una duración de 35 horas, dirigido por Fernando de Torrijos). Además, la formación de la terapeuta principal (autora de la tesis) en el ámbito clínico es: el Curso Especial de Posgrado de Intensificación en psicología Sanitaria (UPSA) de 30 créditos ECTS, y en la actualidad el Máster Oficial en Psicología General Sanitaria. Por otro lado, la co-terapeuta es Psicóloga Especialista en Psicología Clínica y cuenta con 8 años de experiencia profesional como psicóloga de la Asociación.

Objetivos del tratamiento de TCBAP:

Los objetivos principales del tratamiento, como ya hemos señalado anteriormente, van dirigidos a que se mantenga la abstinencia de los jugadores patológicos de la Asociación ASALJAR, ya que éstos se comprometen a estar abstinentes desde que entran a formar parte de la misma, que se reduzca el craving y las distorsiones cognitivas relacionadas con el juego, así como que aumente la atención plena de los jugadores, lo cual les va a reportar distintos beneficios como: aprender a

resistir los impulsos, no dejarse arrastrar por los pensamientos, vivir el momento presente, observar sin juicios, reducir la ansiedad, etc.

Técnicas de intervención psicológica del Programa de TCBAP:

Las técnicas de intervención psicológica que se desarrollan en este tratamiento, son las que aparecen a continuación:

1. Psicoeducación sobre el Juego Patológico.
2. Terapia Cognitiva (identificación de las distorsiones cognitivas relacionadas con el juego y reestructuración cognitiva).
3. *Mindfulness* (práctica formal mediante ejercicios de meditación, e informal a través de ejercicios de atención plena en la vida diaria).
4. Exposición en imaginación (mediante un ejercicio de atención plena denominado “surfear los impulsos”).
5. Prevención de recaídas.

No se incluye la técnica denominada “control estimular”, ya que viene dada por las normas de la Asociación.

El programa de intervención aplicado, incorpora todas las técnicas que han demostrado mayor eficacia para el tratamiento del Juego Patológico, a excepción de la técnica de exposición con prevención de respuesta *in vivo*, la cual fue sustituida por Exposición en Imaginación. Como ya hemos dicho, el empleo de esta técnica es incompatible con la normativa de la asociación en la que se ha llevado a cabo el estudio.

Se debe esaltar que la técnica de *mindfulness* se utiliza a lo largo de todo el programa de TCBAP, con los distintos ejercicios que conforman la misma (incluida la exposición en imaginación, aquí denominada “surfear los impulsos”).

Resumen de las sesiones del Programa de TCBAP:

El número de sesiones llevadas a cabo en el programa fue de ocho, con una periodicidad semanal. Dicho número de sesiones, fue determinado en función del

tiempo habitual que han empleado los Programas basados en *mindfulness* que han demostrado eficacia.

La duración de cada una de las ocho sesiones fue de dos horas, dado que consideramos, al igual que Cormier (2012), que es una duración adecuada en terapia de grupo para poder abordar los objetivos de la sesión y no generar cansancio o disminución de la atención de los miembros del grupo. A continuación, se muestra el esquema de las sesiones de Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena:

	Objetivos	Ejercicios
Sesión 1: Presentación del grupo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentaciones breves 2. Ruptura del hielo. 3. Ayudar a comprender a los miembros que el programa de grupo es un lugar respetable y seguro donde compartir y aprender. 4. Establecimiento de las metas del grupo. 5. Incrementar la consciencia y la confianza entre los miembros del grupo. 6. Primer contacto con la atención plena 7. Aprender a respirar y utilizar la respiración como ancla para estar en el presente. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecimiento de los objetivos, metas, agenda, horario y directrices del grupo. 2. Presentaciones breves 3. Actividad para romper el hielo. 4. Aprender a respirar. 5. Breve enfoque en la respiración o respiración atenta. 6. Ejercicio de toma de consciencia 7. Comprobación. 8. Cierre de la sesión y asignación de tareas para casa.
Sesión 2: ¿Qué es el Juego Patológico?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definir el problema del Juego Patológico. 2. Explicar las fases del proceso de adicción al juego y explicación de los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores. 3. Debatir los estadios o fases del cambio. 4. Profundizar en el conocimiento y comprensión que del proceso de recuperación tienen los miembros. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación de la segunda sesión (registro de opiniones y revisión de las tareas para casa). 2. Actividad de refuerzo de equipo: “pasado, presente y futuro”. 3. Características del Juego Patológico. 4. Fases de adicción al juego. 5. Estadios del cambio.

	<p>5. Seguir aumentando la confianza y la seguridad de los miembros del grupo.</p> <p>6. Continuar con el aprendizaje de estar atentos a la respiración, al momento presente (Atención Plena).</p>	<p>6. El proceso de recuperación.</p> <p>7. Breve enfoque en la respiración o respiración atenta.</p> <p>8. Comprobación.</p> <p>9. Cierre de la sesión y asignación de tareas para casa</p>
<p>Sesión 3: Introducción al <i>mindfulness</i></p>	<p>1. Mostrar los beneficios del <i>mindfulness</i> a los miembros del grupo.</p> <p>2. Incrementar la sensibilidad con esta técnica mediante la realización de varios ejercicios específicos.</p> <p>3. Lograr a resistir los impulsos relacionados con el juego.</p> <p>4. Cultivar la Atención Plena.</p>	<p>1. Presentación de la sesión 3 (registro de opiniones y revisión de las tareas para casa).</p> <p>2. ¿Qué es el <i>Mindfulness</i>? - <i>mindfulness</i> en la vida cotidiana</p> <p>3. Bases del <i>mindfulness</i> y sus obstáculos.</p> <p>4. Ejercicios de <i>mindfulness</i>:</p> <p>a. Alimentación (ejercicio de la uva pasa)</p> <p>b. Exploración corporal.</p> <p>c. “Surfear” los impulsos.</p> <p>d. Meditación de la montaña.</p> <p>5. Comprobación.</p> <p>6. Cierre de la sesión y asignación de tareas para casa.</p>
<p>Sesión 4: Introducción al <i>mindfulness</i> (continuación).</p>	<p>1. Mostrar los beneficios del <i>mindfulness</i> a los miembros del grupo.</p> <p>2. Incrementar la sensibilidad con esta técnica mediante la realización de varios ejercicios específicos.</p> <p>3. Aprender a resistir los impulsos de jugar.</p> <p>4. Cultivar la Atención Plena.</p>	<p>1. Presentación de la sesión 4 (registro de opiniones y revisión de las tareas para casa).</p> <p>2. Ejercicios de <i>mindfulness</i> (continuación):</p> <p>a. Meditación auditiva y visual.</p> <p>b. yoga</p> <p>c. Caminar atentamente.</p> <p>d. “Surfear” los impulsos</p> <p>e. Meditación de la montaña.</p>

		<p>3. Comprobación.</p> <p>4. Cierre de la sesión y asignación de tareas.</p>
<p>Sesión 5: Introducción a la Terapia Cognitiva.</p>	<p>1. Reconocer el ciclo del Juego Patológico y presentar cómo romperlo.</p> <p>2. Enseñar al grupo cómo identificar creencias irracionales respecto al juego de azar y cómo reestructurarlas.</p> <p>3. Cultivar la Atención Plena.</p>	<p>1. Presentación de la Sesión 5 (registro de opiniones y revisión de las tareas para casa).</p> <p>2. ¿Qué es la Terapia Cognitiva?</p> <p>3. Recordatorio del Ciclo del Juego.</p> <p>4. Reconocimiento de creencias disfuncionales asociadas al juego (distorsiones cognitivas).</p> <p>5. Reestructuración de creencias irracionales asociadas al juego.</p> <p>6. Ejercicios de <i>mindfulness</i>:</p> <p>a. “Surfear” los impulsos.</p> <p>b. Meditación de la montaña.</p> <p>7. Comprobación.</p> <p>8. Cierre de la sesión y asignación de tareas para casa.</p>
<p>Sesión 6: Ver los pensamientos como pensamientos y Prevención de Recaídas. (adaptada de Bowen et al., 2013)</p>	<p>1. Reducir el grado de identificación con los pensamientos y reconocer que no tenemos que creérnoslos ciegamente ni tratar de controlarlos.</p> <p>2. Discutir el ciclo de recaídas y el papel de los pensamientos en el mantenimiento de este ciclo.</p> <p>3. Distinguir entre recaída y caída o desliz.</p> <p>4. Aprender a resistir los impulsos de jugar.</p> <p>5. Cultivar la atención Plena.</p>	<p>1. Presentación de la sesión 6 (registro de opiniones y revisión de tareas para casa).</p> <p>2. Ejercicios <i>mindfulness</i>:</p> <p>a. Meditación sentados: pensamientos.</p> <p>b. Surfear los impulsos</p> <p>c. Zona SOBRIA para respirar</p> <p>3. Pensamientos y recaída</p> <p>4. El ciclo de las recaídas</p> <p>5. Comprobación.</p> <p>6. Cierre de la sesión y asignación de tareas para casa.</p>

<p>Sesión 7: Prevención de Recaídas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enseñar tácticas para prevenir la recaída en el juego patológico. 2. Conseguir que los miembros se familiaricen con las señales de alarma y los detonantes específicos de la recaída (Vallejo y Amaro, 2009). 3. Crear un plan de prevención de recaídas con los miembros del grupo que tenga en cuenta sus propias señales de alarma y detonantes específicos. 4. Cultivar la atención Plena. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación de la sesión 7 (registro de opiniones y revisión de las tareas de la casa). 2. Ejercicios <i>mindfulness</i>: <ol style="list-style-type: none"> a. Meditación caminando. b. Zona SOBRIA para respirar en situaciones difíciles 3. Identificación de señales de alarma de recaída. 4. Creación de un plan de actuación. 5. Práctica de comportamiento. 6. Comprobación. 7. Cierre de la sesión y asignación de tareas para casa.
<p>Sesión 8: Cierre</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reflexionar lo aprendido durante el programa. 2. Refuerzo para no recaer 3. Reforzar y generalizar el aprendizaje de cara a la vida diaria. 4. Superar los sentimientos de separación y de finalización. 5. Trabajar para superar las tareas inconclusas. 6. Cultivar la Atención Plena. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación de la sesión 8 (registro de opiniones y revisión de tareas para casa). 2. Ejercicios <i>mindfulness</i>: <ol style="list-style-type: none"> a. Exploración corporal b. Meditación caminando. 3. Cierre del proceso del grupo. Reflexiones sobre el curso: <i>feedback</i> 4. Objetos-recordatorio. 5. Cierre de la sesión y asignación de tareas para casa. 6. Evaluación del Programa de TCBAP.

Tabla 8: Esquema modificado de las sesiones de TCBAP

El desarrollo completo del Programa de tratamiento puede consultarse en el **anexo 1:** Desarrollo de las sesiones del Programa de Tratamiento TCBAP.

Además, se realizó una intervención, con los familiares o personas de apoyo de los sujetos de la muestra, basada en el programa de Reducción de Estrés basado en la Atención Plena (REBAP) (Kabat-Zinn, 2003) y en la guía práctica “*Mindfulness* para reducir el estrés” (Stahl y Goldstein, 2010). La duración de este programa es también de ocho semanas con una periodicidad semanal, y cada sesión tiene una duración de dos horas. En este caso, las terapeutas son las mismas que en el Programa de TCBAP (la autora de la tesis y la psicóloga de la asociación).

Objetivo del Programa REBAP:

El único objetivo de este programa es la reducción del estrés percibido de los familiares de los jugadores patológicos.

Resumen de las sesiones del Programa REBAP:

El programa está compuesto por 8 sesiones de 2 horas de duración cada una y de periodicidad semanal.

Sesión 1	En esta sesión se establecen los cimientos teóricos de la medicina mente/cuerpo, se introduce al paciente experimentalmente al comer con atención plena, a la respiración con atención plena y al ejercicio de exploración corporal. Se asignan las tareas para casa: escáner corporal.
Sesión 2	En esta segunda sesión, se establece un diálogo y discusión entre los miembros del grupo acerca del papel de la percepción, condicionamiento y otros factores mentales en la apreciación y evaluación del estrés, así como el papel de los cambios a corto y largo plazo en el desarrollo de comportamientos promotores de la salud. También se trabaja sobre las actitudes básicas del <i>mindfulness</i> . Se asignan tareas para casa: meditación sentada y <i>mindfulness</i> en la vida diaria.
Sesión 3	Esta sesión enfatiza el desarrollo de ejercicios de estiramiento (yoga) con atención plena. Los miembros del grupo, con este nuevo ejercicio, ya practican tres ejercicios de atención plena. Esto es seguido de un debate acerca de las dificultades o éxitos que los participantes estén experimentando al practicar <i>mindfulness</i> en el día a día, así como promover dichas habilidades a las situaciones vitales estresantes. Se asignan tareas para casa: registro de hechos agradables y meditación sedente o exploración corporal 6 a la semana, al menos 10 minutos.
Sesión 4	El tema central es el uso de habilidades <i>mindfulness</i> como medio de reducir los efectos negativos de la reactividad al estrés, así como el modo más efectivo para responder positivamente a situaciones estresantes. Se revisan y comentan las bases fisiológicas y psicológicas de la reactividad al estrés y como las habilidades <i>mindfulness</i> ayudan a reducir o eliminar éste. También se siguen aprendiendo nuevas formas de practicar <i>mindfulness</i> (meditación caminando).

	Tareas para casa: meditación caminando y otras habilidades <i>mindfulness</i> aprendidas.
Sesión 5	<p>Esta sesión enfatiza la capacidad del paciente para adaptarse más rápida y eficazmente a las situaciones estresantes y retos de cada día. La práctica de <i>mindfulness</i> continúa enfatizando en las estrategias de afrontamiento centradas en los problemas y situaciones emocionales en el momento que surgen. Un elemento central de la sesión se orienta alrededor de la capacidad del paciente para recuperarse de los encontronazos con el estrés cuando ocurren. Se siguen conociendo nuevas formas de practicar <i>mindfulness</i> (meditación con especial atención a los pensamientos). Y se aprende como diferenciar entre responder y reaccionar al estrés.</p> <p>Por último, se Reflexiona sobre las “ideas irracionales” que potencian el estrés y estados de ánimo negativos. Se asigna la práctica para casa de las técnicas <i>mindfulness</i>, con énfasis en la observación y aplicación de estas actividades a la vida diaria.</p>
Sesión 6	<p>El entrenamiento experiencial en <i>mindfulness</i> continúa. El debate se orienta al desarrollo de “estrategias de afrontamiento” que mejoran las características psicológicas conocidas como “dureza mental”. La teoría esta relacionada con las habilidades <i>mindfulness</i> entrenadas, teniendo como referencia las experiencias vitales actuales de los pacientes. El énfasis continúa en los recursos internos del paciente para desarrollar actitudes promotoras de salud: diferenciar entre patrones de comunicación pasivos, asertivos y agresivos y, su relación con el estrés.</p> <p>Enseñanza del Aikido de la comunicación, para romper con acciones o interacciones habituales amenazadoras o estresantes. Se asignan tareas para casa con énfasis en la observación y la aplicación de las habilidades <i>mindfulness</i> en la vida diaria del paciente.</p>
Sesión 7	Continúa el entrenamiento experiencial en <i>mindfulness</i> . El foco de esta sesión de construcción de estrategias gira en torno a la aplicación de habilidades <i>mindfulness</i> , previamente aprendidas, y se continúa con las técnicas en el área de la comunicación. Se examinan experiencialmente y se desarrollan estrategias de comunicación eficaces. En las tareas para casa se invita a los participantes a no usar las grabaciones y a que escojan libremente las técnicas formales que quieran practicar.
Sesión 8	La práctica experiencial de las habilidades <i>mindfulness</i> continúa y se da al paciente la oportunidad de preguntar y clarificar con el instructor cualquier cuestión pendiente sobre las distintas prácticas y su aplicación en el día a día. Se incluye una revisión del programa para mantener y profundizar las habilidades desarrolladas durante el curso del programa. Por último, señalar la importancia de seguir con la práctica, una vez finalizado el curso.

Tabla 9: Esquema de las sesiones del Programa REBAP

7.5.5. Evaluación post-tratamiento

La evaluación se realizó una semana después de la última sesión de TCBAP, para que los sujetos completasen con las ocho semanas de tratamiento llevando a cabo la práctica de las habilidades *mindfulness* en el día a día. Se actuó de igual forma con los familiares de los ex -jugadores que llevaron a cabo el Programa REBAP. Todo ello, con excepción de la valoración del programa, que se realizó en la última sesión de tratamiento en ambos programas.

En ésta evaluación post-tratamiento se evaluaron los siguientes aspectos en los ex -jugadores que habían asistido al Programa de TCBAP, con los mismos instrumentos que en el pre-tratamiento:

- Mantenimiento o no de la abstinencia.
- El *craving* presentado por los sujetos.
- Número de distorsiones cognitivas.
- La tendencia natural a actuar con atención plena en el día a día.
- Estado de ánimo.
- Niveles de ansiedad.
- La valoración global del programa de TCBAP.

En el caso de los familiares que habían asistido al Programa de REBAP se evaluó el nivel de estrés percibido que presentaban tras el tratamiento, así como la valoración global de dicho programa.

7.5.6. Evaluación durante el seguimiento

Se realizaron tres sesiones de seguimiento con el objetivo de evaluar los resultados del Programa de TCBAP y REBAP. Dichas sesiones tuvieron lugar en el primer, tercer y sexto mes tras la finalización del tratamiento.

La evaluación de los resultados, se llevó a cabo utilizando las mismas medidas que en la evaluación post-tratamiento, con excepción de la escala de la “valoración global del programa” y la inclusión del “Cuestionario sobre la práctica de *mindfulness*”. Este último, se empleó para conocer la frecuencia, la duración, el tipo de ejercicios, la continuación del empleo del CD para la práctica, la realización de la Zona SOBRIA para respirar en situaciones complicadas, los ejercicios de yoga o estiramiento corporal, así como si continúan caminando con atención plena y si valoran que el *mindfulness* les ha ayudado a responder de manera menos impulsiva.

Además, en cada una de las sesiones de evaluación de seguimiento, se animaba a los participantes a continuar con la práctica de *mindfulness* recordando las ventajas de la misma y, se les pedía que expresaran aquellos beneficios que estaban obteniendo en primera persona como consecuencia de ésta.

8. RESULTADOS

8.1. Estudio descriptivo de la muestra

8.1.1. Variables personales y sociodemográficas

8.1.1.1. Muestra Inicial (datos exploratorios)

La **figura 13** muestra el sexo de los sujetos de la muestra inicial (60 sujetos). El número de hombres fue 58 (97%) y de mujeres 2 (3%).

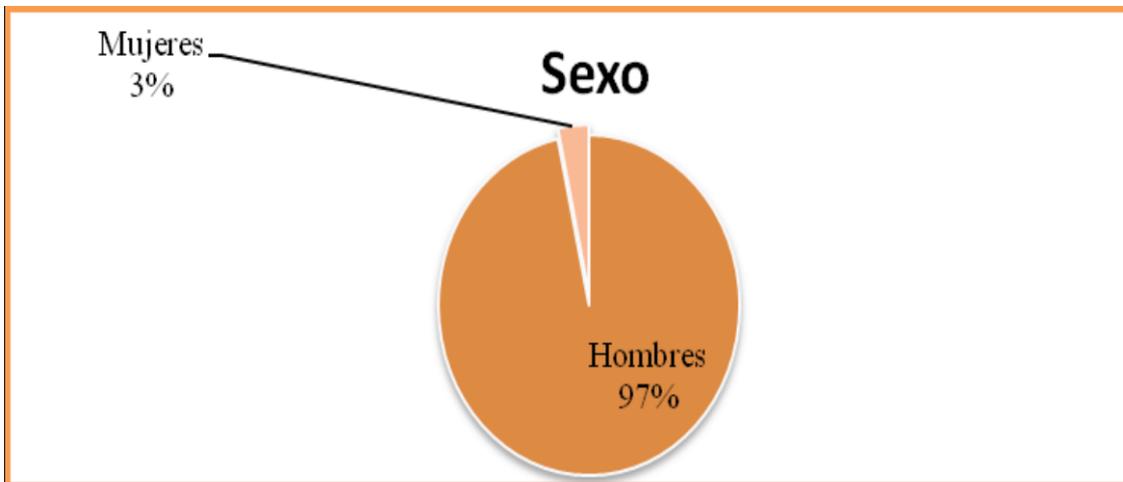


Figura 13: Sexo de la muestra inicial

Por otro lado, la edad media de estos 60 sujetos, es de 42, 43 años (D.T=12,971) como se observa en la **tabla 10**.

	N	Media	Desviación Típica
EDAD	60	42, 43	12,971

Tabla 10: Media de edad y desviación típica de la muestra inicial

En lo que se refiere al nivel de estudios, en la **figura 14**, vemos como la mayor parte de los sujetos poseen un nivel de estudios medio, exactamente 34 de ellos (57%), 18 un nivel bajo (30%) y 8 tienen estudios superiores (13%).



Figura 14: Nivel de estudios de la muestra inicial

En cuanto a la situación laboral, observamos que 41 sujetos se encuentran empleados (68%), 12 en situación de desempleo (20%) y 7 jubilados (12%) (ver **figura 15**).

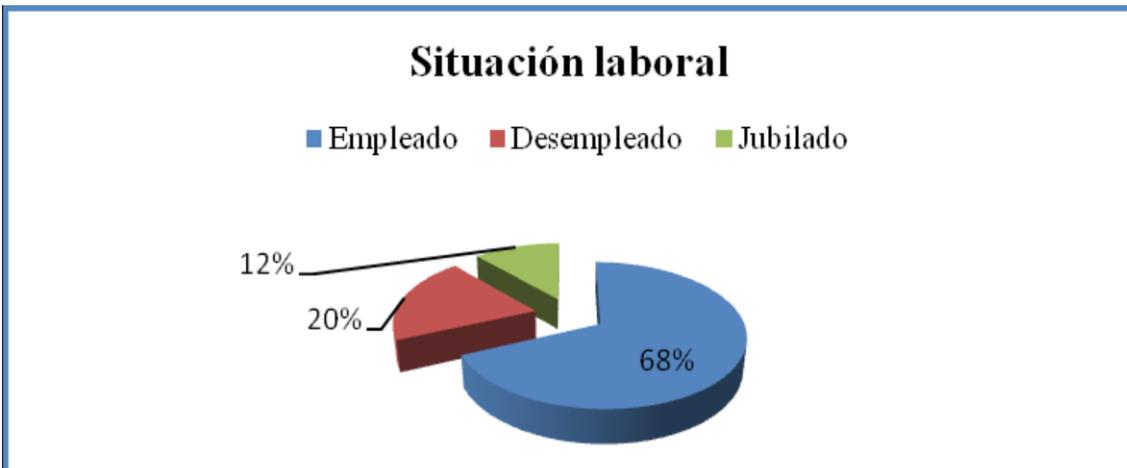


Figura 15: Situación laboral de la muestra inicial

Por otra parte, en lo que se refiere al estado civil de los sujetos de la muestra inicial, la **figura 16** muestra una persona viuda (2%), 28 casadas (47%), 29 solteras (48%) y 2 divorciadas (3%).

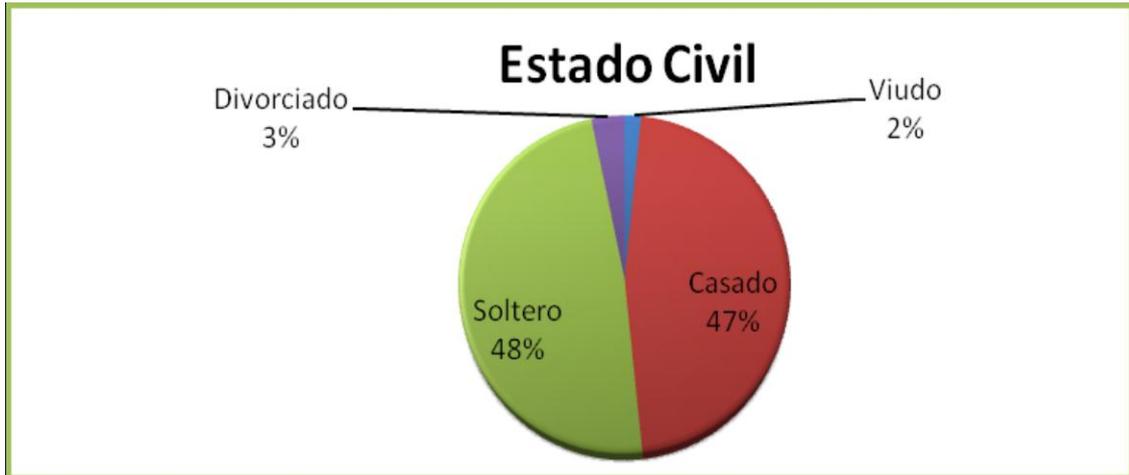


Figura 16: Estado civil de la muestra inicial

Por último, en la **figura 17**, se observa que 6 (10%) de los sujetos que componen la muestra inicial están diagnosticadas de otro trastorno mental comórbido al problema del juego, mientras que las 54 (90%) personas restantes, únicamente están diagnosticadas de juego patológico.



Figura 17: Personas diagnosticadas de un trastorno mental comórbido al juego patológico de la muestra inicial

8.1.1.2 Muestra Final

La edad media de los sujetos de la muestra, es de 41, 91 años (D.T=11,674) como se observa en la **tabla 11**.

	N	Media	Desviación Típica
EDAD	60	41, 91	11,674

Tabla 11: Media de edad y desviación típica de la muestra final

En lo que se refiere al nivel de estudios, en la **figura 18**, vemos como 14 de los sujetos (43%), poseen un nivel de estudios medio, 13 un nivel bajo (39%) y 6 tienen estudios superiores (18%).



Figura 18: Nivel de estudios de la muestra final

En cuanto a la situación laboral, observamos que 25 sujetos se encuentran empleados (76%), 7 en situación de desempleo (21%) y 1 jubilado (3%) (Ver **figura 19**).



Figura 19: Situación laboral de la muestra final

Por otra parte, en lo que se refiere al estado civil de los sujetos de la muestra final, se puede observar que 17 personas (52%) están casadas y que 16 (48%), están solteras (ver **figura 20**).



Figura 20: Estado civil de la muestra final

Por último, en la **figura 21**, se observa que 2 (6%) de los sujetos que componen la muestra final están diagnosticadas de otro trastorno mental comórbido al problema del juego, mientras que las 31 (94%) personas restantes no presentan otro trastorno.



Figura 21: Personas diagnosticadas de un trastorno mental comórbido al juego patológico de la muestra final

8.1.1.3 Muestra de familiares o personas de apoyo

Muestra inicial

La **figura 22** muestra el sexo de los sujetos de la muestra de los familiares o personas de apoyo, compuesta también por 60 sujetos. El número de hombres fue de 13 (22%) y de mujeres 47 (78%).

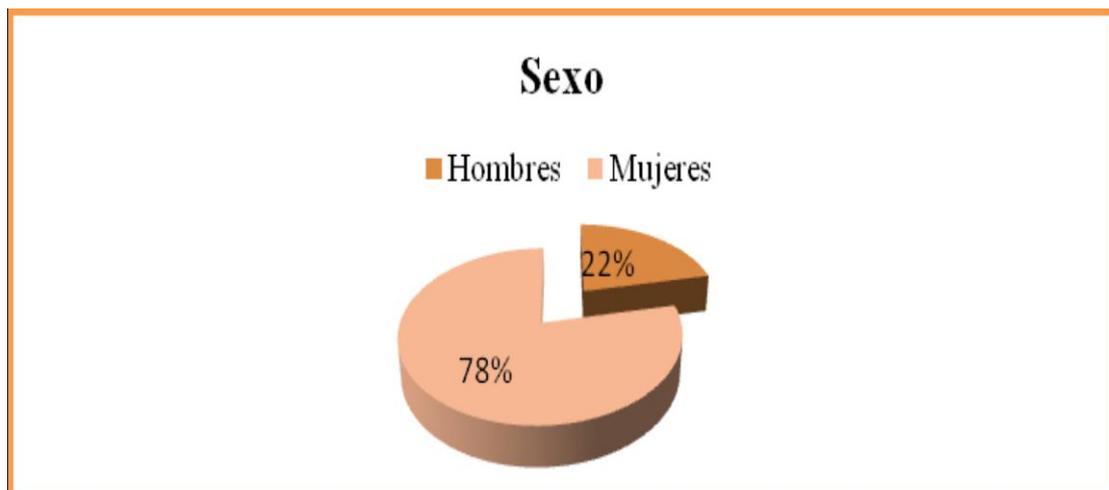


Figura 22: Sexo de los familiares o personas de apoyo

La edad media de los familiares o personas de apoyo, es de 49,33 años (D.T=13,828) como se observa en la **tabla 12**.

	N	Media	Desviación Típica
EDAD	60	49,33	13,828

Tabla 12: Media de edad y desviación típica de la muestra de familiares o personas de apoyo

En la **figura 23** se muestra que el rango de edad en el que se encuentran más personas, es entre 41 y 60 años (46,3%), seguido del rango de 22 a 40 años (32%) y, por último, encontramos el aquel que abarca de los 61 a 80 años (21,7%).

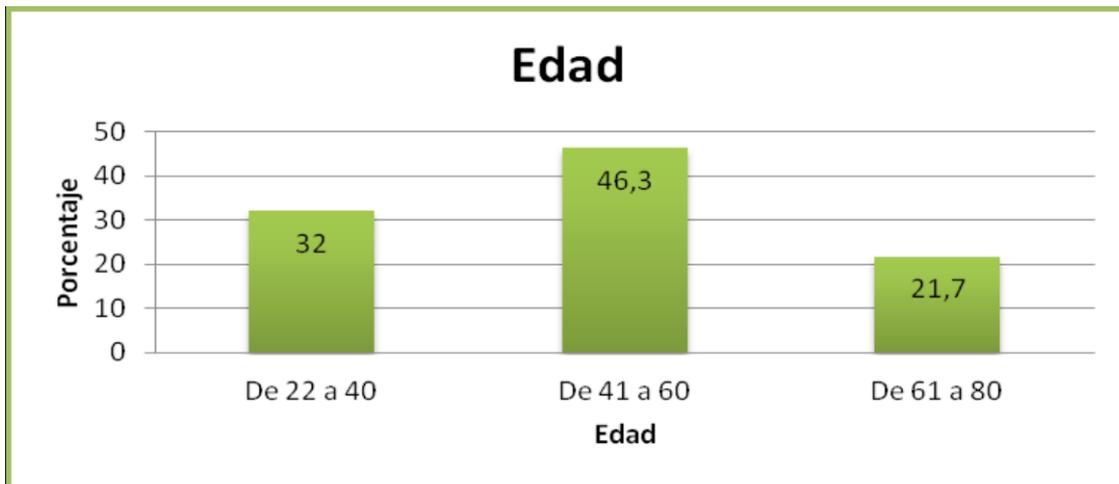


Figura 23: Rango de edad de los familiares o personas de apoyo de la muestra inicial

En lo que se refiere a la clase social, 54 (90%) de los familiares o personas de apoyo, se sitúan en la clase social media y 6 (10%) en baja (ver **figura 24**).

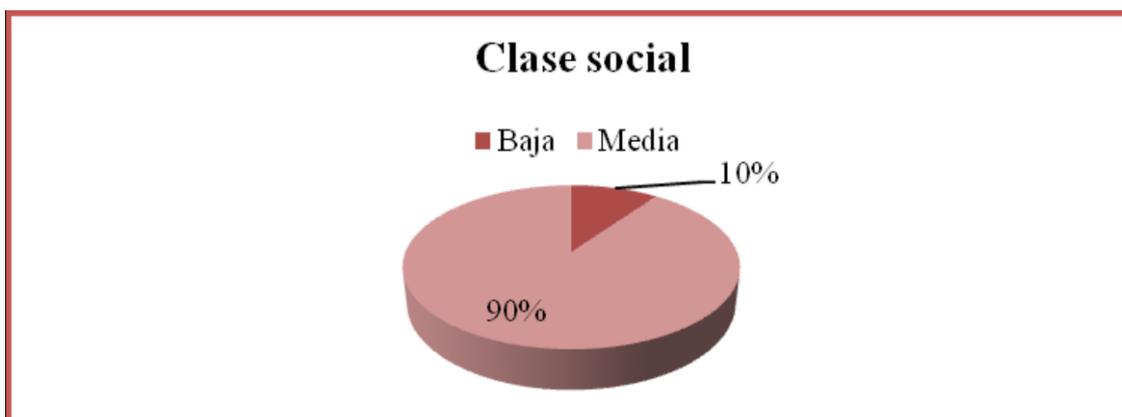


Figura 24: Clase social de los familiares o personas de apoyo

Por otro lado, en cuanto al nivel de estudios, encontramos que 14 personas poseen estudios superiores (23%), 27 (45%) estudios medios y 19 (32%) estudios primarios (ver **figura 25**).



Figura 25: Nivel de estudios de los familiares o personas de apoyo

En lo que se refiere a la situación laboral, 32 (53%) personas se encuentran empleados, 19 personas en situación de desempleo (32%) y 9 (15%) jubilados (ver **figura 26**).



Figura 26: Situación laboral de los familiares o personas de apoyo

El estado civil de los familiares o personas de apoyo mayoritario es el de casado con 40 personas (66%), seguido del de soltero con 14 personas (23%), del de viudo con 4 (7%), y de los de separado y divorciado con una persona cada uno (2% respectivamente) (ver **figura 27**).



Figura 27: Estado civil de los familiares o personas de apoyo

Por último, la relación que presentan los familiares o personas de apoyo con el jugador, la observamos en la **figura 29**, dónde se aprecia que la mayoría, 26 sujetos (43%) son el esposo/a, seguido de la pareja con 11 (18%), de la madre con 9 (15%), del padre con 7 (12%), del hermano/a con 6 (10%), y del hijo/a con 1 (2%).

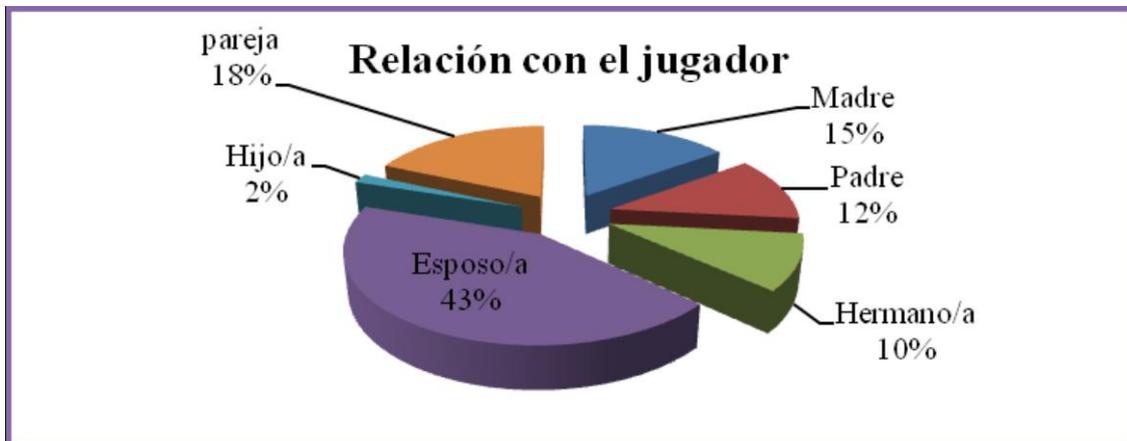


Figura 28: Relación entre las personas de apoyo y el jugador.

8.1.2. Variables de historia de juego

8.1.2.1. Muestra Inicial (datos exploratorios)

En lo que se refiere a la historia de juego, se observan los siguientes resultados:

La edad a la que comenzaron a jugar la mayor parte de los participantes de la muestra inicial son los 16 años (23,3%), seguida de los 18 años (11,7%), los 14 años (10%), los 15 y los 20 años (8,3% respectivamente) y los 17 años (6,7%) (Ver **figura 30**).

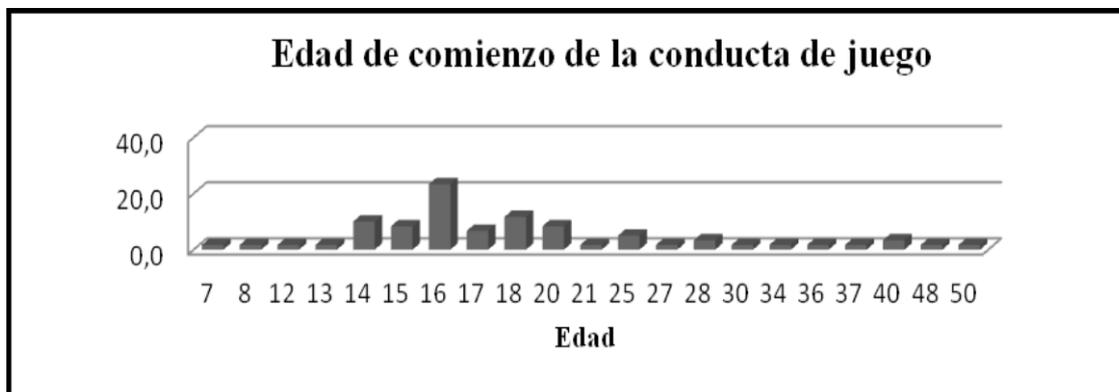


Figura 29: Edad de comienzo de juego de la muestra inicial

Las personas que jugaban a “máquinas recreativas con premio” de los 60 sujetos que conformaron la muestra al inicio del estudio, fue de 59 (2%) como se observa en la **figura 30**.



Figura 30: Personas que juegan a máquinas recreativas con premio (muestra inicial).

En cuanto a la edad a la que los sujetos comenzaron a jugar a máquinas recreativas con premio, se observa que la edad prevalente coincide con la de comienzo de juego (recogida en la **figura 29**), que fueron los 16 años (20%). Por otra parte, observamos algunas diferencias respecto a la figura mencionada, ya que, a continuación, aparecen como más frecuentes los 17 y 18 años (15%), los 15 años (13,3%) y los 20 años (6,7%) (Ver **figura 31**).

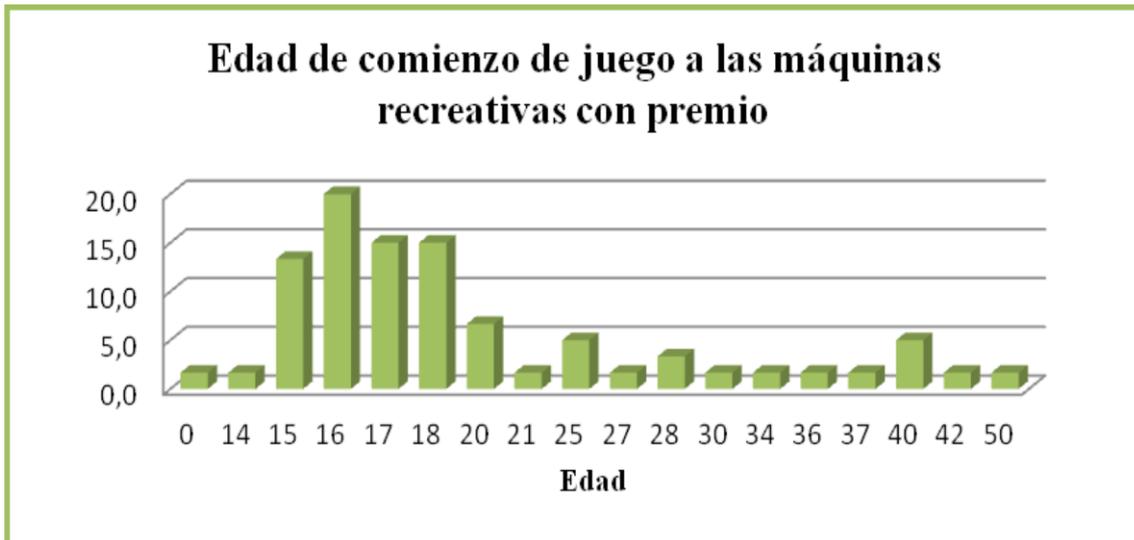


Figura 31: Edad de comienzo de juego a las máquinas recreativas con premio de la muestra inicial

En lo que respecta al tiempo en que los sujetos llevan sin jugar, encontramos un rango muy amplio, que se sitúa entre 1 y 151 meses, como podemos observar en la **figura 32**.

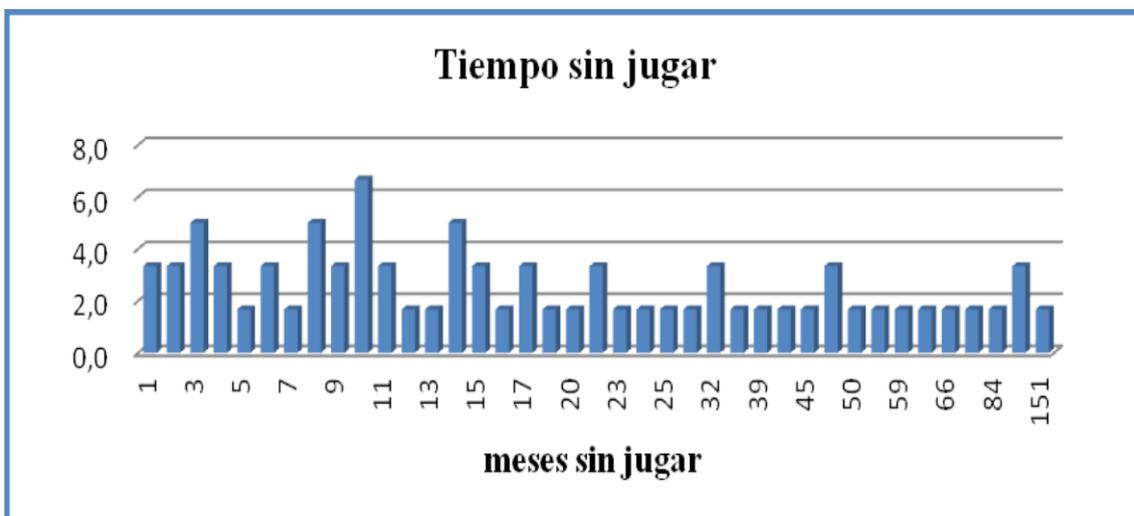


Figura 32: Tiempo sin jugar de la muestra inicial

Por otro lado, podemos apreciar en la **figura 33**, que la mayor parte de los sujetos, en el momento en que se hace el análisis exploratorio, no ha tenido recaídas (71,7%), nueve de ellos (15%) han recaído una vez, cuatro (6.7 %) dos veces, tres (5%) tres veces, y uno ha recaído seis (1,7%).



Figura 33: Número de recaídas de los sujetos de la muestra inicial

En lo que se refiere al número de tratamientos previos al Grupo de Auto-Ayuda (GAA), se advierte que el 80% de los sujetos no han recibido tratamiento previo, que el 15% ha acudido a un tratamiento anterior, el 2% a dos y el 3% a tres (ver **figura 34**).

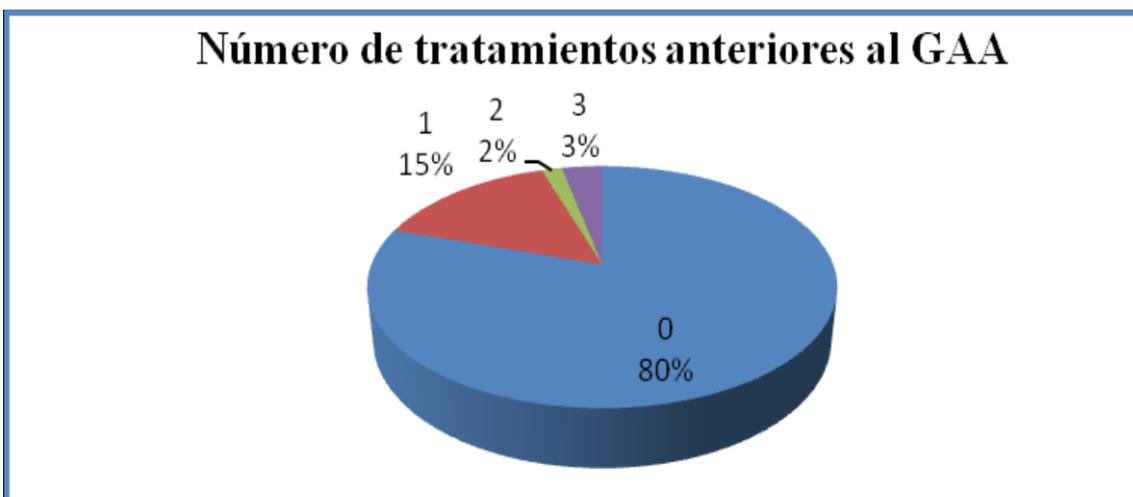


Figura 34: Número de tratamientos anteriores al GAA

Por último, en cuanto al tipo de juego, según los datos obtenidos a partir de la muestra inicial, los jugadores prefieren las máquinas recreativas tipo B, ya que el 98,3%

de los sujetos jugaban a las mismas (ver **figura 35**). En segundo lugar, se encuentran las loterías, a las que han jugado el 65% de los sujetos de la muestra. En tercer lugar, se sitúan las las cartas, con un 50% de los sujetos. En cuarta posición con un 40% de personas, se encuentran las apuestas deportivas. En quinto lugar, con el 30% de los sujetos, el bingo; y, por último, el juego *online*, al que han jugado el 13,3% de las personas de la muestra. Además se observa que 8 de ellos (13,3%) han jugado a otro tipo de juego distinto a los mencionados con anterioridad (ver **figuras 36, 37, 38, 39, 40 y 41**).

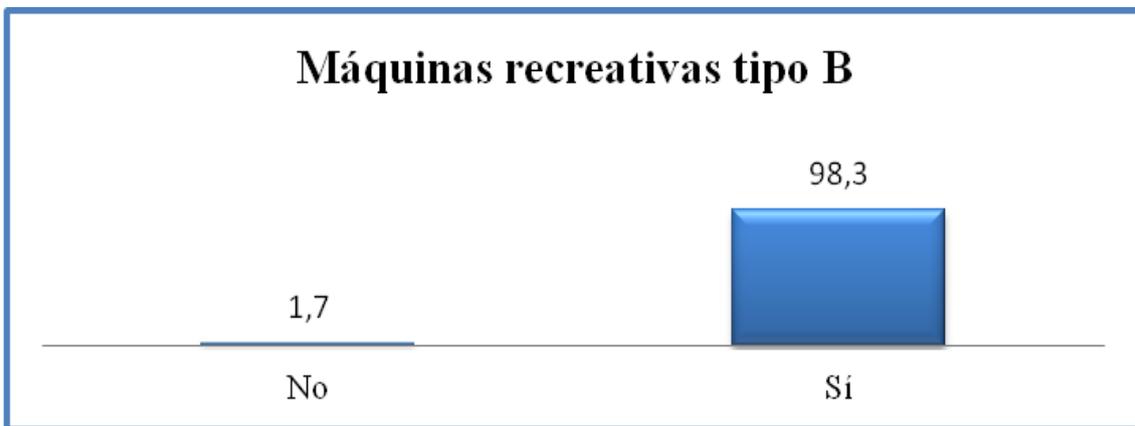


Figura 35: Porcentaje de sujetos que han mostrado conductas de juego en máquinas recreativas de tipo B; muestra inicial

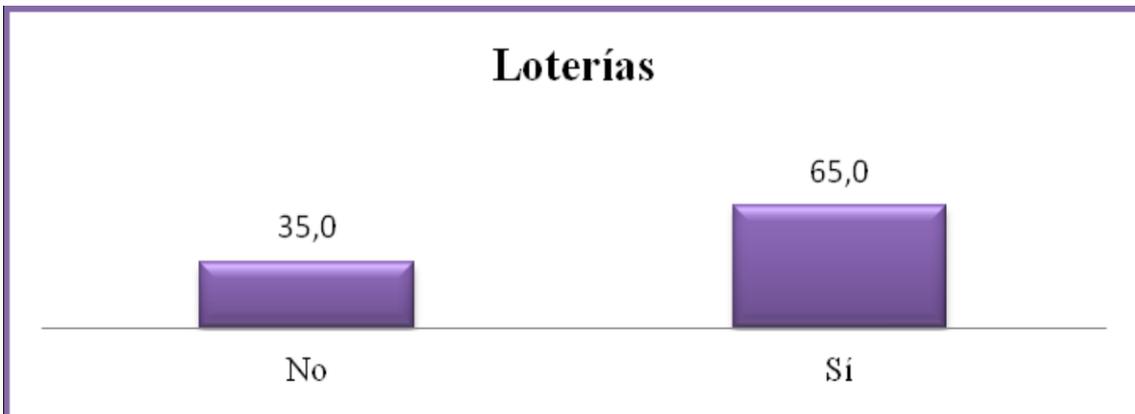


Figura 36: Porcentaje de sujetos que han mostrado conductas de juego en loterías; muestra inicial.

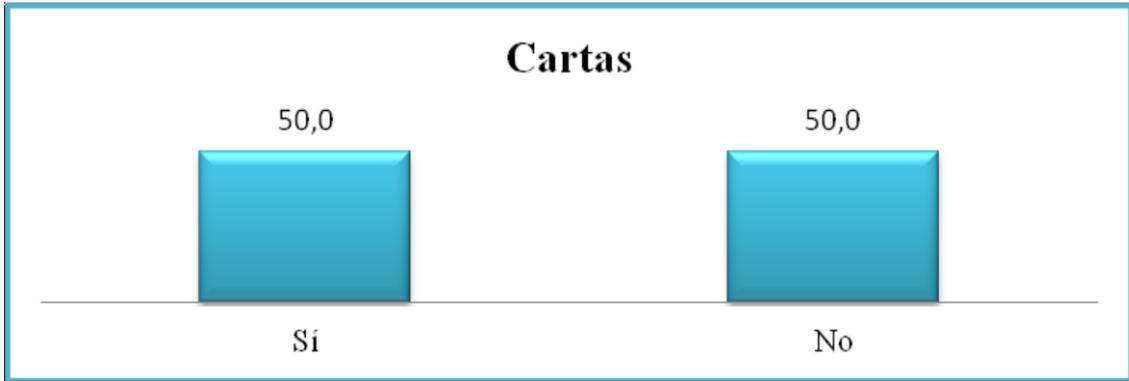


Figura 37: Porcentaje de sujetos que han mostrado conductas de juego en cartas; muestra inicial



Figura 38: Porcentaje de sujetos que han mostrado conductas de juego en apuestas deportivas; muestra inicial

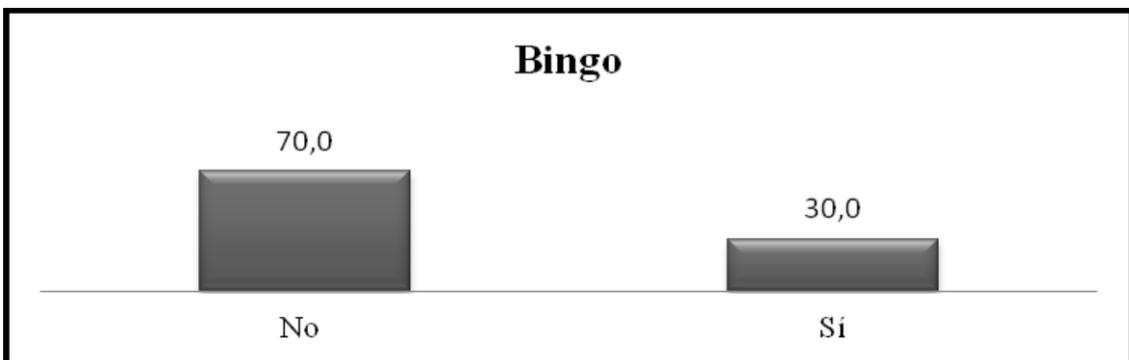


Figura 39: Porcentaje de sujetos que han mostrado conductas de juego en bingo; muestra inicial

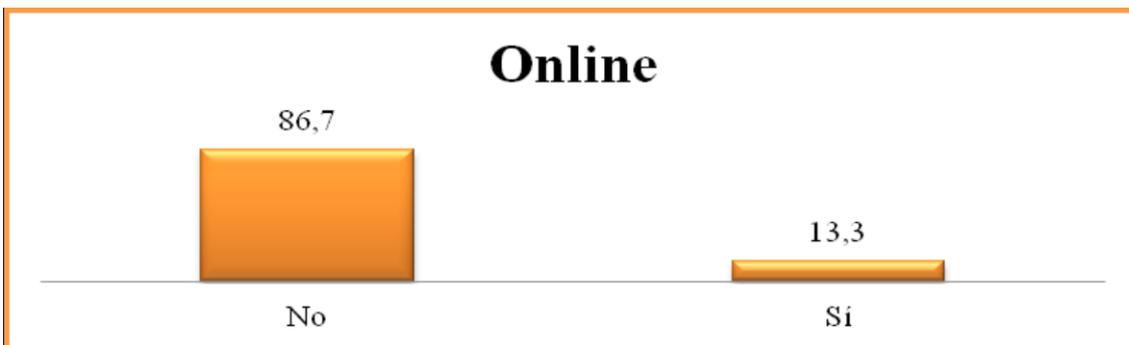


Figura 40: Porcentaje de sujetos que han mostrado conductas de juego online; muestra inicial



Figura 41: Porcentaje de sujetos que han mostrado conductas de juego en otro tipo de juegos; muestra inicial.

8.1.2.2. Muestra Final

En lo que se refiere a la historia de juego de la muestra final, se han encontrado los siguientes resultados:

La edad a la que comenzaron a jugar la mayor parte de los participantes de la muestra inicial son los 16 años (30,3%), seguida de los 18 años (12,1%), los 17 años y los 20 (9,1% respectivamente), los 15 y los 25 años (6,1% respectivamente) (ver **figura 42**).

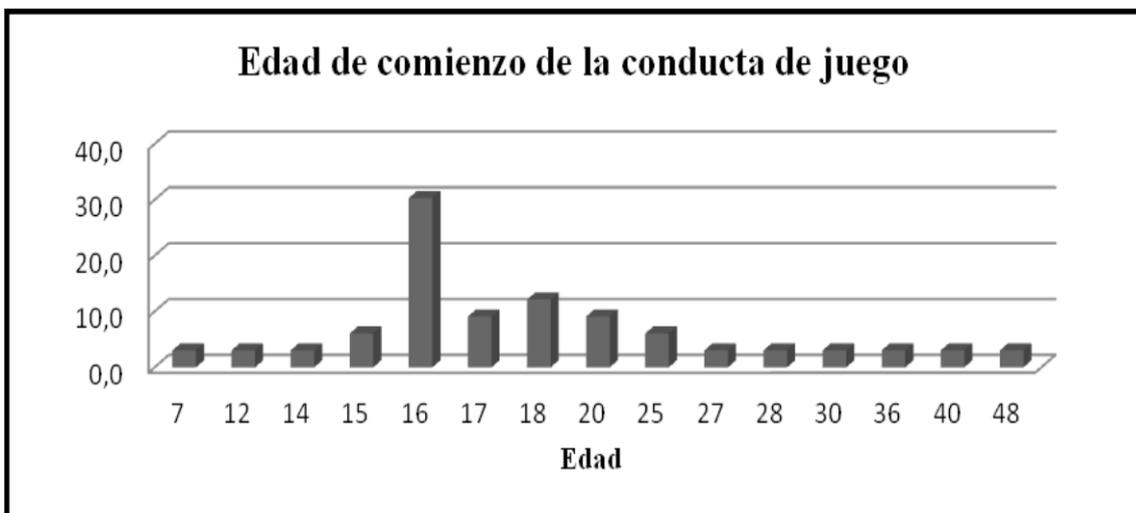


Figura 42: Edad de comienzo de juego de la muestra final

El 100% de los sujetos que conformaba la muestra final (33 sujetos) jugaban a “máquinas recreativas con premio”.

En lo que respecta al tiempo que llevan sin jugar los sujetos de la muestra final, encontramos un rango muy amplio, que se sitúa entre 1 y 50 meses, como podemos observar en la **figura 43**.



Figura 43: Tiempo sin jugar de la muestra final

Por otro lado, podemos apreciar en la **figura 44**, que la mayor parte de los sujetos de la muestra final, no ha tenido recaídas (75,8%), tres de ellos (9,1%) han recaído una vez, dos (6,1%) han recaído dos veces y tres, tres veces (9,1%).



Figura 44: Número de recaídas de los sujetos de la muestra final

En lo que se refiere al número de tratamientos previos al Grupo de Auto-Ayuda (GAA), se advierte que el 79% de los sujetos no han recibido tratamiento previo, que el 18% ha acudido a un tratamiento anterior, y el 3% a tres (ver **figura 45**).

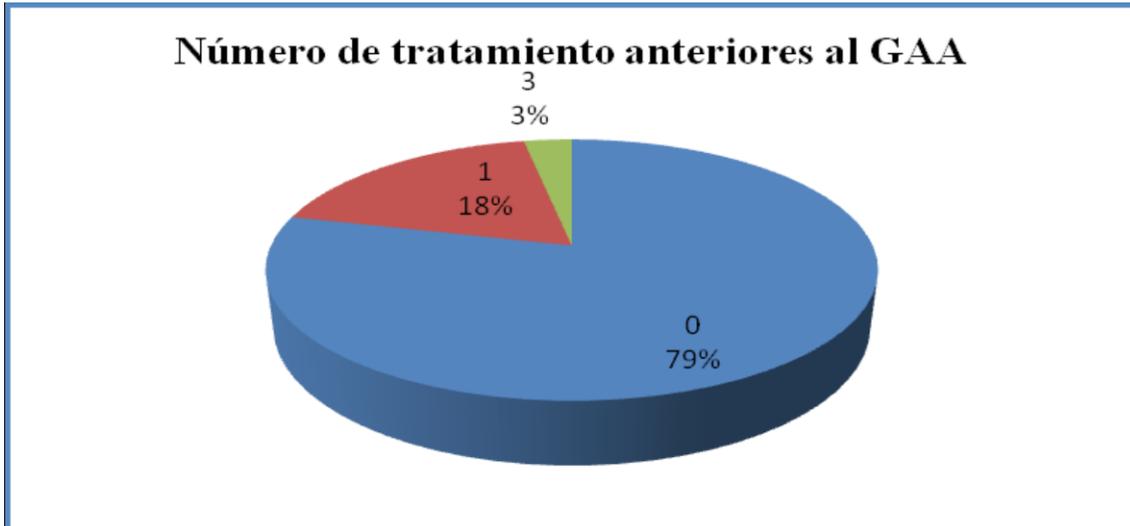


Figura 45: Número de tratamientos anteriores al GAA; muestra final

Por último, en cuanto al tipo de juego, según los datos obtenidos a partir de la muestra final, los jugadores prefieren las máquinas recreativas tipo B, ya que el 100% de los sujetos jugaban a las mismas (ver **figura 46**). En segundo lugar, se encuentran las loterías, a las que han jugado el 66,7% de los sujetos de la muestra. En tercer lugar, se sitúan las cartas, con un 51,5% de los sujetos. En cuarta posición con un 42,4% de personas, se encuentran las apuestas deportivas. En quinto lugar, con el 30,3% de los sujetos, el bingo; y, por último, el juego *online*, al que han jugado el 21,2% de las personas de la muestra. Además se observa que 3 de ellos (9,1%) han jugado a otro tipo de juego distinto a los mencionados con anterioridad (ver **figuras 47, 48, 49, 50, 51, 52**).

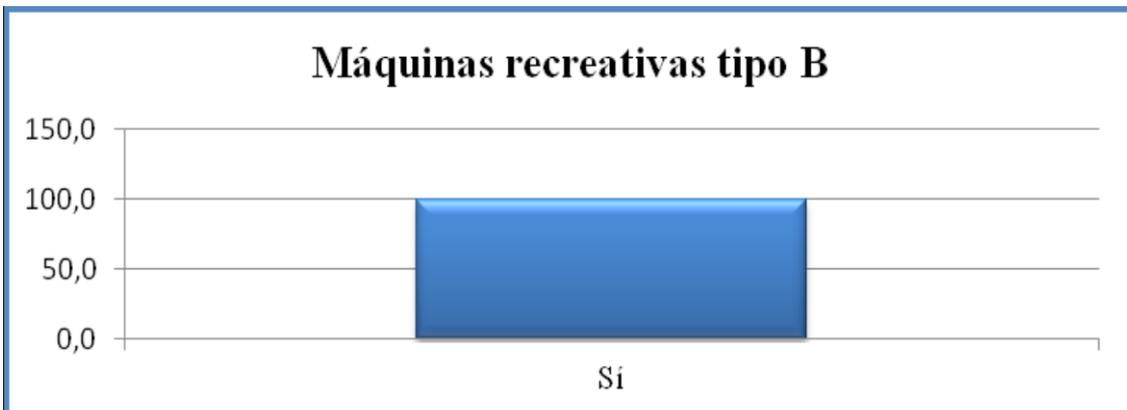


Figura 46: Porcentaje de sujetos que han mostrado conductas de juego en máquinas recreativas tipo B; muestra final

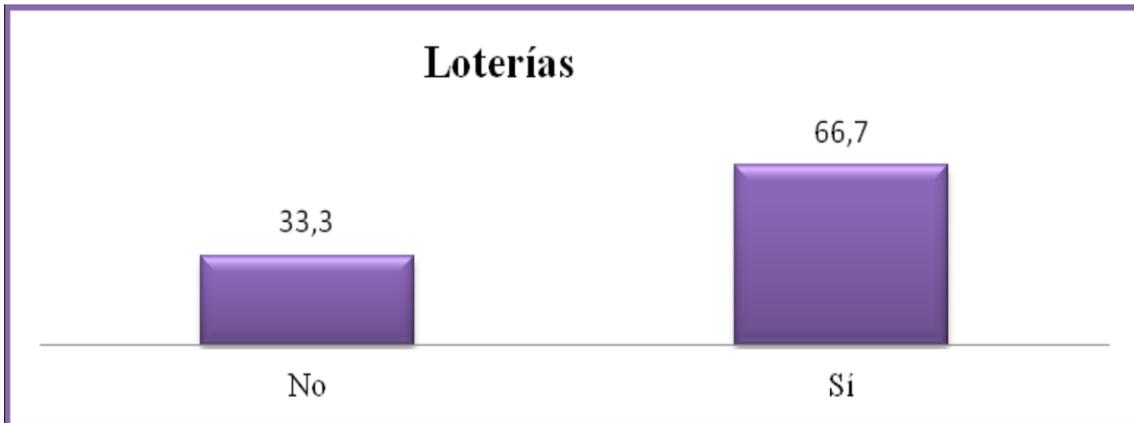


Figura 47: Porcentaje de sujetos que han mostrado conductas de juego en loterías; muestra final

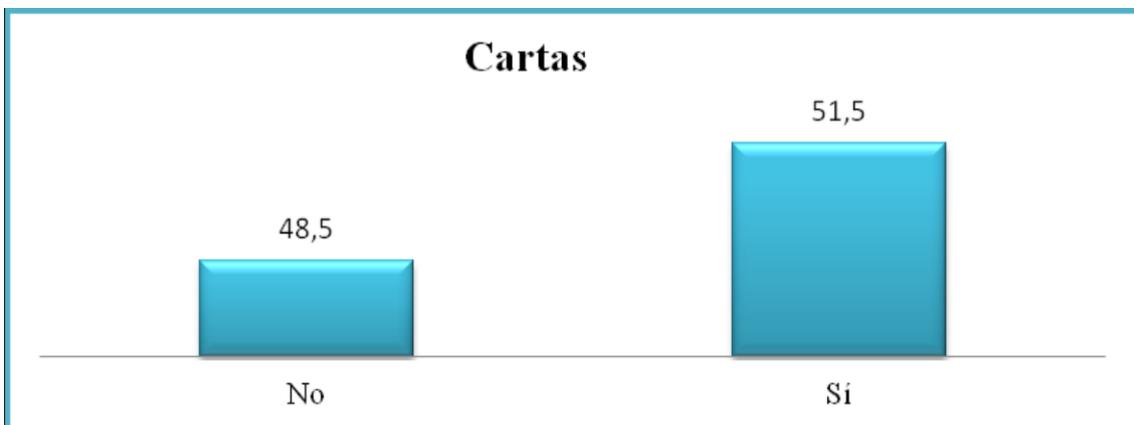


Figura 48: Porcentaje de sujetos que han mostrado conductas de juego en cartas; muestra final



Figura 49: Porcentaje de sujetos que han mostrado conductas de juego en apuestas deportivas; muestra final

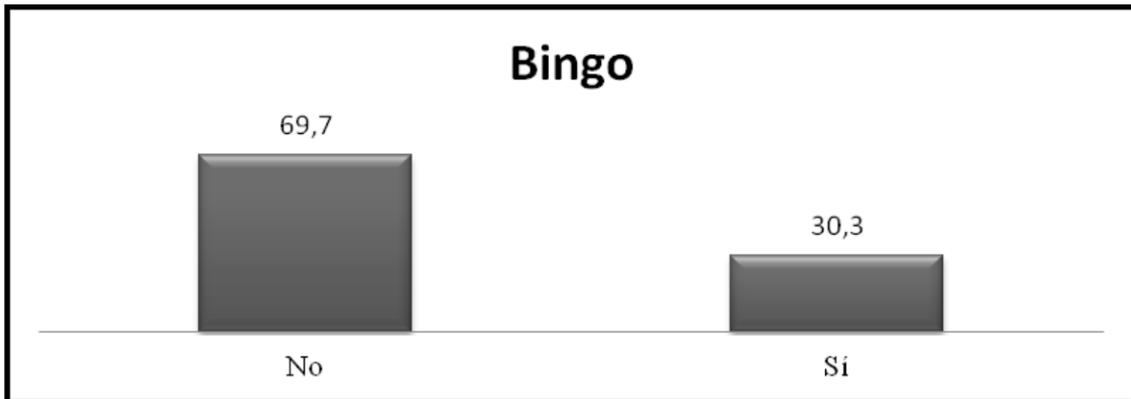


Figura 50: Porcentaje de sujetos que han mostrado conductas de juego en bingo; muestra final

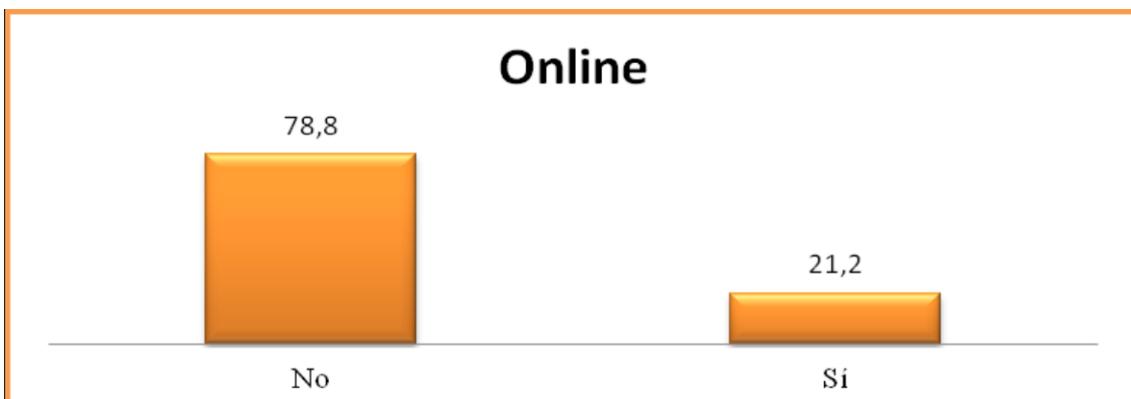


Figura 51: Porcentaje de sujetos que han mostrado conductas de juego *online*; muestra final

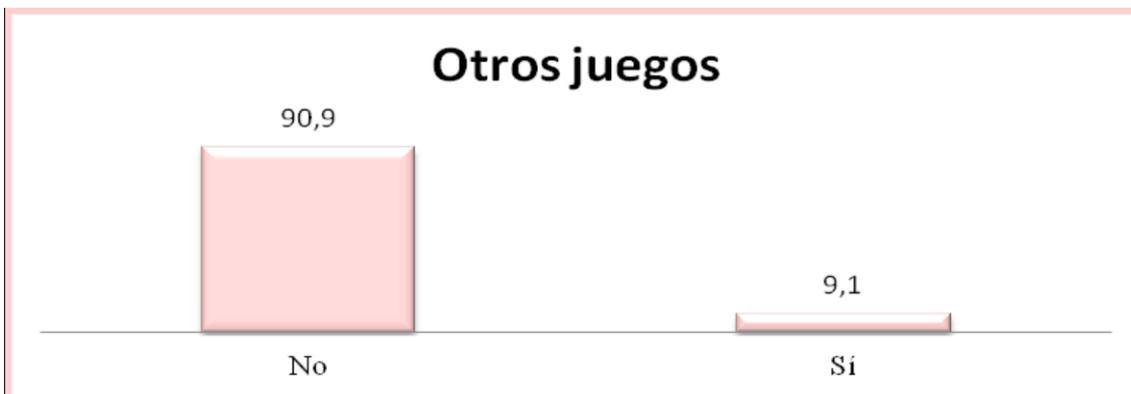


Figura 52: Porcentaje de sujetos que han mostrado conductas de juego en otro tipo de juegos; muestra final

8.1.3. Variable de diagnóstico: Juego Patológico

Muestra Final

El Cuestionario Norc DSM-IV, *Screen for Gambling problems* (NODS) (Gernstein, et al., 1999) está basado en los criterios del DSM-IV-TR y validado para población española (Becoña, 2004). Consta de 17 ítems que deben responderse atendiendo a su prevalencia vital y a su presencia en el último año. Los puntos de corte son los siguientes:

- a. Jugador de bajo riesgo: cuando la persona tiene una puntuación de 0.
- b. Jugador de riesgo: cuando la persona presenta puntuaciones de 1 ó 2.
- c. Jugador problema: cuando la persona obtiene puntuaciones de 3 ó 4.
- d. Jugador patológico: puntuaciones de 5 ó más.

(El rango para el último año va de 1 a 9 y el rango para toda la vida de 1 a 10).

Como se observa en la **figura 53**, referida a la prevalencia vital, 17 de los sujetos (51,5%) obtuvieron una puntuación de 10; 8 (24,2%) puntuaron 9; 5 (15,2%) puntuaron 8, 2 (6,1%) puntuaron 7; y uno (3%) puntuó 6 en el cuestionario NODS. Por tanto, todos los sujetos superan la puntuación de corte (5 o más), que determina que han presentado juego patológico a lo largo de su vida.

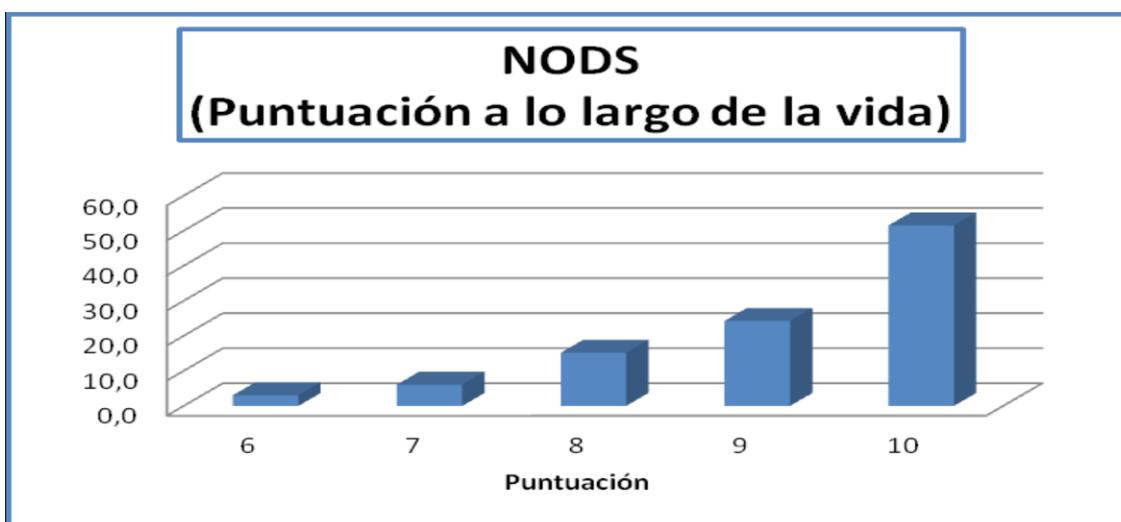


Figura 53: NODS; puntuación prevalencia vital

Por otro lado, la **figura 54**, que recoge los ítems del NODS correspondientes al último año, muestra que 8 sujetos (24,2%) no puntuaron ningún ítem positivamente, es decir son jugadores de bajo riesgo; 6 (18,2%) puntuaron uno, 2 (6,1%) puntuaron dos (serían jugadores de riesgo); 2 (6,1%) puntuaron cuatro (jugadores problema); otros 2 (6,1%) puntuaron seis, 4 (12,1%) puntuaron siete, otros 3 (9,1%) puntuaron ocho, 4 (12,1%) puntuaron nueve y otros 2 (6,1%) puntuaron 10; es decir, en el último año 15 sujetos puntuaron por encima de 5 y son jugadores patológicos.

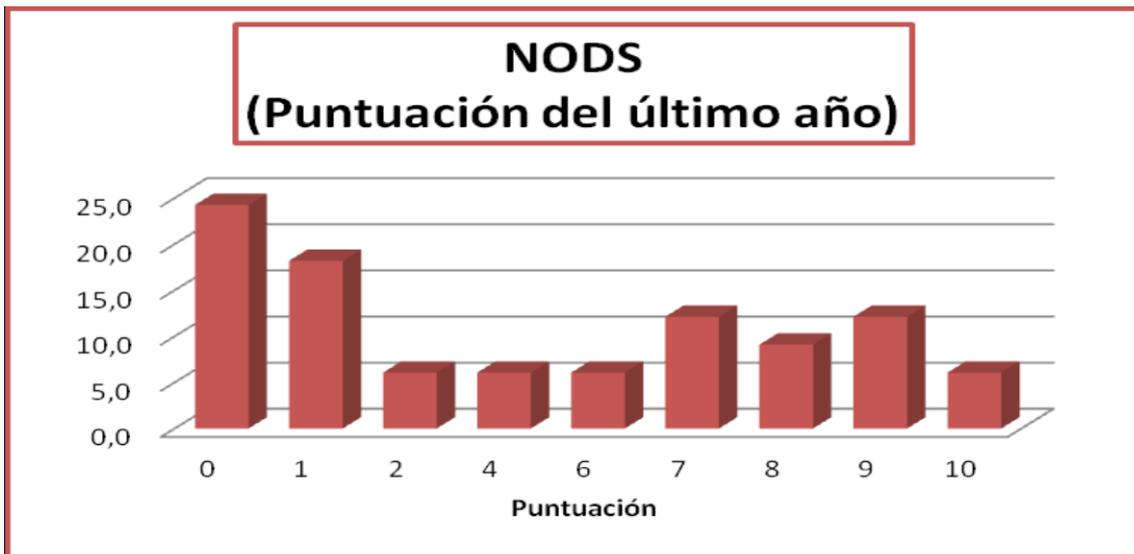


Figura 54: NODS; puntuación en el último año

De este modo podría concluirse que, aunque todos los sujetos de la muestra han presentado problemas con el juego de forma patológica, a lo largo de su vida, cuando revisamos lo sucedido en el último año, apreciamos que son 15 los sujetos que pueden ser etiquetados de jugadores patológicos.

8.2. Resultados del programa de terapia cognitiva basada en la atención plena (TCBAP)

8.2.1. Homogeneidad de los grupos

Para poder trabajar con todos los sujetos seleccionados, hubo que dividir a la muestra en 4 subgrupos que pasarían por la misma situación experimental. Estos subgrupos se formaron con una asignación aleatoria por bloques, en las que las variables bloqueadas fueron las medidas tomadas en la fase pretratamiento para las variables: depresión y ansiedad. Cada uno de los grupos resultantes tenía 8 individuos a excepción de uno que estuvo formado por nueve. Se trató que la situación experimental fuese idéntica para los cuatro: utilización del mismo espacio, las mismas terapeutas y el mismo horario, para aumentar la validez interna de la investigación. Los datos se analizaron mediante un ANOVA de un factor con cuatro niveles. Como resultado de las precauciones tomadas, encontramos que no había diferencias estadísticamente significativas en los resultados del tratamiento entre los 4 subgrupos en las variables evaluadas, es decir, el hecho de pertenecer a un subgrupo o a otro no cambia el resultado obtenido después del programa de TCBAP. El análisis estadístico, fue realizado con el Programa SPSS y se consideró un valor de significación de 0,05 (Ver **tabla 13**).

Variable Dependientes: Instrumentos de evaluación	F	p
EDJ: Ítem “intensidad”	1,649	,200
EDJ: Ítem “frecuencia”	2,258	,103
EDJ: Ítem “urgencia”	1,549	,223
sub-escala A del IPJ	,907	,348
sub-escala B del IPJ	,126	,725
Puntuación total del IPJ (A+B)	,885	,354
sub-escala C del IPJ	,368	,549
BDI-II	1,300	,263

STAI_E	,076	,784
STAI_R	,427	,518
Puntuación total FFMQ	,548	,465
Observación	1,976	,170
Descripción	,761	,390
Actuar con conciencia	,027	,870
Ausencia de reactividad	,209	,651
Ausencia de juicio	,007	,932

Tabla 13: Homogeneidad de los grupos del Programa de TCBAP

8.2.2. Análisis estadístico

Para analizar el efecto del tratamiento sobre cada una de las variables estudiadas (*craving*, distorsiones cognitivas, atención plena, estado de ánimo y ansiedad) se utilizaron ANOVAs de medidas repetidas de un factor, tomando mediciones en 6 momentos a lo largo del estudio. En primer lugar se realizó una medición que sirvió de cribado, previa a la intervención, que junto con la anterior (análisis exploratorio) sirvieron como línea base; a continuación se llevaron a cabo cuatro mediciones más: una inmediatamente después del tratamiento, y las demás pasado uno, tres y seis meses. El análisis estadístico, fue realizado con el Programa SPSS 20 y se consideró un valor de significación de 0,05.

Se han empleado ANOVAs con medidas repetidas, dado que es un modelo de análisis que permite estudiar el efecto de todos los niveles de un factor aplicado a los mismos sujetos (intra-sujetos). Teniendo en cuenta que la variable dependiente tiene que ser cuantitativa, es posible comparar las medias o, lo que es lo mismo, comprobar si el factor (intra-sujeto) influye sobre la variable dependiente. Esta técnica de análisis da una razón F que nos permite tomar una decisión sobre cuál de las dos hipótesis formuladas debemos aceptar: H0 o H1.

También se ha calculado el el coeficiente Eta al cuadrado, que es un índice de la proporción de la varianza explicada por el factor sobre la variable dependiente.

Por último, estos análisis se complementan con la aplicación de comparaciones a posteriori, para comprobar entre qué medias existen diferencias significativas. Para ello, se realizó una “comparación por pares” mediante la corrección de Bonferroni (para controlar la tasa de error o probabilidad de cometer errores de tipo I).

Por otra parte, para evaluar la continuidad de la práctica de los ejercicios de *mindfulness*, además de emplear ANOVAs de un factor, se ha realizado la prueba no paramétrica Q de Cochran, que se emplea para comparar el cambio en la distribución de proporciones entre más de dos mediciones de una variable dicotómica y determinar que la diferencia no se deba al azar (que la diferencia sea estadísticamente significativa).

8.2.2.1. Abstinencia

Se evaluó la abstinencia de los sujetos de la muestra en 5 momentos: pre-tratamiento, post-tratamiento y durante los seguimientos (1, 3 y 6 meses). La pregunta que evaluaba si los participantes se mantenían abstinentes fue: ¿ha jugado en las últimas ocho semanas a las máquinas “tragaperras” o algún otro juego de azar en el que apostase dinero o algún bien material?

Pre-tratamiento (GAA)

Se evaluó a los participantes del estudio, tras ocho semanas acudiendo al GAA. Se comprobó que, 31 sujetos de 33, declararon mantenerse abstinentes del juego (93,9%).

Post-tratamiento

En la evaluación post-tratamiento los 33 participantes de la muestra (100%) manifestaron mantenerse abstinentes de la conducta de juego.

Seguimientos

En los seguimientos realizados 1, 3 y 6 meses después del Programa de TCBAP, los 33 sujetos que componían la muestra, afirmaron continuar abstinentes. Durante dicho periodo estuvieron acudiendo al GAA.

En la **figura 55**, se observa el porcentaje de abstinencia de los participantes del

grupo de TCBAP, en los distintos momentos de evaluación. Como se puede apreciar, éste es muy alto en todos los momentos. Todos los sujetos se muestran abstinentes a lo largo de los seguimientos y el post-tratamiento. Únicamente, hay dos sujetos que recaen en el momento del pre-tratamiento, antes de que se haya aplicado el Programa de TCBAP.

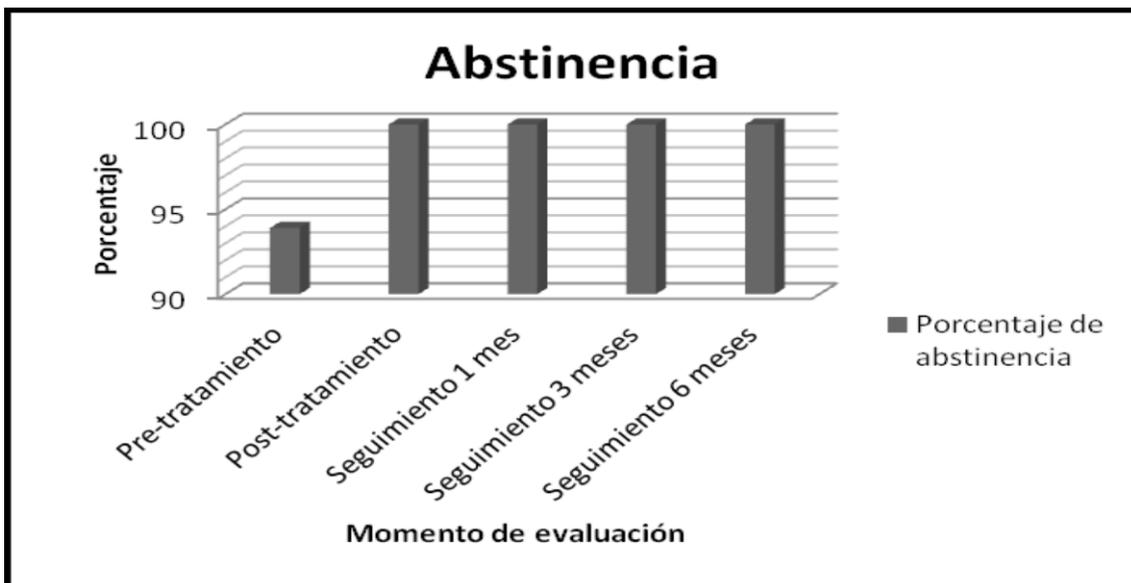


Figura 55: Abstinencia de los sujetos en los diferentes momentos de la evaluación

8.2.2.2. Deseo o *Craving*

El deseo o *craving* que presentaban los sujetos de la muestra, fue evaluado a través de tres dimensiones independientes, que medían: intensidad, frecuencia y urgencia. El rango en que se puntúa cada dimensión de la escala es de 0 a 10.

Para evaluar el supuesto de esfericidad de cada una de las dimensiones de la escala, utilizamos la prueba W de Mauchly; se apreciaron diferencias estadísticamente significativas ($p < .000$). De este modo, no podemos asumir que la matriz de varianzas-covarianzas es circular. Por ello, decidimos emplear el índice corrector *epsilon* Greenhouse-Geisser, que expresa el grado en que la matriz de varianzas-covarianzas se aleja de la esfericidad.

a) Intensidad del deseo de juego

En la primera variable de la escala “intensidad del deseo de juego” encontramos diferencias significativas entre las medias del deseo con el paso de tiempo. Dichas diferencias fueron obtenidas a partir del test de Greenhouse-Geisser ($F=348,555$; $p<.000$). Puesto que el nivel crítico (Sig.) es menor que 0,05, podemos rechazar la hipótesis nula y concluir que la intensidad del deseo o *craving* no es el mismo en los seis momentos de evaluación. Como se aprecia en la **figura 56**, podemos afirmar que el tratamiento psicológico recibido, afecta a la intensidad del deseo de jugar, y hace que ésta se modifique a lo largo del tiempo.

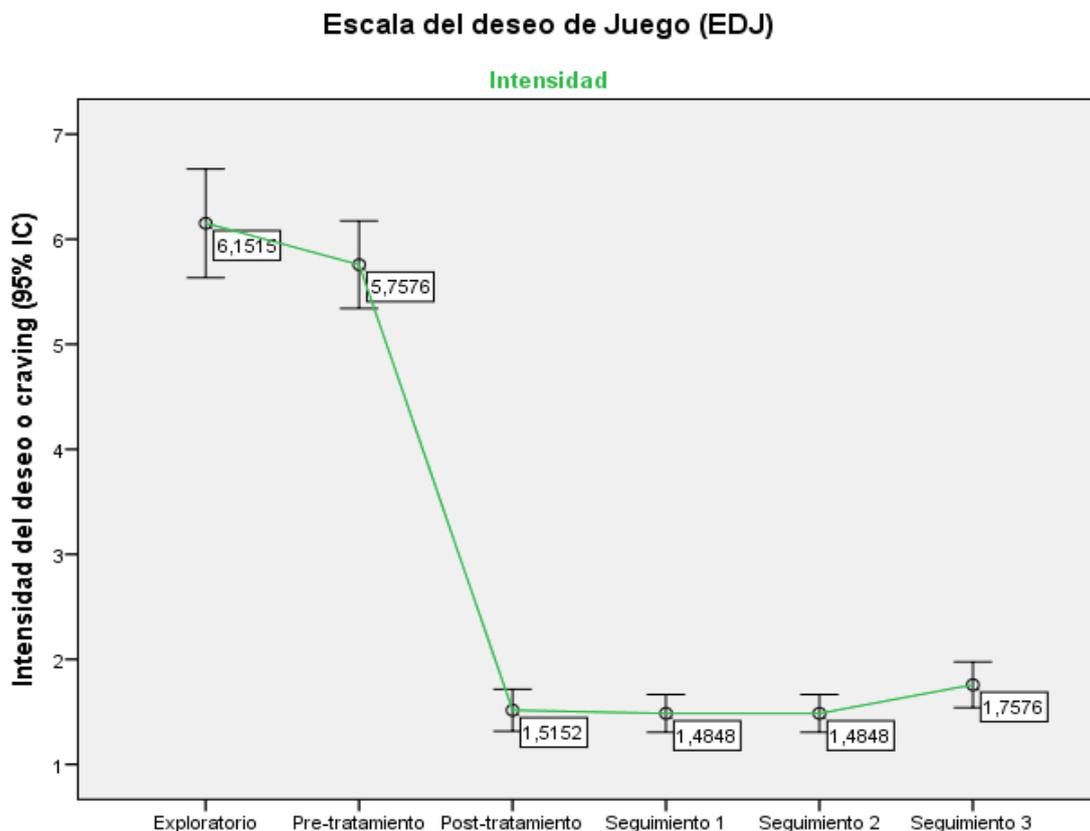


Figura 56: Evolución temporal de la dimensión de intensidad de la EDJ.

La significación estadística se complementa con la interpretación del índice Eta al cuadrado, para obtener una valoración de la significación clínica de la evolución de la intensidad media de deseo a lo largo de las seis mediciones. En concreto, en este caso obtenemos que un 91,6% de la varianza es explicada por las seis medidas temporales. La interpretación de los índices de proporción de varianza explicada puede hacerse

ayudándonos del criterio propuesto por Cohen (1988), según el cual en modelos de ANOVA de un factor sería preciso que dicho factor sea capaz de explicar al menos un 10% de la varianza de la variable dependiente para poder considerar que el factor tiene relevancia práctica o clínica. Además considera que un valor en torno a 0,25 (25% de varianza explicada) ya sería indicativo de una magnitud alta o clínicamente muy relevante.

Además, utilizamos comparaciones entre cada uno de los momentos del tratamiento, para concretar entre qué medias existen diferencias significativas. Para ello se realiza una comparación por pares a partir de la prueba de Bonferroni. Los resultados de estas comparaciones se muestran en la **tabla 14**.

	Exploratorio	Pre-tratamiento	Post-tratamiento	Seguimiento 1	Seguimiento 2
Exploratorio					
Pre-tratamiento	,025*				
Post-tratamiento	,000*	,000*			
Seguimiento 1	,000*	,000*	1,000		
Seguimiento 2	,000*	,000*	1,000	1,000	
Seguimiento 3	,000*	,000*	1,000	1,000	1,000
<i>(*) diferencias estadísticamente significativas en las que $p < .05$</i>					

Tabla 14: Prueba de Bonferroni; comparaciones por pares de las puntuaciones de la dimensión “intensidad de deseo” en los distintos momentos del tratamiento.

Como se puede apreciar, en la dimensión de “intensidad del deseo” se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre:

- a) Las puntuaciones medias del análisis exploratorio y el resto de medidas ($p < .05$).

- b) También existen diferencias entre el pre-tratamiento, y el post-tratamiento, y el pre-tratamiento y los seguimientos.

En el resto de las comparaciones por pares, no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$).

b) Frecuencia del deseo de juego

En la segunda variable de la escala “frecuencia del deseo de juego” también encontramos diferencias significativas entre las medias del deseo con el paso del tiempo, a partir del test de Greenhouse-Geisser ($F=164,102$; $p < .000$). El nivel crítico (Sig.) es menor que 0,05, por lo que las discrepancias entre las medias son suficientemente grandes como para poder rechazar la hipótesis nula y concluir que la frecuencia del deseo o craving cambia en los distintos momentos de registro. Podemos decir que la TCBAP, afecta a la frecuencia del deseo de jugar, algo que se aprecia de manera gráfica en la **figura 57**.

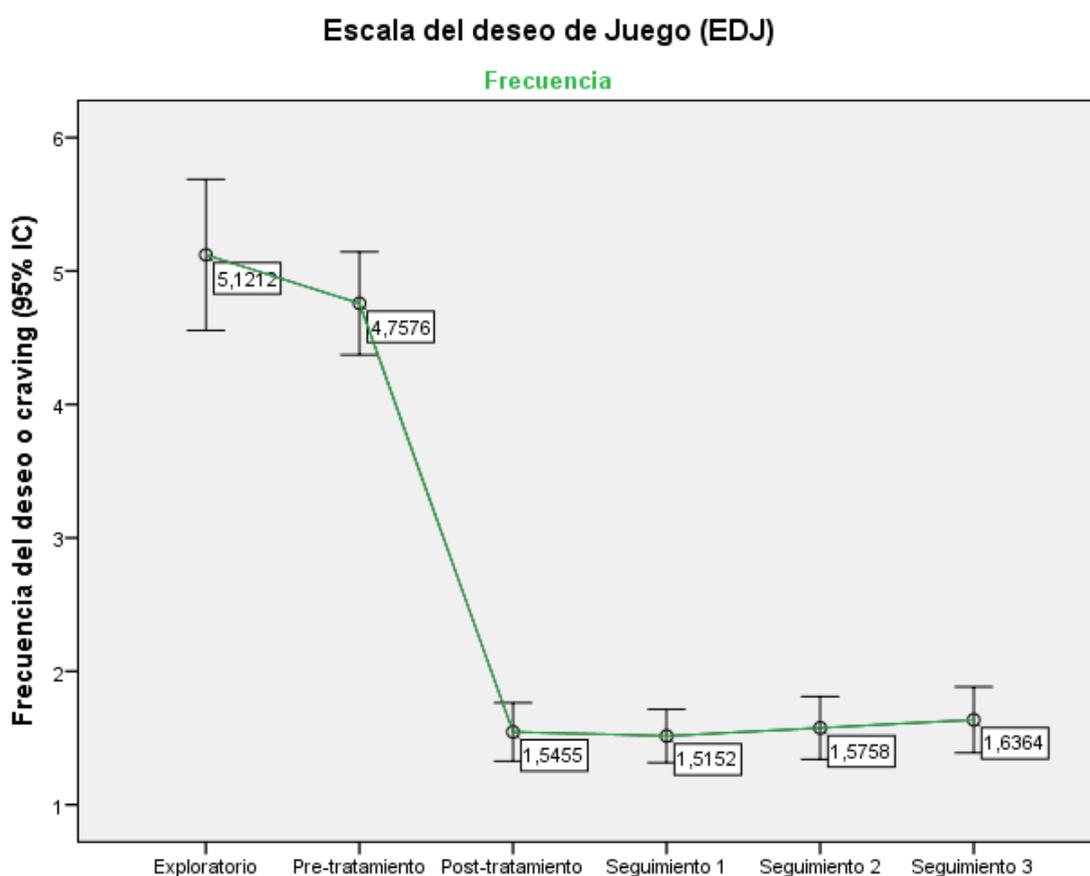


Figura 57: Evolución temporal de la dimensión de frecuencia de la EDJ

La interpretación del índice Eta al cuadrado nos indica, en este caso, que un 83,7% de la varianza en esta variable de frecuencia del deseo, es explicada por las seis medidas temporales. Esto significa que el tratamiento parece desempeñar una relevancia clínica muy alta, en la frecuencia de deseo de juego.

Para concretar entre qué medias existen diferencias significativas, realizamos una comparación por pares a partir de la prueba de Bonferroni. Los resultados de estas comparaciones se muestran en la **tabla 15**.

	Exploratorio	Pre-tratamiento	Post-tratamiento	Seguimiento 1	Seguimiento 2
Exploratorio					
Pre-tratamiento	,242				
Post-tratamiento	,000*	,000*			
Seguimiento 1	,000*	,000*	1,000		
Seguimiento 2	,000*	,000*	1,000	1,000	
Seguimiento 3	,000*	,000*	1,000	1,000	1,000
<i>(*) diferencias estadísticamente significativas en las que $p < 0,05$</i>					

Tabla 15: Prueba de Bonferroni; comparaciones por pares de las puntuaciones de la dimensión “frecuencia del deseo” en los distintos momentos del tratamiento.

En la dimensión de “frecuencia del deseo”, como apreciamos en la **tabla 15**, se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre:

- a) Las puntuaciones medias del análisis exploratorio y el resto de medidas ($p < .05$), excepto en las puntuaciones en la fase de pre-tratamiento.
- b) También existen diferencias entre el pre-tratamiento, y el post-tratamiento, y el pre-tratamiento y los seguimientos.

En el resto de las comparaciones por pares, no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$).

c) Urgencia en el deseo de juego

En la tercera variable “urgencia en el deseo de juego”, una vez más, a partir del test de Greenhouse-Geisser ($F=194,007$; $p <.000$), encontramos diferencias significativas entre las medias del deseo con el paso del tiempo, llevándonos a la misma interpretación que las pruebas estadísticas anteriores. Puesto que el nivel crítico (Sig.) es menor que 0'05, podemos rechazar la hipótesis nula y concluir que la urgencia del deseo o *craving* difiere en los seis momentos de evaluación. Como se observa en la **figura 58**, podemos confirmar que el factor tratamiento psicológico influye en la urgencia del deseo de jugar, viéndose ésta modificada en los distintos periodos de evaluación.

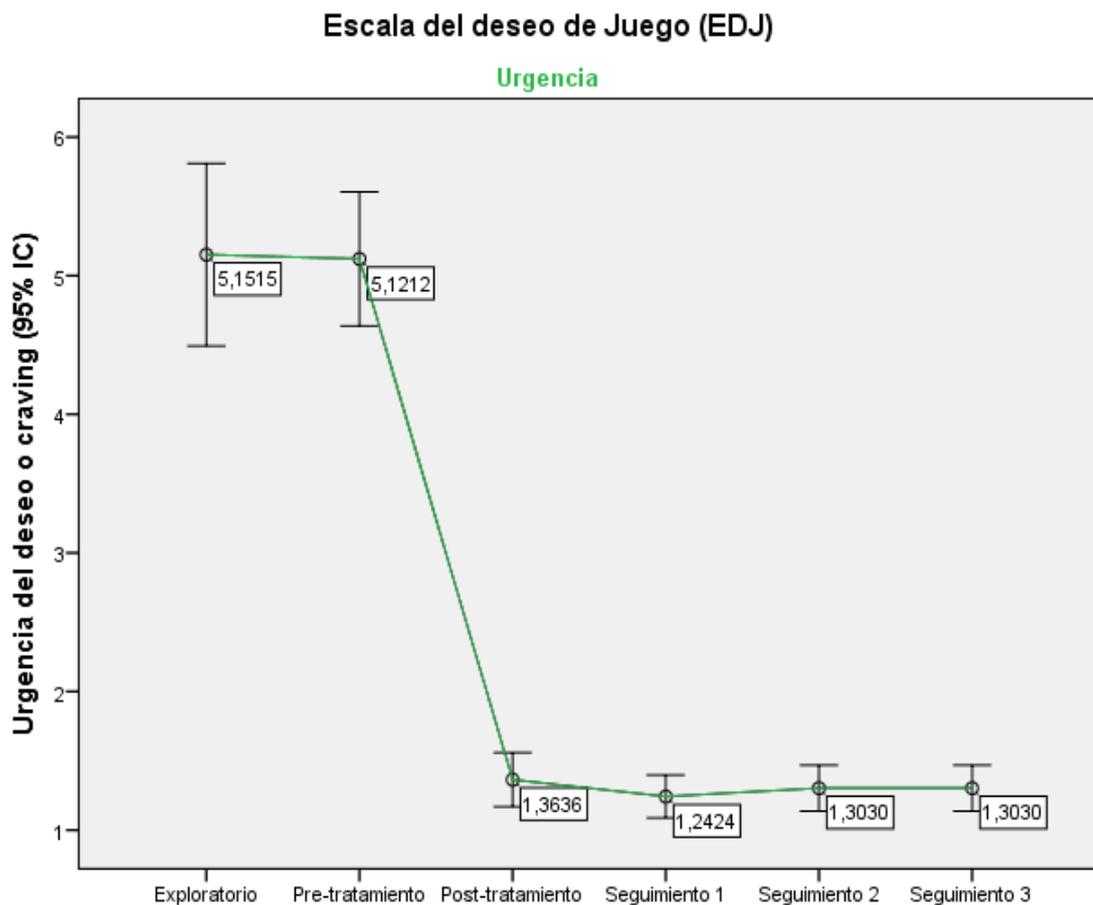


Figura 58: Evolución temporal de la dimensión de urgencia de la EDJ

La significación estadística se complementa con la interpretación del índice *Eta* al cuadrado, para obtener una valoración de la significación clínica de la evolución de la urgencia media de deseo a lo largo de las cada una de las mediciones. En este caso, obtenemos que un 85,8% de la varianza es explicada por las seis medidas temporales, lo

que es indicativo de una magnitud clínicamente muy relevante.

Complementamos estos análisis con el empleo de comparaciones entre cada uno de los momentos del tratamiento, utilizando la prueba de Bonferroni (**Tabla 16**).

	Exploratorio	Pre-tratamiento	Post-tratamiento	Seguimiento 1	Seguimiento 2
Exploratorio					
Pre-tratamiento	1,000				
Post-tratamiento	,000*	,000*			
Seguimiento 1	,000*	,000*	,654		
Seguimiento 2	,000*	,000*	1,000	1,000	
Seguimiento 3	,000*	,000*	1,000	1,000	1,000
(*) diferencias estadísticamente significativas en las que $p < .05$					

Tabla 16: Prueba de Bonferroni; comparaciones por pares de las puntuaciones de la dimensión “urgencia de deseo” en los distintos momentos del tratamiento.

En la dimensión de “urgencia del deseo”, como apreciamos en la **tabla 16**, se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) entre:

- a) Las puntuaciones medias del análisis exploratorio y el resto de medidas, excepto en las puntuaciones en la fase de pre-tratamiento.
- b) También existen diferencias entre el pre-tratamiento, y el post-tratamiento, y el pre-tratamiento y los seguimientos.

En el resto de las comparaciones por pares, no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas.

d) Resumen

En resumen, en la **tabla 17**, podemos apreciar las puntuaciones medias en cada una de las dimensiones y la desviación típica en cada uno de los momentos del tratamiento.

	Puntuaciones de la Escala de Deseo de Juego					
	INTENSIDAD		FRECUENCIA		URGENCIA	
	Media	D. Típica	Media	D. típica	Media	D. Típica
Exploratorio	6,15	1,460	5,12	1,596	5,15	1,856
Pre- tratamiento	5,76	1,173	4,76	1,09	5,12	1,364
Post- tratamiento	1,52	0,566	1,55	0,617	1,36	0,549
Primer Seguimiento	1,48	0,508	1,52	0,566	1,24	0,435
Segundo Seguimiento	1,48	0,508	1,58	0,663	1,30	0,467
Tercer seguimiento	1,76	0,614	1,64	0,699	1,30	0,467

Tabla 17: Resumen de la evolución temporal de las puntuaciones de la EDJ

De este modo, podemos concluir que el tratamiento de AA que reciben los sujetos durante 8 semanas, consigue generar cambios en las puntuaciones de deseo de juego (diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación media del exploratorio y el pre-tratamiento) sólo en la dimensión de intensidad del deseo o *craving*.

Sin embargo, en las otras dos dimensiones “frecuencia y urgencia”, se observan diferencias estadísticamente significativas, cuando se añade el tratamiento de TCBAP, que continúan a lo largo de los tres seguimientos en relación a la evaluación exploratoria.

En la misma línea (y dado que no había diferencias significativas entre las medidas exploratoria y el pre-tratamiento, a excepción de la dimensión de intensidad), añadir el tratamiento TCBAP al tratamiento de AA consigue disminuir de forma significativa el deseo en sus tres dimensiones, y se observa que los niveles siguen siendo significativamente más bajos que en la evaluación Pre, en los tres seguimientos.

8.2.2.3. Distorsiones cognitivas

A través del Inventario de Pensamientos sobre el juego (IPJ) (Echeburúa y Báez, 1994a), adaptado para un sujeto no necesariamente jugador (Fernández de la Cruz, 2010), se compararon el número de distorsiones cognitivas presentadas por los participantes de la muestra, en cada uno de los momentos de evaluación: análisis exploratorio, pre-tratamiento, post-tratamiento y cada uno de los seguimientos.

Antes de examinar si las 6 medias ajustadas difieren significativamente entre sí, en cada una de las sub-escalas del IPJ, es preciso comprobar si se cumple el supuesto de esfericidad en las mismas con el test W de Mauchly ($p < .000$). Al apreciarse diferencias estadísticamente significativas, no podemos asumir que la matriz de varianzas-covarianzas es circular, lo que nos lleva a emplear el índice corrector *épsilon* Greenhouse-Geisser (prueba F robusta), que arrojó los siguientes resultados:

a) Sub-escala A

En esta sub-escala, referida al número de sesgos cognitivos relacionados con la conducta de juego, se observan diferencias significativas en las medias en los diferentes momentos de evaluación ($F = 235,305$; $p < .000$). Esto nos permite rechazar la hipótesis nula o de igualdad de medias, ya que el nivel crítico (Sig.) es menor que 0,05. Podemos concluir que el número de distorsiones cognitivas relacionadas con la conducta de juego, cambia a lo largo del tiempo, como se observa en la **figura 59**. Parece que el tratamiento psicológico recibido afecta a la frecuencia con la que los sujetos presentan distorsiones cognitivas relacionadas con la conducta de juego, de manera que se produce un cambio en dicha frecuencia a lo largo de las distintas mediciones.

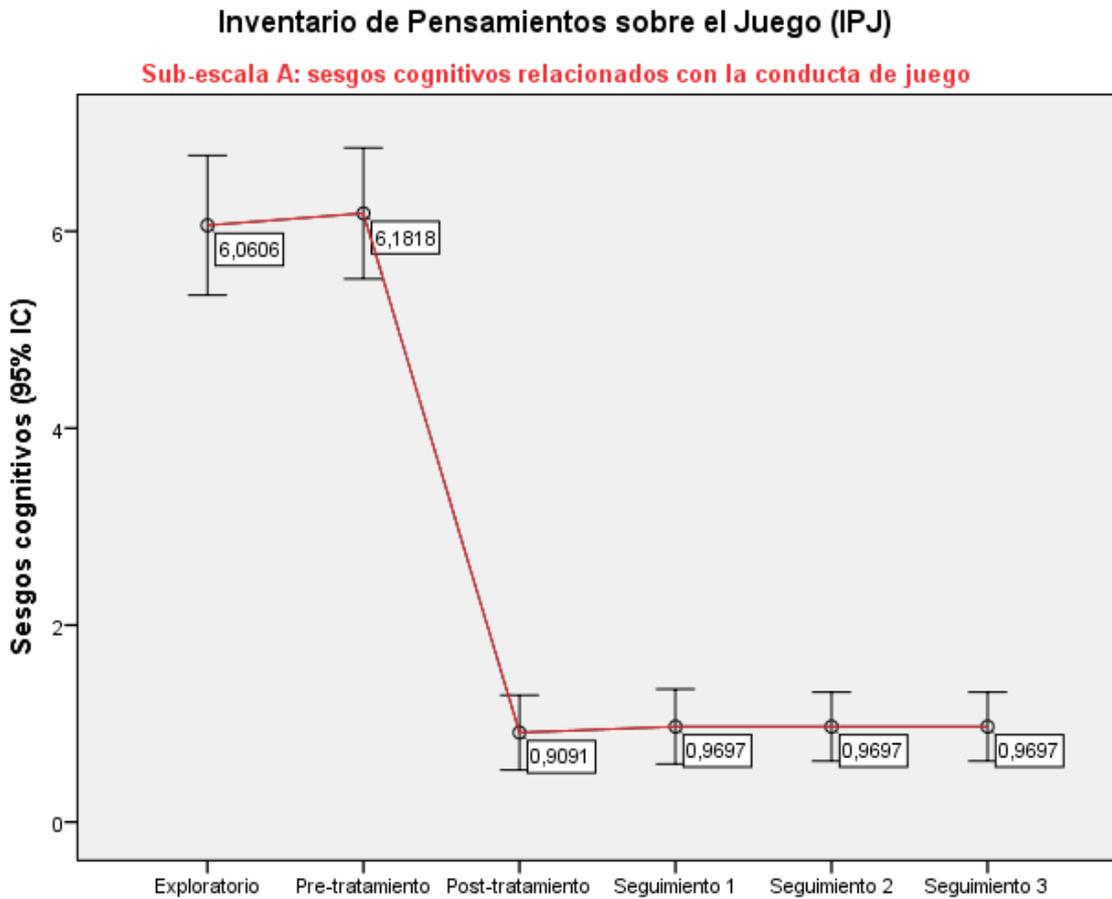


Figura 59: Evolución temporal de la sub-escala A del IPJ

El índice *Eta* al cuadrado nos proporciona una valoración de la significación clínica de la evolución de la frecuencia media de distorsiones cognitivas relacionados con la conducta de juego, a lo largo de las seis mediciones. Específicamente, hallamos un 88% de varianza explicada, lo que indica que el tratamiento parece ejercer una relevancia clínica muy alta en las distorsiones cognitivas de los sujetos, justo tras la finalización del tratamiento.

Concluimos estos análisis llevando a cabo comparaciones entre cada uno de los momentos del tratamiento, que nos permitan conocer entre qué medias existen diferencias significativas. Para determinar la existencia o no de dichas diferencias, se realiza la prueba de Bonferroni, la cual permite hacer una “comparación por pares”. Los resultados de estas comparaciones se muestran en la **tabla 18**.

	Exploratorio	Pre-tratamiento	Post-tratamiento	Seguimiento 1	Seguimiento 2
Exploratorio					
Pre-tratamiento	, 654				
Post-tratamiento	,000*	,000*			
Seguimiento 1	,000*	,000*	1,000		
Seguimiento 2	,000*	,000*	1,000	1,000	
Seguimiento 3	,000*	,000*	1,000	1,000	1,000
(*) <i>diferencias estadísticamente significativas en las que $p < .05$</i>					

Tabla 18: Prueba de Bonferroni; comparaciones por pares de las puntuaciones de la sub-escala A del IPJ en los distintos momentos del tratamiento.

Como se puede apreciar en la **tabla 18**, en la sub-escala A se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) entre:

- a) Las puntuaciones medias del análisis exploratorio y el resto de medidas, excepto el pre-tratamiento.
- b) También existen diferencias entre el pre-tratamiento, y el post-tratamiento, y el pre-tratamiento y los tres seguimientos.

No se apreciaron diferencias estadísticamente significativas, en el resto de las comparaciones por pares.

b) Sub-escala B

En esta segunda sub-escala, que recoge la puntuación relativa al número de sesgos cognitivos en relación con la adicción al juego, se observan diferencias significativas en las medias en los diferentes momentos de evaluación, obtenidas a partir del test de Greenhouse-Geisser ($F=45,631$; $p<.000$). De nuevo, el nivel crítico (Sig.) es menor que 0,05, lo que permite que podamos rechazar la hipótesis nula y determinar que el número de distorsiones cognitivas relacionadas con la adicción al juego, no es el mismo en las seis medidas obtenidas. Podemos señalar que el tratamiento psicológico, influye en el número de distorsiones cognitivas relacionadas con la adicción al juego, presentadas por los participantes de la muestra, es decir, se produce un cambio a lo largo de las distintas fases de registro (ver **figura 60**).

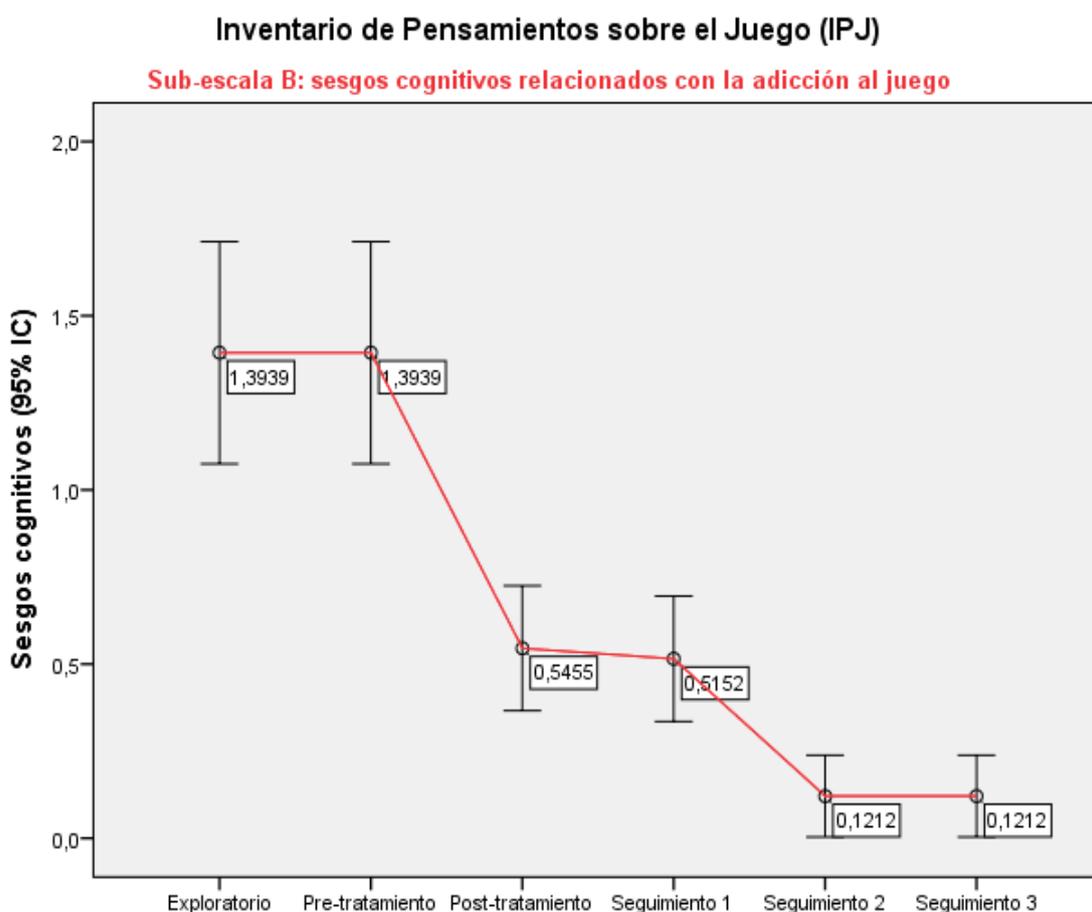


Figura 60: Evolución temporal de la sub-escala B del IPJ

Por otra parte, empleamos el índice *Eta* al cuadrado como complemento de la significación estadística. Ello nos facilita información acerca de la valoración de la significación clínica de la evolución de los niveles medios de distorsiones cognitivas relacionadas con la adicción al juego a lo largo de las evaluaciones. En esta ocasión, encontramos que un 58% de varianza es explicada por las distintas medidas temporales, lo que muestra el tratamiento tiene una alta relevancia clínica.

Estos análisis se acompañan de comparaciones entre cada uno de los momentos del estudio, que posibiliten averiguar entre qué medias existen diferencias significativas. Para ello, se realiza la prueba de Bonferroni, la cual permite hacer una “comparación por pares”. Los resultados de estas comparaciones se muestran en la **tabla 19**.

	Exploratorio	Pre-tratamiento	Post-tratamiento	Sguimiento 1	Seguimiento 2
Exploratorio					
Pre-tratamiento	,				
Post-tratamiento	,000*	,000*			
Seguimiento 1	,000*	,000*	1,000		
Seguimiento 2	,000*	,000*	,000*	,001*	
Seguimiento 3	,000*	,000*	,013*	,025*	1,000
(*) <i>diferencias estadísticamente significativas en las que $p < .05$</i>					

Tabla 19: Prueba de Bonferroni; comparaciones por pares de las puntuaciones de la sub-escala B del IPJ en los distintos momentos del tratamiento.

Como se puede observar en la **tabla 19**, en la sub-escala B se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) entre:

- a) las puntuaciones medias del análisis exploratorio y el resto de medidas, excepto el pre-tratamiento (puntuación perdida por el sistema).
- b) el pre-tratamiento y el post-tratamiento, y el pre-tratamiento y los tres seguimientos.
- c) el Post-tratamiento y el seguimiento 1 y 2.

d) el seguimiento 1 y los otros dos seguimientos.

No se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en el resto de comparaciones por pares.

c) Puntuación global (A+B)

En la puntuación global del IPJ (A+B), que reúne la puntuación concerniente al número de distorsiones cognitivas, el test Greenhouse-Geisser ($F=233,979$; $p<.000$) nos revela que existen diferencias significativas en las medias con el paso del tiempo. Rechazamos la hipótesis nula, dado que el nivel crítico (Sig.) es menor que 0,05, y concluimos que el número de distorsiones cognitivas presentadas por los participantes de la muestra, no es el mismo en las seis medidas obtenidas. En la **figura 61**, se observa de manera gráfica, como el tratamiento psicológico, afecta al número de distorsiones cognitivas que presentan los sujetos, haciendo que éste se varíe de una fase de evaluación a otra.

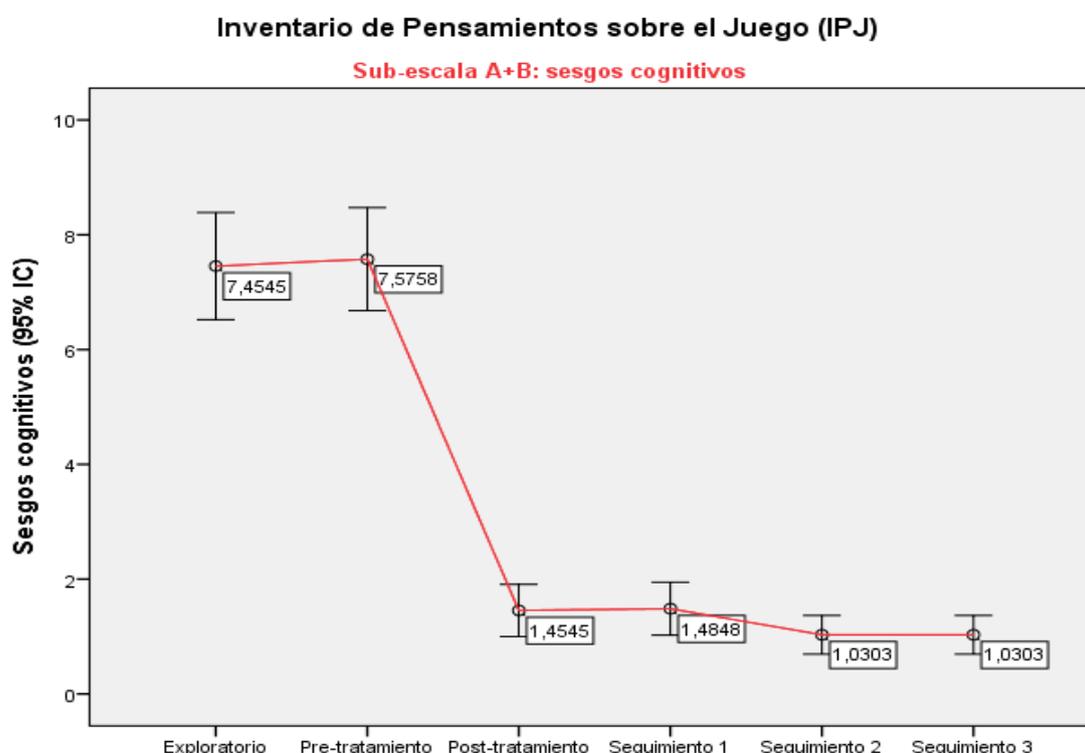


Figura 61: Evolución temporal de la sub-escala A+B del IPJ

Añadimos a la significación estadística, la interpretación del índice *Eta* al cuadrado, para obtener una valoración de la significación clínica de la evolución de los

niveles medios de distorsiones cognitivas a lo largo de las seis mediciones. Apreciamos que un 88% de varianza está explicada por las seis medidas temporales, en la puntuación total de la escala (A+B); Por ende, podemos sostener que el Programa de TCBAP ha logrado disminuir el número de distorsiones cognitivas de los participantes, significativamente.

Además de los anteriores análisis, se realiza la prueba de Bonferroni, la cual permite hacer una “comparación por pares”, entre cada uno de los momentos del tratamiento, que permitan advertir entre qué medias existen diferencias significativas. Los resultados de estas comparaciones se muestran en la **tabla 20**.

	Exploratorio	Pre-tratamiento	Post-tratamiento	Seguimiento 1	Seguimiento 2
Exploratorio					
Pre-tratamiento	0,65				
Post-tratamiento	,000*	,000*			
Seguimiento 1	,000*	,000*	1,000		
Seguimiento 2	,000*	,000*	,025*	,007*	
Seguimiento 3	,000*	,000*	1,000	1,000	1,000
(*) <i>diferencias estadísticamente significativas en las que $p < .05$</i>					

Tabla 20: Prueba de Bonferroni; comparación por pares de la puntuación total del IPJ (A+B) en los distintos momentos del tratamiento.

Como se puede apreciar en la **tabla 20**, en la puntuación total del inventario (A+B) se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) entre:

- a) las puntuaciones medias del análisis exploratorio y el resto de medidas, excepto el pre-tratamiento.
- b) el pre-tratamiento y el post-tratamiento, y el pre-tratamiento y los tres seguimientos.
- c) el Post-tratamiento y el seguimiento 2.

d) el seguimiento 1 y el 2.

En el resto de las comparaciones por pares, no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas.

d) Sub-escala C

Por último, en esta sub-escala, referida al estilo atribucional y *locus* de control en relación con la adicción al juego, también se encuentran diferencias significativas entre las medias en los distintos momentos de evaluación, obtenidas a partir del test de Greenhouse-Geisser ($F=86,471$; $p<.000$). Puesto que el nivel crítico (Sig.) es menor que 0,05, podemos rechazar la hipótesis nula. Concluimos que el estilo atribucional y *locus* de control presentado por los sujetos, cambia de un momento de evaluación a otro, debido a que el factor tratamiento psicológico influye en el estilo atribucional y *locus* de control relacionado con el juego. Esto significa que los sujetos son más realistas en relación a su conducta de juego, siendo capaces de responsabilizarse de la misma, lo que favorece su control. En la **figura 62**, se aprecia un evidente descenso entre el pre y el post-tratamiento.

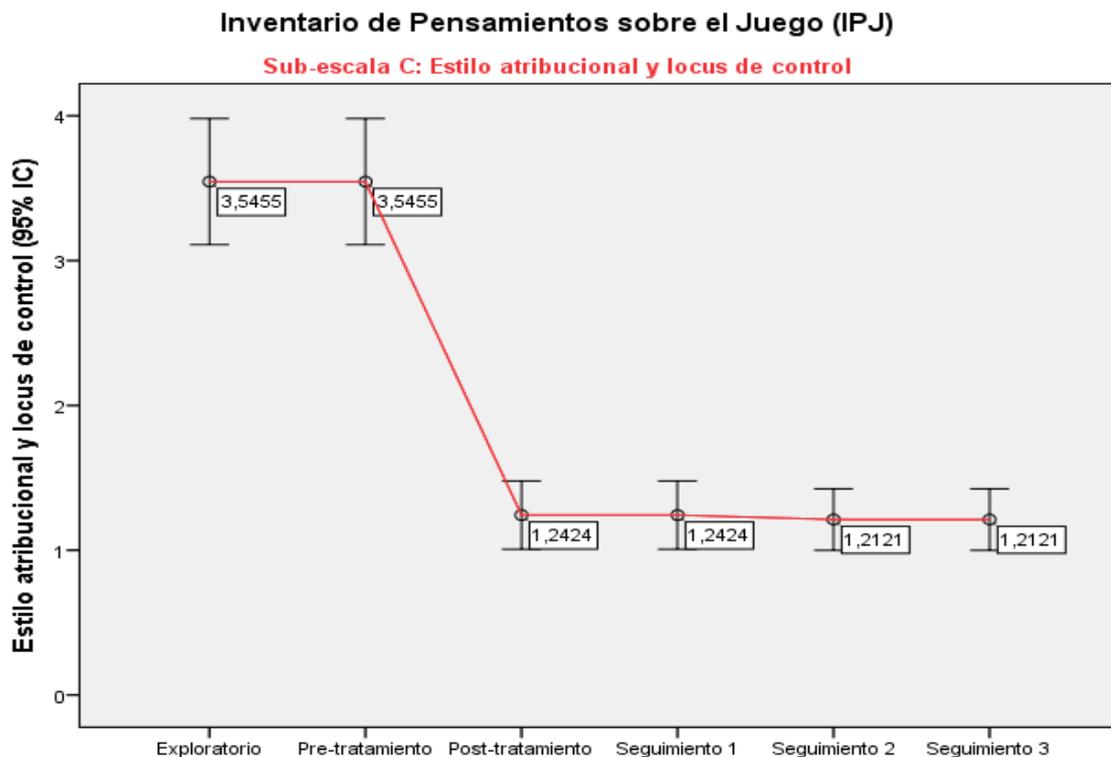


Figura 62: Evolución temporal de la sub-escala C del IPJ

De nuevo, evaluamos la significación estadística con el índice Eta al cuadrado. De este modo, podemos conocer la valoración de la significación clínica de la evolución de los niveles medios del estilo atribucional y *locus* de control, a lo largo de las distintas fases de medición. Concretamente, se alcanza un 73% de varianza explicada en la sub-escala C, lo que expresa que, el tratamiento, parece ejercer una muy alta relevancia clínica en el cambio de *locus* de control y estilo atribucional de los sujetos en relación al juego.

Como en el resto de sub-escalas, se lleva a cabo la prueba de Bonferroni. Dicha prueba, permite realizar una “comparación por pares”, en la que es posible observar entre qué medias de cada uno de los momentos del tratamiento, existen diferencias significativas. Los resultados de estas comparaciones se pueden observar en la **tabla 21**.

	Exploratorio	Pre-tratamiento	Post-tratamiento	Seguimiento 1	Seguimiento 2
Exploratorio					
Pre-tratamiento	.				
Post-tratamiento	,000*	,000*			
Seguimiento 1	,000*	,000*	.		
Seguimiento 2	,000*	,000*	,1,000	1,000	
Seguimiento 3	,000*	,000*	1,000	1,000	1,000
(*) diferencias estadísticamente significativas en las que $p < .05$					

Tabla 21: Prueba de Bonferroni; comparaciones por pares de las puntuaciones de la sub-escala C en los distintos momentos del tratamiento.

Como se puede apreciar en la **tabla 21**, en la puntuación de la sub-escala C se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) entre:

- a) las puntuaciones medias del análisis exploratorio y el resto de medidas, excepto el pre-tratamiento (puntuación perdida por el sistema).
- b) el pre-tratamiento y el post-tratamiento, y el pre-tratamiento y los tres seguimientos.

No se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en el resto de las comparaciones por pares.

e) Resumen

A modo de resumen, en la **tabla 22** se muestran las puntuaciones medias de cada sub-escala y las desviaciones típicas a lo largo de cada uno de los momentos de la investigación.

Puntuación de las escalas del Inventario de Pensamientos sobre el juego, en los distintos momentos de evaluación.								
	Sub-escala A		Sub-escala B		Sub-escala A+B		Sub-escala C	
	Media	D. Típica	Media	D. típica	Media	D. Típica	Media	D. típica
Exploratorio	6,06	1,99	1,39	0,89	7,45	2,63	3,55	1,22
Pre-tratamiento	6,18	1,87	1,39	0,89	7,58	2,52	3,55	1,22
Post-tratamiento	0,91	1,071	0,55	0,50	1,45	1,27	1,24	0,66
Primer Seguimiento	0,97	1,07	0,52	0,50	1,48	1,30	1,24	0,66
Segundo Seguimiento	0,97	0,98	0,12	0,33	1,03	0,95	1,21	0,60
Tercer seguimiento	0,97	0,98	0,12	0,33	1,03	0,95	1,21	0,60

Tabla 22: Resumen de la evolución temporal de las puntuaciones de las sub-escalas del IPJ

Por tanto, parece que el tratamiento de AA, no logra producir cambios en el número de distorsiones cognitivas presentadas por los participantes, ya que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el pre y el post-tratamiento en la puntuación global del inventario (A+B). Una vez más, este resultado ya fue comentado en un apartado anterior en el que analizábamos la eficacia del tratamiento AA en esta variable.

Por otra parte, cuando se añade el tratamiento TCBAP se aprecian disminuciones estadísticamente significativas del número de distorsiones cognitivas

relacionadas con el juego, que continúan a lo largo de los tres seguimientos en relación a la evaluación exploratoria.

En cuanto al estilo atribucional y *locus* de control, si observamos la **tabla 23**, observamos que la media de ambos momentos es la misma ($\bar{X}=3,55$), por lo que el tratamiento de AA no ha supuesto un cambio del estilo atribucional y *locus* de control. Sin embargo, cuando se añade el Programa de TCBAP al tratamiento de AA, se aprecia una disminución estadísticamente significativa en las puntuaciones de la sub-escala C, con respecto al exploratorio y el pre-tratamiento; ello supone un cambio hacia un estilo atribucional y *locus* de control más realista y adaptativo respecto a la conducta de juego. Lo mismo se observa en relación a los tres seguimientos, en los que se aprecian puntuaciones significativamente más bajas que en el análisis exploratorio y el pre-tratamiento.

8.2.2.4. Atención Plena

Se comparó el nivel de atención plena (puntuación total) presentado por los sujetos de la muestra entre el análisis exploratorio, el pre-tratamiento, el post-tratamiento y cada uno de los seguimientos. Dicha comparación se llevó a cabo con el Cuestionario FFMQ, validado para población española (Cebolla et al., 2010).

De nuevo, antes de interpretar el ANOVA, comprobamos si se cumple el supuesto de esfericidad examinando el resultado de la prueba de Mauchly ($p<.000$), que al ser significativo, nos indica que no podemos asumir que la matriz de varianzas-covarianzas es circular. Al no cumplirse el supuesto de esfericidad, podemos interpretar la prueba F robusta basada en la corrección de Greenhouse-Geisser.

En esta variable, también existen diferencias significativas entre las medias de la puntuación global del FFMQ en las diferentes mediciones, extraídas a partir del test de Greenhouse-Geisser ($F=1194,109$; $p<.000$). Este resultado nos lleva a rechazar la hipótesis nula, ya que el nivel de significación es menor que 0,05. Concluimos, por tanto, que el nivel de atención plena de los sujetos es distinto en los seis momentos de evaluación (ver **figura 63**). Podemos mantener que el tratamiento psicológico afecta a la atención plena, haciendo que ésta aumente tras su aplicación.

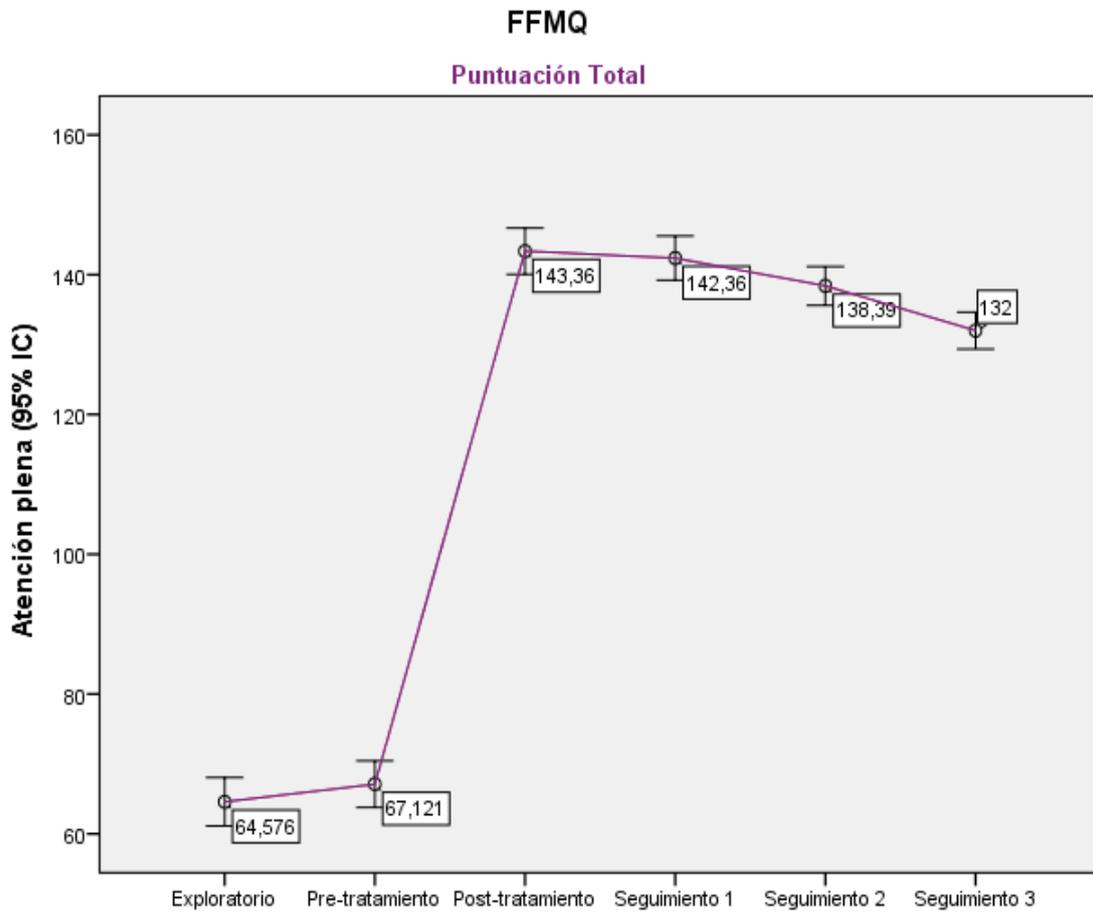


Figura 63: Evolución temporal de la puntuación total del FFMQ

Del mismo modo que en variables anteriores, para poder obtener una valoración de la significación clínica de la evolución de los niveles medios de la atención plena a lo largo de las distintas facetas de evaluación, se ha añadido a la significación estadística, la interpretación del índice Eta al cuadrado. Concretamente, un 97.4% de varianza es explicada por las seis medidas temporales. Como resultado, podemos afirmar que la TCBAP parece ejercer una muy alta relevancia clínica y estadística, en la explicación del aumento del nivel de atención plena de los sujetos de la muestra.

Como en ocasiones previas, para poder conocer entre que medias existen diferencias significativas, realizamos una comparación por pares. Para realizar la misma, empleamos la prueba de Bonferroni. Los resultados de estas comparaciones de muestran en la **tabla 23**.

	Exploratorio	Pre-tratamiento	Post-tratamiento	Seguimiento 1	Seguimiento 2
Exploratorio					
Pre-tratamiento	,000*				
Post-tratamiento	,000*	,000*			
Seguimiento 1	,000*	,000*	1,000		
Seguimiento 2	,000*	,000*	,000*	,000*	
Seguimiento 3	,000*	,000*	,000*	,001*	,068
(*) diferencias estadísticamente significativas en las que $p < .05$					

Tabla 23: Prueba de Bonferroni; comparaciones por pares de las puntuaciones totales del FFMQ en los distintos momentos del tratamiento.

Como se puede apreciar en la **tabla 23**, en la puntuación total del FFMQ se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) entre:

- a) las puntuaciones medias del análisis exploratorio y el resto de medidas.
- b) el pre-tratamiento y el resto de momentos temporales.
- c) el post-tratamiento y el seguimiento 1 y 3.
- d) el seguimiento 1 y los otros dos seguimientos.

En las demás comparaciones por pares, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

En la **tabla 24** se muestran las puntuaciones medias y las desviaciones típicas de los sujetos en los 6 momentos del tratamiento.

	Puntuación global del FFMQ	
	Media	D. Típica
Exploratorio	64,58	9,757
Pre- tratamiento	67,12	9,393
Post- tratamiento	143,36	9,384
Primer Seguimiento	142,36	8,940
Segundo Seguimiento	138,39	7,834
Tercer seguimiento	132,00	7,446

Tabla 24: Resumen de la evolución temporal de la puntuación global del FFMQ

En este caso, encontramos que existen diferencias significativas entre el análisis exploratorio y el pre-tratamiento (GAA), aunque si nos fijamos en las medias de las puntuaciones (ver **tabla 23**) entre el análisis exploratorio ($m=64,58$) y el pre-tratamiento ($m=67,12$), encontramos una diferencia muy pequeña en comparación con el post-tratamiento ($m=143,36$). La media obtenida en el post-tratamiento, nos permite observar que la TCBAP mejora o aumenta los niveles de atención plena en mayor medida que el GAA, y que dicho aumento se mantiene también más alto en los seguimientos que en el análisis exploratorio y el pre-tratamiento.

Por otra parte, se han analizado las puntuaciones medias de los sujetos en cada una de las 5 facetas de *mindfulness* (observación, descripción, conciencia, ausencia de reactividad y ausencia de juicio) evaluadas en el FFMQ, y se advierte lo siguiente:

En cuanto al supuesto de esfericidad con el test W de Mauchly ($p<.000$), una vez más, no podemos asumir que la matriz de varianzas-covarianzas es circular, en ninguna de las facetas del cuestionario. Por ello, como en el resto de ocasiones, decidimos emplear el índice corrector *épsilon* Greenhouse-Geisser.

a) Faceta de observación

Esta faceta determina en qué medida los sujetos son capaces de notar experiencias internas o externas como pensamientos, emociones o sensaciones.

Se observa, a partir del test de Greenhouse-Geisser, que existen diferencias significativas en las medias de la faceta de observación ($F=1301,179$; $p<.000$) entre los distintos momentos de evaluación. Dado que el nivel de significación se sitúa por debajo de 0'05, podemos rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias y considerar que la capacidad de observación en los distintos momentos de evaluación es diferente. Como se aprecia en la **figura 64**, es adecuado afirmar que el tratamiento psicológico aplicado afecta a la capacidad de observación de los participantes, consiguiendo que cambie a lo largo del tiempo.

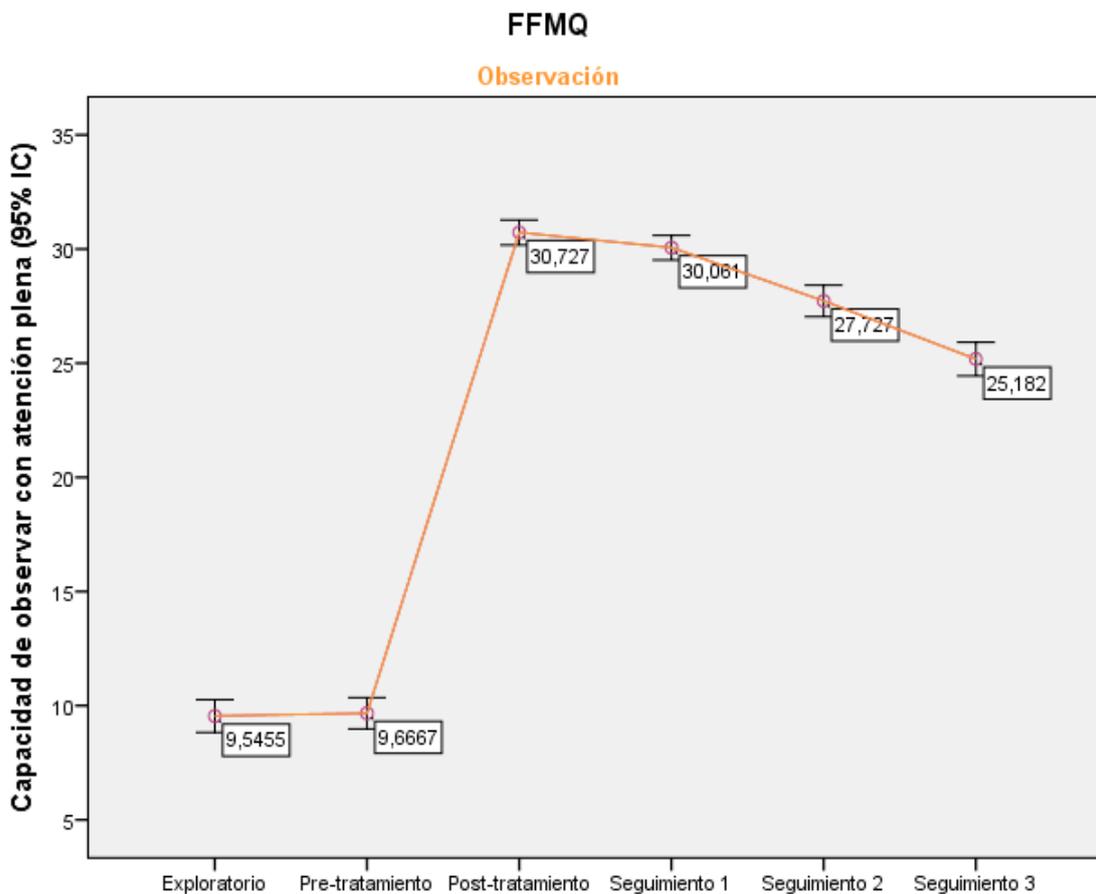


Figura 64: Evolución temporal de la puntuación de la faceta de observación del FFMQ

La significación estadística se complementa, una vez más, con la interpretación del índice *Eta* al cuadrado. Dicho índice nos permite obtener una valoración de la significación clínica de la evolución de los niveles medios de la faceta de observación en las diferentes medidas. En dicha faceta, obtenemos un 97.6% de varianza explicada por las seis medidas temporales, por lo que podemos corroborar que el Programa de TCBAP ha conseguido que la capacidad de observación de los sujetos aumente significativamente clínica y estadísticamente.

También en esta ocasión, complementamos estos análisis, con una comparación por pares. Se trata de llevar a cabo comparaciones entre cada uno de los momentos de tratamiento, para concretar entre qué medias, de la faceta de observación, existen diferencias significativas. Esto se realiza a partir de la prueba de Bonferroni. Los resultados de estas comparaciones se muestran en la **tabla 25**.

	Exploratorio	Pre-tratamiento	Post-tratamiento	Seguimiento 1	Seguimiento 2
Exploratorio					
Pre-tratamiento	1,000				
Post-tratamiento	,000*	,000*			
Seguimiento 1	,000*	,000*	,010*		
Seguimiento 2	,000*	,000*	,000*	,000*	
Seguimiento 3	,000*	,000*	,000*	,000*	,000*
(*) diferencias estadísticamente significativas en las que $p < .05$					

Tabla 25: Prueba de Bonferroni; comparaciones por pares de las puntuaciones de la faceta de observación del FFMQ en los distintos momentos del tratamiento.

En la **tabla 25**, se advierte que en las puntuaciones de la faceta de observación se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) entre:

- a) las puntuaciones medias del análisis exploratorio y el resto de medidas, a excepción del pre-tratamiento.
- b) el pre-tratamiento y el post-tratamiento, y el pre-tratamiento y los tres seguimientos.

- c) el post-tratamiento y los tres seguimientos.
- d) el seguimiento 1 y los otros dos seguimientos.

b) Faceta de descripción

Esta segunda faceta, se refiere a la capacidad de los sujetos de detallar de forma objetiva, sin juicios, los sentimientos, pensamientos y emociones. Es la capacidad de etiquetar las experiencias con palabras.

También en esta faceta se aprecian diferencias estadísticamente significativas en el test *épsilon* Greenhouse-Geisser ($F= 1301,179$; $p<.000$) entre los distintos momentos de medida. El nivel crítico (sig.) es inferior a 0.05, lo que nos permite rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias y nos permite suponer que la capacidad de descripción de los participantes es distinta en función del momento de medición. Tras observar la **figura 65**, es apropiado afirmar que el tratamiento psicológico influye en la capacidad de descripción de los participantes, consiguiendo que la misma varíe con el tiempo.

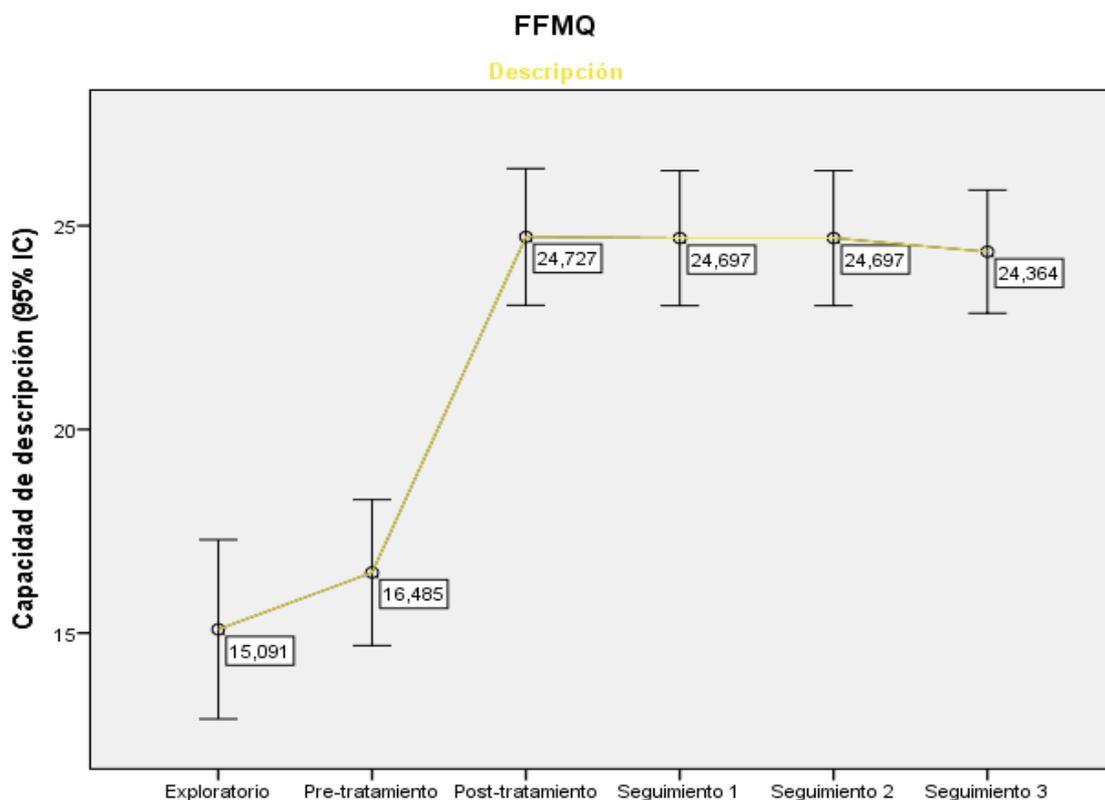


Figura 65: Evolución temporal de la puntuación de la faceta de descripción del FFMQ

La interpretación del índice *Eta* al cuadrado, que nos da a conocer la valoración de la significación clínica de la evolución de los niveles medios de la faceta de descripción en los distintos momentos de medida. En este caso, obtenemos que un 64,4% de varianza es explicada por las diferentes medidas temporales, por lo que podemos afirmar que el Programa de TCBAP produce un aumento en la capacidad de descripción de los sujetos de la muestra, es decir, el tratamiento tiene una gran relevancia clínica.

Añadimos a estos análisis, una comparación por pares a partir de la prueba de Bonferroni. A partir de dicha prueba es posible realizar comparaciones entre cada uno de los momentos de tratamiento, para establecer entre qué medias, de la faceta de descripción, hay diferencias significativas. Los resultados de estas comparaciones aparecen en la **tabla 26**.

	Exploratorio	Pre-tratamiento	Post-tratamiento	Sguimiento 1	Seguimiento 2
Exploratorio					
Pre-tratamiento	,083				
Post-tratamiento	,000*	,000*			
Seguimiento 1	,000*	,000*	1,000		
Seguimiento 2	,000*	,000*	1,000	1,000	
Seguimiento 3	,000*	,000*	1,000	1,000	1,000
(*) <i>diferencias estadísticamente significativas en las que $p < .05$</i>					

Tabla 26: Prueba de Bonferroni; comparaciones por pares de las puntuaciones de la faceta de descripción del FFMQ en los distintos momentos del tratamiento.

Como se puede observar en la **tabla 26**, en las puntuaciones de la faceta de descripción se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) entre:

- a) Las puntuaciones medias del análisis exploratorio y el resto de medidas, a excepción del pre-tratamiento.
- b) El pre-tratamiento y el post-tratamiento, y el pre-tratamiento y los tres seguimientos.

No se encontraron, en el resto de las comparaciones por pares, diferencias estadísticamente significativas.

c) Faceta de conciencia

En esta faceta se analiza la capacidad los participantes del estudio de mantenerse en el momento presente, plenamente atentos a lo que acontece aquí y ahora.

De nuevo se emplea el test *épsilon* Greenhouse-Geisser. La prueba arroja un resultado estadísticamente significativo ($F=1301,179$; $p<.000$), ya que el nivel crítico (sig.) es menor que 0,05. Podemos rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias y afirmar que el nivel de conciencia de los participantes es diferente según la fase de medición. Resulta adecuado, decir que el tratamiento psicológico, afecta al nivel de conciencia de los sujetos, haciéndolo variar a lo largo del tiempo (ver **figura 66**).

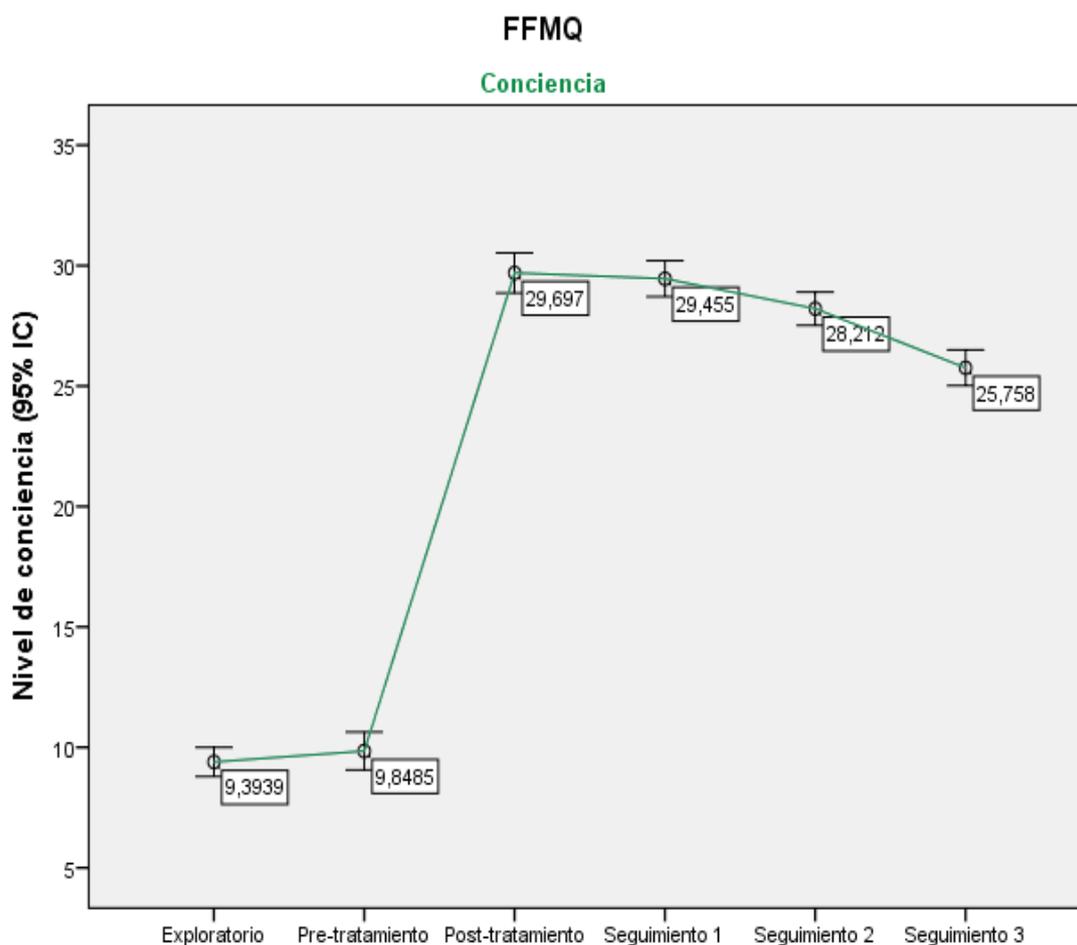


Figura 66: Evolución temporal de la puntuación de la faceta de conciencia del FFMQ

La valoración de la significación clínica de la evolución de los niveles medios de la faceta de conciencia en las diferentes fases de medida, la extraemos una vez más del del índice *Eta* al cuadrado. Alcanzamos un 96,5% de varianza es explicada por las distintas medidas temporales, lo que nos permite interpretar que el Programa de TCBAP ejerce una muy alta relevancia clínica sobre el nivel de conciencia de los participantes de la muestra.

Al añadir una comparación por pares, a partir de la prueba de Bonferroni, realizamos comparaciones entre cada una de las fases de tratamiento. Éstas nos permiten saber entre qué medias, de la faceta de conciencia, existen diferencias significativas. En la **tabla 28**, se pueden observar dichas comparaciones.

	Exploratorio	Pre-tratamiento	Post-tratamiento	Seguimiento 1	Seguimiento 2
Exploratorio					
Pre-tratamiento	1,000				
Post-tratamiento	,000*	,000*			
Seguimiento 1	,000*	,000*	1,000		
Seguimiento 2	,000*	,000*	,000*	,002*	
Seguimiento 3	,000*	,000*	,000*	,000*	,000*
(*) <i>diferencias estadísticamente significativas en las que $p < .05$</i>					

Tabla 27: Prueba de Bonferroni; comparaciones por pares de las puntuaciones de la faceta de conciencia del FFMQ, en los distintos momentos del tratamiento.

Como se puede apreciar en la **tabla 27**, en las puntuaciones de la faceta de conciencia se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) entre:

- a) las puntuaciones medias del análisis exploratorio y el resto de medidas, a excepción del pre-tratamiento.

- b) el pre-tratamiento y el post-tratamiento, y el pre-tratamiento y los tres seguimientos.
- c) el post-tratamiento y los seguimientos 1 y 2.
- d) el seguimiento 1 con el 2 y el 3.

d) Faceta de ausencia de reactividad

Esta faceta evalúa la habilidad de saber responder, en lugar de reaccionar de forma impulsiva a las situaciones, pensamientos, emociones y sensaciones (permitiendo el libre flujo de pensamientos y emociones sin dejarse atrapar por ellos ni rechazarlos).

El test *épsilon* Greenhouse-Geisser nos muestra un resultado estadísticamente significativo ($F=1301,179$; $p<.000$). Dado que el nivel crítico (sig.) se sitúa por debajo de 0.05, debemos rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias y sostener que la capacidad de ausencia de reactividad de los participantes, según el momento de medición, es distinta. Observando la **figura 67**, podemos postular que el tratamiento psicológico, influye en la capacidad de ausencia de reactividad de los participantes, haciéndolo que esta cambie a lo largo del tiempo.

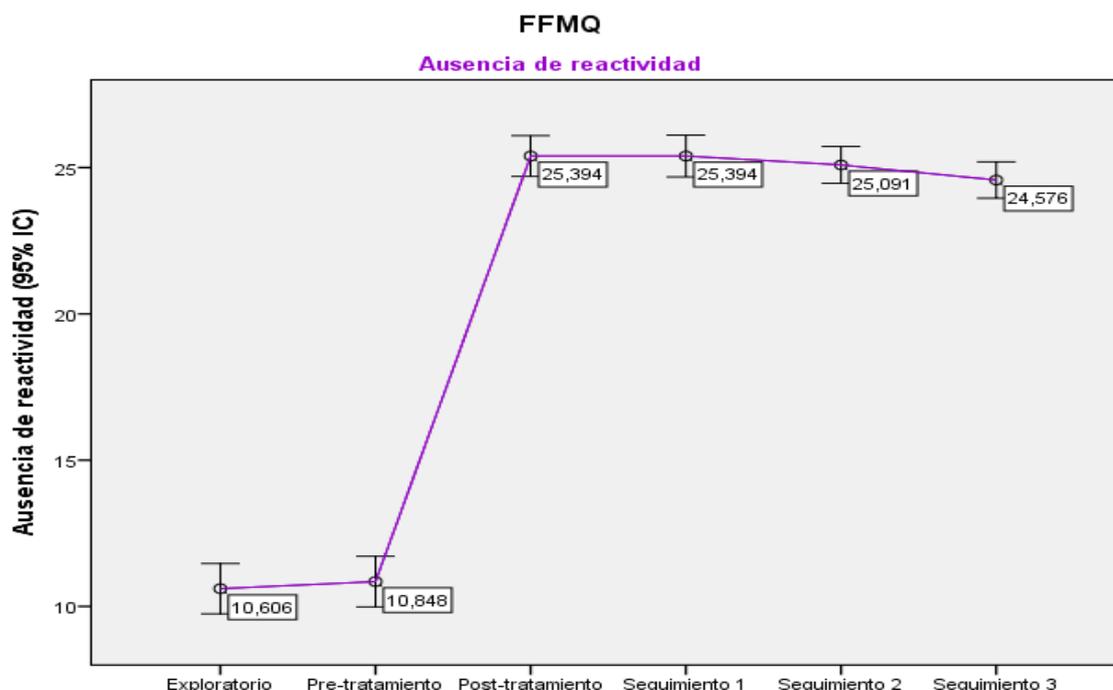


Figura 67: Evolución temporal de la puntuación de la faceta de ausencia de reactividad del FFMQ

La significación estadística se acompaña, con la interpretación del índice Eta al cuadrado. Éste, nos permite obtener una valoración de la significación clínica de la evolución de los niveles medios de la capacidad de ausencia de reactividad en cada una de las fases de medición. En esta faceta, alcanzamos un 96,3% de varianza explicada por las seis medidas temporales. Por tanto, podemos corroborar que el Programa de TCBAP ha conseguido aumentar significativamente, clínica y estadísticamente, la capacidad de ausencia de reactividad de los sujetos de la muestra.

Estos análisis, se complementan con una comparación por pares, es decir, se establecen comparaciones entre cada uno de los momentos de tratamiento, para definir entre qué medias existen diferencias significativas, en la faceta de ausencia de reactividad. Esto se realiza a partir de la prueba de Bonferroni. Los resultados de estas comparaciones aparecen en la **tabla 29**.

	Exploratorio	Pre-tratamiento	Post-tratamiento	Seguimiento 1	Seguimiento 2
Exploratorio					
Pre-tratamiento	,654				
Post-tratamiento	,000*	,000*			
Seguimiento 1	,000*	,000*	1,000		
Seguimiento 2	,000*	,000*	,083	1,000	
Seguimiento 3	,000*	,000*	1,000	,910	1,000
(*) <i>diferencias estadísticamente significativas en las que $p < .05$</i>					

Tabla 28: Prueba de Bonferroni; comparaciones por pares de las puntuaciones de la faceta de ausencia de reactividad del FFMQ, en los distintos momentos del tratamiento.

En la **tabla 28**, se observa que en las puntuaciones de la faceta de ausencia de reactividad se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) entre:

- a) las puntuaciones medias del análisis exploratorio y el resto de medidas, a

excepción del pre-tratamiento.

- b) el pre-tratamiento y el post-tratamiento, y el pre-tratamiento y los tres seguimientos.

No se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en las demás comparaciones por pares.

e) Faceta de ausencia de juicio

En esta última faceta, se mide la capacidad de los participantes de ser testigos imparciales de la propia experiencia interna.

Se aprecian diferencias significativas en las medias de la faceta de ausencia de juicio a partir del test de Greenhouse-Geisser ($F=1301,179$; $p<.000$), entre los diferentes momentos de medida. El nivel de significación es menor que 0.05, lo que nos permite rechazar la hipótesis nula y considerar que la capacidad de ausencia de juicio es diferente en los distintos momentos de evaluación. En la **figura 68**, vemos que resulta adecuado afirmar que el tratamiento psicológico aplicado afecta a la capacidad de ausencia de juicio de los sujetos que conforman la muestra, consiguiendo que ésta se modifique con el paso del tiempo.

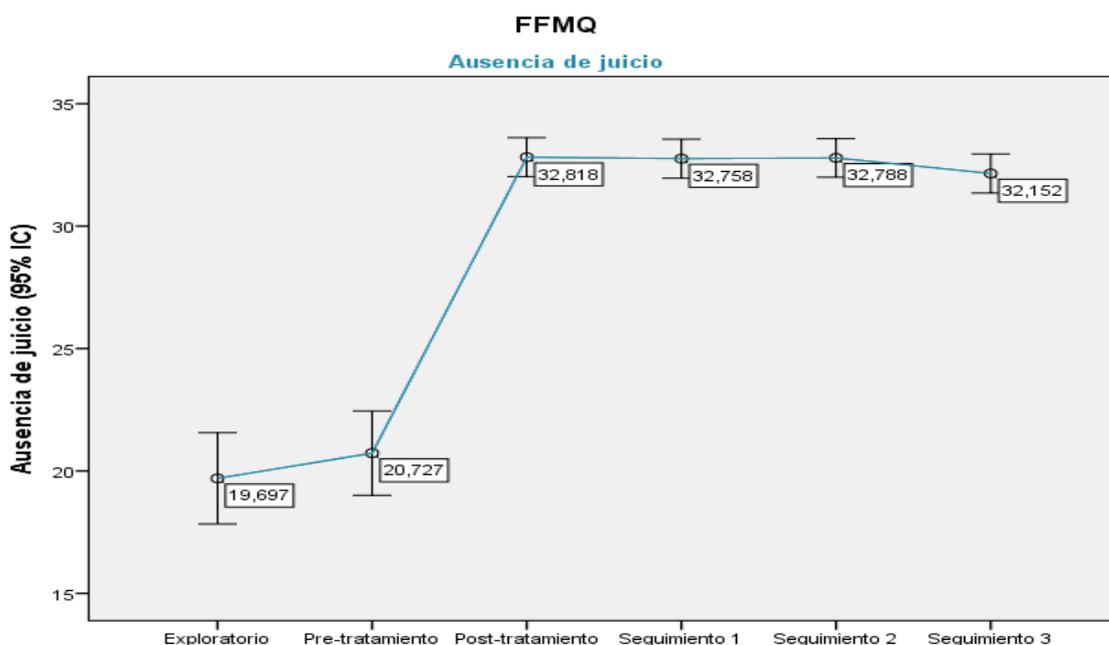


Figura 68: Evolución temporal de la puntuación de la faceta de ausencia de juicio del FFMQ.

La interpretación del índice *Eta* al cuadrado, nos muestra la valoración de la significación clínica de la evolución de los niveles medios de la faceta de ausencia de juicio en los diferentes momentos de evaluación. Para ser exactos, obtenemos que un 85,2% de varianza es explicada por las diferentes medidas temporales, lo que nos lleva a confirmar que el Programa de tratamiento aumenta la capacidad de ausencia de juicio de los participantes.

A estos análisis, le añadimos la prueba de Bonferroni, que permite una comparación por pares. Se trata de llevar a cabo comparaciones entre cada uno de los momentos de tratamiento, para establecer entre qué medias, hay diferencias significativas en esta faceta. En la **tabla 29** se muestran dichas comparaciones.

	Exploratorio	Pre-tratamiento	Post-tratamiento	Seguimiento 1	Seguimiento 2
Exploratorio					
Pre-tratamiento	,191				
Post-tratamiento	,000*	,000*			
Seguimiento 1	,000*	,000*	1,000		
Seguimiento 2	,000*	,000*	1,000	1,000	
Seguimiento 3	,000*	,000*	1,000	1,000	1,000
(*) <i>diferencias estadísticamente significativas en las que $p < .05$</i>					

Tabla 29: Prueba de Bonferroni; comparaciones por pares de las puntuaciones de la faceta de ausencia de juicio del FFMQ en los distintos momentos del tratamiento.

Como se aprecia en la **tabla 29**, en las puntuaciones de la faceta de ausencia de juicio, se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) entre:

- a) las puntuaciones medias del análisis exploratorio y el resto de medidas, a excepción del pre-tratamiento.
- b) el pre-tratamiento y el post-tratamiento, y el pre-tratamiento y los tres seguimientos.

En el resto de las comparaciones, no se observaron diferencias estadísticamente significativas.

f) Resumen de resultados en el FFMQ

En la **tabla 30** se observan las medias de las distintas facetas del Cuestionario FFMQ, en cada uno de los momentos de registro.

Puntuación de las escalas del Inventario de Pensamientos sobre el juego, en los distintos momentos de evaluación.										
	Observación		Descripción		Conciencia		No Reactividad		No Juicio	
	M	D.T	M.	D.T	M	D.T	M	D.T	M	D.T
Exploratorio	9,55	2,01	15,09	6,20	9,39	1,69	10,61	2,42	19,70	5,25
Pre-tratamiento	9,67	1,93	16,48	5,05	9,85	2,22	10,85	2,43	20,73	4,85
Post-tratamiento	30,73	1,54	24,73	4,73	29,70	2,33	25,39	1,96	32,82	2,24
Primer Seguimiento	30,06	1,51	24,70	4,68	29,45	2,10	25,39	2,01	32,76	2,25
Segundo Seguimiento	27,73	1,94	24,70	4,68	28,21	1,94	25,09	1,77	32,79	2,21
Tercer seguimiento	25,18	2,08	24,36	4,26	25,76	2,09	24,58	1,75	32,15	2,25

Figura 30: Resumen de la evolución temporal de la puntuación de las 5 facetas del FFMQ

Tras examinar las puntuaciones de las 5 facetas del FFMQ, se evidencia que no existen diferencias significativas entre el análisis exploratorio y el pre-tratamiento (GAA) en ninguna de ellas, por lo que el tratamiento de AA no consigue generar cambios en atención plena en ninguna de las facetas que evalúa el FFMQ.

Por otra parte, cuando se añade la TCBAP al tratamiento de AA, si se aprecian diferencias significativas, lo que se traduce en un aumento de la atención plena en cada una de las 5 facetas.

Además, en los tres seguimientos, observamos que los niveles de atención plena son significativamente más altos que el análisis exploratorio y que en el pre-tratamiento.

8.2.2.5. Depresión

Esta variable fue medida a través del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), adaptado a la población española (Sanz y Vázquez, 2011). Se comparó el nivel de depresión presentado por los sujetos en seis momentos: análisis exploratorio, pre-tratamiento, post-tratamiento y los tres seguimientos.

En primer lugar, como en las variables anteriores, tras comprobar que el supuesto de esfericidad con el test W de Mauchly ($p < .000$) era significativo (lo que nos lleva a asumir que la matriz de varianzas-covarianzas es circular), decidimos emplear el índice corrector ϵ Greenhouse-Geisser.

El test de Greenhouse-Geisser ($F=42,481$ $p < .000$), nos indica que existen diferencias significativas entre las medias del Inventario BDI-II, en los diferentes momentos de evaluación. Dado que el nivel crítico (Sig.) es menor que 0,05, debemos rechazar la hipótesis nula y concluir que el nivel de depresión de los participantes del estudio, no es el mismo en los seis momentos de evaluación. En la **figura 69**, podemos observar que el nivel de depresión desciende gradualmente desde del análisis exploratorio al segundo seguimiento, aumentando sutilmente de éste al tercero. Se puede confirmar que el tratamiento psicológico, influye en el nivel de depresión.

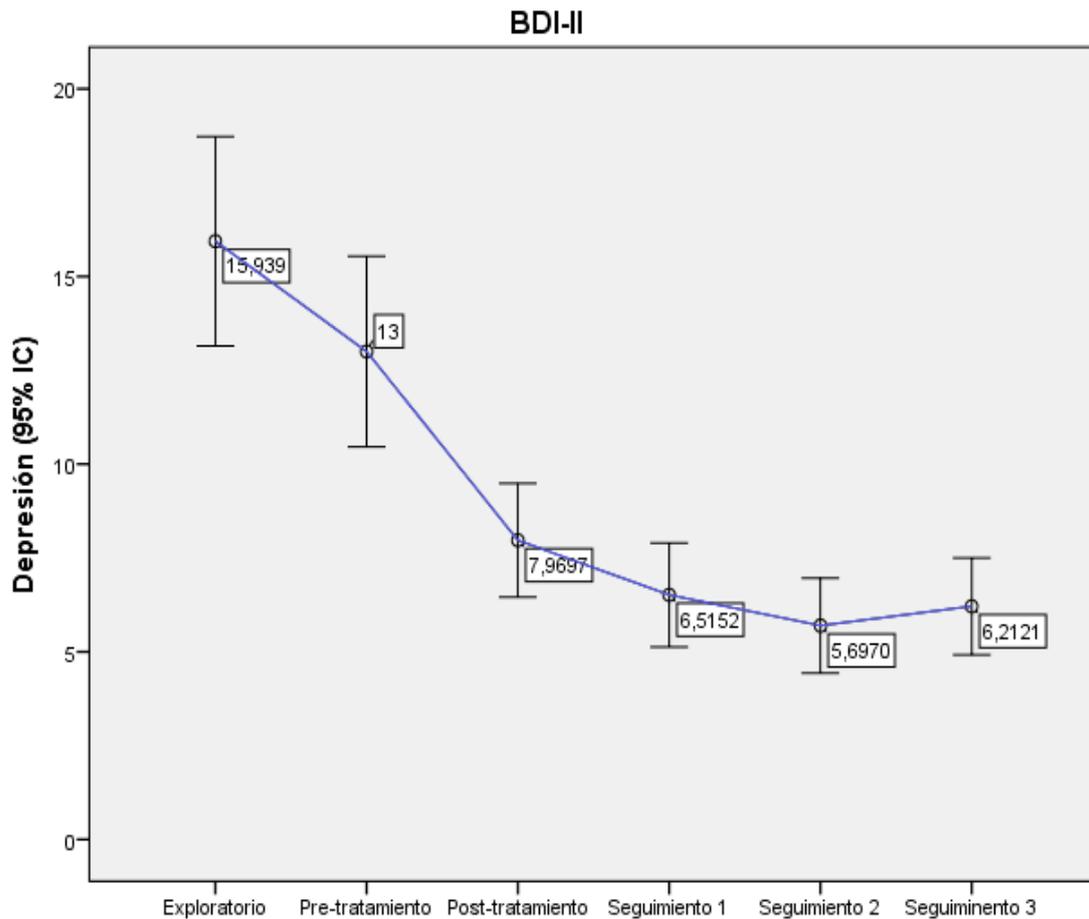


Figura 69: Evolución de las puntuaciones del BDI-II 69.

El índice *Eta* al cuadrado, es empleado como complemento de la significación estadística, ya que a partir del mismo, se obtiene una valoración de la significación clínica de la evolución de los niveles medios de depresión a lo largo de cada una de las mediciones. En concreto, obtenemos que un 57% de la varianza es explicada por las seis medidas temporales. Por ello, podemos confirmar que el tratamiento de TCBAP tiene relevancia práctica o clínica sobre el nivel de depresión de los participantes del programa.

Nuevamente, acompañamos estos análisis con el empleo de la comparación por pares a partir de la prueba de Bonferroni. Esto, nos permite analizar entre qué medias existen diferencias significativas, en cada uno de los seis momentos de medida. Los resultados de estas comparaciones se muestran en la **tabla 31**.

	Exploratorio	Pre-tratamiento	Post-tratamiento	Seguimiento 1	Seguimiento 2
Exploratorio					
Pre-tratamiento	,001*				
Post-tratamiento	,000*	,000*			
Seguimiento 1	,000*	,000*	,000*		
Seguimiento 2	,000*	,000*	,000*	,027*	
Seguimiento 3	,000*	,001*	1,000	1,000	1,000
(*) <i>diferencias estadísticamente significativas en las que $p < .05$</i>					

Tabla 31: Prueba de Bonferroni; comparaciones por pares de las puntuaciones del BDI-II en los distintos momentos del tratamiento.

Como se puede advertir en la **tabla 31**, en las puntuaciones del BDI-II se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) entre:

- a) las puntuaciones medias del análisis exploratorio y el resto de medidas.
- b) el pre-tratamiento y el post-tratamiento, y el pre-tratamiento y los tres seguimientos.
- c) el post-tratamiento y el seguimiento 1 y 2.
- d) el seguimiento 1 con el 2.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el resto.

En la **tabla 32**, se muestran las puntuaciones medias y las desviaciones típicas de los sujetos a lo largo del estudio.

	Puntuación del BDI	
	Media	D. Típica
Exploratorio	15,94	7,86
Pre-tratamiento	13,00	7,15
Post-tratamiento	7,97	4,26
Primer Seguimiento	6,52	3,90
Segundo Seguimiento	5,70	3,56
Tercer seguimiento	6,21	3,63

Tabla 32: Resumen de la evolución de las puntuaciones del BDI-II a lo largo de los distintos momentos del tratamiento

Por tanto, podemos concluir que el tratamiento de AA que reciben los participantes, logra generar cambios en las puntuaciones en depresión, pero cuando se añade el tratamiento de TCBAP también se aprecian disminuciones estadísticamente significativas respecto al pre-tratamiento (GAA), que siguen siéndolo a lo largo de los tres seguimientos en relación a la evaluación exploratoria y el pre-tratamiento.

8.2.2.6. Ansiedad

La variable ansiedad fue medida a través del el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) adaptado a la población española (Buela-Casal, Guillén-Riquelme y Seisdedos, 2011). A partir del mismo, se comparó el nivel de ansiedad de los participantes de la muestra en los diferentes momentos de evaluación en sus dos dimensiones: Estado y Rasgo.

En primer lugar, como en las anteriores variables, se comprobó el supuesto de esfericidad en las dos dimensiones del cuestionario, con el test *W* de Mauchly ($p < .000$). Al ser significativo, no podemos asumir que la matriz de varianzas-covarianzas es circular, cosa que nos empuja a utilizar una prueba *F* robusta como el índice corrector ϵ Greenhouse-Geisser.

a) Ansiedad Estado

Se han encontrado diferencias significativas, entre las medias de ansiedad en la dimensión estado con el paso del tiempo, obtenidas a partir del test de Greenhouse-Geisser ($F=41,715$ $p<.000$). Al ser el nivel crítico (Sig.) menor que 0,05, podemos rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias y deducir que el nivel de ansiedad no es el mismo en los seis momentos de evaluación en la dimensión estado. Si observamos la **figura 70**, podemos determinar que el tratamiento afecta a la ansiedad estado, haciendo que dicha variable disminuya tras la aplicación del mismo.

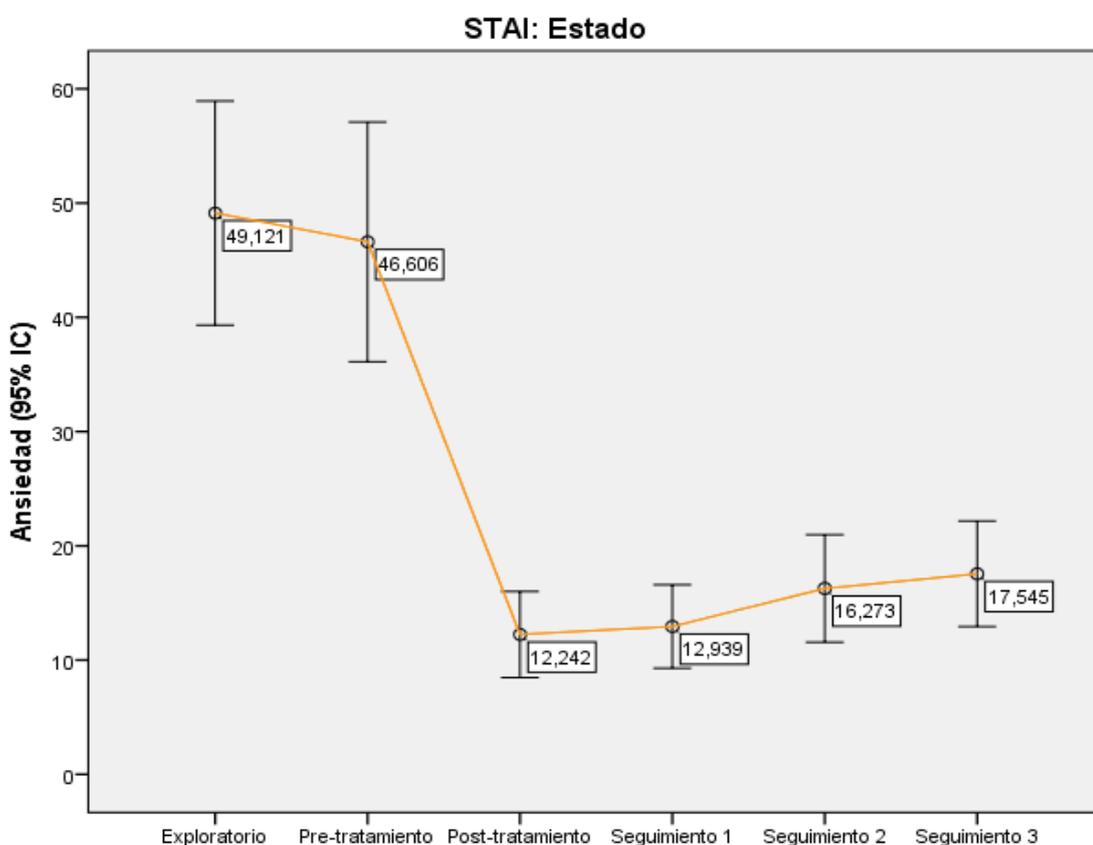


Figura 70: Evolución temporal de la puntuación de la dimensión estado del STAI.

Para conseguir una valoración de la significación clínica de la evolución de los niveles medios de ansiedad, en la dimensión estado, a lo largo de las seis fases de medición, empleamos la interpretación del índice Eta al cuadrado. Exactamente, un 56,6% de varianza es explicada por las seis medidas temporales en esta dimensión. En consecuencia, podemos decir que la TCBAP ha conseguido que el nivel de ansiedad presentado por los sujetos se vea reducido significativamente.

Estos análisis se acompañan del empleo de comparaciones entre los distintos momentos de evaluación, para clarificar entre qué medias se hallan diferencias significativas. Para este fin, se lleva a cabo una comparación por pares a partir de la prueba de Bonferroni. Los resultados de estas comparaciones aparecen en la **tabla 33**.

	Exploratorio	Pre-tratamiento	Post-tratamiento	Seguimiento 1	Seguimiento 2
Exploratorio					
Pre-tratamiento	1,000				
Post-tratamiento	,000*	,000*			
Seguimiento 1	,000*	,000*	1,000		
Seguimiento 2	,000*	,000*	,310	,687	
Seguimiento 3	,000*	,000*	1,000	1,000	1,000
(*) diferencias estadísticamente significativas en las que $p < .05$					

Tabla 33: Prueba de Bonferroni; comparaciones por pares de las puntuaciones del STAI-E en los distintos momentos del tratamiento.

Como se advierte en la **tabla 33**, se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) en las puntuaciones del STAI-E, entre:

- a) las puntuaciones medias del análisis exploratorio y el resto de medidas, a excepción del pre-tratamiento.
- b) y el pre-tratamiento y el post-tratamiento, y el pre-tratamiento y los tres seguimientos.

En el resto de las comparaciones por pares, no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas

b) Ansiedad Rasgo

En esta variable, según el test de Greenhouse-Geisser ($F=33,867$ $p<.000$) también se observan diferencias significativas con el transcurso del tiempo. El nivel crítico (Sig.) por debajo de 0,05, nos indica que debemos rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias y, por tanto, podemos afirmar que el nivel de ansiedad, en la dimensión rasgo, es distinto en los seis momentos de medición. En la **figura 71**, advertimos que el tratamiento influye sobre la ansiedad rasgo, originándose una variación de la misma a lo largo del tiempo.

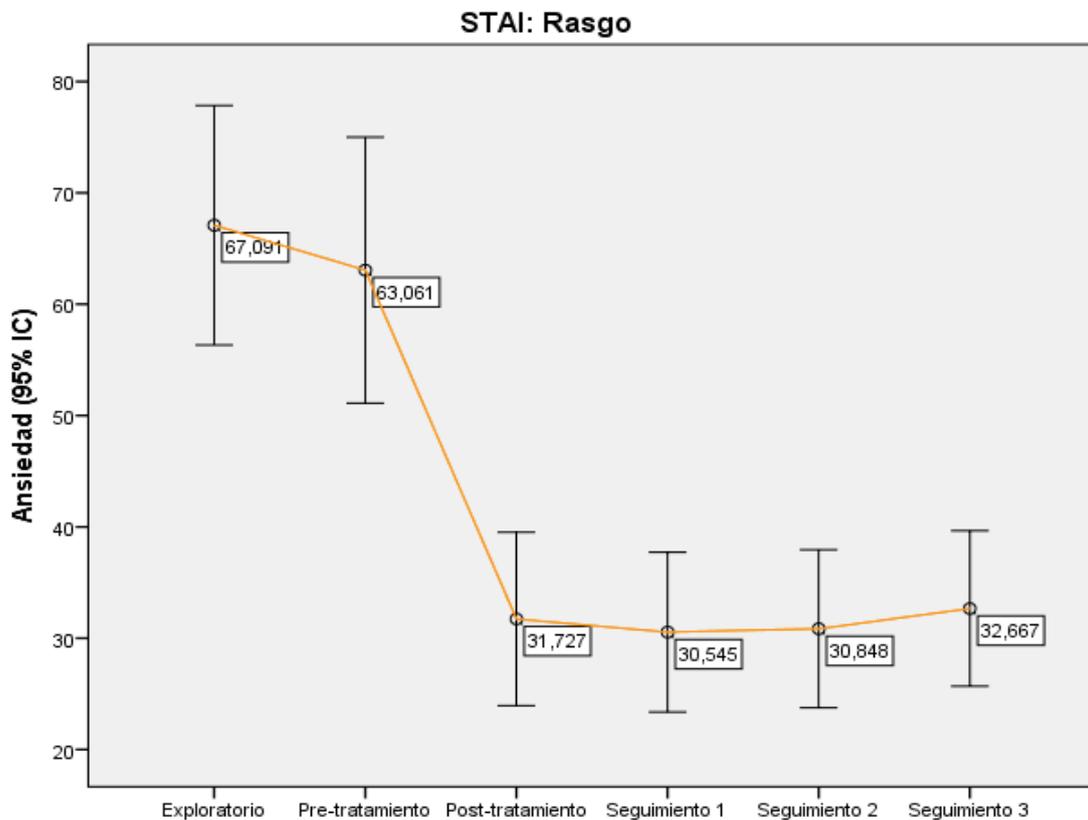


Figura 71: Evolución temporal de la puntuación de la dimensión rasgo del STAI.

Como índice de la proporción de la varianza explicada, empleamos el Eta al cuadrado, que nos indica la evolución de los niveles medios de ansiedad en la dimensión rasgo, a través de los distintos momentos de medición. En esta ocasión, alcanzamos un valor= 0,514, lo que significa que el tratamiento aplicado a los pacientes (TCBAP), explica el 51,4% de la varianza de las puntuaciones en la sub-escala del STAI que mide la dimensión de rasgo. Es decir, el tratamiento ejerce una alta relevancia clínica sobre la ansiedad rasgo.

De nuevo empleamos la prueba Bonferroni, para realizar comparaciones entre los diferentes momentos de evaluación, de modo que nos permita conocer entre qué medias existen diferencias significativas. En la **tabla 34**, se muestran las comparaciones por pares.

	Exploratorio	Pre-tratamiento	Post-tratamiento	Seguimiento 1	Seguimiento 2
Exploratorio					
Pre-tratamiento	1,000				
Post-tratamiento	,000*	,000*			
Seguimiento 1	,000*	,000*	1,000		
Seguimiento 2	,000*	,000*	1,000	1,000	
Seguimiento 3	,000*	,003*	1,000	1,000	1,000
(*) <i>diferencias estadísticamente significativas en las que $p < .05$</i>					

Tabla 34: Prueba de Bonferroni; comparaciones por pares de las puntuaciones del STAI-R en los distintos momentos del tratamiento.

Como se puede apreciar en la **tabla 34**, en las puntuaciones del STAI-R se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) entre:

- a) las puntuaciones medias del análisis exploratorio y el resto de medidas, excepto en el pre-tratamiento.
- b) el pre-tratamiento y el post-tratamiento, y el pre-tratamiento y los tres seguimientos.

No se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en el resto de comparaciones.

c) Resumen dimensiones STAI

En la **tabla 35**, a modo de resumen, se muestran las puntuaciones medias y las desviaciones típicas de los sujetos a lo largo de la investigación.

	Puntuaciones del Cuestionario STAI			
	Estado		Rasgo	
	Media	D. Típica	Media	D. Típica
Exploratorio	49,12	27,66	67,09	30,34
Pre-tratamiento	46,61	29,59	63,06	33,67
Post-tratamiento	12,24	10,63	31,73	21,97
Primer Seguimiento	12,94	10,28	30,55	20,23
Segundo Seguimiento	16,27	13,27	30,85	20,02
Tercer seguimiento	17,55	13,03	32,67	19,69

Tabla 35: Resumen de la evolución de las puntuaciones del Cuestionario STAI

Como conclusión, observamos que en ambas dimensiones se observa un ligero descenso de las medias del exploratorio al pre-tratamiento, seguido de un descenso acusado en el post-tratamiento. A continuación, en la dimensión estado, se aprecia un pequeño repunte en los seguimientos; y en la de rasgo, se advierte que en el primer seguimiento la ansiedad continúa bajando y que en el segundo y tercer seguimiento comienza a subir ligeramente. Podemos decir que el tratamiento de AA no produce cambios en el nivel de ansiedad de los participantes, al no encontrar diferencias significativas entre el análisis exploratorio y el pre-tratamiento, y que el tratamiento de TCBAP, si lo logra, ya que se hallan disminuciones estadísticamente significativas de las puntuaciones de ansiedad en las dos dimensiones del STAI (estado y rasgo). Además se observa que dichos niveles de ansiedad continúan siendo significativamente más bajos en los seguimientos, al compararlos con el análisis exploratorio y el pre-tratamiento.

8.2.2.7. Valoración del Programa de TCBAP

La valoración global de la intervención por parte de los participantes fue de 9,33 (en una escala de 0 a 10). Específicamente, el 42,42% valoró el programa con un 10, el 48,48% con un 9 y, el 9,09% con un 8 (ver **tabla 36**).

Valoración	Número de sujetos	Porcentaje
10	14	42,42%
9	16	48,48
8	3	9,09%
TOTAL=	33	100%

Tabla 36: Valoración del Programa de TCBAP

8.2.2.8. Continuidad de la práctica de los ejercicios de *mindfulness*

La continuidad de la práctica de los ejercicios de *mindfulness* fue medida durante los tres seguimientos (1, 3 y 6 meses después del tratamiento). El instrumento de evaluación empleado fue un cuestionario elaborado por los autores en el que se recoge si los sujetos continúan o no con la práctica, la frecuencia, el tiempo de dedicación a la misma, el empleo del CD, si continúan realizando los distintos tipos de ejercicios: flexibilidad o yoga, zona SOBRIA y caminar atentamente; así como, si consideran que la intervención les ha servido de ayuda.

a) Práctica de *mindfulness*

Para analizar el mantenimiento de la práctica a lo largo de los distintos seguimientos empleamos el test de Cochran. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($Q(2)=10,000$, $p<0,05$) en la proporción de personas que practican en el primer y segundo seguimiento en comparación con el tercero (ver **tabla 41** y **figura 72**).

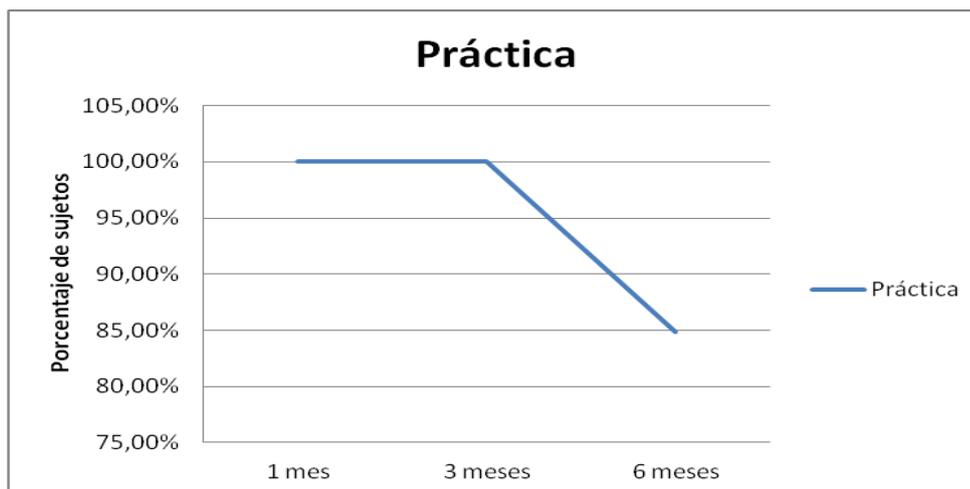


Figura 72: Porcentaje de práctica de *mindfulness* del grupo de TCBAP a lo largo de los seguimientos

En total, a lo largo de todos los seguimientos la tasa de práctica fue del 94,95%, por lo que podemos decir que la utilización de los ejercicios de *mindfulness* fue muy alta.

b) Frecuencia de la práctica de *mindfulness*

La frecuencia de la práctica de *mindfulness* se evaluó en una escala en la que el sujeto puntuaba entre 1 y 4: siendo 1 “menos de una vez por semana”, 2 “una o dos veces por semana”, 3 “Más de tres veces por semana” y 4 “a diario”.

En primer lugar, comprobamos que no se cumple el supuesto de esfericidad a través de la prueba de Esfericidad de Mauchly ($p < .001$). Por tanto, no podemos asumir que la matriz de varianzas-covarianzas es circular. Esto no nos permite interpretar la prueba F clásica del Anova, por lo que decidimos emplear la corrección de Greenhouse-Geisser.

El test de Greenhouse-Geisser ($F=141,180$; $p < .000$), con una nivel crítico por debajo de 0,05, indica que las discrepancias entre las medias son lo suficientemente grandes como para poder rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias. Como conclusión, podemos decir que, existen diferencias significativas entre las medias referidas a la frecuencia de la práctica entre los distintos seguimientos, lo que indica que el tiempo influye sobre la frecuencia de dicha práctica (ver **figura 73**).

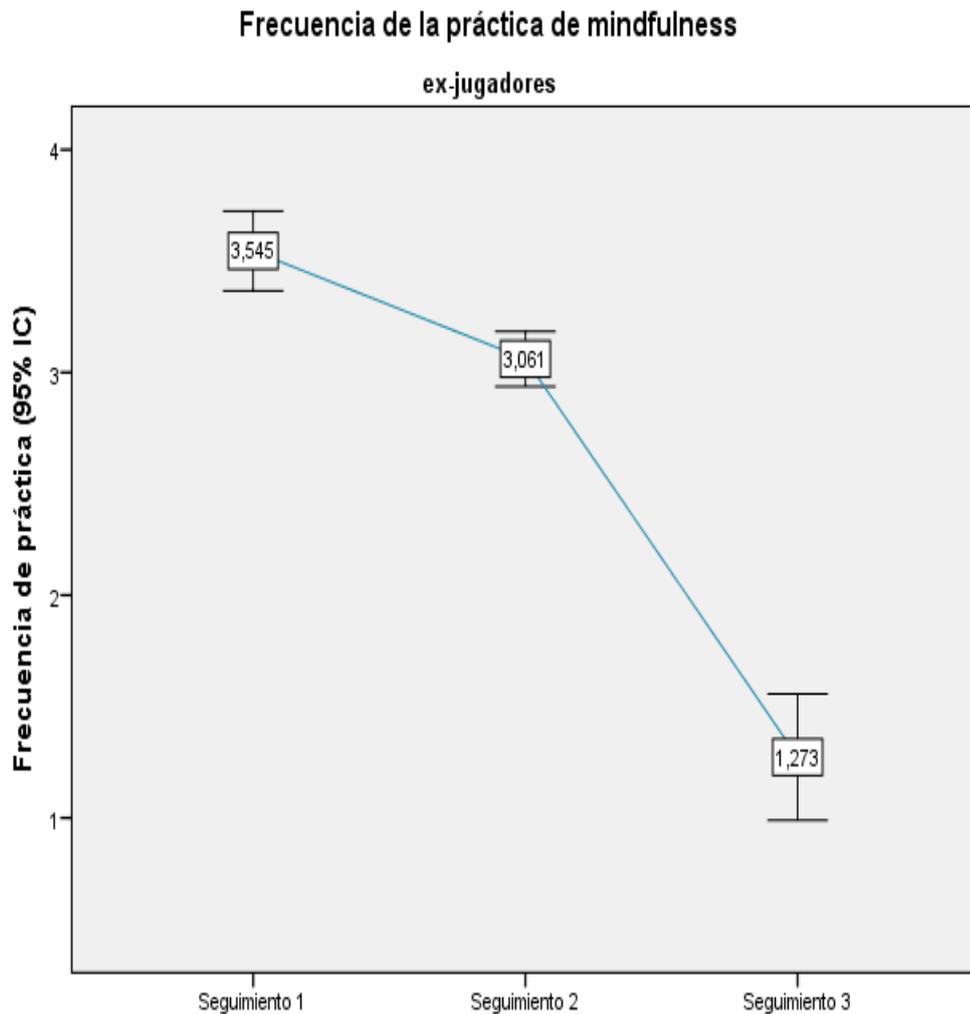


Figura 73: Evolución temporal de la frecuencia de la práctica de *mindfulness* de los participantes del grupo de TCBAP

Para poder obtener una valoración de la significación clínica de la evolución de la frecuencia de la práctica de *mindfulness* a lo largo de los tres seguimientos, se ha añadido la interpretación del índice Eta al cuadrado. Apreciamos que un 81.5% de varianza es explicada por las tres medidas temporales. Por tanto, podemos afirmar que el paso del tiempo ha influido en la disminución de la frecuencia de la práctica, o lo que es lo mismo, dicha frecuencia disminuye de un seguimiento a otro.

A continuación, realizamos una comparación por pares, empleando la prueba de Bonferroni. En la **tabla 37**, se muestran los resultados de estas comparaciones.

	Seguimiento 1	Seguimiento 2
Seguimiento 2	,000*	
Seguimiento 3	,000*	,000*
(*) diferencias estadísticamente significativas en las que $p < .05$		

Tabla 37: Prueba de Bonferroni; omparaciones por pares de la frecuencia de la práctica de *mindfulness* del grupo de TCBAP en los distintos seguimientos.

Como se puede observar en la **tabla 37**, se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) en la frecuencia de la práctica entre: el primer y segundo seguimiento, entre el primero y el tercero y entre el segundo y el tercero.

En la **tabla 38** se muestran las puntuaciones medias y las desviaciones típicas de los participantes en los tres seguimientos.

	Frecuencia de la práctica	
	Media	Desviación Típica
Primer Seguimiento	3,55	,506
Segundo Seguimiento	3.06	,348
Tercer seguimiento	1,27	,801

Tablaa 38: Resumen de la evolución temporal de la frecuencia de la práctica de *mindfulness* de los participantes del grupo de TCBAP.

Encontramos que, existen diferencias estadísticamente significativas entre cada uno de los seguimientos, produciéndose un descenso de las puntuaciones medias de la frecuencia de la práctica (ver **tabla 38**). Esto nos indica que, con el paso del tiempo, los sujetos disminuyen la frecuencia con la que emplean los ejercicios de *mindfulness*, sobre todo entre el segundo y tercer seguimiento, dónde se observa un descenso más acusado (ver **figura 73**).

c) Tiempo de dedicación a la práctica de *mindfulness*

Por otro lado, el tiempo de dedicación a la práctica fue medido del 1 al 3, siendo 1 “menos de 15 minutos”, 2 “entre 15 y 30 minutos” y 3 “más de 30 minutos”.

Nuevamente, lo primero que se analizamos es el Supuesto de Esfericidad de Mauchly ($p < .000$). Al ser significativo, no podemos asumir que la matriz de varianzas-covarianzas es circular. Por ello, interpretamos la prueba F robusta basada en la corrección de Greenhouse-Geisser.

Observamos que existen diferencias significativas entre las medias del tiempo dedicado a la práctica de *mindfulness* en los distintos seguimientos, extraídas a partir del test de Greenhouse-Geisser ($F = 73,985$; $p < .000$). Por tanto, podemos rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias, ya que el nivel de significación es menor que 0,05. Podemos decir que el tiempo dedicado a la práctica de los ejercicios de *mindfulness* es distinto en los tres momentos de evaluación, por lo que el paso del tiempo afecta a la cantidad de tiempo que los participantes dedican a la misma, haciendo que esta disminuya de un seguimiento a otro (ver **figura 74**).

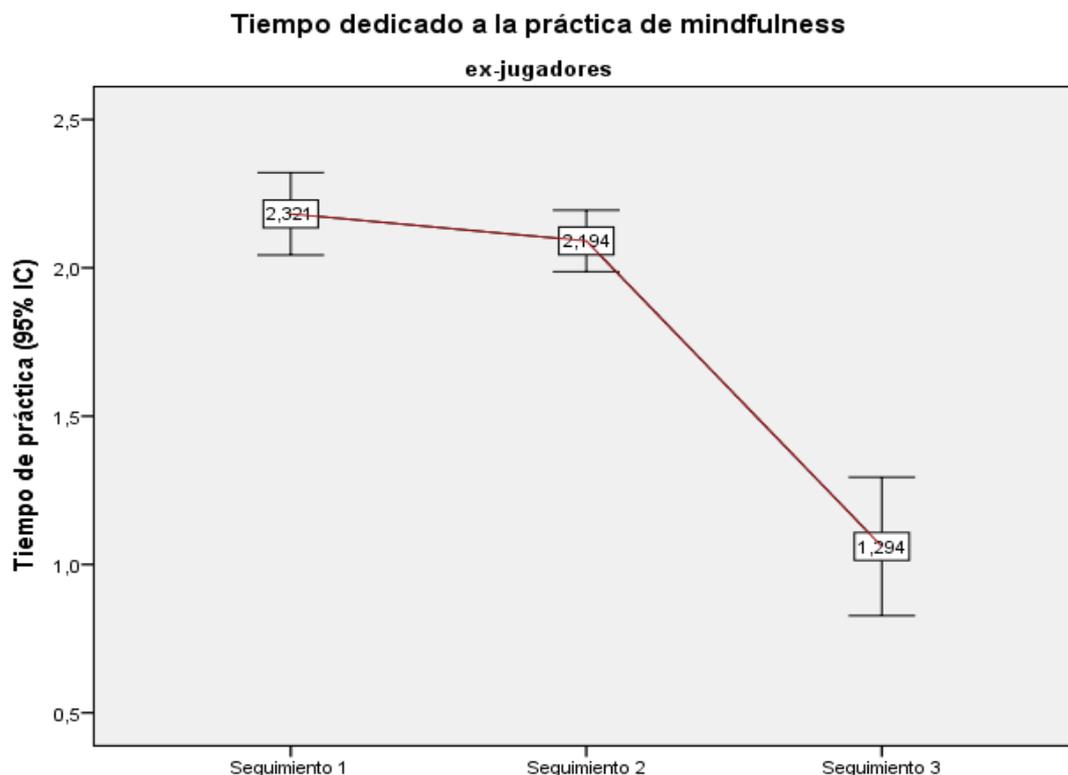


Figura 74: Evolución temporal del tiempo dedicado a la práctica de *mindfulness* de los participantes en el grupo de TCBAP

Se ha complementado la significación estadística con la interpretación del índice Eta al cuadrado. Se ha obtenido un 69.8% de varianza explicada por las tres medidas temporales. Como resultado, podemos confirmar que el tiempo parece ejercer

una alta influencia en el tiempo de dedicación de los sujetos a la práctica de *mindfulness*.

Para poder averiguar entre qué medias existen diferencias significativas, realizamos una comparación por pares de los tres seguimientos. Para ello, empleamos la prueba de Bonferroni. Los resultados de estas comparaciones se muestran en la **tabla 39**.

	Seguimiento 1	Seguimiento 2
Seguimiento 2	,249	
Seguimiento 3	,000*	,000*
(*) diferencias estadísticamente significativas en las que $p < .05$		

Tabla 39: Prueba de Bonferroni; comparaciones por pares del tiempo dedicado a la práctica del grupo de TCBAP en los distintos seguimientos.

Como se puede apreciar en la **tabla 39**, sobre el tiempo de dedicación a la práctica de *mindfulness*, se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) entre: el seguimiento 1 y el 3 y entre el seguimiento 2 y el 3, pero no se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre el primer seguimiento y el segundo.

Resumen

Las puntuaciones medias y las desviaciones típicas de los sujetos en los distintos seguimientos, se muestran en la **tabla 40**.

	Frecuencia de la práctica	
	Media	D. Típica
Primer Seguimiento	2,18	,392
Segundo Seguimiento	2,09	,292
Tercer seguimiento	1,06	,659

Tabla 40: Resumen de la evolución temporal del tiempo dedicado a la práctica de *mindfulness* de los participantes del grupo de TCBAP

En esta variable, observamos diferencias estadísticamente significativas entre el tercer seguimiento y los otros dos seguimientos, mientras que no se aprecian dichas diferencias entre el primero y el segundo, aunque la puntuación media disminuye ligeramente (Ver **tabla 40**). Es decir, los sujetos no varían su tiempo dedicado a realizar ejercicios de *mindfulness* tras tres meses del tratamiento de TCBAP, pero dicho tiempo si se ve reducido de forma notable cuando han transcurrido 6 meses después del mismo (ver **figura 74**).

d) Empleo del CD para la práctica

En cuanto al empleo del CD para realizar dicha práctica, también empleamos la prueba Q de Cochran para analizar el mismo, a lo largo de los seguimientos. Se observan diferencias estadísticamente significativas entre los dos primeros seguimientos y el tercero, en la proporción de sujetos que lo siguen utilizando ($Q(2)=18,000$, $p<0,05$) (ver **tabla 41** y **figura 75**).

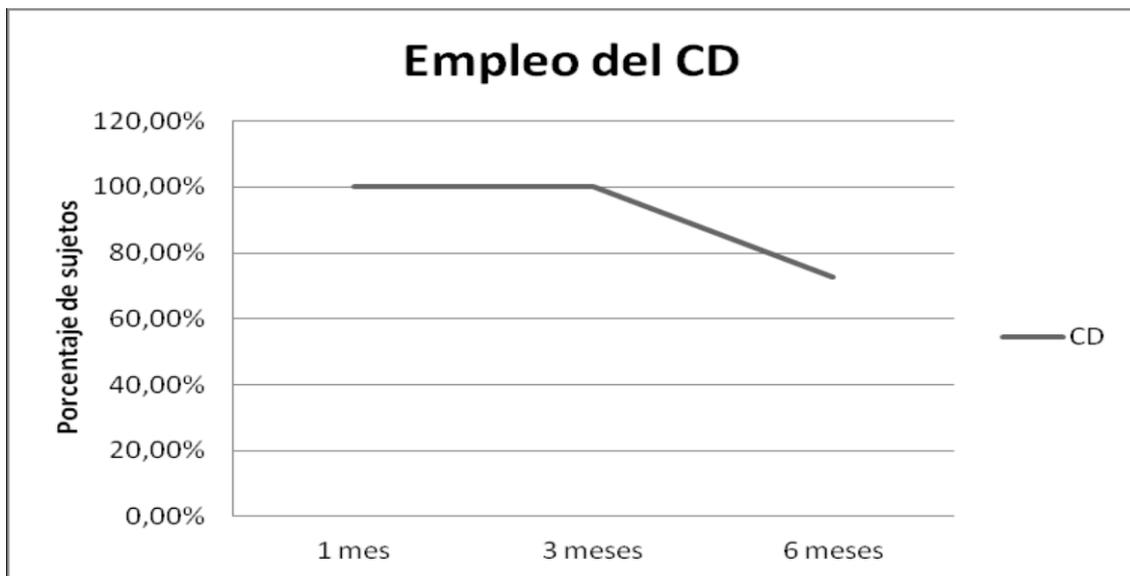


Figura 75: Empleo del CD de práctica por parte de los sujetos del grupo de TCBAP a lo largo de los seguimientos

e) Zona SOBRIA

En lo que se refiere a la práctica del ejercicio denominado “zona SOBRIA para respirar”, también utilizamos el test de Cochran y, de nuevo se aprecian diferencias estadísticamente significativas en la proporción de sujetos que lo realizan ($Q(2)=10,000$,

$p < 0,05$) entre los dos primeros seguimientos y el seguimiento a los seis meses, en el que se observa una disminución (ver **tabla 41** y **figura 76**).

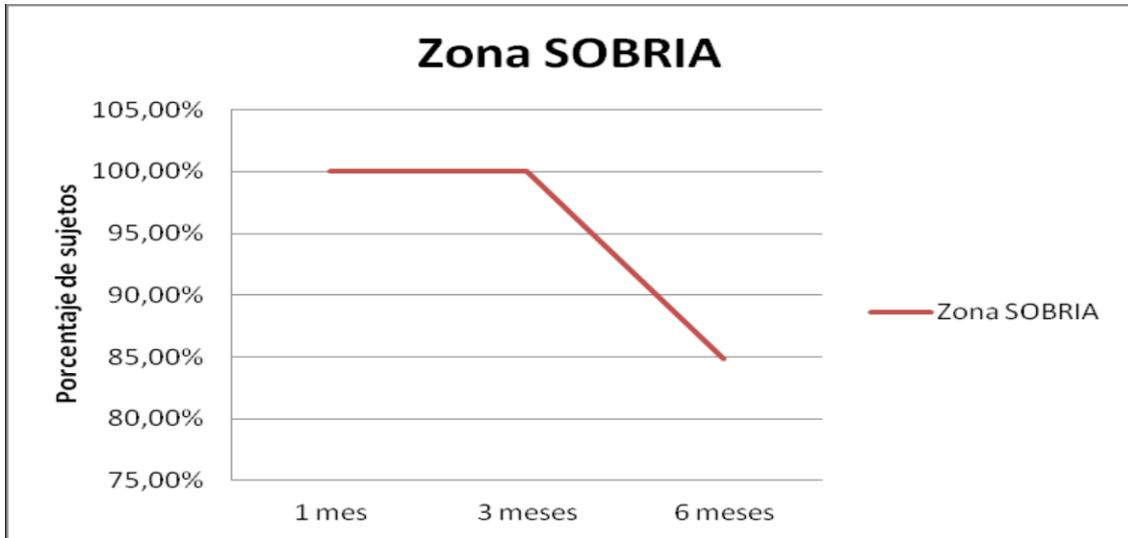


Figura 76: Empleo de la zona SOBRIA por parte de los sujetos del grupo de TCBAP a lo largo de los seguimientos

f) Ejercicios de flexibilidad o yoga

En los ejercicios de flexibilidad o yoga también se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($Q(2)=18,200$, $p < 0,05$), en la proporción de personas que continúan realizando los mismos entre los distintos seguimientos, a partir del test de Cochran (ver **tabla 41** y **figura 77**).

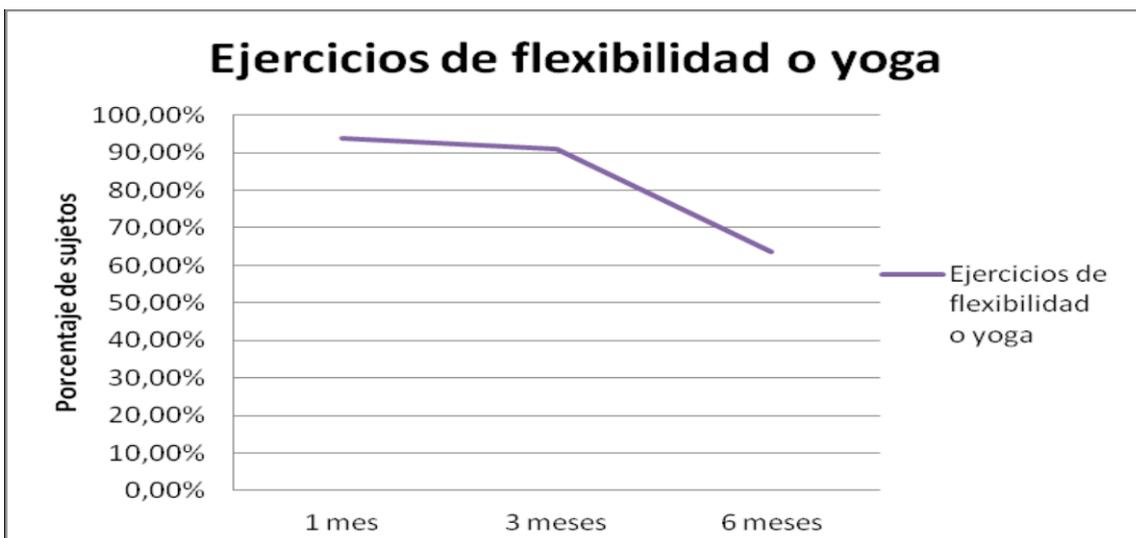


Figura 77: Empleo de los ejercicios de flexibilidad por parte de los sujetos del grupo de TCBAP a lo largo de los seguimientos.

g) Caminar atentamente

En cuanto al ejercicio “caminar atentamente”, en la prueba Q de Cochran, también encontramos diferencias estadísticamente significativas ($Q(2)=14,000$, $p<0,05$) en la proporción de individuos que realizan dicho ejercicio a lo largo de los tres seguimientos. La proporción de personas se mantiene del primer seguimiento al segundo y disminuye a los 6 meses (ver **tabla 41** y **figura 78**).

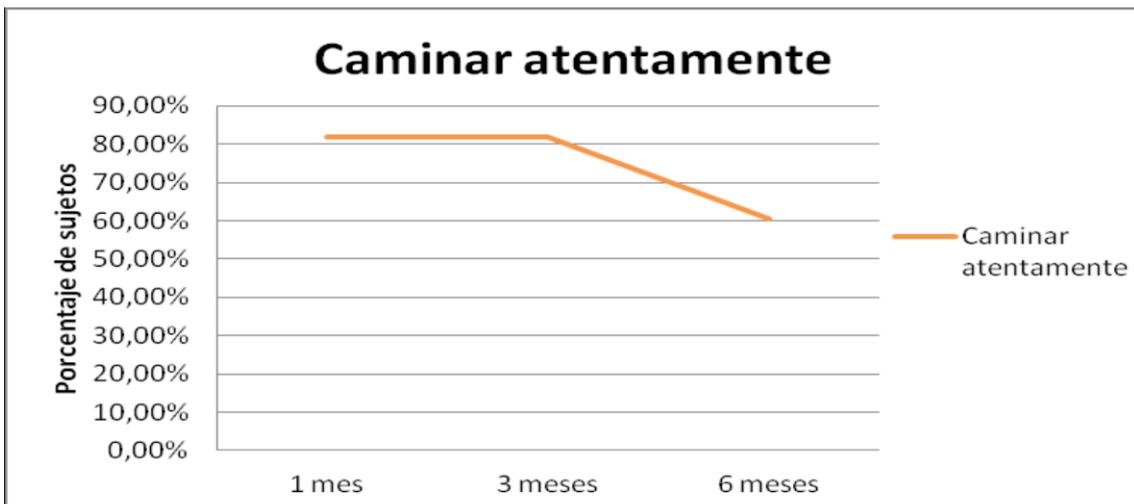


Figura 78: Empleo del ejercicio caminar atentamente por parte de los sujetos del grupo de TCBAP a lo largo de los seguimientos.

h) Resumen

	Porcentajes de la práctica realizada en los seguimientos.		
	Primer seguimiento	Segundo seguimiento	Tercer seguimiento
Continuidad de la práctica	100,00%	100,00%	84,85%
CD	100,00%	100,00%	72,73%
Zona SOBRIA	100,00%	100,00%	84,85%
Flexibilidad o yoga	93,94%	90,91%	63,64%
Caminar	81,82%	81,82%	60,61%

Tabla 41: Porcentajes de la práctica realizada en los seguimientos por el grupo de TCBAP.

Podemos concluir que, los sujetos que dejan de realizar la práctica, lo hacen a partir de los 6 meses de la finalización del tratamiento. Igualmente ocurre con el empleo del CD y con la realización de la Zona SOBRIA. Por otra parte, se observa que el ejercicio de flexibilidad o yoga y el de caminar atentamente, ha sido abandonado por algún sujeto desde el primer seguimiento.

En lo que se refiere a la frecuencia de práctica, observamos que ésta va disminuyendo de un seguimiento al siguiente (hallándose diferencias significativas entre cada uno de ellos). Y, en cuanto al tiempo dedicado a realizar los ejercicios, el mismo disminuye de manera muy sutil del primer seguimiento al segundo, y después lo hace de manera acusada de éste al tercero (encontrándose diferencias significativas).

Por último, el 100% de los sujetos contestaron afirmativamente a la pregunta: ¿Cree que la práctica de *mindfulness* le ha ayudado a responder de manera menos impulsiva (en lo que se refiere a situaciones de juego y otra índole), así como a relacionarse de un modo distintos con sus pensamientos, emociones y sensaciones?

8.3. Resultados del Programa de Reducción de Estrés Basado en la Atención Plena (REBAP)

8.3.1. Análisis estadístico

Al igual que en el Programa de TCBAP, para examinar el efecto del tratamiento sobre el estrés percibido de los familiares, se utilizó un ANOVA de un factor de medidas repetidas. Se evaluó esta variable en 6 momentos a lo largo del estudio (análisis exploratorio, pre-tratamiento, post-tratamiento y tres seguimientos). El análisis estadístico, fue realizado con el Programa SPSS y se consideró un valor de significación de 0,05.

También esta vez, el análisis mencionado se complementa con la interpretación del índice Eta al cuadrado y la “comparación por pares” mediante la corrección de Bonferroni (para controlar la tasa de error o probabilidad de cometer errores de tipo I).

Para evaluar la práctica de *mindfulness*, debido a la existencia de variables de respuesta dicotómica, además del empleo del ANOVA se ha utilizado, de nuevo, la prueba Q de Cochran.

8.3.1.1. Estrés percibido

Para medir esta variable, se empleó la Escala de estrés Percibido (*Perceived Stress Scale*, PSS-14) adaptada a la población española por Remor y Carrobles (2001).

Lo primero que se comprueba es, si se cumple el supuesto de esfericidad. El test W de Mauchly ($p < .000$), nos indica que éste no se cumple, lo que se traduce en la imposibilidad de asumir que la matriz de varianzas-covarianzas es circular. Por ello, determinamos utilizar el índice corrector épsilon Greenhouse-Geisser, como hicimos en el caso de las variables estudiadas en el Programa de TCBAP.

Encontramos diferencias significativas entre las medias de estrés percibido con el paso del tiempo, obtenidas a partir del test de Greenhouse-Geisser ($F=102,792$; $p < .000$). El nivel crítico (Sig.) es menor que 0,05, lo que indica que las discrepancias entre las medias son lo suficientemente grandes como para rechazar la hipótesis nula de

igualdad entre ellas. Por tanto, en los seis momentos de evaluación se encuentran distintos niveles de estrés percibido. La **figura 79**, nos muestra la evolución del estrés percibido y nos ayuda a interpretar los resultados de las pruebas *F* del ANOVA. Parece claro, que el tratamiento REBAP consigue que el grado de estrés percibido de las personas de apoyo de los jugadores, se modifique a lo largo de los distintos momentos de evaluación

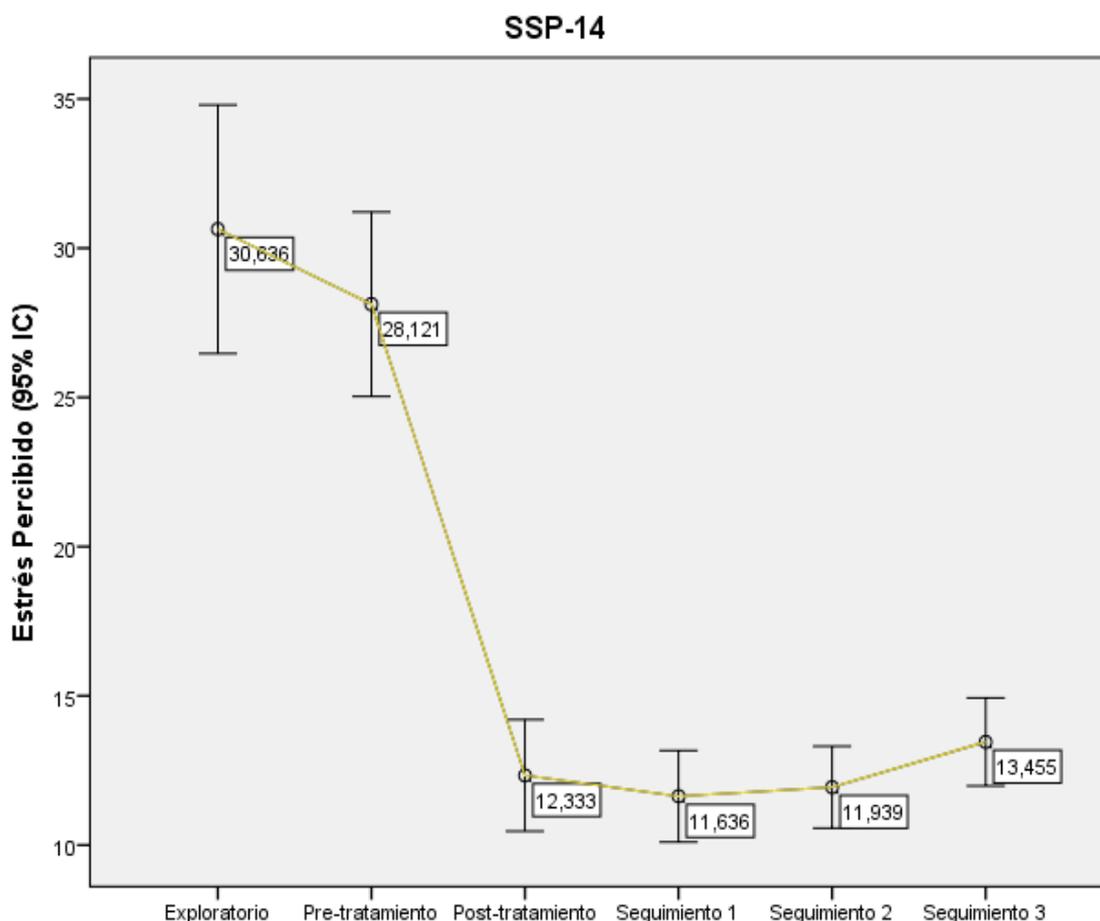


Figura 79: Evolución temporal de la puntuación de la escala SSP-14

El índice *Eta* al cuadrado nos permite obtener una valoración de la significación clínica de la evolución de los niveles medios de estrés percibido a lo largo de las distintas mediciones. Advertimos que el factor “tratamiento de REBAP” explica el 76.3% de la varianza, un porcentaje que puede considerarse de muy elevado.

Los resultados de la comparación por pares mediante la prueba de Bonferroni se muestran en la **tabla 42**.

	Exploratorio	Pre-tratamiento	Post-tratamiento	Seguimiento 1	Seguimiento 2
Exploratorio					
Pre-tratamiento	,059				
Post-tratamiento	,000*	,000*			
Seguimiento 1	,000*	,000*	,564		
Seguimiento 2	,000*	,000*	1,000	1,000	
Seguimiento 3	,000*	,000*	1,000	1,000	1,000
(*) <i>diferencias estadísticamente significativas en las que $p < .05$</i>					

Tabla 42: Prueba de Bonferroni; comparaciones por pares de las puntuaciones de la SSP-14 en los distintos momentos del tratamiento.

Como se advierte en la **tabla 42**, se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) en las puntuaciones de la SSP-14, entre:

- a) las puntuaciones medias del análisis exploratorio y el resto de medidas, con excepción del pre-tratamiento.
- b) el pre-tratamiento y el post-tratamiento, y el pre-tratamiento y los tres seguimientos.

En el resto de las comparaciones, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Se observa una leve disminución del estrés percibido entre el análisis exploratorio y el pre-tratamiento, seguido de una reducción pronunciada del mismo en el post-tratamiento, que continúa bajando en el primer seguimiento, y después comienza a subir muy sutilmente en el segundo y tercer seguimiento, aunque no de forma significativa.

En la **tabla 43**, se muestran las puntuaciones medias y las desviaciones típicas en la escala SSP-14 de los participantes a lo largo del estudio.

	Puntuación del SSP-14	
	Media	Desviación Típica
Exploratorio	30,64	11,744
Pre-tratamiento	28,12	8,713
Post-tratamiento	12,33	5,272
Primer Seguimiento	11,64	4,322
Segundo Seguimiento	11,94	3,872
Tercer seguimiento	13,45	4,162

Tabla 43: Resumen de la evolución temporal de la puntuación de la escala SSP-14

Por todo lo anterior, podemos concluir, que el estrés percibido de los familiares o personas de apoyo de los ex-jugadores, no sufre cambios tras el tratamiento de AA, al no encontrarse diferencias significativas entre el análisis exploratorio y el pre-tratamiento. Por otra parte, cuando se añade el tratamiento de REBAP se hallan disminuciones estadísticamente significativas de los niveles de estrés percibido de los participantes. Dicha reducción significativa de los niveles de estrés continúa en los tres seguimientos en comparación con el análisis exploratorio y el pre-tratamiento.

8.3.1.2. Valoración del Programa de REBAP

En una escala de 0 a 10, la valoración global del programa que realizaron los participantes del grupo de REBAP fue de 8,78. Concretamente, el 21,21% valoró el programa con un 10, el 36,36% con un 9 y, el 42,42% con un 8 (ver **tabla 44**).

Valoración de los usuarios	Número de sujetos	Porcentaje
10	7	21,21%
9	12	36,36%
8	14	42,42%
TOTAL=	33	100%

Tabla 44: Valoración del Programa de REBAP

8.3.1.3. Continuidad de la práctica de los ejercicios de *mindfulness*

a) Práctica de *mindfulness*

Para evaluar el empleo de los ejercicios de *mindfulness* a lo largo de los tres seguimientos, empleamos la prueba Q de Cochran. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($Q(2)=16,000$, $p<0,05$), entre la proporción de familiares o personas de apoyo que seguían llevándolos a cabo en los distintos seguimientos. Se observa que la práctica se mantiene en los seguimientos al primer y tercer mes y que en el sexto la misma disminuye (ver **tabla 49** y **figura 80**).

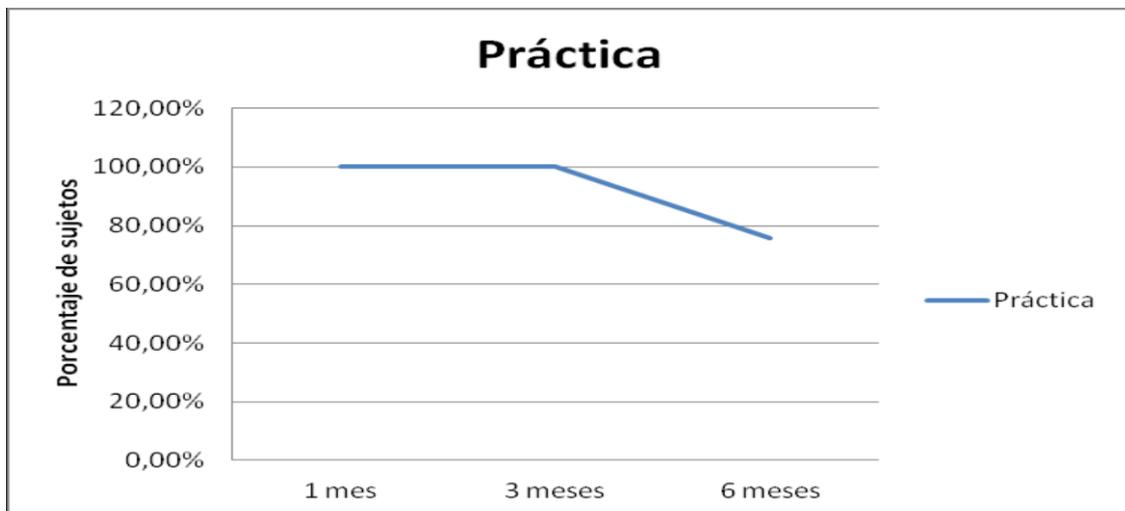


Figura 80: Porcentaje de práctica de *mindfulness* del grupo REBAP a lo largo de los seguimientos

b) Frecuencia de la práctica de *mindfulness*

Del mismo modo que en el Programa de TCBAP, se evaluó la frecuencia de la práctica de *mindfulness* una escala en la que el sujeto puntuaba entre 1 y 4: siendo 1

“menos de una vez por semana”, 2 “una o dos veces por semana”, 3 “Más de tres veces por semana” y 4 “a diario”.

Tras comprobar que no se cumple el supuesto de esfericidad a través de la prueba de Esfericidad de Mauchly: $\chi^2=9,463$, $p=0.009$, no podemos asumir que la matriz de varianzas-covarianzas es circular. Esto nos lleva a tener que emplear el índice corrector *épsilon* Greenhouse-Geisser.

Encontramos que existen diferencias significativas entre las medias de la frecuencia de la práctica de *mindfulness*, a partir del test de Greenhouse-Geisser ($F=149,920$; $p<.000$), ya que nivel crítico (Sig.) es inferior a 0,05. Esto nos permite rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias y afirmar que el tiempo influye sobre la frecuencia de la práctica de los participantes (ver **figura 81**).

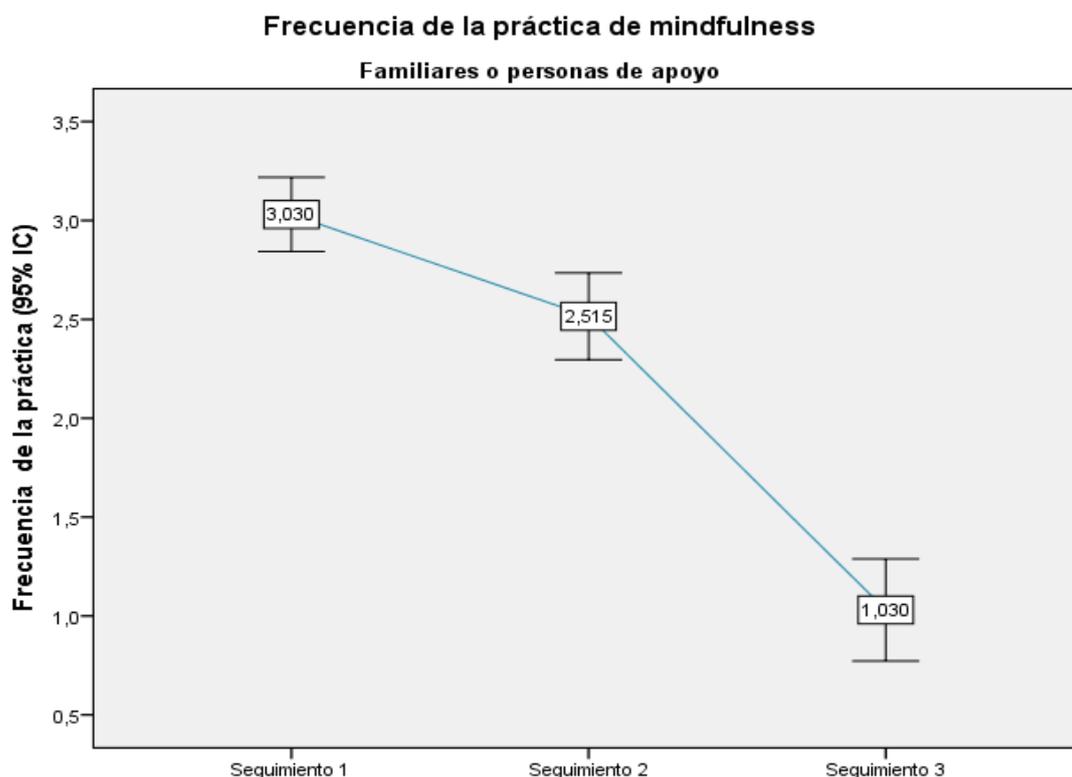


Figura 81: Evolución temporal de la frecuencia de la práctica de *mindfulness* de los participantes del grupo de REBAP

Se ha complementado, como en el resto de ocasiones, la significación clínica de la evolución de la frecuencia de la práctica de *mindfulness* a lo largo de los seguimientos, con la interpretación del índice Eta al cuadrado. Obtenemos un 81.5% de

varianza explicada por los tres momentos temporales. Esto nos lleva a poder afirmar que, el paso del tiempo, ha influido de manera muy notable en la variación de la frecuencia de la práctica de los ejercicios de *mindfulness*, es decir, que dicha frecuencia disminuye a lo largo de los periodos de seguimiento.

Estos análisis, se acompañan con una comparación por pares, para conocer entre qué medias de la frecuencia de la práctica existen diferencias significativas. Esto se realiza a partir de la prueba de Bonferroni. Los resultados de estas comparaciones se pueden observar en la **tabla 45**.

	Seguimiento 1	Seguimiento 2
Seguimiento 2	,000*	
Seguimiento 3	,000*	,000*
(*) <i>diferencias estadísticamente significativas en las que $p < .05$</i>		

Tabla 45: Prueba de Bonferroni; comparaciones por pares de la práctica de *mindfulness* del grupo REBAP en los distintos seguimientos.

Como se puede observar en la **tabla 45**, en la frecuencia de la práctica, se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) entre: el primer seguimiento y los otros dos, y entre el segundo y el tercero.

Las puntuaciones medias y las desviaciones típicas de los participantes en los tres seguimientos se muestran en la **tabla 46**.

	Frecuencia de la práctica	
	Media	D. Típica
Primer Seguimiento	3,03	,529
Segundo Seguimiento	2,52	,619
Tercer seguimiento	1,03	,728

Tabla 46: Resumen de la evolución temporal de la frecuencia de la práctica de *mindfulness* de los participantes del grupo REBAP

Podemos concluir que, existen diferencias estadísticamente significativas entre cada uno de los seguimientos y, que existe un descenso mucho más pronunciado de la frecuencia de la práctica entre el segundo y el tercer seguimiento que entre el primero y el segundo (ver **tabla 46**). Esto nos lleva a confirmar que, cuanto más tiempo pasa desde la finalización del tratamiento, más se reduce la frecuencia con la que los participantes realizan los ejercicios de *mindfulness* (ver **figura 81**).

c) Tiempo de dedicación a la práctica

En lo que se refiere al tiempo dedicado a la práctica, este fue medido en una escala del 1 al 3: siendo 1 “menos de 15 minutos”, 2 “entre 15 y 30 minutos” y 3 “más de 30 minutos”.

Al analizar el Supuesto de Esfericidad de Mauchly ($p < .000$), observamos que es estadísticamente significativo, lo que nos lleva a no poder asumir que la matriz de varianzas-covarianzas es circular. A su vez, como en ocasiones anteriores, nos vemos obligados a interpretar la prueba F robusta basada en la corrección de Greenhouse-Geisser.

El test de Greenhouse-Geisser ($F=50,248$; $p < .000$) también muestra diferencias significativas entre las medias del tiempo empleado en la práctica de *mindfulness* a lo largo de los tres seguimientos. Observamos que el nivel crítico o significación se halla por debajo de 0,05, lo que nos obliga a rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias. Por tanto, podemos afirmar que el tiempo empleado en practicar ejercicios de *mindfulness* es diferente en los distintas fases de medición, es decir, el transcurso del tiempo influye sobre a la cantidad de tiempo que los sujetos destinan a dicha práctica, haciendo que éste cambie (ver **figura 82**).

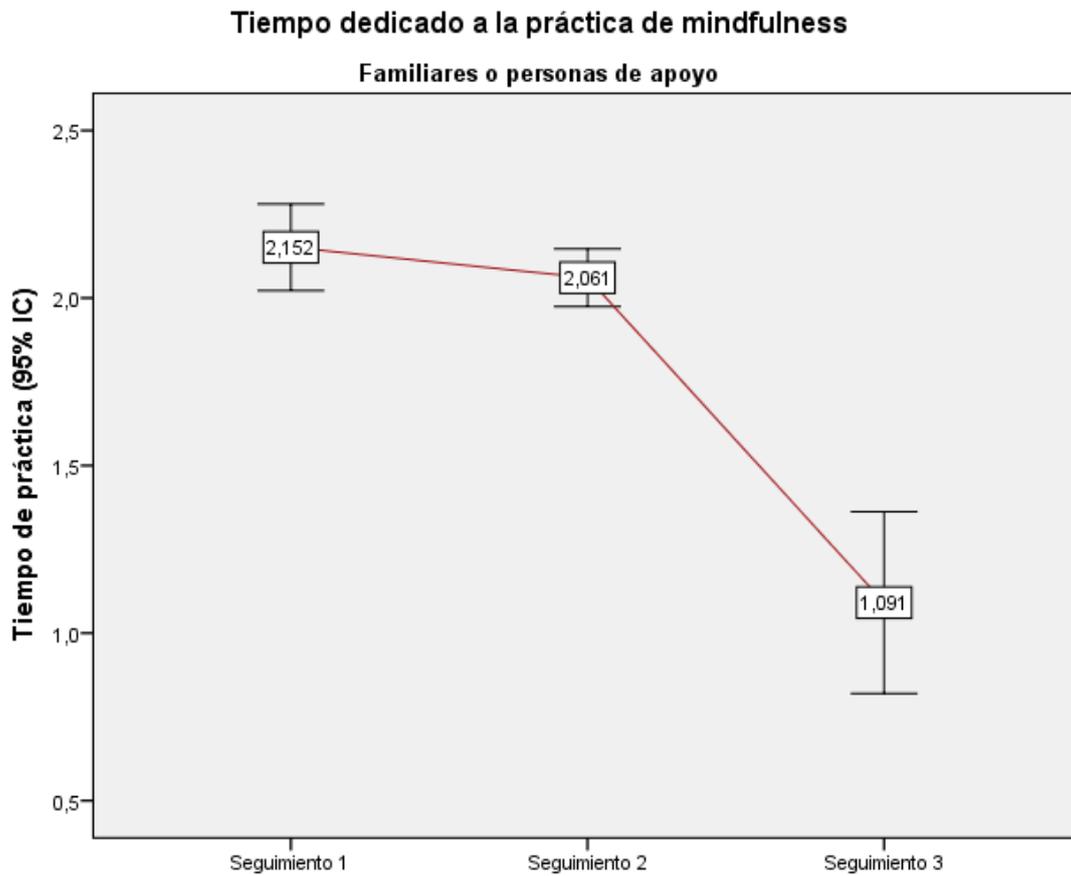


Figura 82: Evolución temporal del tiempo dedicado a la práctica de *mindfulness* de los participantes del grupo de REBAP

Una vez más, la interpretación del índice *Eta* al cuadrado se ha añadido para completar la significación estadística. En esta ocasión, obtenemos que un 69,8% de varianza es explicada por los tres momentos de medida. Por ello, podemos afirmar que, el tiempo parece que tiene un gran efecto en la cantidad de tiempo dedicado por los sujetos a realizar ejercicios de *mindfulness*. La cantidad de tiempo dedicado a practicar *mindfulness* disminuye a lo largo de los seguimientos

Se ha utilizado la Prueba de Bonferroni, para poder indagar entre qué medias, del tiempo de práctica, existen diferencias significativas. La comparación por pares de los tres seguimientos, se muestran en la **tabla 47**.

	Seguimiento 1	Seguimiento 2
Seguimiento 2	,249	
Seguimiento 3	,000*	,000*
(*) <i>diferencias estadísticamente significativas en las que $p < .05$</i>		

Tabla 47: Prueba de Bonferroni; comparaciones por pares del tiempo dedicado a la práctica del grupo de REBAP en los distintos seguimientos.

Como se puede apreciar en la **tabla 47**, se hallan diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$), en el tiempo dedicado a realizar ejercicios de *mindfulness*, entre: el seguimiento 1 y el 3 y, entre el seguimiento 2 y el 3, pero no se advierten diferencias estadísticamente significativas entre el primer y segundo seguimiento.

Resumen

En la **tabla 48**, se presentan las puntuaciones medias y las desviaciones típicas de los sujetos en los distintos seguimientos.

	Tiempo dedicado a la práctica	
	Media	Desviación Típica
Primer Seguimiento	2,15	,364
Segundo Seguimiento	2,06	,242
Tercer seguimiento	1,09	,765

Tabla 48: Resumen de la evolución temporal del tiempo dedicado a la práctica de *mindfulness* de los participantes del grupo REBAP

Al existir diferencias estadísticamente significativas entre el tercer seguimiento y los otros dos seguimientos, podemos concluir que, parece que el tiempo que dedican a la práctica de *mindfulness* no varía de manera significativa de uno a tres meses después del Programa, pero si se observa una reducción pronunciada del mismo a los seis meses del tratamiento de REBAP (ver **figura 82**).

d) Empleo del CD

Para analizar el empleo del CD en los ejercicios de *mindfulness* a lo largo de los distintos seguimientos, de nuevo se ha empleado el test de Cochran. También se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($Q(2)=20,000$, $p<0,05$) en la proporción de los participantes del grupo de REBAP, que lo usaron en los dos primeros seguimientos en comparación con el último. Se observa una disminución de la utilización del mismo en el seguimiento a los 6 meses (Ver **tabla 49** y **figura 83**).

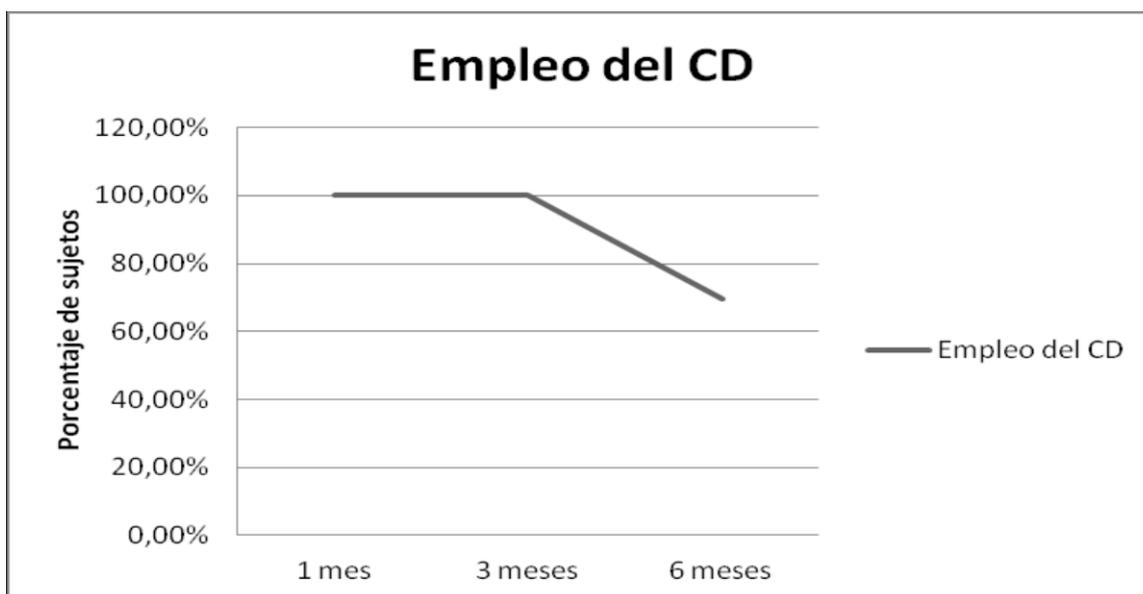


Figura 83: Empleo del CD de práctica por parte de los sujetos del grupo de REBAP a lo largo de los seguimientos

e) Ejercicios de flexibilidad o yoga

En la proporción de personas que realizan los ejercicios de “flexibilidad o yoga”, se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los tres seguimientos en el test de Cochran ($Q(2)=20,000$, $p<0,05$). Se aprecia una ligerísima reducción del primer al segundo seguimiento y una reducción mucho mayor del segundo al tercero (ver **tabla 49** y **figura 84**).

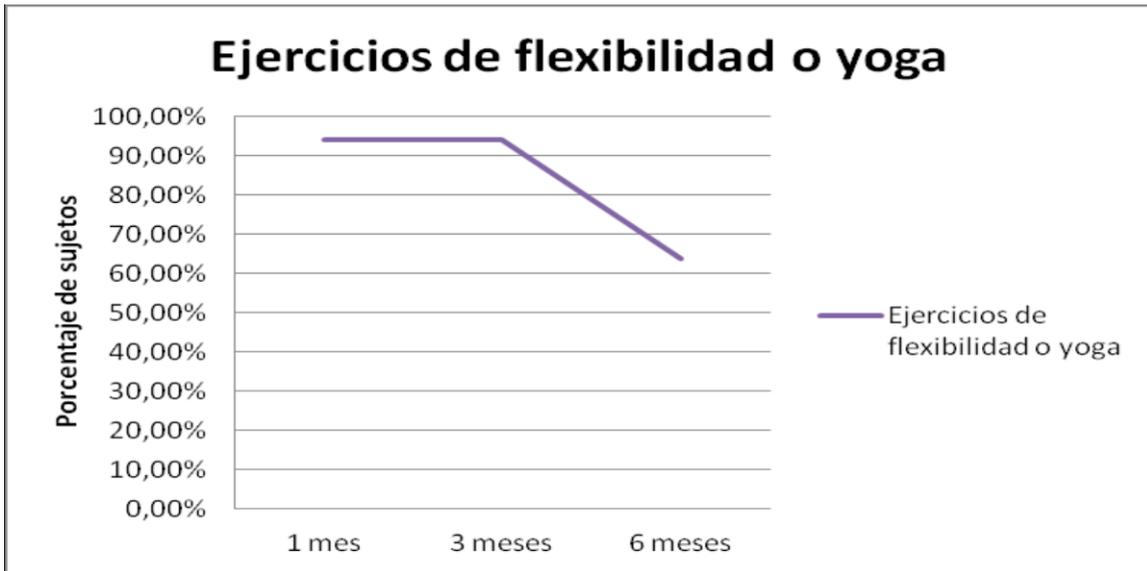


Figura 84: Empleo de los ejercicios de flexibilidad por parte de los sujetos del grupo REBAP a lo largo de los seguimientos

f) Ejercicio de caminar atentamente

Por último, en el ejercicio “caminar atentamente” también se empleó la prueba de Cochran y, se encontraron diferencias estadísticas significativas ($Q(2)=24,000$, $p<0,05$), entre los dos primeros seguimientos y el tercero, en la proporción de personas que lo practican. Se observa que el porcentaje de sujetos que lo realiza, se mantiene a los tres meses de seguimiento y que disminuye en la siguiente medición a los seis meses (Ver **tabla 49** y **figura 85**).

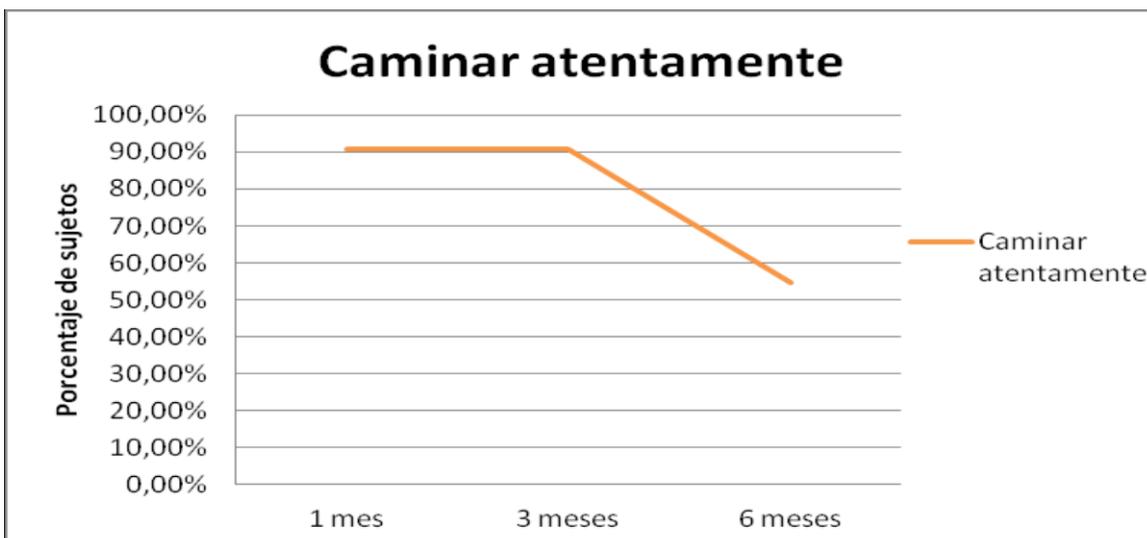


Figura 85: Empleo del ejercicio de caminar atentamente por parte de los sujetos del grupo REBAP a lo largo de los seguimientos

g) Resumen

	Porcentajes de la práctica realizada en los seguimientos por los familiares o personas de apoyo.		
	Primer seguimiento	Segundo seguimiento	Tercer seguimiento
Continuidad de la práctica	100,00%	100,00%	75,76%
CD	100,00%	100,00%	69,70%
Zona SOBRIA	93,94%	93,94%	63,64%
Flexibilidad o yoga	90,91%	90,91%	54,55%
Caminar atentamente	100,00%	100,00%	75,76%

Tabla 49: Porcentajes de la práctica realizada en los seguimientos por el grupo de REBAP

Como conclusión, podemos decir, que la práctica se ve reducida en el tercer seguimiento (a los seis meses). En cuanto a la frecuencia de la práctica, la misma disminuye del primer seguimiento al segundo y aún más del éste al tercero (hallándose en ambos momentos diferencias estadísticamente significativas. En lo que se refiere el tiempo dedicado a la práctica, aunque se produce un sutil descenso del primer seguimiento al segundo, el descenso pronunciado lo encontramos del segundo al tercero (hallándose diferencias estadísticamente significativas).

Por otra parte, como se observa en la **tabla 49**, tanto el empleo del CD, como la utilización de los distintos ejercicios sufren se mantienen del primer al segundo seguimiento y es en el tercero, cuando se produce un mayor abandono de los mismos.

Por último, en cuanto a la pregunta: ¿Cree que la práctica de *mindfulness* le ha ayudado a relacionarse de un modo distinto con sus pensamientos, emociones y sensaciones? En el primer y segundo seguimiento, el 100% de los sujetos contestaron afirmativamente a la misma, mientras que en el tercero, lo hicieron el 96,97%, ya que uno de los sujetos contestó de manera negativa a la misma.

9. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este apartado, se realizará la discusión de las características de la muestra del grupo de TCBAP y la eficacia de la intervención del Programa de TCBAP y del Programa de REBAP aplicado a los familiares o personas de apoyo de los ex-jugadores. Por último, se describirán las limitaciones del estudio y las perspectivas futuras.

Recordamos que, el objetivo general de nuestro estudio, es avanzar en el conocimiento del tratamiento psicológico del juego patológico y comprobar la eficacia de la TCBAT aplicada a personas que presentan este tipo de problema. En concreto, nuestra investigación se ha centrado en los ex-jugadores de máquinas recreativas con premio que asisten a un grupo de autoayuda.

Como se ha desarrollado en la parte teórica del trabajo, apenas hay investigaciones que empleen *mindfulness* en el abordaje del juego patológico, por lo que, compararemos nuestros resultados con los pocos estudios que si lo hacen y, con aquellos otros, con los que resulte pertinente hacerlo por afinidad temática en esta variable.

9.1. Características de la muestra

Se van a discutir los resultados obtenidos de la muestra inicial (60 sujetos), al ser más numerosa y por tanto más representativa, que la muestra final. Y, por otra parte, se analizarán y discutirán los datos de la muestra de familiares o personas de apoyo.

Variables personales y sociodemográficas de los ex-jugadores.

La muestra del estudio, estuvo formada en su totalidad por varones debido a que el número de mujeres que acuden a la Asociación es muy escaso (3%). Además, una de las mujeres no era jugadora de máquinas recreativas con premio, sino exclusivamente de bingo y, la otra, de los dos tipos de juego, con preferencia también por este último. Esto, coincide con otros estudios, que señalan que existen diferencias en función del sexo en la elección del tipo de juego. Parece que los hombres manifiestan una predilección por las “máquinas tragaperras”, mientras que las mujeres prefieren los bingos (Corral, Echeburúa e Irureta, 2005), las loterías, la Bonoloto y las

apuestas en casinos (Pellicer et al., 2006).

También es importante reseñar, que en los estudios de epidemiología se refleja que la proporción de mujeres respecto a hombres que sufren este problema es mucho menor (Becoña y Fuentes, 1995; Jarca, 1996; Muñoz Molina, 2008). Por otro lado, es muy preocupante que, a pesar de que aproximadamente, el 33% de los adictos al juego son mujeres, sólo cerca del 10% de ellas reclaman ayuda terapéutica (Chóliz, 2006). Este dato puede observarse, entre otros estudios, en el de Legarda et al. (1992) y el de Fernández-Alba (1999).

En la variable edad, encontramos que, en la muestra inicial (60 sujetos), la edad media se sitúa en 42,43 años. Esto nos indica que nuestros datos se alejan de los estudios que sitúan el rango de edad entre los 18 y los 30 años (Becoña, et al., 1996). Por otro lado, nuestros resultados son consistentes con los datos obtenidos en el estudio de Legarda et al. (1992) que situaban al jugador patológico en una edad comprendida entre 31 y 57 años. También, con los del estudio de Elisardo Becoña (2004), en el que utilizó el NODS (mismo instrumento que en nuestro estudio) en Galicia: encuentra que la edad en la que se sitúan la mayor parte de los jugadores patológicos es de 31 a 45 años (33%), situándose por debajo las personas de entre 18 y 30 años (20%). Así como también coinciden son los datos del estudio del “Estudio de la Generalitat de Catalunya” (González y Volberg, 2009), según el cual, el perfil del jugador coincidiría con el de un varón de entre 35 y 54 años.

En lo que se refiere al nivel de estudios, vemos como la mayor parte de los sujetos poseen un nivel de estudios “medio” (57%), un 13% un nivel bajo y un 30% tienen estudios superiores, discrepando con el estudio de Becoña, Lorenzo y Fuentes, (1996), que apuntaban que se trata de personas, generalmente, con un bajo nivel educativo. Por el contrario, Ladouceur (1991), encontró una mayor proporción de jugadores patológicos con los estudios finalizados y, González y Volberg (2009), señalan que predominan las personas con estudios secundarios. Estos datos concuerdan con las características de nuestra muestra.

En cuanto a la situación laboral, observamos que el 68% tienen empleo, el 20% se encuentran desempleados y el 12% jubilados, resultados consistentes con el estudio de González y Volberg (2009), en el que establecen que el perfil del jugador medio es

un trabajador a tiempo completo y con el de Aymamí (1996), que trabajó con un 29,2% de jugadores inactivos en una muestra de 172. Sin embargo, en el estudio de Becoña (1993) el 53,57% de los jugadores estaban en situación de desempleo.

Por otra parte, en lo que se refiere al estado civil de los sujetos de la muestra inicial, el 2% son viudos, el 47% están casados, el 48% solteros (con y sin pareja) y el 3% divorciados. Por tanto, predominan las personas solteras y casadas como también apunta Becoña (2004), aunque los porcentajes encontrados por él distan bastante de los nuestros (casados, un 60% y solteros, un 26.7%).

Por último, hemos encontrado que el 10% de los sujetos que componen la muestra inicial, están diagnosticados de un trastorno mental comórbido al problema con el juego, mientras que el 90% de personas restantes, únicamente están diagnosticadas de juego patológico. Estos resultados no coinciden con otros estudios como el de Kessler et al. (2008) que encuentra que un 96,3% de los jugadores patológicos presentan uno o más problemas de salud mental concomitantes durante su vida. Esta diferencia puede explicarse por: el pequeño tamaño de la muestra y porque en la asociación no se interviene sobre otros aspectos psicológicos, por lo que pueden no haber sido diagnosticados de otro problema si lo hubiese.

Variables de historia de juego

La edad a la que comenzaron a jugar la mayor parte de los participantes de la muestra inicial, son los 16 años (23,3%), seguida de los 18 años (11,7%), los 14 años (10%), los 15 y los 20 años (8,3% respectivamente) y, los 17 años (6,7%).

En cuanto a la edad a la que los sujetos comenzaron a jugar a máquinas recreativas con premio, se observa que la edad prevalente coincide con la de comienzo de juego, los 16 años (20%). Además, el 63,3% de la muestra se sitúa entre los 15 y los 18 años.

Estos resultados son consistentes con numerosos estudios (Pursley, 1991; Villa, Becoña y Vázquez, 1997; Becoña, 1997; Arbinaga, 2000; Jacobs, 2000; Hardoon, Gupta y Deveresky, 2004; Sarabia et al., 2014) que señalan que los jugadores patológicos comienzan a jugar durante la adolescencia.

Es importante tener en cuenta que, en un país como España, la gente accede de manera muy fácil a las máquinas tragaperras, dado que estas están ubicadas en los bares, sin ninguna restricción de acceso físico, en un contexto donde la gente comparte sus momentos de ocio. Esto permite que, muchas personas desde muy jóvenes, se inicien en el juego de azar. Además, como ya hemos comentado anteriormente, hoy en día, parece que aumenta el porcentaje de personas jóvenes que presentan problemas con el juego; ello viene determinado, por una facilidad aún mayor de acceso al mismo, a través de internet.

Por otra parte, en relación con el tipo de juego que prefieren los jugadores patológicos, los resultados indican el siguiente orden:

Primero: las máquinas recreativas tipo B, un 98,3% de los sujetos han jugado a las mismas.

Segundo: las loterías, a las que han jugado el 65% de los sujetos de la muestra.

Tercero: las cartas, a las que han jugado el 50% de los sujetos.

Cuarto: las apuestas deportivas, a las que jugaban el 40% de personas.

Quinto: el bingo, al que han jugado el 30% de los sujetos.

Sexto: el juego *online*, al que han jugado el 13,3% de las personas de la muestra.

Además se observa que el 13,3% han jugado a otro tipo de juego distinto a los mencionados con anterioridad.

Estos datos, son congruentes con que las máquinas recreativas con premio sean el tipo de juego más adictivo (junto con el juego *online*). En este caso, este último aparece en nuestro estudio en último lugar porque: por un lado, es un tipo de juego que se está implantando en la actualidad y, por otro, la edad media de la muestra de nuestro estudio se sitúa en los 42,43 años, como ya hemos comentado y, es un tipo de juego, que está creciendo, sobre todo, entre los más jóvenes. Además, también parece lógico que las máquinas “tragaperras” sea el tipo de juego más frecuente en esta muestra, ya que está compuesta casi en su totalidad por hombres (97%) y, como señala Echeburúa

(2014), los hombres manifiestan una preferencia por este tipo de juego.

Por otro lado, la Dirección general de Ordenación del Juego (2013), teniendo en cuenta a la población general, señala que las loterías representan el 99,10% del volumen total del negocio del juego.

Podemos por tanto, concluir que existen algunas diferencias entre la elección del tipo de juego de los jugadores patológicos y no patológicos, ya que los primeros aunque hacen uso de muchos tipos de juego, presentan una marcada diferencia en la predilección por las máquinas recreativas tipo B.

9.2. Eficacia del Programa de TCBAP

9.2.1. Mantenimiento de la abstinencia

El porcentaje de abstinencia es muy alto todos los momentos de evaluación. El 100% los sujetos se muestran abstinentes a lo largo de los seguimientos y el post-tratamiento. Por otro lado, únicamente, hay dos sujetos que recaen en el momento del pre-tratamiento, antes de que se haya aplicado el Programa de TCBAP.

En la fase de pre-tratamiento (GAA) la abstinencia fue muy alta (93,9%), lo que no coincide con los pocos estudios que se han llevado a cabo para evaluar la eficacia de este tipo de tratamiento. Por ejemplo, Stewart y Brown (1988) hallaron tasas de abstinencia del 7,5% al primer año de seguimiento. Petry (2005) también afirma que la abstinencia en estos grupos es baja.

Jiménez-Murcia et al., (2013), son más optimistas y señalan que determinados estudios exploratorios, obtienen resultados positivos, con tasas de rehabilitación mayores del 30% (aunque se discute su fiabilidad debido a que no fueron publicados en revistas indexadas).

Una abstinencia tan alta en el GAA, puede ser explicada por varios motivos:

- El primero es que se trata de un grupo dirigido por una profesional y no sólo por jugadores en rehabilitación.
- El segundo, que la muestra evaluada es pequeña respecto a los miembros que conforman la asociación y la medición fue por un tiempo limitado (8 semanas).

Por otro lado, coincidimos con George y Murali (2005), en que las personas que asisten regularmente a estos grupos, se benefician de este tratamiento. El diseño de nuestro estudio y las características de la muestra no nos permite evaluar en sí la eficacia del tratamiento AA, dado que para ello habría sido necesario contar con un grupo de control en lista de espera. Ese es el motivo por el que hemos optado por estudiar la eficacia añadida del tratamiento TCBAP al que ya estaban recibiendo en la Asociación de jugadores patológicos.

En este sentido, los mismos autores apuntan, que sería recomendable ofrecer asociaciones como Jugadores Anónimos junto con otros tratamientos, sugerencia que está en consonancia con la realidad en la que se basa este trabajo.

En lo que se refiere a la abstinencia conseguida con el Programa de TCBAP, nuestros resultados son congruentes con los de De Lisle et al. (2011), que llevaron a cabo un estudio de caso, en el que comprobaron la eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en una mujer que padecía juego patológico. Los resultados mostraron que la paciente se mantuvo abstinentes respecto al juego. Pero no hay aún estudios que evalúen la abstinencia de un Programa de TCBAP en grupo, con los que establecer comparaciones.

Toneatto, Pillai, y Courtice (2014) en un estudio piloto con 18 jugadores patológicos, en el que aplicaron TCC con *mindfulness*, observan una disminución mucho mayor de los criterios DSM, entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento en el grupo experimental (M=6,67 y M=3,34) que en el grupo control (M=7,89 y M=6,71). Además el número de sujetos que reunían requisitos de jugadores patológicos al inicio (95%) y a los tres meses de seguimiento (21%), era significativamente inferior.

Los resultados de abstinencia encontrados en nuestro estudio, son superiores a la mayoría de las investigaciones que evalúan la misma cuando se emplean tratamientos cognitivo-conductuales convencionales:

- Ladouceur y cols (1993, 1988, 1989, 1998): Abstinencia entre el 33 y el 100%.
- Echeburúa y Cols (1991, 1994): abstinencia entre el 37 y el 82%.
- Labrador y Fernández-Alba (1999, 2002): abstinencia del 15 al 85%.
- Fernández de la Cruz (2010): abstinencia del 92% en el post-tratamiento, 80% en el primer y segundo seguimiento, y en el tercero del 72%.

Esto, puede ser debido a que se interviene sobre un grupo de personas que ya asisten a tratamiento psicológico y que, en general, se mantienen abstinentes desde hace tiempo (de hecho, como ya se ha comentado, un requisito para asistir al tratamiento de

AA es abandonar la conducta de juego). Por tanto, no podemos concluir que la TCBAAP se muestra más eficaz que la TCC tradicional en resultados de abstinencia de juego, sino que puede mostrarse eficaz a la hora de prevenir recaídas, como lo demuestran los estudios de Bowen et al. (2009), Witkiewitz et al. (2013) o el de Bowen et al. (2013) que incorporan *mindfulness* al tratamiento de adicciones con sustancia.

9.2.2. Reducción del deseo de jugar o *craving*

En este estudio, como se muestra en el apartado de resultados, se aprecian diferencias significativas ($p < 0,05$) en el nivel de deseo o *craving* en sus tres dimensiones (intensidad, frecuencia y urgencia del deseo), viéndose disminuido notablemente el mismo, tras la aplicación del Programa (post-tratamiento) y los seguimientos, en comparación con el pre-tratamiento. La dimensión intensidad del *craving*, ya se había reducido significativamente de la evaluación exploratoria al pre-tratamiento (GAA).

Estos resultados, coinciden con distintos estudios que han evaluado la eficacia de tratamientos basados en *mindfulness* en la disminución del *craving* en los trastornos relacionados con abuso de sustancias, como el meta-análisis de Chiesa y Serretti (2014) o los estudios de Marlatt et al. (2004), Bowen y Marlatt (2009), Rogojanski et al. (2011) y Witkiewitz et al. (2013), entre otros.

También coincide con los que han evaluado y establecido una relación, entre el *craving* y un menor control de impulsos, con bajos niveles de atención plena en jugadores patológicos (Reid, Di Tirro y Fong, 2014).

Por otra parte, nuestros resultados se muestran congruentes con el estudio piloto realizado por Toneatto et al. (2014), en el que los autores, señalan que los jugadores patológicos que recibieron terapia cognitivo-conductual basada en *mindfulness*, mostraron mejoras significativas en los niveles de la urgencia o el impulso de la conducta de juego (*craving*) ($M=19,36$ en línea de base), resultados que se mantenían en el seguimiento a los tres meses en relación a los participantes del grupo control en lista de espera ($M=5,36$).

Teniendo en cuenta lo anterior, podría resultar de interés incorporar la técnica de *mindfulness* a las intervenciones cognitivo-conductuales en el tratamiento de las adicciones y, en concreto, en el ámbito del juego patológico, para ayudar a que disminuya el *craving* que presentan por los jugadores. Por los motivos que ya hemos expuesto al principio de este trabajo, en nuestro caso, se ha empleado el ejercicio de “surfear la urgencia” que es una técnica de exposición en imaginación, que a la vez puede ser entendida como una técnica *mindfulness*. Utilizamos esta estrategia como técnica más cercana a la exposición en vivo, de la que se suele acompañar, y que ha demostrado sobradamente su eficacia en problemas de esta índole (Blaszczynski y McConaghy, 1993; Echeburúa et al., 1994, 1996; Sevilá y Pastor, 1996; Symes y Nicki, 1997; Fernández-Alba, 1999; Labrador y Fernández-Alba, 2002; Fernández de la Cruz, 2010, entre otros). En vista de los resultados que hemos obtenido, cabe sugerir que en aquellas situaciones en las que por diversos motivos sea demasiado complejo utilizar la técnica de exposición “en vivo”, parecería indicado poner en marcha un tratamiento que incorpore *mindfulness*.

9.2.3. Disminución de las Distorsiones cognitivas y estilo atribucional y *locus* de control más realista

En nuestro trabajo, los resultados muestran que añadir el tratamiento TCBAP al tratamiento AA produce una disminución del número de distorsiones cognitivas y un cambio de estilo atribucional y *locus* de control, de manera que éste se hace más realista (los sujetos son capaces de ver que tienen control sobre su conducta de juego). Como se muestra en el apartado de resultados, se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) entre el pre y el post-tratamiento, así como en los seguimientos en las cuatro sub-escalas del Inventario de Pensamientos Sobre el Juego (IPJ).

Estos resultados, son coherentes con otros trabajos que emplean terapia cognitiva en el tratamiento del juego patológico (Labrador, et al., 2008 y Labrador et al., 2005) en los que se consigue disminuir el número de distorsiones cognitivas presentadas por los sujetos en el post-tratamiento.

Sin embargo no coincide con otros estudios, como el Programa multicomponente de Fernández de la Cruz (2010) en el que no encuentra diferencias

significativas en el número de distorsiones cognitivas entre el pre y el post-tratamiento.

Por otro lado, en el estudio de caso de Toneatto et al. (2007), que incorporaba la técnica de *mindfulness*, se identificaron diferentes distorsiones cognitivas: el sujeto fue capaz de aplicar su actitud de observación no dejándose arrastrar por sus pensamientos relacionados con el juego y logró eliminar la necesidad de reaccionar conductualmente. Por otra parte, reconoció que los pensamientos de juego continuaron apareciendo con aproximadamente la misma frecuencia que antes del tratamiento, pero su intensidad o relevancia disminuyó mucho y, como resultado, fue capaz de tomar decisiones más adaptativas (es decir, no apostar).

En el caso de nuestro estudio, hemos empleado la terapia cognitiva tradicional y el *mindfulness* para trabajar con los pensamientos de los ex-jugadores; por lo tanto, es difícil concluir a cuál de las dos técnicas atribuimos la reducción de los sesgos cognitivos relacionados con el juego. En todo caso, la técnica en la que se ha puesto más énfasis ha sido el *mindfulness*, que a diferencia de la reestructuración cognitiva convencional (discutir-debatir los pensamientos irracionales y/o distorsionados), se centra en ayudar a la persona a relacionarse con sus pensamientos de una manera diferente (Segal et al., 2002): anclándose al momento presente y observando sus propios procesos mentales abiertamente, sin censura, sin valorarlos o enjuiciarlos, y sin quedar atrapado en el contenido de los mismos

Por tanto, coincidimos con Toneatto et al. (2007), en que el *mindfulness* es una técnica prometedora como intervención complementaria, para ayudar a los jugadores con problemas a aprender a hacer frente a las distorsiones cognitivas relacionadas con el juego. Pero, por otro lado, no podemos concluir con firmeza, a que técnica (TC o *mindfulness*) se debe la reducción de los sesgos cognitivos relacionados con el juego.

Hemos constatado, además, que existen resultados contradictorios entre los estudios, aunque parece existir consenso en que un programa de TCBAP, ayuda a los jugadores a pensar de manera más adaptativa, bien porque se produzca una reducción de dichos sesgos, o bien porque permita un distanciamiento de los mismos por parte de los individuos.

9.2.4. Aumento de la atención plena

Como se recoge en el apartado de resultados, en esta variable, también existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre los diferentes momentos de evaluación en la puntuación total del cuestionario entre el pre-tratamiento y el resto de medidas (se produce un gran aumento en la puntuación global del nivel de atención plena, medida a través del FFMQ, tras la aplicación del Programa de TCBAP). Por otro lado, ya se habían producido cambios significativos, aunque moderados, entre el análisis exploratorio y el pre-tratamiento.

Además, existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre los diferentes momentos de evaluación en cada una de las facetas del cuestionario entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento y entre pre-tratamiento y los tres seguimientos. Lo que se traduce en que los participantes del estudio, tras el Programa de TCBAP, muestran una mayor capacidad de: observación (ver las cosas como si fuera la primera vez, con “mente de principiante” y con atención plena), descripción (capacidad de detallar de forma objetiva, sin juicios, los sentimientos, pensamientos y emociones.), conciencia (ser capaz de mantenerse en el momento presente, plenamente atento a lo que acontece aquí y ahora), ausencia de reactividad (saber responder, en lugar de reaccionar de forma impulsiva a las situaciones, pensamientos, emociones, etc.) y ausencia de juicio (ser testigo imparcial de la propia experiencia).

No existen estudios que utilicen el FFMQ con muestras de jugadores patológicos, a excepción del estudio de caso de De Lisle et al. (2011) que expone los datos del pre y post-tratamiento, así como de dos seguimientos realizados a las 4 y 10 semanas tras la intervención. Indican, que se da un aumento estadísticamente significativo moderado en las facetas observación y no juzgar y, se observa un aumento mayor, en las facetas descripción y ausencia de reactividad en el post-tratamiento comparado con la medida pre. Sin embargo, en la faceta de conciencia se observó un descenso entre pre y el pos-tratamiento, así como una reducción significativa en el último seguimiento a las diez semanas en comparación con el pre-tratamiento. Estos resultados coinciden parcialmente con los nuestros, ya que en nuestro caso se encuentran diferencias estadísticamente significativas en todas las facetas del cuestionario en comparación con el pre-tratamiento, tanto en el post-tratamiento como

en cada uno de los seguimientos.

Por otra parte, podemos decir que nuestros resultados concuerdan con los dos estudios que hacen alusión directa a esta variable (empleando la escala MAAS), en que el nivel de atención plena aumenta en el post-tratamiento y los seguimientos, en comparación con el pre-tratamiento. Estos estudios son los que aparecen a continuación:

Chen et al. (2014) pusieron en marcha un programa de *mindfulness* de 8 semanas con jugadores patológicos. La atención plena fue medida con la escala MAAS y los resultados obtenidos mostraron diferencias estadísticamente significativas entre el pre y el post-tratamiento ($t(16)=4.9, p < 0,001$). Se encontró una mejora de los niveles de atención plena en los participantes tras el tratamiento, concretamente pasaron de una puntuación media de 3,65 a 4,40 en la escala.

En el estudio de Shonin et al. (2014), también utilizaron la escala MAAS, apreciándose un aumento de los niveles de atención plena después del tratamiento, que va aumentando en los distintos seguimientos. Este es un estudio de caso, sobre una persona que presenta juego patológico y esquizofrenia, por lo que difiere más de nuestro estudio que el anterior.

Por otro lado, en su meta-análisis, sobre Intervenciones Basadas en *mindfulness* (IBM) en adicciones con sustancias, Chiesa y Serreti (2014) encuentran que, dichas intervenciones, se asocian con una mayor atención plena.

Como ya comentamos en la parte teórica de este trabajo, un aumento del nivel de atención plena se traduce en: una mayor capacidad por parte del sujeto de mantenerse en el momento presente, de no dejarse arrastrar por el contenido de los pensamientos, de posibilitar un margen de tiempo entre las claves contextuales y el comportamiento (de manera que la persona no reaccione de manera automática y le permita reorientar su comportamiento), etc. Es decir, coincidimos con Peters et al. (2011) en que las habilidades *mindfulness* pueden estar relacionadas con la capacidad de abstenerse de poner en marcha un comportamiento impulsivo desadaptativo, incluso en presencia de emociones negativas. Se trata de una estrategia muy útil a la hora de hacer frente a los impulsos relacionados con la conducta de juego, por lo que parece adecuado un Programa de TCBAP, para dotar a la persona de las herramientas necesarias que le

permitan hacer frente a este problema.

9.2.5. Disminución del nivel de depresión

En nuestro estudio, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) en esta variable, entre los diferentes momentos de medida. Se puede apreciar la disminución del nivel de depresión en el BDI-II en los participantes, tras la aplicación del programa (Post-tratamiento; media=7,97) y en los seguimientos (media=6,52; media=5,70 y media= 6,21 respectivamente), en comparación con el pre-tratamiento (media=13).

Recordamos que siguiendo el estudio de Sanz, Gutiérrez, Gesteira y García-Vera (2014), los puntos de corte que se pueden asumir en el BDI-II en población española, son los siguientes:

- Depresión mínima: 0-13
- Depresión leve: 14-18
- Depresión moderada: 19-27
- Depresión grave: 28-63

Hay que señalar, que a nivel clínico y utilizando puntuaciones de corte para distintos grados de depresión, los sujetos con el tratamiento de AA consiguen pasar de un nivel de depresión leve ($\bar{X}=15,95$, $Sd=7,86$) a un nivel de depresión mínima ($\bar{X}=13$, $Sd=7,15$).

La mejora en depresión que se aprecia como consecuencia de añadir el tratamiento TCBAP desde el punto de vista clínico se produce dentro del grado de de depresión mínima en el que se inscriben ya los sujetos tras recibir el tratamiento AA ($\bar{X}=13$, $Sd=7,15$).

Por lo tanto, la disminución significativa de los niveles de depresión que añade el tratamiento de TCBAP al tratamiento AA, no se traduce en que a nivel clínico añadir el tratamiento TCBAP consiga que los sujetos pasen de niveles de depresión leve a niveles de depresión mínima (aunque este cambio no se consiga por una diferencia de

un punto en el criterio de corte).

Otros estudios han evaluado el estado de ánimo en los jugadores patológicos tras un programa de tratamiento que emplea *mindfulness*, como el de De Lisle et al. (2011). En él llevaron a cabo un estudio de caso, en el que comprobaron la eficacia de la TCBAP en una mujer que padecía juego patológico. Utilizaron el BDI-II, para evaluar la depresión, que se administró en las fases pre y post-tratamiento, así como en los seguimientos a las 4 y 10 semanas. Los resultados mostraron que la paciente se mantuvo abstinentes respecto al juego, y las puntuaciones de ansiedad y depresión se redujeron significativamente (a niveles sub-clínicos). El FFMQ, por otro lado, reveló que la Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena puede ser útil en la aceptación de las emociones y pensamientos negativos y dolorosos.

En un estudio reciente, Toneatto et al. (2014) señalan que los jugadores patológicos que recibieron terapia cognitivo-conductual basada en *mindfulness*, mostraron mejoras significativas en los niveles de gravedad de los juegos de azar (es decir, redujeron su puntuación en el NODS) así como en la urgencia o el impulso de la conducta de juego, al finalizar el tratamiento; estos resultados se mantenían en el seguimiento a los tres meses en relación a los participantes del grupo control en lista de espera.

Por otro lado, en estudios realizados acerca de la eficacia de las IBM en la mejora del estado de ánimo, con muestras diferentes a la de jugadores, también se han encontrado beneficios para los síntomas depresivos, que concuerdan con nuestros resultados.

Por ejemplo, Witkiewitz y Bowen (2010) en su estudio sobre depresión, *craving* y consumo de sustancias, quisieron comprobar la efectividad de un programa de prevención de recaídas basado en la atención plena, en una muestra de 168 sujetos. Los resultados confirman que el tratamiento de prevención de recaídas basado en atención plena atenúa los síntomas depresivos y las ganas de fumar; de este modo, esta intervención parece influir en las respuestas cognitivas y conductuales de los síntomas depresivos, lo que explica en parte la reducción del consumo de sustancias en dicho grupo.

Además, entre otros, McCarney, Schulz y Grey (2012) realizaron un meta-análisis, en el que investigaron la efectividad de las IBM en la reducción de la sintomatología depresiva, medida por el inventario de depresión de Beck (BDI). En el análisis incluyeron 11 estudios, y encontraron una reducción media significativa de la sintomatología depresiva de 8,73 puntos. Por ello concluyeron que existe evidencia de la efectividad de estas terapias para reducir los niveles de depresión mayor.

Por otro lado, existen trabajos que contradicen estos resultados, y por ello Khoury et al. (2013) realizaron un meta-análisis en el que examinaron de forma exhaustiva los estudios publicados en dos bases de datos (*PubMED* y *PsycINFO*). Analizaron 209 estudios y concluyen que las IBM son moderadamente eficaces en los cambios pre-post ($n=72$; g de Hedge=0,55), en comparación con los controles de lista de espera ($n=67$; g de Hedge=0,53), y en comparación con otros tratamientos activos ($n=68$; g de Hedge=0,33), incluyendo otros tratamientos psicológicos ($n=35$; g de Hedge=0,22). Los tratamientos IBM no diferían de la TCC tradicional o terapias conductuales ($n=9$; g de Hedge=-0,07) ni de tratamientos farmacológicos ($n=3$; g de Hedge=0,13). De este modo concluían que las IBM son un tratamiento eficaz para una variedad de problemas psicológicos, y es especialmente eficaz para reducir ansiedad, depresión y estrés.

Por tanto, podemos decir que, en principio, la TCBAP puede ayudar a los sujetos que presentan problemas con el juego, no sólo en reducir el *craving*, las distorsiones cognitivas y responder de manera más adaptativa, sino que permite que su estado de ánimo mejore y, por tanto, sea más probable que mantengan su abstinencia, ya que sabemos que el malestar emocional, es uno de los principales factores que intervienen en la recaída.

9.2.6. Disminución del nivel de ansiedad

En nuestro estudio, se han encontrado diferencias significativas, entre los diferentes momentos de evaluación, en el cuestionario STAI. Se puede apreciar la disminución del nivel de ansiedad (tanto en la dimensión Estado, como en la de Rasgo) en los participantes tras la aplicación del Programa (post-tratamiento) y en los seguimientos, en comparación con el pre-tratamiento.

Estos resultados coinciden con varios estudios, como los siguientes:

El de De Lisle et al. (2011), ya comentado anteriormente, en el que llevaron a cabo un estudio de caso, en el que comprobaron la eficacia de la TCBAP en una mujer con problemas de juego patológico. Los resultados mostraron que la paciente se mantuvo abstinentes respecto al juego, y las puntuaciones de ansiedad se redujeron significativamente (a niveles sub-clínicos). En este estudio se empleó el BAI para evaluar la ansiedad.

Otro estudio, que se muestra consistente con nuestros resultados (aunque la población a la que va dirigido es diferente), es el de León et al. (2013), en el que se emplea *mindfulness* con pacientes oncológicos. En este caso, el instrumento de medición empleado es el STAI y, al igual que en nuestro trabajo, en el grupo experimental encuentran diferencias estadísticamente significativas en ansiedad estado y rasgo, entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento.

Además, en el meta-análisis de Khoury et al. (2013), comentado anteriormente, concluían que las IBM son especialmente eficaces a la hora de reducir la ansiedad, la depresión y el estrés.

Hofmann, Sawyer, Witt y Oh (2010) también llevaron a cabo un meta-análisis basado en 39 estudios con un total de 1.140 participantes que recibieron terapia basada en atención plena para una serie de problemas, entre ellos: cáncer, trastorno de ansiedad generalizada, depresión y otras condiciones psiquiátricas o médicas. Las estimaciones del tamaño del efecto indicaban que la terapia basada en la atención plena era moderadamente eficaz para mejorar la ansiedad (g de Hedges=0,63).

Por otro lado, los resultados de nuestro estudio no son consistentes con un meta-análisis muy reciente, que contradice los resultados de nuestro estudio y de los otros comentados anteriormente. Se trata del de Franca, R. (2015), que afirma que las IBM se muestran efectivas en reducir síntomas de depresión pero no de ansiedad.

Podemos concluir que la TCBAP, se muestra eficaz a la hora de reducir la ansiedad en sujetos que presentan problemas con el juego, y que este resultado está respaldado por diversos estudios en los que se concluye que las IBM son eficaces en el tratamiento de la ansiedad, aunque existe controversia al respecto.

9.2.7. Continuidad de la práctica de *mindfulness*

En nuestro estudio se realizaron tres seguimientos (1, 3 y 6 meses después del tratamiento). El nivel de práctica se mantuvo muy alto en los tres momentos. Concretamente, el 100% de los participantes seguía practicando *mindfulness* en el primer y segundo seguimiento (aunque con una reducción de la frecuencia y la duración entre el primero y el segundo momento) y, el 84,85% continuaba también en el tercero, a pesar de la existencia de una reducción acusada en la frecuencia y la duración dedicada a la práctica, respecto a los seguimientos anteriores. En todas las variables medidas se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los seguimientos.

Estos resultados son consistentes con los de Toneatto et al. (2014), aunque los nuestros muestran un seguimiento de la práctica mayor. En su estudio piloto en el que aplicaron TCC con *mindfulness* a un grupo de jugadores patológicos, encontraron que un 64,28% de los sujetos continuaban realizando los ejercicios de *mindfulness* a los tres meses de seguimiento.

Chen et al. (2014) hicieron las siguientes preguntas a los sujetos de su estudio para comprobar la intención de seguir practicando *mindfulness* y encontraron los siguientes resultados:

“¿Tiene planes de continuar practicando *mindfulness* formalmente?”: encontraron que la calificación media fue de 8,7 (DE=1,5), lo que indica que la mayoría de esas personas tenían previsto continuar formalmente con la práctica (por ejemplo, exploración del cuerpo, meditación sentada, estiramientos o yoga).

“¿Tiene planes de continuar practicando *mindfulness* informalmente?”: la calificación promedio fue de 8,9 (DE=1,5), lo que indica que la mayoría de los participantes tenía previsto seguir participando en la atención de manera informal (por ejemplo, zona sobria para respirar, comer, caminar, actividades diarias, con atención plena, etc.).

Por otro lado, De lisle et al. (2011), en su estudio de caso sobre TCBAP en juego patológico, señala que la participante del estudio, no mantuvo la práctica de 40 minutos diarios de *mindfulness* preestablecida durante la fase de seguimiento, cosa que puede ser explicada porque el tiempo exigido es muy alto.

Podemos concluir que, al menos durante los primeros seis meses después de un Programa de TCBAP, las personas con problemas de adicción al juego siguen practicando *mindfulness*, aunque la frecuencia y duración de los ejercicios disminuye notablemente a medida que pasa el tiempo. Nuestros buenos resultados en este aspecto, pueden deberse a los beneficios obtenidos con la práctica y a que siguen acudiendo al GAA, dónde la psicóloga que dirige el grupo es la coterapeuta del Programa de TCBAP.

9.2.8. Valoración del Programa

Se ha comprobado que un Programa de TCBAP, es valorado muy positivamente por los jugadores en rehabilitación, que asisten a un GAA. Esto puede deberse, entre otras cosas, a que no dista demasiado del tratamiento al que asisten habitualmente en determinados aspectos como: el formato de grupo o la posibilidad de que los miembros puedan compartir sus experiencias con personas que presentan su mismo problema.

La puntuación asignada al programa por parte de los participantes (9,33), ratifica la buena aceptación del Programa por parte de los sujetos. Por otro lado, algo que también muestra dicha aceptación, es la alta asistencia de los mismos a las sesiones.

Si comparamos con estudios similares como el de Chen et al. (2014), observamos que la puntuación que asignan los sujetos (jugadores patológicos) de este estudio al Programa de *mindfulness* de 8 semanas también es muy alta. En este caso la pregunta que se les hizo fue: "¿Qué importancia tiene este programa sido para usted?" (en una escala de 1 a 10), y la puntuación media para dicha pregunta de calificación, fue 8,6 (DE=1,3), lo que indica que la mayoría de los participantes encontró que el programa había sido muy importante.

Por otro lado, De Lisle et al (2012), afirma que la paciente se muestra satisfecha con el Programa de TCBAP. La misma, señala que su satisfacción fue debida

a que la intervención cumplió sus necesidades y, que por ello recomendaría el servicio a los demás.

Consideramos que este estudio, ha constatado que un Programa de estas características resulta muy útil para mantener la abstinencia de los ex-jugadores, disminuir el *craving* y las distorsiones cognitivas, así como que aprendan a responder de forma más adaptativa. Además, permite que los sujetos disminuyan su malestar emocional, como hemos analizado de manera detallada, en puntos anteriores de este trabajo.

Al ser una intervención grupal y con efectos a largo plazo, como se ha visto, resulta muy interesante su aplicación como complemento al GAA en las asociaciones de jugadores en rehabilitación, contribuyendo a proporcionar un tratamiento más eficaz.

9.3. Eficacia del Programa de REBAP

9.3.1. Reducción del nivel de estrés

En nuestro estudio hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes momentos de evaluación, obtenidas a partir del test de Greenhouse-Geisser ($F=102,792$; $p<.000$) en los niveles de estrés de los familiares o personas de apoyo. Se empleó la escala SSP-14 para evaluar el estrés percibido.

Un estudio que se encuentra en consonancia con nuestros resultados y emplea la escala SSP-14 para evaluar el estrés, es el de Klatt, Buckworth, Malarkey (2009); en este trabajo emplearon un Programa de Reducción de Estrés Basado en la Atención Plena (REBAP) con una muestra trabajadores sanos (sin sintomatología clínica). Los resultados mostraron reducciones significativas en la percepción del estrés ($p=0,0025$).

Por otro lado, Chiesa y Serreti (2009), realizaron un meta-análisis en el cual investigaron los efectos del Programa REBAP, en sujetos sanos (hasta el momento, se había demostrado la eficacia del mismo para muchos trastornos mentales o físicos, pero no se había prestado poca atención a los posibles beneficios que podía tener en sujetos sanos). Los resultados encontrados fueron, que el Programa REBAP era capaz de reducir los niveles de estrés en las personas sanas. Sin embargo, la escasez de pruebas sobre los efectos específicos del programa REBAP en comparación con otros tratamientos, subrayan la necesidad de mayor investigación al respecto.

En el meta-análisis de Khoury, Sharma, Rush y Fournier (2015), se incluyeron un total de 29 estudios ($n=2668$). Las estimaciones del tamaño del efecto, sugirieron que un programa de REBAP es moderadamente eficaz en los análisis pre-post ($n=26$; g de Hedge= $0,55$; IC del 95% [$0,44$, $0,66$], $p <0,00001$). Los resultados obtenidos se mantuvieron en un promedio de 19 semanas de seguimiento. Los resultados sugieren grandes efectos sobre el estrés, efectos moderados sobre la ansiedad, la depresión, la angustia, y la calidad de vida, y los pequeños efectos en el agotamiento.

Esto nos permite concluir que un Programa de REBAP, se muestra eficaz a la hora de reducir el estrés en sujetos que, en principio, no tienen por qué presentar ningún problema psicológico o de otra índole, como los familiares de los jugadores en

rehabilitación. Es necesario tener en cuenta que, aunque sea de forma indirecta, las personas cercanas a aquellos que presentan una adicción al juego, sufren las consecuencias del mismo, por lo que resulta adecuada una intervención que facilite a estas personas herramientas adaptativas para hacer frente a las dificultades que se presentan en su vida.

9.3.2. Continuidad de la práctica de *mindfulness*

La práctica de *mindfulness* por parte de los familiares o personas de apoyo, fue también muy alta, aunque hubo una disminución de la misma algo mayor que en el grupo de TCBAP. Durante los dos primeros seguimientos, el 100% de los participantes siguió realizando ejercicios de *mindfulness*, y en el tercer seguimiento, realizado a los 6 meses, 8 personas abandonaron dicha práctica, consiguiendo un porcentaje de seguimiento del 75,76%. Lo que también se advirtió es un descenso pronunciado del tiempo y la frecuencia de dicha práctica. Como en el grupo de TCBAP, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en los distintos seguimientos en todas las variables, especialmente entre el segundo y el tercero.

Podemos comparar nuestros resultados con los de la tesis doctoral de Asuero (2012), en la que se realizó una intervención basada en el programa REBAP o MBSR de Kabat-zinn (2003), adaptada para profesionales de la medicina (Krasner et al., 2010). Sus resultados se refieren al Post-tratamiento y nuestra evaluación se realizó durante los seguimientos, por lo que una comparación rigurosa no es posible. En este estudio, se observa una menor adherencia a la práctica que en nuestro trabajo, ya que en dicho estudio, el 85,1% de los sujetos continuaba utilizando los ejercicios de *mindfulness* al final de la intervención (post-tratamiento), frente al 100% de nuestro en los dos primeros seguimientos (1 y 3 meses después).

9.3.3. Valoración del Programa

Se ha comprobado que un Programa de REBAP, es valorado muy positivamente por los familiares o personas de apoyo de los jugadores en rehabilitación, que asisten a un GAA.

La puntuación asignada al Programa por parte de los participantes (8,78), algo

menor que en el grupo de TCBAP, junto con la alta asistencia de los sujetos a las sesiones, ponen de manifiesto la gran acogida del mismo.

Una vez más, podemos comparar nuestros resultados con los de la tesis doctoral de Asuero (2012), mencionada anteriormente. Los resultados de este estudio son consistentes con los nuestros, ya que la valoración global asignada por los sujetos fue de 8,9.

9.4. Limitaciones del estudio

Las limitaciones encontradas en el estudio, podrían resumirse en las siguientes:

- *La falta de asignación aleatoria de los sujetos de la muestra:* debido al limitado número de sujetos que componían la muestra, no se pudo realizar una asignación aleatoria de los sujetos para organizar un grupo experimental y otro de control, ya que suponía contar con una muestra final muy pequeña de sujetos. Como consecuencia, se decidió contar con todos aquellos sujetos que cumplían los requisitos de inclusión (aunque tres de ellos decidieron no participar), y tras comprobar que a lo largo de 8 semanas de tratamiento de AA no se apreciaba cambio significativo en las variables analizadas, fuera ese mismo grupo el que desempeñara la función de su propio grupo de control.
- *La muestra compuesta exclusivamente por hombres:* en el Programa sólo participaron hombres, lo que no es representativo de la población que presenta problemas de adicción al juego. Resulta problemático a la hora de extrapolar y generalizar los resultados.
- *Desconocimiento de la eficacia diferencial de las técnicas que componen el Programa:* no sabemos si alguna de las mismas es prescindible, ni a cuál de ellas se debe cada cambio concreto. Para ello sería necesario contar con otros grupos de tratamiento a los que poder aplicar técnicas aisladas del programa.
- *Imposibilidad de utilizar en el tratamiento la Técnica de Exposición en vivo con Prevención de Respuesta* (por los motivos señalados en apartados anteriores que tienen que ver con los estatutos de la Asociación con la que se trabajó): ello motivó que se empleara la variante de exposición en imaginación, que en la

literatura ha demostrado ser menos eficaz que la exposición en vivo.

- *Falta de sesiones de seguimiento que refuercen la continuidad de la práctica:* aunque en las sesiones de evaluación de los seguimientos se animaba a continuar con la práctica de *mindfulness* y se recordaban sus beneficios, no se llevaron a cabo sesiones de recuerdo, lo que en el último seguimiento (a los seis meses) pudo llevar a los sujetos a distanciarse de la misma. Esta limitación nos la hemos autoimpuesto para evaluar con rigor la tendencia de la práctica con las habilidades entrenadas en el programa.
- *Vuelta de los participantes del Programa al GAA:* los participantes de la muestra vuelven al GAA tras pasar por el Programa de TCBAP o REBAP. De este modo, realmente en los datos que hemos obtenido en los distintos seguimientos se produce una “contaminación” dado que se pueden mezclar los efectos propios del programa TCBAP o REBAP y los efectos del tratamiento AA al que vuelven a incorporarse los sujetos. Esta es una clara limitación que tiene que animarnos a ver los resultados de seguimiento sin perder de vista este hecho.
- Sin embargo, las características propias de la muestra con la que hemos trabajado, hace que no sea realista en este caso poder impedir a los sujetos continuar con el tratamiento que reciben periódicamente en la Asociación. Ello hace que tengamos que asumir la diferencia entre una muestra “ideal” que cumpliera requisitos óptimos de cara a la investigación, y nuestra muestra, con su idiosincrasia y realismo a ultranza.
- *Seguimiento:* no conocemos la efectividad del Programa más allá de seis meses. Dado que disponemos de acceso a la muestra, no descartamos efectuar un seguimiento un año después de la finalización del tratamiento.
- También existen dificultades para conocer la correcta realización de los ejercicios de *mindfulness* en casa.

9.5. Perspectivas futuras

En la línea de lo ya apuntado en el apartado de limitaciones, en lo que se refiere a las perspectivas futuras, resultaría apropiado poder avanzar en la superación de las limitaciones comentadas anteriormente:

Sería apropiado hacer un estudio de estas características con una muestra más amplia, en la que se pueda comparar el Programa de TCBAP con un grupo de control compuesto por sujetos distintos asignados aleatoriamente a los distintos grupos.

Por otra parte, sería adecuado realizar un estudio similar con mujeres, para comprobar si este tipo de Programa de tratamiento puede extrapolarse a cualquier persona que presente juego patológico con independencia del sexo.

Además, resultaría de mucho interés, que en estudios posteriores se analizaran en profundidad qué técnicas concretas, son las que producen cambios en las variables objeto de estudio, de manera que se pueda perfeccionar el diseño del Programa haciendo más o menos incidencia en cada una de ellas o, eliminando las que no aporten beneficios. También, sería adecuado sustituir o incorporar la técnica de exposición en vivo, que se ha mostrado eficaz en el tratamiento de este problema.

También, se debería incluir, la realización de sesiones periódicas de seguimiento para reforzar la continuidad de la práctica de *mindfulness*. Esto podría garantizar, que el tiempo de práctica no se vea tan reducido.

Además, sería conveniente realizar un estudio con sujetos que no tengan que regresar al GAA tras el tratamiento, para comprobar si los sujetos mantienen de igual manera los cambios en las variables objeto de estudio. Otra opción es que parte de los sujetos vuelvan al grupo y otros no, de manera que permita comparar si hay diferencias entre unos y otros en dichas variables.

Por último, resultaría de interés poder comparar este tratamiento, con la TCC tradicional individual y en grupo.

10. CONTRASTE DE HIPÓTESIS

1. Se espera que como consecuencia de añadir el tratamiento TCBAP al tratamiento AA, los sujetos se mantendrán abstinentes de la conducta de juego.

- **Se confirma:** el 100% los participantes se muestran abstinentes durante el tratamiento y en los tres seguimientos.

2. Como consecuencia de añadir el tratamiento TCBAP a los sujetos que recibieron previamente el tratamiento AA, se apreciarán los siguientes efectos en los ex-jugadores de máquinas recreativas con premio:

2.1. Menor *craving* o deseo de jugar en sus tres dimensiones: intensidad, frecuencia y urgencia.

- **Se confirma parcialmente:** se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el pre-tratamiento (AA) y el post-tratamiento en las tres dimensiones del deseo de juego. Sin embargo, en la dimensión de intensidad también se encuentran dichas diferencias entre el análisis exploratorio y el pre-tratamiento.

2.2. Menor número de distorsiones cognitivas relacionadas con el juego.

- **Se confirma:** se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las distorsiones cognitivas relacionadas con la conducta de juego entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento.

2.3. El factor atribucional y el *locus* de control referente al juego será más realista y adaptativo.

- **Se confirma:** existen diferencias estadísticamente significativas entre el estilo atribucional y el *locus* de control que presentan los sujetos en el pre-tratamiento y en el pos-tratamiento.

2.4. Mayor atención plena: actuando con mayor conciencia, ausencia de juicios, mayor habilidad para resistir los impulsos relacionados con la conducta de juego (menor reactividad), más observación (notar

experiencia internas y externas: pensamientos emociones y sensaciones) y mayor capacidad de descripción (etiquetar las experiencias con palabras).

- **Se confirma:** hay diferencias estadísticamente significativas entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento en la puntuación que presentan los participantes con respecto al nivel de atención plena.

2.5. Menor nivel de depresión.

- **Se confirma:** existen diferencias estadísticamente significativas en la puntuación del BDI-II entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento. Aunque, hay que matizar, que se apreciaba una tendencia decreciente significativa en depresión entre la evaluación exploratoria y el pre-tratamiento.

2.6. Menor nivel de ansiedad.

- **Se confirma:** se hallan diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de ansiedad en las dos dimensiones evaluadas: estado y rasgo.

3. Como consecuencia de añadir el tratamiento TCBAP al tratamiento AA, durante la fase de seguimiento (1, 3 y 6 meses) los sujetos del grupo de TCBAP mantendrán las puntuaciones en las variables estudiadas en niveles similares a los conseguidos al finalizar el tratamiento.

- **No se confirma:** existen diferencias estadísticamente significativas entre el post-tratamiento y los seguimientos en las siguientes variables:
 - en el número de distorsiones cognitivas entre el post-tratamiento y el segundo seguimiento;
 - en la atención plena (puntuación global) entre el post-tratamiento y el segundo y tercer seguimiento. También en la faceta de observación del FFMQ entre el post-tratamiento y cada uno de los seguimientos y, en la de conciencia entre el post-tratamiento y el segundo y tercer

seguimiento;

- en el BDI entre el post-tratamiento y los dos primeros seguimientos.

4. Como consecuencia de añadir el tratamiento TCBAP al tratamiento AA, las puntuaciones de todas las variables estudiadas durante la fase de seguimiento presentarán diferencias significativas en comparación al pre-tratamiento.

- **Se confirma:** existen diferencias estadísticamente significativas en todas las variables entre los seguimientos y el pre-tratamiento.

5. La valoración respecto al programa, de los ex -jugadores de máquinas recreativas con premio, tras el tratamiento de TCBAP, será positiva.

- **Se confirma:** La puntuación asignada al Programa por parte de los participantes fue de 9,33 sobre 10.

6. Se postula, que como consecuencia de la intervención, la mayor parte de los participantes del Programa de TCBAP, practicarán de forma frecuente algún ejercicio de *mindfulness* durante la fase de seguimiento (1, 3 y 6 meses después).

- **No se confirma:** se encuentran diferencias estadísticamente significativas e significativas en los porcentajes de práctica entre los distintos seguimientos. Además, la frecuencia y el tiempo dedicado a la práctica disminuyen de forma notable en los distintos seguimientos, hallándose diferencias estadísticamente significativas entre cada uno de los seguimientos en el caso de la frecuencia y entre el segundo y tercer seguimiento en el caso del tiempo.

7. Los familiares de los ex -jugadores de máquinas recreativas con premio, tras el Programa de REBAP, presentarán menos estrés que en el pre-tratamiento.

- **Se confirma:** existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de estrés de los familiares o personas de apoyo entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento.

8. Durante la fase de seguimiento (1, 3 y 6 meses) los sujetos del grupo de REBAP mantendrán la puntuación de estrés percibido en niveles similares a los conseguidos al finalizar el tratamiento.
- **Se confirma:** no hay diferencias significativas entre el nivel de estrés percibido de los participantes entre el post-tratamiento y los distintos seguimientos.
9. La puntuación del estrés percibido en el grupo de REBAP, durante la fase de seguimiento, presentará diferencias significativas en comparación al pre-tratamiento.
- **Se confirma:** existen diferencias significativas en la puntuación de estrés percibido entre el pre-tratamiento y los distintos seguimientos.
10. La valoración respecto al programa, de los familiares o personas de apoyo de los ex-jugadores de máquinas recreativas con premio, tras el tratamiento de REBAP, será positiva.
- **Se confirma:** la puntuación asignada por los participantes fue de 8,78 sobre 10.
11. Se espera que, que como consecuencia de la intervención, la mayor parte de los participantes del Programa de REBAP, practicarán de forma frecuente algún ejercicio de *mindfulness* durante la fase de seguimiento (1, 3 y 6 meses después).
- **No se confirma:** existen diferencias estadísticamente significativas entre los distintos seguimientos en el porcentaje de práctica. Además, la frecuencia y duración de la práctica disminuyen considerablemente de un seguimiento a otro, encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre los mismos.

11. CONCLUSIONES

Después de presentar los apartados de resultados, discusión y contraste de hipótesis, pretendemos presentar una visión global de estos apartados que sirva para simplificar y clarificar todo nuestro trabajo.

Planteamos que un Programa de TCBAP, compuesto por: psicoeducación, terapia cognitiva, *mindfulness*, exposición en imaginación y prevención de recaídas; puede resultar beneficioso para ex-jugadores de máquinas recreativas con premio, que asisten a Asociaciones de Jugadores en Rehabilitación. En concreto:

- Un programa de ocho semanas de TCBAP aplicado a ex-jugadores de máquinas recreativas con premio, resulta eficaz a la hora de ayudar a mantener la abstinencia de los jugadores en rehabilitación, incluso en mayor medida que el tratamiento de autoayuda, aunque los niveles de abstinencia fueron muy altos en los dos grupos.
- También, ayuda a reducir el *craving* presentado por los ex-jugadores, ayudándolos a resistir mejor los impulsos, lo que hace más difícil que se produzca una recaída.
- Asimismo, es un Programa que se muestra eficaz en aumentar la atención plena, lo que permite a los sujetos ser conscientes de lo que acontece en el momento presente, así como a pararse, observar y responder de manera adaptativa, en lugar de reaccionar a los estímulos de manera automática.
- Por otro lado, la TCBAP, ayuda a reducir el número de distorsiones cognitivas presentadas por los ex-jugadores en rehabilitación, lo que permite a los sujetos pensar de una manera más objetiva y adaptativa respecto al juego. Así mismo, posibilita que presenten un estilo atribucional y *locus* de control más realista, que les permite darse cuenta del control sobre su propia conducta.
- Además, el Programa de TCBAP propicia que los participantes obtengan puntuaciones más bajas en depresión y ansiedad. Lo que redundará, una vez más, en dificultar que se produzca una recaída.

- Por último, es importante señalar, que el Programa de TCBAP, fue evaluado muy positivamente por los participantes. Esto queda patente, a través de la elevada asistencia, la adhesión a la práctica y la alta valoración recibida.

En lo que se refiere al Programa de REBAP, también se concluye, que puede resultar beneficioso para los familiares o personas de apoyo de los jugadores en rehabilitación, por varios motivos:

- Se muestra eficaz a la hora de reducir el nivel de estrés que presentan los mismos.
- Al igual que el Programa de TCBAP, fue valorado de forma muy positiva por los participantes, como también lo demuestra la alta asistencia, la adhesión a la práctica y la alta valoración asignada por éstos.

Tanto el Programa de TCBAP, como el de REBAP, se han mostrado más eficaces, en las variables objeto de estudio, que el GAA. Han demostrado un alto éxito terapéutico en el post-tratamiento y los seguimientos hasta los 6 meses.

Por otra parte, se ha observado una disminución notable de la frecuencia y el tiempo de dedicación a la práctica de los ejercicios de *mindfulness* a medida que transcurre el tiempo, lo que es indicativo de una necesidad de hacer sesiones de recuerdo.

Por lo tanto, ambos programas, podrían ser aplicados con éxito en Asociaciones de Jugadores en Rehabilitación, como una intervención más breve y eficaz, complementaria al tratamiento de autoayuda.

En definitiva, un Programa de estas características, lucha contra la evitación experiencial y, se muestra a favor de que el individuo se exponga a todo aquello que surja en el momento presente: pensamientos, emociones o sensaciones; aprendiendo a observarlo como un espectador, sin dejarse arrastrar por ello. Esto permite que la persona que presenta problemas con el juego tome las riendas, al observar que es capaz de no reaccionar de manera impulsiva ante las cosas que acontecen en su vida y responder de forma adaptativa.

En conclusión, el *mindfulness*, es una técnica perfectamente compatible con las empleadas en los programa de intervención de juego patológico; el hecho de que forme parte de las llamadas técnicas de tercera generación, en nuestra opinión, no muestra más que la evolución de los desarrollos iniciales, y no supone una visión excluyente. Más bien, resulta mucho más realista, entender esta forma de etiquetarlas a modo de muñecas rusas que incluyen en su interior los desarrollos terapéuticos ya conocidos, relacionados eso sí, por el elemento común del rigor metodológico y el respaldo de la comunidad científica.

La TCBAP es probable que continúe atrayendo el interés clínico y científico y pueda llegar a convertirse en una estrategia terapéutica adicional para personas que presentan problemas con el juego (o bien para la prevención de recaídas); no obstante, son necesarios más Ensayos Controlados Aleatorios (ECAs) para determinar la eficacia de este Programa, ya que este estudio presenta diversas limitaciones, y el grupo con el que se ha trabajado era ya abstinente de la conducta de juego.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abt, V., McGurrin, M.C., y Smith, J.F. (1985). Toward a synoptic model of gambling behavior. *Journal of Gambling Behavior*, 1(2), 143-160. doi: 10.1007/BF01019860
- Alonso- Fernández, F. (2005). La adicción a la comida. *Revista Psicología Conductual*, 13(3), 383-394. Recuperado de http://www.funveca.org/revista/pedidos/product.php?id_product=237
- Allcock, C. C., y Grace, D. M. (1988). Pathological gamblers are neither impulsive nor sensation-seekers. Australian and New Zealand. *Journal of Psychiatry*, 22(3), 307–311. doi: 10.3109/00048678809161212
- Allcock, C.C. (1986). Pathological gambling. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 20(3), 259-265. doi: 10.3109/00048678609158874
- American Psychiatric Association (1980). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3ª edición). Barcelona: MASSON.
- American Psychiatric Association (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado* (4ª edición). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª edición). Madrid: Panamericana.
- Anderson, G., y Brown, R. I. F. (1984). Real and laboratory gambling, sensation seeking and arousal: toward a Pavlovian component in general theories of gambling and gambling addictions. *British Journal of Psychology*, 75, 401–411. doi: DOI: 10.1111/j.2044-8295.1984.tb01910.x
- Aranda, J.A., Díaz, C., García, J.L., y González, J. (1991). Evaluación y tratamiento cognitivo-conductual del juego patológico. *Clínica y Salud*, 2(2), 179-195. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/resource.do?recurso=4000/&numero=199122>
- Araya, D., y Mora, L. (2009). Aspectos psicológicos asociados con el mantenimiento de la conducta de juego patológico: Estudio de casos. *Revista Costarricense de Psicología*, 29 (41-42), 155-167. Recuperado de <http://www.revistacostarricensedepsicologia.com/articulos/RCP-41-42/RCP-Vol.29-Aspectos-psicologicos-asociados-con-el-mantenim>
- Arbinaga, F. (2000a). Consumo de drogas y juego patológico en Punta Umbría (Huelva). *Revista española de Drogodependencias*, 25 (3), 301-320. Recuperado de http://www.aesed.com/descargas/revistas/v25n3_4.pdf
- Arbinaga, F. (2000b). Características sociodemográficas, consumo de drogas, depresión y juego patológico en un grupo de mujeres de Punta Umbría (Huelva): un estudio descriptivo. *Anales de psicología*, 16(2), 123-132. Recuperado de: http://www.um.es/analesps/v16/v16_2/02-16_2.pdf

- Arbinaga, F. (2000c). Estudio descriptivo sobre el juego patológico en estudiantes (8-17 años): Características sociodemográficas, consumo de drogas y depresión. *Adicciones. Revista de Sociodrogalcohol*, 12(4), 493-505. Recuperado de: <http://www.zheta.com/user3/adicciones/files/493-505%20Original.pdf>
- Arribas, M.P., y Martínez, J.J. (1991). Tratamiento individual de jugadores patológicos: descripción de casos. *Análisis y Modificación de Conducta* 17, 255-269.
- Baer, R.A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125–143. doi: 10.1093/clipsy/bpg015
- Baer, R. A., Smith, G. T., y Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*, 11(3), 191-206. doi: 10.1177/1073191104268029
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., y Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45. doi: 10.1177/1073191105283504
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer... Williams, J.M. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15(3), 329-42. doi: 10.1177/1073191107313003
- Baer, R. A., Samuel, D. B., y Lykins, E. L. B. (2011). Differential item functioning on the five facet mindfulness questionnaire is minimal in demographically matched meditators and nonmeditators. *Assessment*, 18(1), 3-10. doi: 10.1177/1073191110392498
- Báez, C., Echeburúa, E., y Fernández-Montalvo, J. (1995). Variables predictoras de abandonos y recaídas en el tratamiento del juego patológico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 5-22.
- Bahamón, M. (2006). Juego patológico: revisión de tema. *Revista colombiana de psiquiatría*, 35 (3), 381-400. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v35n3/v35n3a07.pdf>
- Ballesteros, B. P., Novoa, M.M., Caicedo, C., y García, D.R. (2006). Análisis funcional de casos de conductas de juego en niños y jóvenes de Bogotá, Colombia. *Adicciones*, 18 (1), 73-86. Recuperado de <http://www.adicciones.es/files/Ballesteros.pdf>
- Barker, J.C., y Miller, M. (1968). Aversion therapy for compulsive gambling. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 146(4), 285-302. doi: 10.1097/00005053-196804000-00002
- Barroso, C. (2003). *Las bases sociales de la ludopatía*. (Tesis de maestría). Universidad de Granada, Granada.
- Bautista-Vallejo, J.M., y López, N.R. (2002). El juego didáctico como estrategia de atención a la diversidad. *Ágora digital*, 4, 1-9. Recuperado de http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/6622/Juego_didactico.pdf?sequence=2
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). Beck Depression Inventory (2th Edition) (BDI-II). San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

- Becoña E., y Fuentes, M. (1995). Juego patológico en Galicia evaluado por el SOGS. *Adicciones*, 7 (4), 423-440.
- Becoña, E. (1991). *La prevalencia del juego patológico en Galicia (España)*. Santiago de Compostela: Consejería de Sanidad de la Junta de Galicia y Universidad de Santiago de Compostela.
- Becoña, E. (1993). *El juego compulsivo en la comunidad autónoma gallega*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia.
- Becoña, E. (1997). Pathological gambling in Spanish children and adolescents: An emerging problem. *Psychological Reports*, 81, 275-287. doi: 10.2466/pr0.1997.81.1.275
- Becoña, E. (1998). *Evaluación y tratamiento del juego patológico*. Encuentros nacionales sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. CPD de Cádiz. Recuperado de <http://www.jogoremoto.pt/docs/extra/81FL01.pdf>
- Becoña, E. (2004). Prevalencia del juego patológico en Galicia mediante el NODS. ¿Descenso de la prevalencia o mejor evaluación del trastorno? *Adicciones*, 16 (3), 173-184. Recuperado de <http://www.adicciones.es/files/03.%20Becona.pdf>
- Becoña, E., Lorenzo, M. C., y Fuentes, M. J. (1996). Pathological gambling and depression. *Psychological Reports*, 78, 635-640. doi 10.2466/pr0.1996.78.2.635.
- Becoña, E., Míguez, M.C. y Vázquez, F.L. (2001). El juego problema en los estudiantes de Enseñanza Secundaria. *Psicothema*, 13(4), 551-556. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/478.pdf>
- Benítez, M.I. (2009). _El juego como herramienta de aprendizaje. *Innovación y experiencias educativas*, 16(225). Recuperado de http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_16/MARIA%20ISAB EL_BENITEZ_1.pdf
- Bergh, C., Eklund, T., Sodersten, P., y Nordin, C. (1997). Altered dopamine function in pathological gambling. *Psychological Medicine*, 27(2), 473-475. doi: 10.1017/S0033291796003789
- Bergler, E. (1957). *The psychology of gambling*. New York: Hill and Wang.
- Berry, L. M., May, J., Andrade, J., y Kavanagh, D. (2010). Emotional and behavioral reaction to intrusive thoughts. *Assessment*, 17(1), 126-137. doi: 10.1177/1073191109344694
- Bien, T. (2009). Paradise Lost: Mindfulness and Addictive Behavior. En F. Didonna (Ed.), *Clinical Handbook of Mindfulness* (pp. 37-44). doi: 10.1007/978-0-387-09593-6
- Bishop S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, J..., Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241. doi:10.1093/clipsy/bph077
- Black, D.W., y Moyer, T. (1998). Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. *Psychiatric Services*, 49, 1434-1440.

- Black, D.W., Shaw, M., Forbush, K.T., y Allen, J. (2007). An open-label trial of escitalopram in the treatment of pathological gambling. *Clin. Neuropharmacology*, 30(4), 206-212. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17762317>
- Black, D.S. (2012). Mindfulness and Substance Use Intervention. *Substance Use & Misuse*, 47, 199–201. doi: 10.3109/10826084.2011.635461
- Black, D. S., Sussman, S., Johnson, C. A., y Milam, J. (2012). Psychometric assessment of the mindful attention awareness scale (MAAS) among Chinese adolescents. *Assessment*, 19(1), 42-52. doi: 10.1177/1073191111415365.
- Blanco, A.L., Llorca, G., Manzano, J.M., Díez, M.A., y Gómez, R. (1995). El jugador: estudio de la ludopatía a través de la obra do Fedor Dostoievski. *Información psiquiátrica*, 139, 81-88.
- Blasco, J., Martínez-Raga, J., Carrasco, E., y Didia-Attas, J. (2008). Atención y craving o ganas compulsivas. Avances en su conceptualización y su implicación en la prevención de recaídas. *Adicciones*, 20(4), 365-376. Recuperado de <http://www.adicciones.es/files/blasco.pdf>
- Blaszczynski, A. (1993). Juego patológico: una revisión de los tratamientos. *Psicología Conductual*, 1(3), 409-440. Recuperado de <http://www.funveca.org/revista/PDFespanol/1993/num1/Juego%20patologico.pdf>
- Blaszczynski, A., y McConaghy, N. (1993). A two to nine year treatment followup study of pathological gambling. En W.R. Eadington y J.A. Cornelius (Eds.), *Gambling behavior & problem gambling* (pp.65-84). Reno, Nevada: University of Nevada.
- Blaszczynski, A., y Silove, D. (1996). *Pathological Gambling: Forensic Issues. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*; 30(3), 358-369. doi: 10.3109/00048679609065000
- Blaszczynski, A., McConaghy, N., y Frankova, A. (1991). Control versus abstinence in the treatment of pathological gambling: a two to nine year follow-up. *British Journal of Addiction*, 86(3), 299-306. doi: 10.1111/j.1360-0443.1991.tb01782.x
- Blaszczynski, A., y Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5), 487-499. doi: 10.1046/j.1360-0443.2002.00015.x
- Blaszczynski, A., Winter, S. W., y McConaghy, N. (1986) Plasma endorphin levels in pathological gamblers. *Journal of Gambling Behavior*, 2(1), 3–14. doi:10.1007/BF01019930
- Blume, S. (1988). Compulsive gambling and the medical model. *Journal of Gambling Behavior*, 3(4), 237–247. doi: 10.1007/BF01019883
- Bombín, B. (2007). Tratamiento integral de la ludopatía. En E. Becoña (Ed.), *Actualización en el tratamiento del juego patológico* (pp. 24-41). Recuperado de <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadervalue1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DActualizaci%C3%B3n+en+el+tratamiento+del+juego+patol%C3%B3gico.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352833274638&ssbinary=true>

- Bombín, B. (2010). Terapia farmacológica de la ludopatía. En E. Echeburúa., E. Becoña y F.J. Labrador (Eds.), *El juego patológico: Avances en la clínica y en el tratamiento* (pp. 209-234). Madrid: Pirámide.
- Bombín, B. (Coord.). (1992). *El juego de azar. Patología y testimonio*. Valladolid: Junta de Castilla y León.
- Bowen, S., y Marlatt, A. (2009). Surfing the urge: Brief mindfulness-based intervention for college student smokers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(4), 666-671. doi: 10.1037/a0017127
- Bowen, S., Chawla, N., y Marlatt, G.A. (2011). *Mindfulness-based Relapse Prevention for Addictive Behaviors. A clinician's guide*. Nueva York, USA: The Guilford Press.
- Bowen, S., Chawla, N., Collins, S.E., Witkiewitz, K., Hsu, S... Marlatt, A. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. *Substance Abuse*, 30(4), 295-305. doi: 10.1080/08897070903250084.
- Brewer, J.A., Sinha, R., Chen, J.A., Michalsen, R.N., Babuscio... Rounsaville, B. J. (2009). Mindfulness training and stress reactivity in substance abuse: results from a randomized, controlled stage I pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30(4), 306-17. doi:10.1080/08897070903250241.
- Brown, R.I. (1987). Classical and operant paradigms in the management of gambling addictions. *Behavioural Psychotherapy*, 15(2), 111-122. doi:10.1017/S0141347300011204
- Brown, R.I.F. (1987). Dropouts and continuers in G.A. evaluation and summary. *Journal of Gambling Behaviour*, 3(3), 202-210. doi: 10.1007/BF01367441
- Brown, K.W. y Ryan R.M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822
- Brown, K. W., West, A. M., Loverich, T. M., y Biegel, G. M. (2011). Assessing adolescent mindfulness: Validation of an adapted mindful attention awareness scale in adolescent normative and psychiatric populations. *Psychological Assessment*, 23(4), 1023-33. doi: 10.1037/a0021338.
- Buchheld, N., Grossman, P., y Walach, H. (2001). Measuring mindfulness in insight meditation (vipassana) and meditation-based psychotherapy: The development of the freiburg mindfulness inventory (FMI). *Journal for Meditation and Meditation Research*, 1(1), 11-34. Recuperado de <http://pdf.smmr.de/pdf.php?menuid=21&downloadid=19&reporeid=30>
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., y Seisdedos, N. (2011). STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Madrid: TEA ediciones.
- Bujold, A., Ladouceur, R., Sylvain, C., y Boisvert, J.M. (1994). Treatment of pathological gamblers: An experimental study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25(4), 275-282. doi: 10.1016/0005-7916(94)90035-3

- Campagne, D.M. (2004). Teoría y fisiología de la meditación. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 69/70, 15-30. Recuperado de http://www.editorialmedica.com/editorialmedica_publicacion_numero_detalle.php?nid=173&t=cuadernos&y=2004&m=Enero-Febrero-Marzo 2003 y Abril-Mayo-Junio 2004&num=69-70
- Cañedo, R., Rodríguez, R., y Montejo, M. (2010). *Scopus*: la mayor base de datos de literatura científica arbitrada al alcance de los países subdesarrollados. *ACIMED*, 21(3), 270-282. Recuperado de <http://www.acimed.sld.cu/index.php/acimed/article/view/14>
- Carballo, J.L., Fernández, J.R., García, O., y Sobell, L. (2004). Recuperación de los problemas de juego con o sin tratamiento. *Salud y drogas*, 4(2), 61-78. Recuperado de http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0C CMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fprofile%2FJose_Fernandez_Hermida%2Fpublication%2F28303160_Recuperacin_de_los_problemas_de_juego_patolgico_con_y_sin_tratamiento%2Flinks%2F09e4150c198cc74d43000000&ei=E3_kVMvCIcizUYDIgYAK&usg=AFQjCNHJRD4kHP3MdcqBPtZKFnMxGA0ekw&bvm=bv.85970519,d.d24
- Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E., y Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment*, 15(2), 204-223. doi: 10.1177/1073191107311467
- Carlbring, P., Jonsson, J., Josephson, H., y Forsberg, L. (2010). Motivational interviewing versus cognitive behavioral group therapy in the treatment of problem and pathological gambling: A randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39, 92–103. doi:10.1080/16506070903190245
- Carlson, L. E., y Brown, K. W. (2005). Validation of the mindful attention awareness scale in a cancer population. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(1), 29-33. doi:10.1016/j.jpsychores.2004.04.366
- Carlton, P. L., y Goldstein, L. (1987). Physiological determinants of pathological gambling. En T. Galski, (coord.), *A Handbook of Pathological Gambling* (pp. 111–122). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Carroll, D., y Huxley, J. A. (2006). Cognitive, Dispositional, and Psychophysiological Correlates of Dependent Slot Machine Gambling in Young People. *Journal of Applied Social Psychology*, 24(12), 1070–1083. doi: 10.1111/j.15591816.1994.tb02374.x
- Castellani, B., y Rugle, L. (1995). A comparison of pathological gamblers to alcoholics and cocaine misusers on impulsivity, sensation seeking, and craving. *International Journal of Addiction*, 30(3), 275-289. Recuperado de <http://journals.bmn.com/medline/search/record?uid=MDLN.95310073>
- Castilla, C., Berdullas, S., Vicente, A., y Villamarín, S. (2013). Apuestas online: El nuevo desafío del juego patológico. *INFOCOP*, 61, 4-6. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4618

- Cayuela, R. (1990). *Characteristics and Situation of Gambling Addiction in Spain: Epidemiological and Clinical Aspects*. Londres: Eight International Conference on Risk and Gambling.
- Cebolla, A., y Miró, M. T. (2008). Efectos de la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena: una aproximación cualitativa. *Apuntes de psicología*, 26(2), 257-268. Recuperado de www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/.../259/261
- Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler, J., Guillen, V., Baños, R., y Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *Eur. Journal Psychiatry*, 26(2)118-126. doi: 10.4321/S0213-61632012000200005.
- Chawla, N., Collins, S., Bowen, S., Hsu, S., Grow, J... Marlatt, A. (2010). The mindfulness-based relapse prevention adherence and competence scale: Development, interrater reliability, and validity. *Psychotherapy Research*, 20(4), 388-397. doi: 10.1080/10503300903544257
- Chen, P., Jindani, F., Perry, J., y Turner, N.L. (2014). Mindfulness and problem gambling treatment. *Asian Journal of Gambling Issues and Public Health*, 4(2), 1-17. doi: 10.1186/2195-3007-4-2
- Chiesa, A., y Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: A review and meta-analysis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(5), 593-600. doi: 10.1089/acm.2008.0495
- Chiesa, A., y Serretti, A. (2014). Are Mindfulness-Based Interventions Effective for Substance Use Disorders? A Systematic Review of the Evidence. *Substance Use & Misuse*, 49(5), 492-512. doi: 10.3109/10826084.2013.770027
- Chóliz, M. (2006). *Adicción al juego de azar*. Universidad de Valencia. Recuperado de [http://www.uv.es/choliz/ADICCION%20AL%20JUEGO%20\(MCholiz\).pdf](http://www.uv.es/choliz/ADICCION%20AL%20JUEGO%20(MCholiz).pdf)
- Christensen, D.R., Dowling, N.A., Jackson, A.C., Brown, M., Russo, J... Umemoto, A. (2013). A proof of concept for using brief Dialectical Behavior Therapy as a treatment for problem gambling. *Behaviour Change*, 30(2), 117-137. doi: 10.1017/bec.2013.10
- Christopher, M. S., Charoensuk, S., Gilbert, B. D., Neary, T.J., y Pearce, K.L. (2009). Mindfulness in Thailand and the United States: A case of apples versus oranges? *Journal of Clinical Psychology*, 65(6), 590-612. doi: 10.1002/jclp.20580.
- Codina, L. (2005). Scopus: el mayor navegador científico de la web. *El profesional de la información*, 14(1), 44-49. Recuperado de <http://www.elprofesionaldelainformacion.com/contenidos/2005/enero/7.pdf>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd Edition). Hillsdale, New Jersey: LAWRENS ERLBAUM ASSOCIATES, PUBLISHERS.
- Cohen, S., Kamarck, T., y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 386-396.
- Comisión Europea (2011). Libro verde sobre el juego en línea en el mercado interior SEC. Bruselas: Comisión Europea. Recuperado de <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0128:FIN:es:PDF>

- Cordón, J., López, J., y Vaquero, J. (2001). *Manual de investigación bibliográfica y documental: teoría y práctica*. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A.
- Cordon, S. L., y Finney, S. J. (2008). Measurement invariance of the mindful attention awareness scale across adult attachment style. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 40(4), 18. Recuperado de <http://eric.ed.gov/?id=EJ783360>
- Cormier, A. (2012). *A mindfulness-based cognitive psychoeducational group manual for problem gambling: Freedom from the gambling fog* (Unpublished master's project). Lethbridge, AB: University of Lethbridge. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10133/3198>
- Crockford, D.N., y el-Guebaly, N. (1998), Naltrexone in the treatment of pathological gambling and alcohol dependence. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 43(1). Recuperado de <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1998-00133-012>
- Custer, R.L. (1984). Profile of the pathological gambler. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 35-38. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6501244>
- Dannon, P.N., Lowengrub, K., Musin, E., Gonopolski, Y., y Kotler, M. (2005). Sustained-release bupropion versus naltrexone in the treatment of pathological gambling: a preliminary blind-rater study. *Journal Clinical Psychopharmacology*, 25(6), 593-596. Recuperado de http://journals.lww.com/psychopharmacology/Abstract/2005/12000/Sustained_release_Bupropion_Versus_Naltrexone_in.18.aspx
- Daughters, S.B., Lejuez, C.W., Lesieur, H.R., Strong, D.R., y Zvolensky, M.J. (2003). Towards a better understanding of gambling treatment failure. Implications of translational research. *Clinical Psychology Review*, 23(4), 573-586. doi: 10.1016/S0272-7358(03)00037-0
- Davidson, R.J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S.F... Sheridan, J.F.,(2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564-70. doi: 10.1097/01.PSY.0000077505.67574.E3
- De Corral, P., Echeburúa, E., e Irureta, M. (2005). Perfil psicopatológico diferencial de las mujeres ludópatas: implicaciones para el tratamiento. *Análisis y modificación de Conducta*, 31(139), 539-556. Recuperado de <http://uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/2148/2118>
- De Fuentes-Merillas, L.; Koeter, M. W.; Schippers, G. M., y Van den Brink, W. (2004). Temporal stability of pathological scratchcard gambling among adult scratchcard two years later. *Addiction* 99, 117-127. doi: 10.1111/j.1360-0443.2004.00601.x
- De Lisle, S.M., Dowling, N.A., y Allen, J.S. (2011). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Problem Gambling *Clinical Case Studies*, 10(3), 210-228. doi: 10.1177/1534650111401016
- Dekeyser, M., Raes, F., Leijssen, M., Leysen, S., y Dewulf, D. (2008). Mindfulness skills and interpersonal behaviour. *Personality and Individual Differences*, 44(5), 1235-1245. doi: 10.1016/j.paid.2007.11.018

- Delfabbro, P. (2008). *Australasian Gambling Review (3th Edition)*. Adelaide: Independent Gambling Authority.
- Delgado, L.C. (2009). *Correlatos Psicofisiológicos de mindfulness y la preocupación. Eficacia de un entrenamiento en habilidades mindfulness*. (Tesis de maestría). Universidad de Granada, Granada.
- Desrosiers, A., Vine, V., Klemanski, D., y Nolen-Hoeksema, S. (2013). Mindfulness and emotion regulation in depression and anxiety: common and distinct mechanisms of action. *Depression and Anxiety* 30, 654–661. doi: 10.1002/da.22124
- Dickerson, M., y Weeks, D. (1979). Controlled gambling as a therapeutic technique for compulsive gamblers. *Journal of Therapy and Behavioural Psychiatry*, 10(2), 139-141. doi: 10.1016/0005-7916(79)90090-9
- Dickerson, M.G. (1979). Schedules and persistence of gambling in the U.K. betting office. *Journal of Applied Behavioral Analysis*, 12(3), 315-323. doi: 10.1901/jaba.1979.12-315
- Dirección General de Ordenación del Juego. (2014). *Memoria anual 2012*. Recuperado de <http://www.ordenacionjuego.es/es/art-nota-memoria-2012>
- Diskin, K.M., Hodgins, D.C., y Skitch, S.A. (2003). Psychophysiological and subjective responses of a community sample of video lottery gamblers in gambling venues and laboratory situations. *International Gambling Studies*, 3(2), 133-148. doi:10.1080/1356347032000142243
- Domínguez, A.M. (2009). Epidemiología y factores implicados en el juego patológico. *Apuntes de psicología*, 27(1), 3-20. Recuperado de <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/171/173>
- Domínguez-Álvarez, A. M. (2007). Epidemiología. En S. Moreno. (Ed.), *Guía clínica: actuar ante el juego patológico* (pp. 37-44). Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía. Recuperado de http://www.dipgra.es/documentos/guia_clinica_juegopatologico.pdf
- Domjan, M. (2009). *Principios de aprendizaje y conducta*. Madrid: Parainfo.
- Dorion, J. P., y Nicki, R. M. (2007). Prevention of pathological gambling: A randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(2), 74-84. doi:10.1080/16506070601092966
- Dulcey, A. J. (2007). Juego patológico. *Revista Facultad Ciencias de la salud*, 9(4), 1-12. Recuperado de <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2007/diciembre/OK-%20JUEGO%20PATOLOGICO.pdf>
- Dunn, B.R., Hartigan, J.A., y Mikulas, W.L. (1999). Concentration and mindfulness meditations: Unique forms of consciousness? *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 24, 147–165. Doi: 10.1023/A:1023498629385
- Echeburúa, E. (1992). Psicopatología, variables de personalidad y vulnerabilidad psicológica al juego patológico. *Psicothema*, 4(1), 7-20. Recuperado de <http://www.unioviedo.net/reunido/index.php/PST/article/view/7099/6963>

- Echeburúa, E. (1993). Las conductas adictivas: ¿una ruta común desde el «crack» al juego patológico? *Psicología Conductual*, 1(3), 321-337. Recuperado de <http://www.funveca.org/revista/PDFespanol/1993/num1/Las%20conductas%20adictivas.pdf>
- Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet*. Bilbao: Desclee de Brower.
- Echeburúa, E. (2005). Retos del futuro en el tratamiento del juego patológico. *Adicciones*, 17(1), 11-16. Recuperado de <http://www.adicciones.es/files/11-16%20editorial%20Echeburua.pdf>
- Echeburúa, E. (2007a). Avances en el tratamiento psicológico de la ludopatía y de las nuevas adicciones. En J.A. Santos, J.C. Pérez de los Cobos y J.C. Valderrama (Eds.), *Formación continuada en trastornos adictivos: juego patológico* (pp. 169-180). Valencia: Generalitat Valenciana.
- Echeburúa, E. (2007b). El juego patológico en el marco de las adicciones sin drogas. En E. Becoña (coord.), *Actualización en el tratamiento del juego patológico* (pp. 11-22). Recuperado de <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=ContentDisposition&blobheadervalue1=filename%3DActualizaci%C3%B3n+en+el+tratamiento+del+juego+patol%C3%B3gico.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352833274638&ssbinary=true>
- Echeburúa, E. (2014). Adicción al juego en la mujer y comorbilidad. Implicaciones para el tratamiento. *Revista de patología dual*, 1(1), 1-7. Recuperado de <http://www.patologiadual.es/publishingimages/revista/pdfs/R1A2.pdf>
- Echeburúa, E., y Báez, C. (1994). Concepto y evaluación del juego patológico. En J.L. Graña (Coord.). *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento* (pp.45-61). Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., Báez, C., y Fernández- Montalvo, J. (1996). Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling: Long-term outcome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24(1), 51-72. Recuperado de <http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/3-comparative.pdf>
- Echeburúa, E., de Corral, P., y Amor, P.J. (2004). Prevención de recaídas en las ludopatías. *Salud y drogas*, 4(2), 97-116. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/839/83940206.pdf>
- Echeburúa, E., y de Corral, P. (2008). Juego responsable: ¿una alternativa para la prevención y el tratamiento de la ludopatía? *Adicciones*, 20(4), 321-326. Recuperado de <http://www.adicciones.es/files/editorial%20echeburua.pdf>
- Echeburúa, E., y Fernández-Montalvo, J. (2005). Psychological treatment of slot-machine pathological gambling: new perspectives. *Journal of Gambling Studies*, 21(1), 21-26. doi: 10.1007/s10899-004-1918-6
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J., y Báez, C. (1999b). Prevención de recaídas en la terapia del juego patológico: eficacia diferencial de tratamientos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25(101), 375-403. Recuperado de http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/10-prevenrecaidas_en_juegopato.pdf

- Echeburúa, E.; Fernández- Montalvo, J. y Báez, C. (2000). Relapse prevention in the treatment of slot-machine pathological gambling: Long-term outcome. *Behavior Therapy*, 31(2), 351-364. Recuperado de http://scholar.google.es/citations?view_op=view_citation&hl=es&user=mIqP_IYAAAAJ&citation_for_view=mIqP_IYAAAAJ:u-x6o8ySG0sC
- Echeburúa, E., Salaberría, K., y Cruz-Sáez, M. (2014). Nuevos retos en el tratamiento del juego patológico. *Terapia psicológica*, 32(1), 31-40. doi.: 10.4067/S0718-48082014000100003
- Echeburúa, E., Salaberría, K., y Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74. Recuperado de <http://teps.cl/files/2014/03/echeburrua-dsm.pdf>
- EDIS (2003). Los jóvenes andaluces ante las drogas y las adicciones 2002. Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía.
- Estévez, A. (2014). Adicción al juego. Últimos avances en investigación. *Boletín de la SEAS, Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés [edición electrónica]*, 41. Recuperado de http://www.ansiedadystres.org/sites/default/files/boletines/bo_41_oct_2014.pdf
- Eysenk, H.J. (1967). Biological basis of personality. Springfield, IL: Charles Thomas.
- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., y Laurenceau, J.P. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the cognitive and affective mindfulness scale-revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(3), 177-190. doi: 10.1007/s10862-006-9035-8
- Ferland, F., Fournier, P. M., Ladouceur, R., Brochu, P., Bouchard, M., y Pâquet, L. (2008). Consequences of pathological gambling on the gambler and his spouse. *Journal of Gambling Issues*, 22, 219–229. doi:10.4309/jgi.2008.22.5
- Fernández de la Cruz, A. (2010). *Eficacia de un tratamiento psicológico multicomponente de aplicación individual para jugadores patológicos de máquinas recreativas con premio*. (Tesis de maestría). Recuperado de <http://eprints.ucm.es/10166/1/T31527.pdf>
- Fernández- Montalvo, J., Echeburúa, E., y Báez, C. (1999). Las recaídas en el juego patológico: un estudio de las situaciones precipitantes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 4(2), 115-121. Recuperado de <http://espacio.uned.es/revistasuned/index.php/RPPC/article/view/3877/3732>
- Fernández- Montalvo, J., Landa, N., y López- Goñi, J.J. (2005). Prevalencia del juego patológico en el alcoholismo: un estudio exploratorio. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(2), 125-134. Recuperado de <http://espacio.uned.es:8080/fedora/get/bibliuned:Psicopat-2005-B1BC6434-B022-26F3-3F02-FA66B559D66A/PDF>
- Fernández, R., Pérez, M., y Sicilia, E. (2007). Evaluación y diagnóstico. En S. Moreno (coord.) *Guía clínica: actuar ante el juego patológico* (pp. 37-44). Consejería para la Igualdad y Bienestar Social: Junta de Andalucía. Recuperado de http://www.dipgra.es/documentos/guia_clinica_juegopatologico.pdf

- Fernández-Alba, A. (1999). *Tratamiento psicológico del juego patológico en jugadores de máquinas recreativas con premio*. (Tesis de maestría). Universidad Complutense, Madrid.
- Fernández-Alba, A. (1999). *Tratamiento psicológico del juego patológico en jugadores de máquinas recreativas con premio*. (Tesis de maestría). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Fernández-Alba. (2004a). Características clínicas y comorbilidad psiquiátrica en jugadores patológicos de máquinas recreativas con premio, en tratamiento: Estudio de la población menor de 30 años. *Adicciones*, 16(1), 7-18. Recuperado de http://www.adicciones.es/files/7-18CaracterClinic_.pdf
- Fernández-Alba, A. (2004b). Tratamiento cognitivo-conductual del juego patológico. *Salud y drogas*, 4(2), 79-96. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/839/83940205.pdf>
- Fernández-Alba, A., y Labrador, F.J. (2002). *Juego Patológico*. Madrid: Síntesis.
- Fernández-Montalvo, J., Báez, C., y Echeburúa, E. (2000). Ludopatía y trabajo: análisis de las repercusiones laborales de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras. *Clínica y Salud*, 11(1), 5-14. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180618248001>
- Fernández-Montalvo, J., Báez, C., y Echeburúa, E. (1996). Distorsiones cognitivas de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un análisis descriptivo. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 37, 13-23.
- Fernández-Montalvo, J., Báez, C., y Echeburúa, E. (1996). Distorsiones cognitivas de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un análisis descriptivo. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 37, 13-23. Recuperado de http://www.researchgate.net/publication/234752273_Distorsiones_cognitivas_de_los_jugadores_patologicos_de_mquinas_tragaperras_en_tratamiento_un_analisis_descriptivo
- Fernández-Montalvo, J., Echeburúa, E., y Báez, C. (1995). El cuestionario breve de juego patológico (CBJP): un nuevo instrumento de screening. *Análisis y modificación de conducta*, 21(76), 211-223. Recuperado de <http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/4-cbjp.pdf>
- Fernández-Montalvo, J., Echeburúa, E., y Báez, C. (1999). Variables de inteligencia y de personalidad en los jugadores patológicos de máquinas tragaperras: un estudio descriptivo. *Psicología Conductual*, 7(3), 349-360. Recuperado de <http://www.funveca.org/revista/PDFespanol/1999/art01.3.07.pdf>
- Fernández-Montalvo, J., y Echeburúa, E. (1997). *Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Montalvo, J., y Echeburúa, E. (1998). Laborodependencia: cuando el trabajo se convierte en adicción. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 3(2), 103-120. Recuperado de <http://espacio.uned.es/revistasuned/index.php/RPPC/article/view/3860/3715>

- Fernández-Montalvo, J., y Echeburúa, E. (2006). Juego patológico y trastornos de personalidad: un estudio piloto con el MCMI-II. *Psicothema*, 18(3), 453-458. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3237.pdf>
- Fisher, S. (1992). Measuring pathological gambling in children: the case of fruit machines in the U.K. *Journal of Gambling Studies*, 8(3), 263-285. doi: 10.1007/BF01014653
- Franco, C. (2009). Reducción de la percepción del estrés en estudiantes de Magisterio mediante la práctica de la meditación flúir. *Apuntes de psicología*, 27(1), 99-109. Recuperado de http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL.%2027_1_2009/vol.%2027_1_7.pdf
- Franca, R. (2015). A meta-analysis of mindfulness based interventions (MBIs) show that MBIs are effective in reducing acute symptoms of depression but not anxiety. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(2), 147-148. doi.org/10.1111/1440-1630.12198
- Franklin, J. y Thoms, D.R. (1989). Clinical observations of family members of compulsive gamblers. En H.J. Shaffer, S.A. Stein, B. Gambino y T.N. Cummings (Eds.), *Compulsive gambling. Theory, research, and practice* (pp. 135-146). Lexington, MA: Lexington Books.
- Gaboury, A., y Ladouceur, R. (1989). Erroneous perceptions and gambling. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 4, 411-420.
- Gadboury, A., y Ladouceur, R. (1989). Erroneous perceptions and gambling. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 4(4), 411-420. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1990-18931-001>
- García- Campayo, J. (2013). Amys estuvo en: Primera Conferencia Internacional sobre Mindfulness en Roma. Recuperado de <http://www.aemind.es/amys-estuvo-en-primera-conferencia-internacional-sobre-mindfulness-en-roma/>
- García, J.L., Díaz, C. y Aranda, J.A. (1993). Trastornos asociados al juego patológico. *Anales de Psicología*, 9(1), 83-92. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v09/v09_1/08-09_1.pdf
- Garland, E.L., Roberts-Lewis, A., Kelley, K., Tronnier, C., y Hanley, A. (2014). Cognitive and Affective Mechanisms Linking Trait Mindfulness to Craving Among Individuals in Addiction Recovery. *Substance Use & Misuse*, 49(5), 525-535. doi:10.3109/10826084.2014.850309
- Garland, E.L., Schwarz, N.R., Kelly, A., Whitt, A., y Howard, M.O. (2012). Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement for Alcohol Dependence: Therapeutic Mechanisms and Intervention Acceptability. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 12(3), 242-263. doi: 10.1080/1533256X.2012.702638
- Generalitat de Catalunya. (2009). *Estudio epidemiológico de prevalencia del juego patológico en población adulta de Cataluña*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Department de Salut.

- Geschwind, N., Peeters, F., Drukker, M., van Os, J., y Wichers, M. (2011). Mindfulness training increases momentary positive emotions and reward experience in adults vulnerable to depression: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(5), 618. doi: 10.1037/a002459
- George, S., y Murali, V. (2005). Pathological gambling: an overview of assessment and treatment. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 450-456. doi: 10.1192/apt.11.6.450
- Gerstein, D., Murphy, S., Toce, M., Hoffman, J., Palmer, A., Johnson, R...Hill, M.A. (1999). *Gambling impact and behavior study*. Recuperado de <http://www.norc.org/PDFs/publications/GIBSFinalReportApril1999.pdf>
- Global Betting and Gaming Consultants. (2011). *Global gaming report* (2nd edition). Castletown, Isle of Man, British Isles: Author.
- Godfrey, K.M., Gallo, L.C., y Afari, N. (2015). Mindfulness-based interventions for binge eating: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(2),348-362. doi: 10.1007/s10865-014-9610-5
- Gómez, J. (2008). Tratamiento farmacológico. En J.A. Santos (coord.) *Manual de intervención en juego patológico* (pp. 29-33). Consejería de sanidad y dependencia: Junta de Extremadura.
- Gómez, M. (2006). Esquizofrenia y Juego Patológico. *Revista de Formación Continuada en Trastornos Adictivos de la Sociedad Española de Toxicomanías*, 2, 87-103.
- González, A. (1989). *Juego patológico: una nueva adicción*. Madrid: Canal Comunicaciones.
- González, A., Aymami, M.N., Jiménez, S., Doménech, J.M., Granero, R... Lourido-Ferreira, M.R. (2003). Assessment of pathological gamblers who use slot machines. *Psychological Reports*, 93(3), 707-716. doi: 10.2466/pr0.2003.93.3.707
- González, A., Mercadé, P.V., Jaumá, J., y Pérez, O. (1990^a, Septiembre). *Importancia del grupo en un programa multimodal para el tratamiento del juego patológico*. Trabajo presentado en las XVIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, Barcelona.
- González, A.; Pastor, C.; Mercadé, P.V., y Aymamí, N. (1990^b, Septiembre). *Un programa de modificación y terapia de conducta para el tratamiento del juego patológico*. Trabajo presentado en las XVIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, Barcelona.
- González-Ibáñez, A., Mercadé, P.V., Aymamí, N., y Pastor, C. (1992). Clinical and behavioural evaluation of pathological gambling in Barcelona, Spain. *Journal of Gambling Studies*, 8(3), 299-310. doi: 10.1007/BF01014655
- Gooding, P., y TARRIER, N. (2009). A systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioural interventions to reduce problem gambling: Hedging our bets? *Behaviour Research and Therapy*, 47(7), 592-607. doi:10.1016/j.brat.2009.04.002

- Gorney, A.B. (1968). Treatment of a compulsive horse race gambler by aversion therapy. *British Journal of Psychiatry*, 114, 329-333. doi: 10.1192/bjp.114.508.329
- Grant, J.E., y Kim, S.W. (2002). Gender differences in pathological gamblers seeking medication treatment. *Comprehensive psychiatry*, 43(1), 56-62. doi:10.1053/comp.2002.29857
- Grant, J.E., Kim, S.W., y Kuskowski, M. (2004). Retrospective review of treatment retention in pathological gambling. *Comprehensive Psychiatry*, 45(2), 83-87. doi: 10.1016/j.comppsy.2003.12.005
- Grant, J.E.; Kim, S.W.y Potenza, M.N. (2003). Advances in the pharmacological treatment of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 19(1), 85-109. doi: 10.1023/A:1021227214142.
- Greenberg, D., y Rankin, H. (1982). Compulsive gamblers in treatment. *British Journal of Psychiatry*, 140, 364-366. doi: 10.1192/bjp.140.4.364
- Greco, L. A., Baer, R. A., y Smith, G. T. (2011). Assessing mindfulness in children and adolescents: Development and validation of the child and adolescent mindfulness measure (CAMM). *Psychological Assessment*, 23(3), 606-614. doi: 10.1037/a0022819.
- Griffiths, M. (2003). Internet gambling: Issues, concerns, and recommendations. *CyberPsychology & Behavior*, 6(6), 557-568. Recuperado de <http://www.jogoremoto.pt/docs/extra/naGq0f.pdf>
- Griffiths, M. (2007). *Gambling addiction and its treatment within the NHS: A guide for healthcare professionals*. London: British Medical Association.
- Griffiths, M., y Wood, R. T. A. (2000). Risk factors in adolescence: The case of gambling, videogame playing, and the Internet. *Journal of Gambling Studies*, 16(2-3), 199-225. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1023/A:1009433014881#>
- Griffiths, M., Wood, R. T. A., y Parke, J. (2006). *A psychosocial investigation of student online poker players*. Presentation at the 13th International Conference on Gambling, Lake Tahoe, Nevada. Recuperado de http://www.unr.edu/gaming/13th_Conference_Web_files/Files/Abstracts/index.htm
- Griffiths, M.D. (1998): Internet addiction: Does it really exist? En J. Gackenbach (Ed.), *Psychology and the internet: Intrapersonal, interpersonal and transpersonal implications*. (pp 61-75). New York: Academic Press.
- Griffiths, M.D.(1994). The role of cognitive bias and skill in fruit machine gambling. *British Journal of Psychology*, 85(3), 351-369. doi: 10.1111/j.2044-8295.1994.tb02529.x
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., y Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35-43. Recuperado de http://www.openground.com.au/articles/MBSR_MA_JPR_2004.pdf

- Gunaratana, B. H. (2002). *Mindfulness in plain English*. Boston: Wisdom Publication.
- Gupta, R., y Derevensky, J.L. (1998). An empirical examination of Jacobs' general theory of addictions: Do adolescent gamblers fit the theory? *Journal of Gambling Studies*, 14(1), 17–50. doi:10.1023/A:1023046509031
- Haller, R. y Hinterhuber, H. (1994). Treatment of pathological gambling with Carbamazepine. *Pharmacopsychiatry*, 27(3), 129.
- Hansen, E., Lundh, L. G., Homman, A., y Wångby-Lundh, M. (2009). Measuring mindfulness: Pilot studies with the swedish versions of the mindful attention awareness scale and the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(1), 2-15. doi: 10.1080/16506070802383230.
- Himelstein, S. (2011). Mindfulness-Based Substance Abuse Treatment for Incarcerated Youth: A Mixed Method Pilot Study. *International Journal of Transpersonal Studies*, 30(1-2), 1-10. Recuperado de <http://www.transpersonalstudies.org/ImagesRepository/ijts/Downloads/Himelstein.pdf>
- Hing, N., y Breen, H. (2001). Profiling Lady Luck: An Empirical study of gambling and problem gambling amongst female club members. *Journal of gambling studies*, 17(1), 47-69. Recuperado de http://epubs.scu.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1023&context=tourism_publications
- Hirsh-Pasek, K. (2013). *La importancia del juego en la educación temprana*. Recuperado de <http://www.educarchile.cl/ech/pro/app/detalle?ID=133769>
- Hirsh-Pasek, K., y Michnick, R. (2011). Por qué Juego = Aprendizaje. En R.E. Tremblay, R.G. Barr, R.D. Peters, M. Boivin, (coords.) *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia* (pp. 1-7). Recuperado de <http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/Hirsh-Pasek-GolinkoffESPxp1.pdf>
- Hodgins, D. C., Currie, S., el-Guebaly, N., y Peden, N. (2004). Brief motivational treatment for problem gambling: A 24-month follow-up. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(3), 293-296. doi: 10.1037/0893-164X.18.3.293
- Hodgins, D.C. y El-Guebaly, N. (2000). Natural and treatment-assisted recovery from gambling problems: A comparison of resolved and active gamblers. *Addiction*, 95, 777-789. Recuperado de <http://www.jogoremoto.com/docs/extra/mVVijF.pdf>
- Hodgins, D.C., y El-Guebaly, N. (2004). Retrospective and Prospective Reports of Precipitants to Relapse in Pathological Gambling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 72-80. doi: 10.1037/0022-006X.72.1.72
- Höfling, V., Moosbrugger, H., Schermelleh-Engel, K., y Heidenreich, T. (2011). Mindfulness or mindlessness? *European Journal of Psychological Assessment*, 27(1), 59-64. doi: 10.1027/1015-5759/a000045
- Hofmann, S., Sawyer, A. T., Witt, A. A., y Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183. doi:10.1037/a0018555

- Hollander, E., DeCaria, C.M., Finkell, J.N., Begaz, T., Wong, C.M... Cartwright, C. (2000). A randomized double-blind fluvoxamine/placebo crossover trial in pathologic gambling. *Biological Psychiatry*, 47(9), 813-7. doi: 10.1016/S0006-3223(00)00241-9
- Hollander, E., Frenkel, M., Decaria, C., Trungold, S., y Stein, D. J. (1992). Treatment of pathological gambling with clomipramine. *American Journal of Psychiatry*, 149(5), 710-711.
- Hollander, E., Pallanti, S., Rossi, N.B., Sood, E., Baker B.R., y Buchsbaum, M.S. (2005). Imaging monetary reward in pathological gamblers. *World Journal Biological Psychiatry*, 6, 113–120. doi:10.1080/15622970510029768
- Hölzel, B.K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S.M., Gard, T., y Lazar, S.W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 191(1), 36-43. doi: 10.1016/j.psychres.2010.08.006
- Hong, S. I., Sacco, P., y Cunningham-Williams, R. M. (2009). An empirical typology of lifetime and current gambling behaviors: Association with health status of older adults. *Aging & Mental Health*, 13, 265–273. doi: 10.1080/13607860802459849
- Hoppes, K. (2006). The Application of Mindfulness-Based Cognitive Interventions in the Treatment of Co-occurring Addictive and Mood Disorders. *CNS Spectrum*, 11(11)829-841, 846-851. Recuperado de <http://www.cnspectrum.com/asp/articleDetail.aspx?articleid=790>
- Ibáñez, A. Sáiz, J. (2000, Febrero-Marzo). *Neurobiología y genética molecular en el juego patológico*. Trabajo presentado en el I Congreso Virtual de Psiquiatría, Madrid. Recuperado en <http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa8/conferencias/8-ci-c.htm>
- Infante, J.R., Torres- Avisbal, M., Pinel, P., Vallejo, J.A., Peran, F... Latre, J.M. (2001). Catecholamine levels in practitioners of the transcendental meditation technique. *Physiology & Behavior*, 72(1–2), 141-146. doi:10.1016/S0031-9384(00)00386-3
- Irurita, I.M. (1994). *Estudio sobre la prevalencia de juegos de azar en Andalucía*. Federación Andaluza de Jugadores de Azar en Rehabilitación.
- Irurita, I.M. (1996). *Estudio sobre la prevalencia de los jugadores de a zar en Andalucía*. Sevilla: Comisionado para la droga de la Junta de Andalucía.
- Jacobs, D.F. (1986). A general theory of addictions: a new theoretical model. *Journal of Gambling Behavior*, 2(1), 15–31. doi: 10.1007/BF01019931
- Jarca (1996). *Estudio sobre el juego de azar en Algeciras: prevalencia y características socio-demográficas*. Asociación de Jugadores de Azar en Rehabilitación del Campo de Gibraltar.
- Jermann, F., Billieux, J., Larøi, F., d'Argembeau, A., Bondolfi, G... Van der Linden, M. (2009). Mindful attention awareness scale (MAAS): Psychometric properties of the french translation and exploration of its relations with emotion regulation strategies. *Psychological Assessment*, 21(4), 506-14. doi: 10.1037/a0017032.
- Jevning, R., Wilson, A.F. y Davidson, J.M. (1978). Adrenocortical activity during meditation. *Hormones and Behavior*, 10 (1), 54-60. doi: 10.1016/0018-506X(78)90024-7

- Jiménez, S., González-Ibáñez, A., y Aymami, N. M. (1999). Variables psicológicas y psicopatológicas en el juego patológico. *Anuario de psicología*, 30(4), 67-78. Recuperado de http://www.researchgate.net/publication/39109475_Variables_psicologicas_y_psi_copatologicas_en_el_juego_patologico/file/e0b495217002498af4.pdf.
- Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Fernández-Aranda, F., Álvarez, E., Aymamí, M.N., Gómez-Peña, M... y Penelo, E. (2009). Comorbilidad del juego patológico: variables clínicas, personalidad y respuesta al tratamiento. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2(4), 178-189. doi: 10.1016/S1888-9891(09)73236-7
- Jiménez-Murcia, S. Fernández- Aranda, F. Granero, R., y Menchón, J.M. (2013). Gambling in Spain: update on experience, research and policy. *Addiction*, 109(10), 1595-1601. doi: 10.1111/add.12232
- Johansson, A., Grant, J.E., Kim, S.W., Odlaug, B.L., y Gøtestam, K.G. (2009). Risk factors for problematic gambling: A critical literature review. *Journal of Gambling Studies*, 25, 67-92. Doi: 10.1007/s10899-008-9088-6
- Johnson, E.E., Hamer, R., Nora, R.M., Tan, B., Eisenstein, N., y Engelhart, C. (1997). The Lie/Bet questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychological Reports*, 80, 83-88. doi: 10.2466/pr0.1997.80.1.83
- Joukhador, J., Maccallum, F., y Blaszczyński, A. (2003). Differences in cognitive distortions between problem and social gamblers. *Psychological Reports*, 92(3), 1203-1214. doi: 10.2466/pr0.2003.92.3c.1203
- Kabat- Zinn, J. (1990). *Vivir con plenitud las crisis*. (6ª edición). Barcelona: Kairós.2012
- Kabat Zinn, J. (1994). *Wherever you are, there you go*. New York: Hyperian.
- Katz, D., y Toner, B. (2013). A Systematic Review of Gender Differences in the Effectiveness of Mindfulness-Based Treatments for Substance Use Disorders. *Mindfulness*, 4(4), 318-331. doi: 10.1007/s12671-012-0132-3
- Kessler, R. C., Hwang, I., LaBrie, R. A., Petukhova, M., Sampson, N... Shaffer, H. J. (2008). The prevalence and correlates of DSM-IV Pathological Gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine* 38(9), 1351-1360. doi:10.1017/S0033291708002900
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P . . . Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-Based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763-771. doi: 10.1016/j.cpr.2013.05.005
- Kim, S. W. y Grant, J. E. (2001a). An open naltrexone treatment study of pathological gambling disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 16(5), 285–289. Recuperado de http://journals.lww.com/intclinpsychopharm/Abstract/2001/09000/An_open_naltrexone_treatment_study_in_pathological.6.aspx
- Kim, S. W. y Grant, J. E. (2001b). The psychopharmacology of pathological gambling. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 6(3), 184–194. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11447570>

- Kim, S.W. (1998). Opioid antagonists in the treatment of impulse-control disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(4), 159-164. doi: 10.4088/JCP.v59n0403
- Kim, S.W., Grant, J.E., Adson, D.E., Shin Y.C., y Zaninelli, R. (2002). A double-blind placebo controlled study of the efficacy and safety of paroxetine in the treatment of pathological gambling. *Journal Clinical Psychiatry*, 63(6), 501-7. doi: 10.4088/jcp.v63n0606
- Kjaer, T.W., Bertelsen, C., Piccini, P., Brooks, D., Alving, J...Lou, H.C. (2002). Increased dopamine tone during meditation-induced change of consciousness. *Cognitive Brain Research*, 13(2), 255-259. doi:10.1016/S0926-6410(01)00106-9
- Klatt, M.D., Buckworth, J., y Malarkey, W.B. (2009). Effects of low-dose mindfulness-based stress reduction (MBSR-ld) on working adults. *Health Education & Behavior*, 36(3), 601-14. doi: 10.1177/1090198108317627
- Koehler, J., Gibbs, B., y Hogarth, R. (1994). Shattering the illusion of control: Multi-shot versus Single-shots Gambles. *Journal of Behavioral Decision Making*, 7(3), 183-191. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.139.9126&rep=rep1&type=pdf>
- Kohls, N., Sauer, S., y Walach, H. (2009). Facets of mindfulness--results of an online study investigating the freiburg mindfulness inventory. *Personality and Individual Differences*, 46(2), 224-230. doi:10.1016/j.paid.2008.10.009
- Korn, D. A., y Shaffer, H. J. (1999). Gambling and the Health of the Public: Adopting a Public Health Perspective. *Journal of Gambling Studies*, 15(4), 289-365. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1023/A:1023005115932#>
- Koski-Jänes, A., y Turner, N. (1999). Factors influencing recovery from different addictions. *Addiction Research* 7(6), 469-492. doi: 10.3109/16066359909004401
- Kraus, S., y Sears, S. (2008). Measuring the Immeasurables: Development and Initial Validation of the Self-Other Four Immeasurables (SOFI) Scale Based on Buddhist Teachings on Loving Kindness, Compassion, Joy, and Equanimity. *Springer*, 92, 169-181. doi: 10.1007/s11205-008-9300-1
- Kristeller, J.L. (2003). Mindfulness, Wisdom and eating: Applying a multi-domain model of meditation effects. *Journal of constructivism in the human sciences*, 8, 107-118. Recuperado de <http://www.metanexus.net/archive/conference2004/pdf/kristeller.pdf>
- Kusyszyn, I. (1972). The gambling addict versus the gambling professional: A Difference in Character? *International Journal of the Addictions*, 7(2), 387-393. doi: 10.3109/10826087209026786
- Labrador, F. J. (2012). Juego Patológico. En Vallejo, M. A. (coord.), *Manual de Terapia de Conducta. Vol., 2* (pp. 233-314). Madrid: Dykinson.
- Labrador, F.J., y Mañoso, V. (2005). Cambio en las distorsiones cognitivas de jugadores patológicos tras el tratamiento: comparación con un grupo de control. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 7-22. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-130.pdf

- Labrador, F.J., Mañoso, V., y Fernández-Alba, A. (2008). Distorsiones cognitivas y resultado del tratamiento en el juego patológico. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(3), 387-399. Recuperado de: <http://www.ijpsy.com/volumen8/num3/212/distorsiones-cognitivas-y-resultado-del-ES.pdf>
- Labrador, F.J., y Ruiz, B. (2008). Distorsiones cognitivas durante el juego en máquinas recreativas con premio en jugadores patológicos y no jugadores. *Pensamiento Psicológico*, 4(10), 149-166. Recuperado de http://portales.puj.edu.co/psicorevista/components/com_joomlib/ebooks/PS10_149-166.pdf
- Labrador, F.J., Rubio, G., y Ruiz, B. (2006, mayo). *Juego patológico: Eficacia de dos programas de intervención terapéutica individual y grupal*. Trabajo presentado en el V Congreso de la Federación Iberoamericana de Asociaciones de Psicología, Veracruz (México).
- Ladouceur, R. (1991). Prevalence estimates of pathological gambling in Quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 36(10), 732-734.
- Ladouceur, R. (1993b). Aspectos fundamentales y clínicos de la psicología de los juegos de azar y de dinero. *Psicología Conductual*, 1(3), 361-374. Recuperado de <http://www.funveca.org/revista/PDFespanol/1993/num1/Aspectos%20fundamentales.pdf>
- Ladouceur, R., Boisvert, J.M., Pépin, M., Loranger, M., y Sylvain, C. (1994). Social Cost of Pathological Gambling. *Journal of Gambling Studies* 10(4), 399-409. doi: 10.1007/BF02104905
- Ladouceur, R., y Mayrand, M. (1986). Caractéristiques psychologiques de la prise de risque monétaire des joueurs et des nonjoueurs á la roulette. *International Journal of Psychology*, 21(1-4), 433-443. doi: 10.1080/00207598608247600
- Ladouceur, R., y Mireault, C. (1988). Gambling behaviors among high school students in the Quebec area. *Journal of Gambling Behavior*, 4(1), 3-12. doi: 10.1007/BF01043524
- Ladouceur, R., y Walker, M. (1996). A cognitive perspective on gambling. En P.M Salkovskies (coord.), *Trends in Cognitive and Behavioural Therapies* (pp. 89-120). Chichester: John Wiley and Sons.
- Ladouceur, R., Blais, F., Freeston, M.H. y Dugas, M.J. (1998). Problem solving and problema orientation in generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(2), 139-152. doi: 10.1016/S0887-6185(98)00002-4
- Ladouceur, R., Boisvert, J.M., y Dumont, J. (1994). Cognitive-behavioral treatment for adolescent pathological gamblers. *Behavior Modification*, 18, 230-242. doi: 10.1177/01454455940182006
- Ladouceur, R., Dube, D., y Bujold, A. (1994). Prevalence of pathological gambling and related problems among college students in the Quebec metropolitan area. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39(5), 289-293.

- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C... Jacques C. (2001). Cognitive treatment of pathological gambling. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(11), 774–780. Recuperado de www.researchgate.net/...Cognitive_Treatment_of_Pathological_Gambling/.../d912f4fe9c95d83d41.pdf
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Duval, C., Gaboury, A., y Dumont, M. (1989). Correction des verifications irrationnelles chez des joueurs de poker-video. *International Journal of Psychology*, 24(1), 43-56. doi: 10.1080/00207594.1989.10600031
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., y Leblond, J. (2003). Group therapy for pathological gamblers: a cognitive approach. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 587-596. doi:10.1016/S0005-7967(02)00036-0
- Lakeym C.E., Campbell, W. K., Brown, K.W., y Goodie, A.S. (2007). Dispositional Mindfulness as a Predictor of the Severity of Gambling Outcomes. *Personality and Individual Differences*, 43(7), 1698–1710. doi:10.1016/j.paid.2007.05.007.
- Langer, E.J. (1989). *Mindfulness*. New York: Addison- Wesley Publishing.
- Lau, M.A., Bishop, S.R., Segal, Z.V., Buis, T., Anderson, N.D., Carlson, L... y Devins, G. (2006). The Toronto Mindfulness Scale: development and validation. *Journal Clinical Psychology*, 62(12), 1445-67. doi: 10.1002/jclp.20326
- Lawlor, M. S., Schonert-Reichl, K. A., Gadermann, A. M., y Zumbo, B. D. (2013). A validation study of the mindful attention awareness scale adapted for children. *Mindfulness*, 5, 730-741. doi: 10.1007/s12671-013-0228-4
- Lazar, S.W., Kerr, C.E., Wasserman, R.H., Gray, J.R., Greve, D.N., Treadway, M.T... y Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*, 16(17), 1893–1897. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1361002/pdf/nihms-6696.pdf>
- Ledesma, D. y Kumano, H. (2009). Mindfulness-based stress reduction and cancer: A meta-analysis. *Psycho-oncology*, 18(6), 571-579. doi: 10.1002/pon.1400.
- Leeman, R.F., y Potenza, M.N. (2012). Similarities and Differences between Pathological Gambling and Substance Use Disorders: A Focus on Impulsivity and Compulsivity. *Psychopharmacology (Berl)*, 219(2), 469–490. doi:10.1007/s00213-011-2550-7.
- Legarda, J.J., Babio, R., y Abreu, J.M. (1992). Prevalence estimates of pathological gambling in Seville (Spain). *British Journal of Addiction*, 87(5), 767-770. doi 10.1111/j.1360-0443.1992.tb02722.x
- Legarda, J.J., Babio, R., y Abreu, J.M. (1992). Prevalence estimates of pathological gambling in Seville (Spain). *British Journal of Addiction*, 87, 767-770. doi: 10.1111/j.1360-0443.1992.tb02722.x
- Leigh, J., Bowen, S., y Marlatt, A. (2005). Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Addictive Behaviors*, 30(7), 1335–1341. doi:10.1016/j.addbeh.2005.01.010

- Lesieur, H. R., y Blume, S. B. (1987). South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, *144*, 1184-1188. Recuperado de <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=164484>
- Lesieur, H., y Rosenthal, R. (1991). Pathological gambling: a review of the literature (prepared for the American psychiatric Association task Force on DSM-IV committee on disorders of impulse control not elsewhere classified). *Journal of Gambling Studies*, *7*(1), 5-39. doi: 10.1007/BF01019763
- Lesieur, H.R., y Blume, S.B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, *144*(9), 1184-1188. Recuperado de <http://walkerd.people.cofc.edu/360/AcademicArticles/LesieurBlume1987.pdf>
- Lesieur, H.R., y Blume, S.B. (1991). Evaluation of patient treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment unit using the Addiction Severity Index. *British Journal of Addiction* *86*(8), 1017-1028. doi: 10.1111/j.1360-0443.1991.tb01863.x
- Lesieur, H.R., y Heineman, M. (1988). Pathological gambling among youthful multiple substance abusers in a therapeutic community. *British Journal of Addiction*, *83*(7), 765-771. doi: 10.1111/j.1360-0443.1988.tb00509.x
- Lesieur, H.R., y Rosenthal, R.J. (1991). Pathological Gambling: a review of the literature. *Journal of Gambling Studies*, *7*(1), 5-39. doi 10.1007/BF01019763
- Levin, M.E., y Hayes, S.C. (2012). Introduction: Contextual Cognitive Behavioral Therapies for Addictive Behaviors. En S.C. Hayes y M.E. Levin (coords.), *Mindfulness & acceptance for addictive behaviors: Applying Contextual CBT to Substance Abuse & Behavioral Addictions* (pp-1-28). Recuperado de <http://www.newharbingeronline.com/excerpts/AddictiveBehaviorsExcerpt.pdf>
- Linares, M.C., Palau, C., Santos, P., Albiach, C. y Camacho, I. (2002). Estudio del estadio de cambio y estado emocional en jugadores patológicos. *Adicciones*, *14*, 145-150. Recuperado de <http://www.adicciones.es/files/linares%20pellicer.pdf>
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M.M., Tutek, D.A., Heard, H., y Armstrong, H.E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioural treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, *151*, 1771-1776. Recuperado de <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=170707>
- Llinares, M.C., Santos, P., Albiach, C., Camacho, I., y Palau, C. (2006). Diferencias de sexo en adictos a las máquinas tragaperras. *Revista Adicciones*, *18*(4), 371-376. Recuperado de <http://www.adicciones.es/files/371-376%20Llinares.pdf>
- López, E., y Costa, M. (2012). Desvelar el secreto de los enigmas despatologizar la psicología clínica. *Papeles del psicólogo*, *33*(3), 162-171. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es>
- MacKillop, J., y Anderson, E. J. (2007). Further psychometric validation of the mindful attention awareness scale (MAAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *29*(4), 289-293. doi:10.1007/s10862-007-9045-1

- Maclean, C.R., Walton, K.G., Wenneberg, S. R., Levitsky, D.K., Mandarino, J.P... Schneider, R.H. (1997). Effects of the transcendental meditation program on adaptative mechanism changes in hormone levels and responses to stress alter 4 months of practice. *Psychoneuroendocrinology*, 22(4), 277-295. doi: 10.1016/S0306-4530(97)00003-6
- Mañoso, V., Labrador, F.J., y Fernández-Alba, A. (2004). Tipo de distorsiones cognitivas durante el juego en jugadores patológicos y en no jugadores. *Psicothema*, 16(4), 576-581. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3034.pdf>
- Marcus, M.T., y Zgierska, A. (2009). Mindfulness-Based Therapies for Substance Use Disorders: Part 1 (Editorial). *Substance abuse*, 30(4), 263. doi: 10.1080/08897070903250027
- Marlatt, G.A. (1985). Lifestyle modification. En G.A Marlatt y J.R Gordon (coords.) *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours* (pp. 280–349). New York: Guilford
- Marlatt, G. A., y Kristeller, J. L. (1999). Mindfulness and meditation. En W. R. Miller (coord.) *Integrating spirituality into treatment* (pp. 67–84). Washington, DC: American Psychological Association.
- Marlatt, G.A., y Witkiewitz, K. (2002). Harm reduction approaches to alcohol use: Health promotion, prevention, and treatment. *Addictive Behaviors*, 7, 867-886. Recuperado de <http://cpmnet.columbia.edu/dept/pi/ppf/Marlatt%20and%20Witkiewitz.pdf>
- Marlatt, G.A Witkiewitz, K., Dillworth, T.M., Bowen, S.W., Parks, G.A., Macpherson, L.M... Crutcher, R. (2004). Vipassana Meditation as a Treatment for Alcohol and Drug Use Disorders. En S.C Hayes., V.M Follette y M.M Linehan (coords.) *Mindfulness and acceptance: Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition* (pp. 261-287). New York: The Guilford Press.
- Martín-Asuero, A., y García, G. (2006). Las ventajas de estar presente: desarrollando una conciencia plena para reducir el malestar psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 369-384. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-226.pdf
- Maurer, C.D. (1994). Practical issues and the assessment of pathological gamblers in a private practice setting. *Journal of Gambling Studies*, 10(1), 5-20. doi: 10.1007/BF02109776
- McCarney, R., Schulz, J., y Grey, A. (2012). Effectiveness of mindfulness-based therapies in reducing symptoms of depression: A meta-analysis. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 14(3), 279-299. doi: 10.1037/t00741-000
- McConaghy, N., Armstrong, M.S., Blaszczynski, A., y Allcock, C. (1983). Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling. *British Journal of Psychiatry*, 142, 366-372. doi: 10.1192/bjp.142.4.366

- McConaghy, N., Armstrong, M.S., Blaszczynski, A., y Allcock, C. (1988). Behavior completion versus stimulus control in compulsive gambling: Implications for behavioral assessment. *Behavior Modification*, 12(2), 371-384. doi: 10.1177/01454455880123004
- McConaghy, N., Blaszczynski, A., y Frankova, A. (1991). Comparison of imaginal desensitisation with other behavioural treatments of pathological gambling. A two- to nine-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 159, 390-393. doi: 10.1192/bjp.159.3.390
- McCormick, R.A., y Taber, J.I. (1987). The Pathological Gamblers: salient personality variables. En T. Galski (coord.), *The handbook of pathological gambling* (pp. 9-39). Springfield: C. Thomas Publisher.
- McCormick, R.A., y Taber, J.I. (1988). Attributional style in pathological gamblers in treatment. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(3), 368-370. doi 10.1037/0021-843X.97.3.368
- McCormick, R.A. y Taber, J.I. (1991). Follow up of male pathological gamblers after treatment: the relationship of intellectual variables to relapse. *Journal of Gambling Studies*, 7(2), 99-108. doi: 10.1007/BF01014525
- Michael, B., y Walker, D.P. (1992). Irrational thinking among slot machine players. *Journal of Gambling studies*, (3)8, 245-261. doi: 10.1007/BF01014652
- Michaels, R.R., Parra, J., McCann, D.S. y Vander, A.J. (1979). Renin, cortisol, and aldosterone during transcendental meditation. *Psychosomatic Medicine*, 41(1), 50-54. Recuperado de <http://www.psychosomaticmedicine.org/content/41/1/50.full.pdf>
- Miró, M.T., Perestelo-Pérez, L., Pérez, J., Rivero, A., González, M., de la Fuente, J.A... Serrano, P. (2011). Eficacia de los tratamientos psicológicos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 16(1). doi: 10.5944/rppc.vol.16.num.1.2011.10347
- Miró, M. y Simón, V. (coords.). (2012). *Mindfulness en la práctica clínica*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Moodie, C., y Finnigan, F. (2005). A comparison of the autonomic arousal of frequent, Infrequent and non-gamblers while playing fruit machines. *Addiction*, 100(1), 51-59. doi: 10.1111/j.1360-0443.2005.00942.x
- Morán, E. (1970). Varieties of pathological gambling. *British Journal of Psychiatry*, 116, 593-597. doi 10.1192/bjp.116.535.593
- Muñoz-Molina, Y. (2008). Meta-análisis sobre juego patológico 1997-2007. *Revista de salud pública*, 10(1), 150-159. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n1/v10n1a14>
- Myrseth, H. (2011). *Pathological Gambling: Treatment and Personality Factors*. (Tesis de maestría). University of Bergen, Norway.
- Myrseth, H., Litlere, I., Stoylen, I. J., y Pallesen, S. (2009). A controlled study of the effect of cognitive-behavioural group therapy for pathological gamblers. *Nordic Journal of Psychiatry*, 63, 22-31. doi:10.1080/08039480802055139

- Nathan, P.E. (2003). The Role of Natural Recovery in Alcoholism and Pathological Gambling. *Journal of Gambling Studies*, 19(3), 279-286. doi: 10.1023/A:1024255420820
- National Research Council. (1999). *Pathological Gambling: A Critical Review*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Navarro, J.F., y Cavas, M. (2003). Psychopharmacological treatment of ludopathy. *Revista de Psiquiatría Biológica*, 10(3). Recuperado de <http://zl.elsevier.es/es/revista/psiquiatria-biologica--46/tratamiento-psicofarmacologico-juego-patologico-13052182-revisiones-2003>
- Navas, J.F., y Perales, J.C. (2014). Comprensión y tratamiento del juego patológico: aportaciones desde la Neurociencia del Aprendizaje. *Clínica y Salud*, 25, 157-166. doi: 10.1016/j.clysa.2014.10.001
- Nelson, S. E., LaPlante, D. A., Peller, A. J., Schumann, A., LaBrie, R. A... Shaffer, H. J. (2008). Real limits in the virtual world: Self-limiting behavior of Internet gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 24(4), 463-477. doi 10.1007/s10899-008-9106-8
- Newberg, A., Alavi, A., Baime, M., Pourdehnad, M., Santanna, J... d'Aquili, E. (2001). The measurement of regional cerebral blood flow during the complex cognitive task of meditation: a preliminary SPECT study. *Psychiatry Research Neuroimaging*, 106(2), 113-122. doi: 10.1016/S0925-4927(01)00074-9
- Nicastro, R., Jermann, F., Bondolfi, G., y McQuillan, A. (2010). Assessment of mindfulness with the french version of the kentucky inventory of mindfulness skills in community and borderline personality disorder samples. *Assessment*, 17(2), 197-205. doi: 10.1177/1073191110363551
- Nixon, G., Leigh, G., y Nowatzki, N. (2006). Impacting attitudes towards gambling: A prison gambling awareness and prevention program. *Journal of Gambling Issues*, 17. doi: 10.4309/jgi.2006.17.14
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., y Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35-43. doi: 10.1016/S0022-3999(03)00573-7
- Ocean, G., y Smith, G. J. (1993). Social reward, conflict and commitment: a theoretical model of gambling behaviour. *Journal of Gambling Studies*, 9(4), 321-339. doi:10.1007/BF01014625
- Ochoa, C. (2013). *Estudio sobre la toma de decisiones, el funcionamiento ejecutivo y la impulsividad en el juego patológico*. (Tesis de maestría). Universidad de Barcelona. Recuperado de http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/36573/2/COA_TESIS.pdf
- Ochoa, E., y Labrador, F.J. (1994). *El juego patológico*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Oei, T. P. S., Raylu, N., y Casey, L. (2010). The effectiveness of group versus individual CBT programs for problem gamblers: A randomized clinical trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 233-238. doi: 10.1017/S1352465809990701
- Olendzki, A. (2009). Mindfulness and Meditation. En F. Didonna (coord.) *Clinical Handbook of Mindfulness* (pp. 37-44). New York: Springer. doi: 10.1007/978-0-387-09593-6

- Organización Mundial de la Salud (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico (10ª Edición). Madrid: Meditor.
- Ortiz-Tallo, M., Cancino, C., y Cobos, S. (2011). Juego patológico, patrones de personalidad y síndromes Clínicos. *Adicciones*, 23(3), 189-197. Recuperado de <http://www.adicciones.es/files/ortiz-tallo%2023-3.pdf>
- Padala, P.R., Madaan, V., y Sattar, S.P. (2007). Bupropion therapy for pathological gambling. *The Annals of Pharmacotherapy*, 41(3), 529. Doi: 10.1345/aph.1H311
- Pallanti, S., Baldini, N., Sood, E., y Hollander E. (2002). Nefazodone treatment of pathological gambling: a prospective open-label controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(11), 1034-1039. Recuperado de http://www.unboundmedicine.com/medline/citation/12444818/Nefazodone_treatment_of_pathological_gambling:_a_prospective_open-label_controlled_trial.
- Pallesen, S., Mitssem, M., Kvale, G., Johnsen, B.H., y Molde, H. (2005). Outcome of psychological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis. *Addiction*, 100(10), 1412-1422. doi: 10.1111/j.1360-0443.2005.01204.x
- Parra, M., Montañés, J., Montañés, M., y Bartolomé, R. (2012). Conociendo Mindfulness. *ENSAYOS, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 27, 29-46. Recuperado de <http://www.revista.uclm.es/index.php/ensayos/article/view/130/112>
- Peller, A. J., Laplante, D. A., y Shaffer, H. J. (2008). Parameters for Safer Gambling Behavior: Examining the Empirical Research. *Journal of gambling Studies*, 24(4), 519-534. doi: 10.1007/s 19899-008-9097-5
- Pérez, M. A y Botella, L. (2006). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de psicoterapia*, 17(66/67). Recuperado de http://media.wix.com/ugd/62e7a6_ac8ecb857a5ed9b244f31570a218bd1a.pdf
- Peters, J. R., Erisman, S. M., Upton, B. T., Baer, R. A., y Roemer, L. (2011). A preliminary investigation of the relationships between dispositional mindfulness and impulsivity. *Mindfulness*, 2, 228–235. doi:10.1007/s12671-011- 0065-2
- Petry, N. (2004). *Pathological gambling: Etiology, comorbidity and treatment*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Petry, N. M., Weinstock, J., Ledgerwood, D. M., y Morasco, B. (2008). A randomized trial of brief interventions for problem and pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 318-328. doi: 10.1037/0022-006X.76.2.318
- Petry, N.M. (2005). Stages of change in treatment-seeking pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 312-322. doi: 10.1037/0022-006X.73.2.312
- Piet, J., Würtzen, H., y Zachariae, R. (2012). The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *Journal Consulting Clinical Psychology*, 80(6), 1007-20. doi: 10.1037/a0028329.

- Potenza, M.N. (2008). The neurobiology of pathological gambling and drug addiction: An overview and new findings. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 363(1507), 3181-3189. doi: 10.1098/rstb.2008.0100.
- Prieto, M. (2003). Una propuesta de clasificación de los jugadores patológicos. *Psicología Conductual*, 11(1), 5- 23. Recuperado de http://www.funveca.org/revista/pedidos/product.php?id_product=149
- Prieto, M. (2007). El juego controlado como objetivo terapéutico. En E. Becoña (coord.) *Actualización en el tratamiento del juego patológico*. Recuperado de <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DActualizaci%C3%B3n+en+el+tratamiento+del+juego+patol%C3%B3gico.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352833274638&ssbinary=true>
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., y Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviours. *American Psychologist*, 47(9), 102-114. doi: 10.1037/0003-066X.47.9.1102.
- Pursley, W.L. (1991). Adolescence, Chemical Dependency and Pathological Gambling. *Counseling The Chemically Dependent Adolescent*, 1(4), 25-47. doi: 10.1300/J272v01n04_03
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., y Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18, 250-255. doi: 10.1002/cpp.702.
- Rajguru, P., Kolber, M. J., Garcia, A. N., Smith, M. T., Patel, C. K... Hanney, W. J. (2014). Use of mindfulness meditation in the management of chronic pain A systematic review of randomized controlled trials. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 21. Doi: 10.1177/1559827614522580.
- Ramírez, J.N., (1999). Análisis del sector de las máquinas recreativas “tipos A y B”. *Estimación y análisis de la proporción de ludópatas en Andalucía*. Córdoba: ANMARE.
- Rankin, H. (1982). Control rather than abstinence as a goal in the treatment of excessive gambling. *Behavior Research and Therapy*, 20(2), 185-187. doi: 10.1016/0005-7967(82)90117-6
- Reid, R.C., Di Tirro, C., y Fong, T.W. (2014). Mindfulness in patients with gambling disorders. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 14(4), 327-337. doi:10.1080/1533256X.2014.958493
- Reiner, K., Tibi, L., y Lipsitz, J. D. (2013). Do mindfulness-based interventions reduce pain intensity? A critical review of the literature. *Pain Medicine*, 14(2), 230-242. doi: 10.1111/pme.12006.
- Remor, E., y Carrobes, J.A. (2001). Versión Española de la escala de estrés percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*, 7 (2-3), 195-201.

- Remor, E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9 (1), 86-93. Recuperado de http://www.psy.cmu.edu/~scohen/Remor_2006_article_EurSpanPSS.pdf
- Riley, B. (2012). Experiential avoidance mediates the association between thought suppression and mindfulness with problem gambling. *Journal Gambling Studies*, 30(1),163-71. doi: 10.1007/s10899-012-9342-9.
- Riley, K. E., y Kalichman, S. (2014). Mindfulness-based stress reduction for people living with HIV/AIDS: Preliminary review of intervention trial methodologies and findings. *Health Psychology Review*, 1-20. doi:10.1080/17437199.2014.895928
- Robert, C., y Botella, C. (1994). Trastornos de control de impulsos: el juego patológico. En A. Belloch., B. Sandín y F. Ramos (coords.) *Manual de Psicopatología* (pp. 559-594). Madrid: McGraw-Hill.
- Robson, E., Edwards, J., Smith, G., y Colman, I. (2002). Gambling decisions: An early intervention program for problem gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 18(3), 235-255. doi: 10.1023/A:1016888705033
- Rogojanski, J., Vettese, L. C., y Antony, M. M. (2011). Coping with cigarette cravings: Comparison of suppression versus mindfulness-based strategies. *Mindfulness*, 2(1), 14-26. doi: 10.1007/s12671-010-0038-x
- Roncero, C., Rodríguez-Urrutia, A., Grau-Lopez, L., y Casas, M. (2009). Trastornos del control de impulsos y tratamiento con antiepilépticos. *Actas españolas de psiquiatría*, 37(4), 205-12. Recuperado de <http://www.infodoctor.org/www/meshf.php?idos=35268>
- Rosecrance, J. (1985). Compulsive gambling and the medicalization of deviance. *Social Problems*, 32(3), 275–284. doi:10.1525/sp.1985.32.3.03a00090
- Rosenthal, R.J. (1992) Pathological gambling. *Psychiatric Annals*, 22(2), 72–78.
- Rossow, I., y Molde, H. (2006). Chasing the criteria: Comparing SOGS-RA and the Lie/Bet screen to assess prevalence of problem gambling and ‘at-risk’ gambling among adolescents. *Journal of Gambling Issues*, 18, 57-71. doi: 10.4309/jgi.2006.18.9
- Roy, A., Adinoff, B., Roehrich, L., Lamparski, D., Custer, R... Linnoila, M. (1988). Pathological gambling: A psychobiological study. *Archives of General Psychiatry*, 45(4), 369-373. doi: 10.1001/archpsyc.1988.01800280085011
- Rubio, G. (2006). *Eficacia diferencial del tratamiento psicológico individual versus en grupo en jugadores patológicos de máquinas recreativas con premio*. (Tesis de maestría). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Rubio, J.L. (1994). *Ludopatías*. Trabajo presentado en la XVII Reunión Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (Salamanca, 1993). ELA, Madrid, 230-235.
- Rugle, L. (1993). Initial thought on viewing pathological gambling from a physiological and intrapsychic structural perspective. *Journal of Gambling Studies*, 9(1), 3–16. doi: 10.1007/BF01019921

- Ruiz-Olivares, R., Lucena, V., Pino, M.J., y Herruzo, J. (2010). Análisis de comportamientos relacionados con el uso/abuso de Internet, teléfono móvil, compras y juego en estudiantes universitarios. *Adicciones*, 22(4), 301-310. Recuperado de <http://www.adicciones.es/files/301-310%20herruzo.pdf>
- Russo, A.M., Taber, J.I., y Ramirez, L.F. (1984). An outcome study of an inpatient treatment program for pathological gamblers. *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 823-827.
- Saleme, Y., Negrete, I., y Celedón, J. (2010). Adicción al sexo, un problema silencioso. *Revista de la Facultad de Psicología Universidad Cooperativa de Colombia*, 6(10), 161-166. Recuperado de <http://wb.ucc.edu.co/pensandopsicologia/files/2010/08/art012-vol6-n10.pdf>
- Salinas, J.M. (coord.) (2002). *II Estudio sobre Prevalencia de los Jugadores de Azar en Andalucía*. Sevilla: FAJER, Comisionado para la Droga.
- Salinas, J.M., y Roa, J.M. (2002). El screening de la adicción al juego mediante internet. *Adicciones*, 14(3), 303-312. Recuperado de <http://www.adicciones.es/files/02.%20El%20Screening.pdf>
- Sánchez-Carbonell, X., Beranuy, M., Castellana, M., Chamarro, A., y Oberst, U. (2008). La adicción a internet y al móvil: ¿moda o trastorno? *Adicciones*, 20(2), 149-160. Recuperado de <http://www.adicciones.es/files/Sanchez-Carbonell.pdf>
- Sánchez-Carbonell, X., Talarn, A., Beranuy, M., Oberst, U., y Graner, C. (2009). Cuando jugar se convierte en un problema: el juego patológico y la adicción a los juegos de rol online. *Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 25, 201-220. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/Aloma/article/viewFile/144643/196463>
- Sánchez-Hervás, E. (2003). Juego patológico: un trastorno emergente. *Trastornos adictivos*, 5(2), 75-87. Recuperado de <http://zl.elsevier.es/es/revista/trastornos-adictivos-182/juego-patologico-un-trastorno-emergente-13045096-area-psicopatologia-2003>
- Santos, J.A. (Coord.). (2008). *Manual de intervención en juego patológico*. Junta de Extremadura Consejería de Sanidad y Dependencia Servicio Extremeño de Salud. Secretaría Técnica de Drogodependencias. Recuperado de <http://www.drogasextremadura.com/archivos/manual.pdf>
- Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., y García-Vera, M. P. (2014). Criterios y baremos para interpretar el "Inventario de depresión de Beck-II" (BDI-II). *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22(1), 37-59.
- Sanz, J., y Vázquez, C. (2011). *Inventario de depresión de Beck-II*. Madrid: Pearson Clinical & Talent Assessment.
- Sarabia, I., Estévez, A., y Herreo, D. (2014). Perfiles de jugadores patológicos en la adolescencia. *Revista Española de Drogodependencias*, 39(2), 46-58. Recuperado de http://www.aesed.com/descargas/revistas/v39n2_3.pdf
- Schull, N. D. (2005). Digital gambling: The coincidence of desire and design. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 597(1), 65-81. doi: 10.1177/0002716204270435

- Schwartz, J., y Lindner, A. (1992). Impatient treatment of male pathological gamblers in Germany. *Journal of Gambling Studies*, 8(1), 93-109. doi: 10.1007/BF01881471
- Seager, C.P. (1970). Treatment of compulsive gamblers by electrical aversion. *British Journal of Psychiatry*, 117, 545-553. doi: 10.1192/bjp.117.540.545
- Secades, R., y Villa, A. (1998). *El juego patológico. Prevención, evaluación y tratamiento en la adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Segal, Z., Williams, M., y Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Sevillá, J., y Pastor, C. (1996). Un caso complejo de juego patológico. *Psicología Conductual*, 4(2), 253-262. Recuperado de <http://www.funveca.org/revista/PDFespanol/1996/art06.2.04.pdf>
- Shaffer, H. J. (1996). Understanding the means and objects of addiction: Technology, the Internet and gambling. *Journal of Gambling Studies*, 12(4), 461-469. doi:10.1007/s10899-014-9454-5
- Shaffer, H.J. y Hall, M.N. (2001). Updating and Refining Prevalence Estimates of Disordered Gambling Behaviour in the United States and Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 92(3). Recuperado de http://scholar.google.es/scholar?q=Shaffer+%26+Hall+,+2001+pathological+gambling&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar&sa=X&ei=dvYJU7ryLMmX1AWYo4DgDQ&ved=0CCsQgQMwAA
- Shaffer, H.J., y Hall, M.N. (2002). The natural history of gambling and drinking problems among casino employees. *Journal of Social Psychology*, 142(4), 405-424. doi: 10.1080/00224540209603909
- Shaffer, H.J., LaBrie, R., Scanlan, K.M., y Cummings, T.N. (1994). Pathological gambling among adolescents: Massachusetts Gambling Screen (MAGS). *Journal of Gambling Studies*, 10(4), 339-362. doi: 10.1007/BF02104901
- Shapiro, S., y Carlson, L. (2009). *The art and science of mindfulness: Integrating mindfulness into psychology and the helping professions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Shapiro, S.L., Carlson, L.E., Astin, J.A., y Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386. doi: 10.1002/jclp.20237
- Sharpe, L. (2002). A reformulated cognitive-behavioral model of problem gambling. A biopsychosocial perspective. *Clinical Psychology Review*, 22(1), 1-25. doi: 10.1016/S0272-7358(00)00087-8
- Sharpe, L. (2004). Patterns of Autonomic Arousal in Imaginal Situations of Winning and Losing in Problem Gambling. *Journal of Gambling Studies*, 20(1), 95-104. doi: 10.1023/B:JOGS.0000016706.96540.43
- Sharpe, L., y Tarrier, N. (1992). A cognitive-behavioral treatment approach for problem gambling. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 6, 193-203.

- Sharpe, L., y Tarrier, N. (1993). Towards a cognitive-behavioural theory of problem gambling. *British Journal of Psychiatry*, 162, 407–412. doi: 10.1192/bjp.162.3.407
- Shonin, E., Van Gordon, W., y Griffiths, M.D. (2013). Buddhist philosophy for the treatment of problem gambling. *Journal of Behavioral Addictions*, 2, 63-71. doi: 10.1556/jba.2.2013.001
- Shonin, E., Gordon, W.V., y Griffiths, M.D. (2014). Mindfulness as a Treatment for Behavioural Addiction. *Journal Addiction Research*, 5(1) 1-2. doi: 10.4172/2155-6105.1000e122
- Sicilia, E. (2007). Introducción. En S. Moreno (coord.) *Guía clínica: actuar ante el juego patológico* (pp. 37-44). Recuperado de http://www.dipgra.es/documentos/guia_clinica_juegopatologico.pdf
- Simón, V. (2010). Mindfulness y psicología: presente y futuro. *Dialnet*, 100. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3642934>
- Singer, T., y Bolz, M. (Coords). (2013). *Compassion: Bridging practice and science*. Leipzig: Max Planck Institute for Human Cognitive and Brain Sciences. Recuperado de <http://pubman.mpdl.mpg.de/pubman/faces/viewItemOverviewPage.jsp?itemId=e scidoc:1896653>
- Slutske, W. S., Caspi, A., Moffitt, T.E., y Poulton, R. (2005). Personality and problem gambling: a prospective study of a birth cohort of young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 62(7), 769-75. doi: 10.1037/0021-843X.112.2.263
- Smalley, S., Loo, S.K., Hale, T.S., Shrestha, A., McGough, J... Reise, S. (2010). Mindfulness and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 65(10), 1087-1098. doi:10.1001/archpsyc.62.7.769.
- Smith, G. J., y Wynne, H. J. (2002). *Measuring gambling and problem gambling in Alberta using the Canadian problem gambling index (CPGI)*. Recuperado de http://dSPACE.ucalgary.ca/bitstream/1880/1626/1/gambling_alberta_cpgi.pdf
- Soler, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual, J.C., Cebolla, A... Perez, V. (2012). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas Española Psiquiatría*, 40(1), 18-25. Recuperado de http://www.selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2012_SolerEtAl_MAAS.pdf
- Specker, S.M., Carlson, G.A., Christenson, G.A., y Marcotte, M. (1995). Impulse control disorders and attention deficit disorder in pathological gamblers. *Ann Clin Psychiatry*, 7(4), 175-9. doi: 10.3109/10401239509149623
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R., y Lushene, R. (1970). *Manual for the State- Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R. (2011). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Sthal, B., y Goldstein, E. (2010). *Mindfulness para reducir el estrés: una guía práctica*. Barcelona: Kairós.

- Stewart, R.M., y Brown, R.I. (1988). An outcome study of Gamblers Anonymous. *British Journal of Psychiatry*, 152, 284-288. doi: 10.1192/bjp.152.2.284.
- Stinchfield, R. (2002). Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addictive Behaviors*, 27(1), 1–19. doi: 10.1016/S0306-4603(00)00158-1.
- Sylvain, C., y Ladouceur, R. (1992). Correction cognitive et habitudes de jeu chez les joueurs de poker vidéo. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 24(4), 479-489. doi: 10.1037/h0078800.
- Sylvain, C., Ladouceur, R., y Boisvert, J.M. (1997). Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65,727-732. doi: 10.1037/0022-006X.65.5.727.
- Symes, B.A., y Nicki, R.M. (1997). A preliminary consideration of cue-exposure, response-prevention treatment for pathological gambling behaviour: Two case studies. *Journal of Gambling Studies*, 13(2), 145-157. doi: 10.1023/A:1024951301959.
- Taber, J., McCormick, R., Russo, A., Adkins, B., y Ramírez, L. (1987). Follow up of pathological gamblers after treatment. *American journal of Psychiatry*, 144(6), 757-761. Recuperado de <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=164268>
- Tanay, G., y Bernstein, A. (2013). State mindfulness scale (SMS): Development and initial validation. *Psychological Assessment*, 25(4), 1286-1299. doi: 10.1037/a0034044.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., y Williams, J.M.G. (2003). Mindfulness training and problem formulation. *Clinical Psychology: Science and practice*, 10(2), 157-160. doi: 10.1093/clipsy/bpg017
- Tejeiro, R. (1998). El juego de azar en Algeciras (España): prevalencia y características sociodemográficas. *Revista Española de Drogodependencias* 23, 53-74.
- Thera, N. (1962). *The heart of Buddhist meditation: A handbook of mental training based on the Buddha's way of mindfulness*. London: Rider and Company.
- Thomas, S.A., Merkouris, S.S., Radermacher, H.L., Dowling, N.A., Misso, M.L... Jackson, A.C. (2011). Australian guideline for treatment of problem gambling: An abridged outline. *Medical Journal of Australia*, 195(11/12), 664–665. doi: 10.5694/mja11.11088
- Toneatto, T. (2004). *A Controlled Evaluation of Cognitive Therapy for Problem Gambling: Final Report*. Recuperado de <http://www.profissionaisdoscasinos.org/imgBD/noticias/jc/T.%20Toneatto.pdf>
- Toneatto, T., Blitz-Miller, T., Calderwood, K., Dragonetti, R., y Tsanos, A. (1997). Cognitive distortions in heavy gambling. *Journal of Gambling Studies*, 13(3), 253-266. doi: 10.1023/A:1024983300428.
- Toneatto, T., y Dragonetti, R. (2008). Effectiveness of community-based treatment for problem gambling: A quasi-experimental evaluation of cognitive-behavioral vs. twelve-step therapy. *The American Journal on Addictions*, 17(4), 298-303. doi: 10.1080/10550490802138830.

- Toneatto, T., y Gunaratne, M. (2009). Does the treatment of cognitive distortions improve clinical outcomes for problem gambling? *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 39(4), 221-229. doi: 10.1007/s10879-009-9119-3.
- Toneatto, T. y Ladouceur, R. (2003) Treatment of pathological gambling: a critical review of the literature. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(4), 284–292. doi: 10.1037/0893-164X.17.4.284.
- Toneatto, T., y Millar G. (2004). Assessing and treating problem gambling: empirical status and promising trends. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(8), 517-25.
- Toneatto, T., Pillai, S., y Courtice, E.L. (2014). Mindfulness-Enhanced Cognitive Behavior Therapy for Problem Gambling: A Controlled Pilot Study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 12(2), 197-205. doi: 10.1007/s11469-014-9481-6
- Toneatto, T., Psych, C., Leo, G., y Gunaratne, M. (2015). *Mindfulness Meditation and Treatment of Pathological Gambling: A Pilot Study*. [Diapositivas de PowerPoint]. Recuperado de www.researchgate.net/...Mindfulness_meditation_and_treatment_of_pathological_gambling_A_pilot_study/.../60b7d514b5aae8187a.pdf
- Toneatto, T. y Sobell, L.C. (1990). Pathological gambling treated by cognitive-behavior therapy: A case report. *Addictive Behaviors*, 15, 497-501. doi:10.1016/0306-4603(90).
- Toneatto, T., Vettese, L., y Nguyen, L. (2007). The role of mindfulness in the cognitive-behavioural treatment of problem gambling. *Journal of Gambling Issues*, 19, 91-100. doi: 10.4309/jgi.2007.19.12.
- Trousselard, M., Steiler, D., Raphel, C., Cian, C., Duymedjian, R...Canini, F. (2010). Validation of a French version of the Freiburg Mindfulness Inventory-short version: Relationships between mindfulness and stress in an adult population. *Biopsychosocial Medicine*, 4(8). doi: 10.1186/1751-0759-4-8.
- Turner, N., y Horbay, R. (2004). How do slot machines and other electronic gambling machines actually work? *Journal of Gambling Issues*, 11. Recuperado de <http://jgi.camh.net/doi/full/10.4309/jgi.2004.11.21?prevSearch=&searchHistoryKey>
- Turon, C., Gómez, A. E., y Morin, D. (1994, August). *Scientific Contents of the HIPPARCOS Input Catalogue. Journal Astronomical and astrophysical objectives of sub-milliarcsecond optical: astrometry*. Trabajo presentado en 166th Symposium of the International Astronomical Union held in the Hague, Netherlands. Recuperado de <http://adsabs.harvard.edu/full/1995IAUS..166...77T>
- Turón, V., y Crespo, J.M. (1999). Tratamiento farmacológico del juego patológico. *Anuario de Psicología*, 30(4), 137-146. Recuperado de <http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CDMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.raco.cat%2Findex.php%2FAnuarioPsicologia%2Farticle%2Fdownload%2F61533%2F88388&ei=4aYYU4KfOKbl4QT2w4G4BA&usg=AFQjCNFJZtgFPvGI6j69NX0OuOFWNFS5vQ&bv m=bv.62577051,d.bGE>

- Turón, J.V., Salgado, P., González, A., y Vicente, P. (1990). *Tratamiento farmacológico del juego patológico* (pp. 368-375). Trabajo presentado en la XV Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, Córdoba.
- Upfold, D. (2014). Gambling and Substance Abuse: A Comparison. Recuperado de <http://www.problemgambling.ca/en/resourcesforprofessionals/pages/gamblingandsubstanceabuseacomparison.aspx>
- Vallejo, M. (2006). Mindfulness. *Papeles del psicólogo*, 27(2), 92-99. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1340.pdf>
- Vallejo, M. (2007). El mindfulness y la "tercera generación de terapias psicológicas". *INFOCOP*, 33. Recuperado de <http://www.cop.es/infocop/vernumeroCOP.asp?id=1481>
- Van Dam, N. T., Earleywine, M., y Borders, A. (2010). Measuring mindfulness? An item response theory analysis of the mindful attention awareness scale. *Personality and Individual Differences*, 49(7), 805-810. doi:10.1016/j.paid.2010.07.020.
- Van Dam, N. T., Earleywine, M., y Danoff-Burg, S. (2009). Differential item function across meditators and non-meditators on the five facet mindfulness questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 47(5), 516-521. doi:10.1016/j.paid.2009.05.005.
- Villa, A., Becoña, E. y Vázquez, F.L. (1997). Juego patológico con máquinas tragaperras en una muestra de escolares de Gijón. *Adicciones*, 9, 195-208.
- Villahoz, J. (2007). Intervención psicológica. En S. Moreno (coord.) *Guía clínica: actuar ante el juego patológico* (pp. 37-44). Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía. Recuperado de http://www.dipgra.es/documentos/guia_clinica_juegopatologico.pdf
- Villoria C. (2003). El juego patológico en los universitarios de la comunidad de Madrid. *Clínica y Salud*, 14(1), 43-65. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180617967003.pdf>
- Villoria, C. (2005). *Modelo de Componentes Motivacionales del Juego de Azar con Apuesta*. (Tesis de maestría). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Virkkunen, M., Rawlings, R., Tokola, R., Poland, R.E., Guidotti, A... Linnoila, M. (1994). CSF biochemistries, glucose metabolism, and diurnal activity rhythms in alcoholic, violent offenders, fire setters, and healthy volunteers. *Arch Gen Psychiatry*, 51(1): 20-27. doi:10.1001/archpsyc.1994.03950010020003.
- Volberg, R.A. (1999). Research methods in the epidemiology of pathological gambling: Development of the field and directions for the future. *Annuário de Psicologia*, 30, 33-46.
- Volberg, R.A., y Steadman H.J. (1989). Prevalence Estimates of Pathological Gambling in New Jersey and Maryland. *American Journal of Psychiatry*, 146(12), 1618-1619. Recuperado de <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=166440>
- Walach, H., Buchheld, N., Buttenmuller, V., Kleinknecht, N., y Schmidt, S. (2006). Measuring Mindfulness-The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40, 1543-1555. doi: 10.1016/j.paid.2011.03.031.

- Walker, M. B. (1992). Irrational thinking among slot machine players. *Journal of Gambling Studies*, 8(3), 245-261. doi 10.1007/BF01014652
- Walters, G.D. (1997). Problem Gambling in a Federal Prison Population: Results from the South Oaks Gambling Screen. *Journal of Gambling Studies*. 13(1), 7-24. doi: 10.1023/A:1024935115105
- Welte, J.W., Wieczorek, W.F., Barnes, G.M., y Tidwell, M.C. (2006). Multiple Risk Factors for Frequent and Problem Gambling: Individual, Social, and Ecological. *Journal of Applied Social Psychology*, 36(6), 1548-1568. doi: 10.1111/j.0021-9029.2006.00071.x
- Williams, R., Royston, J., y Hagen, B. (2005). Gambling and Problem Gambling Within Forensic Populations: A Review of the Literature. *Criminal Justice and Behavior*, 32(6), 665-689. doi: 10.1177/0093854805279947
- Winbush, N. Y., Gross, C. R., y Kreitzer, M. J. (2007). The effects of mindfulness-based stress reduction on sleep disturbance: A systematic review. *Explore*, 3(6), 585-91. doi:10.1016/j.explore.2007.08.003
- Winters, K.C., Stinchfield, R.D., y Fulkerson. J. (1993). Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale. *Journal of Gambling Studies*, 9(1), 63-84. doi: 10.1007/BF01019925
- Witkiewitz, K., y Bowen, S. (2010). Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 362-74. doi: 10.1037/a0019172.
- Witkiewitz, K., Lustyk, M.K., y Bowen, S. (2013). Retraining the addicted brain: a review of hypothesized neurobiological mechanisms of mindfulness-based relapse prevention. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(2), 351-65. doi: 10.1037/a0029258.
- Wong, N. (1989). Theories of personality and psychopathology. En H. I. Kaplan y B. J. Sadock (coords.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (5th edition) (pp. 356-402). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Wood, R., y Williams, R. (2007). Problem Gambling on the Internet: Implications for Internet Gambling Policy in North America. *New Media & Society*, 9, 520-542. doi: 10.1177/1461444807076987.
- Yakut, E., Bayar, B., Meriç, A., Bayar, K., y Yakut, Y. (2003). Reliability and validity of reverse visual analog scale (right to left) in different intensity of pain. *Maney online*, 15(1) 1-6. doi: 10.1163/156856903321196429
- Yalom, I. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th edition.). New York: Basic Books.
- Yela, J.R., y Gómez, M.A. (2006). *Principios y aplicaciones del condicionamiento y aprendizaje*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca.
- Yeoman, T., y Griffiths, M. (1996). Adolescent machine gambling and crime. *Journal of adolescence* 19(1), 99- 104. doi.org/10.1006/jado.1996.0009.
- Zimmerman M., Breen R. B., y Posternak, M.A. (2002). An open-label study of citalopram in the treatment of pathological gambling. *Journal Clinic Psychiatry*, 63(1), 44-8. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11838625>

- Zion, M.M., Tracy, E. y Abell, N. (1991). Examining the relationship between spousal involvement in Gam-Anom and relapse behaviors in pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 7, 117-131. doi: 10.1007/BF01014527
- Zuckerman, M. (1984). Sensation Seeking: A comparative approach to a human trait. *Behavioral and Brain Sciences*, 7(3), 413-471. doi: 10.1017/S0140525X00018938.
- Zuckerman, M. (1990). The psychophysiology of sensation seeking: *Journal of Personality*, 58(1), 313-345. doi: 10.1111/j.1467-6494.1990.tb00918.x
- Zuckerman, M (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. Nueva York: Press Syndicate of the University of Cambridge.

13. ANEXOS

Anexo 1

Programa de Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena

MODIFICACIÓN DE LA PROPUESTA DE TRATAMIENTO

(Basada en Cormier, 2012)

Organización

duración: 5'

Se presenta la información básica sobre la organización: horarios, tiempos de descanso, localización de las utilidades necesarias, tales como botiquín, aseos, etc. También se comentarán los siguientes puntos:

1. La duración del programa es de ocho semanas, con dos horas por sesión, respetándose estrictamente las horas de inicio y fin de las mismas.
2. Se estimulará la participación de los miembros en cuanto a compartir sus experiencias, realizar preguntas para solucionar dudas y apoyar a los demás miembros del grupo.
3. Se atenderá a breves presentaciones, se participará en actividades de aprendizaje, de cambio de roles y debates, se realizarán ejercicios durante el transcurso de las sesiones y, además, se realizarán ejercicios de práctica en casa.

SESIÓN 1: PRESENTACIÓN DEL GRUPO

DURACIÓN: 2 horas.

OBJETIVOS DE LA SESIÓN 1:

1. Presentaciones breves.
2. Ruptura del hielo.
3. Ayudar a comprender a los miembros que el grupo es un lugar respetable y seguro donde compartir y aprender.
4. Establecimiento de las metas del grupo.
5. Incrementar la consciencia y la confianza entre los miembros del grupo.
6. Primer contacto con la atención plena.
7. Aprender a respirar y utilizar la respiración como ancla para permanecer en el presente.

EJERCICIOS DE LA SESIÓN 1:

1. Establecimiento de los objetivos, metas, agenda, horario y directrices del grupo.
2. Actividad para romper el hielo: presentación y expectativas.
3. Ejercicio de toma de consciencia.
4. Aprender a respirar: respiración diafragmática (anexo 1.1)
4. Ejercicio de Respiración atenta (ver anexo 1.8).

Materiales:

1. Campana (*Mindfulness Bell*)
2. Pizarra y rotuladores.

3. CDs.

4. Hoja de seguimiento de la práctica diaria.

Presentaciones breves

duración: 15'

Se presenta la actividad con la explicación de su propósito. Se pedirá que los miembros digan su nombre y comenten algo que les interese (*ie.* un hobby, un programa de televisión, una actividad al aire libre...).

Ruptura del hielo

duración: 30'

La actividad se presenta comentando que su propósito, es que los miembros se conozcan y compartan sus experiencias, independientemente de sus diferencias, para así reducir la vergüenza y la estigmatización asociadas al juego patológico (5').

Se les pedirá a los miembros que escriban algo sobre su problema que les avergüence reconocer. Se distribuirán papeles en los que escribir esta experiencia de manera anónima y se depositarán en una caja. Después, cada miembro del grupo se presentará y leerá una de los papeles al resto (20').

Intercambio de Opiniones (5'): se preguntará a los miembros cómo ha sido afrontar esta actividad, haber escuchado de lo que otra gente se avergüenza y haber descubierto que otras personas tienen problemas similares a pesar de las posibles diferencias.

Aprender a respirar

duración: 5'

Explicación de la importancia de la respiración y de cómo realizar la respiración diafragmática. Se les reparte una hoja con las pautas de la respiración diafragmática, para que se la lleven a casa.

Breve enfoque en la respiración

duración: 5'

Práctica en la que se pide a los miembros del grupo que cierren los ojos, adquieran una postura recta, aunque cómoda, y se centren en su respiración, ya sea en cómo el aire entra y sale por las fosas nasales, o en como sube y baja el vientre. Se les guía, para que lleven la atención a su propia respiración durante 5 minutos, de manera

que empiecen a practicar el permanecer en el momento presente.

Pausa

duración: 10'

Ejercicio de toma de consciencia

duración: 25'

Objetivo: incrementar la toma de consciencia de los miembros para con el espacio del grupo y quién está con ellos, así como con los sentimientos y pensamientos que se tienen en esos momentos por estar en el grupo. Los miembros se encuentran en una fase de grupo en la que es necesario establecer confianza entre ellos y en la que los miedos y las inseguridades todavía son frecuentes.

Guión: *Ahora que hemos vuelto del descanso, me gustaría que dedicarais un momento a percibir el espacio en el que nos encontramos y a quién está con nosotros. Prestad atención a los pensamientos o emociones que estéis teniendo en estos momentos y absorberlos ya sean buenos, malos o neutrales. Vamos a tomarnos unos minutos a discutir vuestras sensaciones. ¿Qué sentís aquí y ahora? (15')*

Nota: es conveniente leer este discurso con un tono de voz normal y despacio. También se debe asegurar que todos los miembros tienen la oportunidad de compartir su experiencia actual si el grupo está tranquilo.

Intercambio de opiniones: ¿Cómo han encontrado este ejercicio? ¿Cómo ha sido atender a las sensaciones que se tienen aquí y ahora? ¿Cómo ha sido escuchar las sensaciones de otros miembros? (10')

Comprobación

duración: 10'

Se debe pedir a los miembros que describan cómo ha sido esta primera sesión para ellos. Si el grupo está tranquilo, se debe realizar una ronda completa en la que los miembros describirán con una palabra como se sienten con el grupo. Y también que indiquen como ha ido el ejercicio de respiración atenta (breve enfoque en la respiración).

Cierre de la Sesión

duración: 5'

Se resumirá lo comentado y sucedido en la primera sesión y se adelantarán los contenidos, ejercicios, etc. de la sesión 2.

Tareas para casa

duración: 5'

Respiración atenta durante 10 minutos al menos 6 días a la semana con ayuda del CD (pista 3). Explicación de la tarea y entrega del autorregistro u hoja de seguimiento de la práctica diaria (ver anexo 1.2).

SESIÓN 2: ¿QUÉ ES EL JUEGO PATOLÓGICO?

DURACIÓN: 2 horas.

OBJETIVOS DE LA LECCIÓN 2:

1. Definir el problema de juego patológico.
2. Explicar las fases del proceso de adicción al juego y los factores predisponentes y mantenedores de la conducta de juego.
3. Debatir los estadios o fases del cambio.
4. Profundizar en el conocimiento y comprensión que tienen los miembros del proceso de recuperación.
5. Seguir aumentando la confianza y la seguridad de los miembros del grupo.
6. Continuar con el aprendizaje de las habilidades *mindfulness*: “estar atentos a la respiración, al momento presente”.

EJERCICIOS DE LA SESIÓN 2:

1. Actividad de refuerzo de equipo: “pasado, presente y futuro”.
2. Características de la ludopatía.
3. Fases de adicción al juego.
4. Estadios del cambio.
5. El proceso de recuperación.
6. Enfoque en la respiración o respiración atenta.

MATERIALES:

1. Campana (*Mindfulness Bell*).
2. Pizarra y rotuladores.

3. CDs.
4. Hoja de seguimiento de la práctica diaria.
5. “Pasado, presente y futuro” (ver anexo 1.3).
6. Características del juego patológico (ver anexo 1.4)
7. Fases de la adicción al juego (ver anexo 1.5)
8. Estadios del cambio (ver anexo 1.6)
9. Señales de recuperación (ver anexo 1.7)

Presentación de la Sesión 2

duración: 15'

Recapitulación de la sesión 1 (2’).

Revisar los objetivos, la agenda y el horario de la sesión 2 (3’). Se deben tener los objetivos y el horario listos en la pizarra antes de comenzar.

Registro de opiniones (5’): se les pedirá a los miembros que describan cómo se sienten en esos momentos con una sola palabra.

Revisión de la tarea para casa: Preguntar a los miembros del grupo, acerca de las dificultades que han encontrado en la realización de la práctica, así como otros elementos en relación con la misma (observaciones, comentarios...) (5’).

Actividad de refuerzo de equipo

duración: 15'

Actividad en la que se utilizará el material de apoyo “Pasado, presente y futuro” (ver anexo 1.3) (10’).

Intercambio de opiniones (5’): Se preguntará a los miembros del grupo qué les ha parecido la actividad.

Características del Juego Patológico

duración: 15'

Se repasará el material de apoyo “Características del juego patológico” (ver anexo 1.4). Se pedirán voluntarios para la lectura del mismo (5’).

Se les pedirá a los miembros del grupo qué características identifican y por qué (5').

Intercambio de opiniones (5'): se preguntará a los miembros sobre su parecer al discutir las características del juego patológico.

Fases de la adicción al juego **duración: 15'**

Se repasará el material de apoyo “Fases de la adicción al juego y recuperación” (ver anexo 1.5). Se pedirán voluntarios para la lectura del mismo (5').

Los miembros del grupo se autoasignarán una posición dentro de las fases de la adicción al juego y comentarán sus resultados con el resto (5').

Intercambio de opiniones (5'): Se debe preguntar a los miembros qué ha supuesto para ellos discutir sobre las fases de la adicción al juego.

Pausa **duración: 10'**

Estadios del cambio **duración: 15'**

Se repasará el material de apoyo “Estadios del cambio” (ver anexo 1.6) (5').

Se pedirá a los miembros del grupo que se autoasignen una posición en los diversos estadios del cambio y que comenten sus resultados con el resto (5').

Intercambio de opiniones (5'): Se preguntará a los miembros del grupo qué les ha parecido debatir los estadios del cambio en el juego patológico.

El proceso de recuperación **duración: 15'**

Se repasará el material de apoyo “¿En qué punto de mi adicción estoy?” y “Señales del proceso de recuperación” (ver anexo 1.7) (5').

Se pedirá a los miembros que sopesen en qué punto de su adicción o de la recuperación se encuentran. Se debe comentar que es totalmente normal que los miembros estén en diferentes niveles de recuperación (5').

Intercambio de opiniones (5'): se les pedirá a los miembros que discutan qué

ha supuesto este ejercicio para ellos.

Breve enfoque en la respiración

duración: 10'

Práctica en la que se pide a los miembros del grupo que cierren los ojos, adquieran una postura recta, aunque cómoda, y se centren en su respiración, ya sea en cómo el aire entra y sale por las fosas nasales, o en como sube y baja el vientre. Se les guía, para que lleven toda la atención a su propia respiración durante 10 minutos, de manera que continúen practicando el permanecer en el momento presente.

Comprobación

duración: 5'

Se les preguntará a los miembros del grupo cómo ha ido la sesión para ellos. Si el grupo está tranquilo, se les pedirá a todos que describan con un adjetivo cómo se sienten con el grupo.

Cierre de la Sesión

duración: 5'

Se repasará lo aprendido en esta sesión y se adelantarán los contenidos de la siguiente. Se deben recordar a los miembros del grupo la fecha, el lugar y la hora de la próxima sesión.

Tarea para casa: Respiración atenta durante 10 minutos al menos 6 días a la semana con ayuda del CD (pista 3). Explicación de la tarea y entrega del autorregistro u hoja de seguimiento de la práctica diaria (ver anexo 1.2).

LECCIÓN 3: INTRODUCCIÓN AL *MINDFULNESS*

DURACIÓN: 2 horas.

OBJETIVOS DE LA LECCIÓN 3:

1. Mostrar los beneficios del *Mindfulness* a los miembros del grupo.
2. Incrementar la sensibilidad con esta técnica mediante la realización de varios ejercicios específicos.
3. Exposición (en imaginación) de los miembros del grupo a situaciones que desencadenan la conducta de juego y a resistir el impulso de jugar.

EJERCICIOS DE LA LECCIÓN 3:

1. ¿Qué es el *Mindfulness*?
 - *Mindfulness* en la vida cotidiana
2. Bases del *Mindfulness* y sus obstáculos.
3. Ejercicios de *Mindfulness*:
 - b. Alimentación (ejercicio de la uva pasa)
 - c. Exploración corporal.
 - d. Surfear los impulsos.
 - e. Meditación de la montaña.

MATERIALES:

1. Campana (*Mindfulness Bell*)
2. Pizarra y rotuladores.
3. CDs.
4. Hoja de seguimiento de la práctica diaria

5. Esterilla o manta.
6. Introducción al *Mindfulness* (ver anexo 1.8).
7. Bases del *Mindfulness* (ver anexo 1.9).
8. *Mindfulness* y respiración (ver anexo 1.8).
9. Ejercicio de la uva pasa (ver anexo 1.10)
10. Ejercicio de surfear los impulsos (ver anexo 1.11)
11. Meditación de la montaña (ver anexo 1.12).

Presentación de la sesión 3

duración: 15'

Recapitulación de la sesión 2. (3')

Revisar los objetivos, la agenda y el horario de la sesión 3 (2'). Se deben tener los objetivos y el horario listos en la pizarra antes de comenzar.

Registro de opiniones (2'): se le pedirá a los miembros que describan cómo se sienten en esos momentos con una sola palabra.

Revisión de la tarea para casa (5'): Preguntar a los miembros del grupo, acerca de las dificultades que han encontrado en la realización de la práctica, así como otros elementos en relación con la misma (observaciones, comentarios...) (5').

¿Qué es el *Mindfulness*?

duración: 15'

Se revisará el material “Introducción al *Mindfulness*” (ver anexo 1.8) y se pedirán voluntarios para su lectura (5').

Utilidades del *mindfulness* en los comportamientos adictivos (como el juego patológico) (5').

Intercambio de opiniones (5'): Se les preguntará a los miembros cuáles son sus pensamientos acerca del *Mindfulness* y su utilidad en el problema del juego.

Bases del *Mindfulness*

duración: 10'

Ya que algunos clientes pueden tener prejuicios acerca de lo que el *Mindfulness* supone y lo tachen de técnica inadecuada, explicar en qué se basa y cómo puede resultar una táctica de actuación adecuada ayudará a despejar muchas dudas (Kocovsqui et al., 2009). Se debe revisar el material “Bases del *Mindfulness*” con el grupo (ver anexo 1.9).

Además de lo anterior, se deben comentar las principales reticencias que existen a la hora de adoptar estrategias basadas en el *Mindfulness*. Los retos más comunes a los que deben enfrentarse los miembros pueden ser:

1. Deseo: querer que las cosas cambien de inmediato.
2. Aversión: resistirse a la experiencia presente.
3. Pereza: no enfrentarse a las emociones y pensamientos dolorosos.
4. Inquietud: distraerse y perderse en un mar de emociones.
5. Duda: sucumbir a sentimientos de miedo y desesperanza (McKay, Wood y Brantley, 2007).
6. Compromiso la duración: se deben modificar los ejercicios en función de la persona para hacer el programa más llevadero (por ejemplo, hacer cinco minutos de meditación en lugar de quince cada día alterno).

Intercambio de opiniones (5’): se preguntará a los miembros del grupo que describan cuáles pueden ser, para cada uno, los principales obstáculos a la hora de integrarse en el programa.

Pausa

duración: 10'

Ejercicios de *Mindfulness*

duración: 45'

a. Alimentación ejercicio de la uva pasa (10’):

Se repartirán uvas pasas a todos los miembros (hay que asegurarse de que nadie sea alérgico a las mismas, en cuyo caso, habrá que proporcionar algún sustitutivo como pequeñas gominolas), y se guiará a los miembros a través de un ejercicio en el

que aprenderán a comer con atención plena (ver anexo 1.10).

Intercambio de opiniones (5’): se preguntará a los miembros qué les pareció el ejercicio.

Se presentarán estos ejercicios señalando que su práctica ayudará a los miembros del grupo a aumentar su toma de conciencia con la experiencia y a recordarles porqué es importante seguir realizándolos (aludir a las bases del *Mindfulness*). Se debe asegurar que el orden en el que se explican estos ejercicios sea el correcto, porque suponen una progresión gradual en el aprendizaje, de los más sencillos a los más complejos.

b. Ejercicio de exploración corporal (15’)

El terapeuta guía una exploración corporal breve de 15 minutos. El objetivo de este ejercicio es que la persona se sitúe en el momento presente, sin intentar cambiar nada.

Para realizar el ejercicio, los miembros del grupo deberán tumbarse en el suelo (encima de una manta o esterilla), cerrar los ojos (si esto les resulta cómodo) y escuchar las instrucciones del terapeuta, el cual va a guiar a los miembros para que aprendan a prestar atención a las distintas partes de su cuerpo.

Intercambio de opiniones (5’): se preguntará a los miembros que describan cómo sienten su cuerpo y qué les ha parecido el ejercicio.

c. Ejercicio de surfear los impulsos (15’)

Este ejercicio está diseñado para transformar la relación con las vivencias de deseo o el impulso al “consumo de sustancias” o de “jugar” y que pueden ir desde una actitud de miedo o resistencia a otra de “estar con” de una manera más curiosa y amable. El ejercicio invita a los participantes a explorar su experiencia de deseo con más matices, observando primero las sensaciones físicas así como los pensamientos e impulsos, hasta llegar a desmontar una experiencia , con frecuencia irresistible y que, por regla general provoca sentimientos de derrota o miedo o intentos de controlar esa experiencia (ver anexo 1.11).

El propósito de la metáfora de surfear los impulsos es comunicar la posibilidad de observar los impulsos y deseos sin tener que obedecerlos ni luchar contra ellos. Esta práctica no sólo revela la naturaleza inestable del deseo sino que, también incrementa la confianza de los participantes en su capacidad de experimentar malestar mientras siguen presentes, con determinación. (Bowen, Chawla y Marlatt, 2013).

d. Meditación de la montaña (5')

Este ejercicio de meditación, es una práctica estabilizadora y, se realiza porque el ejercicio anterior “surfear los impulsos”, puede hacer surgir emociones y vivencias complicadas a los miembros del grupo. Está basada en un ejercicio de Bowen, Cahwla y Marlatt (2013), los cuáles a su vez se basan en una práctica utilizada por Jon Kabat-Zinn (1994).

Se trata de que los miembros visualicen una montaña e imaginen sus cualidades de estabilidad, fuerza y dignidad, e incorporen las mismas como propias, experimentando una sensación de aplomo y solidez, incluso ante situaciones y estados internos de carácter inestable (ver anexo 1.12).

Intercambio de opiniones (5'): se preguntará a los miembros que describan cómo se han sentido al realizar la práctica de “surfear los impulsos” y la “meditación de la montaña”.

Comprobación

duración: 3'

Se preguntará a los miembros cómo ha sido la sesión para ellos. Si el grupo está tranquilo, se hará una ronda en la que todos describirán en una palabra cómo se sienten con el grupo.

Cierre de la Sesión

duración: 5'

Se resumirán los contenidos de esta sesión y se adelantarán los de la siguiente. Se debe recordar al grupo la fecha, lugar y hora de la próxima reunión.

Asignación de tareas: practicar la exploración corporal 6 veces por semana durante 20 minutos (modificar según necesidades específicas). Y realizar una actividad diaria con atención plena. Recordar al grupo que pueden recurrir a sus materiales de

apoyo si necesitan recordar algún ejercicio. (CD: pista 4 y recursos escritos). Entrega del autorregistro u hoja de seguimiento de la práctica diaria (ver anexo 1.2).

SESIÓN 4: INTRODUCCIÓN AL *MINDFULNESS* (CONTINUACIÓN)

DURACIÓN: 2 horas.

OBJETIVOS DE LA SESIÓN 4:

1. Mostrar los beneficios del *Mindfulness* a los miembros del grupo.
2. Incrementar la sensibilidad con esta técnica mediante la realización de varios ejercicios específicos.
3. Exposición en imaginación para aprender a resistir los impulsos de jugar.

EJERCICIOS DE LA LECCIÓN 4:

Ejercicios de *Mindfulness* (continuación):

- a. Meditación auditiva y visual.
- b. Ejercicios de estiramientos.
- c. Caminar atentamente.
- d. Surfear los impulsos
- e. Meditación de la montaña.

MATERIALES:

1. Campana (*Mindfulness Bell*).
2. Pizarra y rotuladores.
3. CDs.
4. Hoja de seguimiento de la práctica diaria (ver anexo 1.2).
5. Ejercicios visuales (ver anexo 1.13).
6. Ejercicios de estiramientos o yoga (ver anexo 1.14).

7. Caminar atentamente (ver anexo 1.15).

Presentación de la sesión 4 **duración: 15'**

Recapitulación de la sesión 3 (3').

Revisar los objetivos, la agenda y el horario de la Sesión 4 (2'). Se deben tener los objetivos y el horario listos en la pizarra antes de comenzar.

Registro de opiniones (5'): se les pedirá a los miembros que describan cómo se sienten en esos momentos con una sola palabra.

Revisión de la práctica (5'): ver que observaciones, comentarios o dificultades se han encontrado durante la semana en la realización de la práctica formal e informal (atención plena en la vida diaria).

Meditación auditiva y visual **duración: 30'**

1. Meditación visual (15'):

Guión: *Echad un vistazo a vuestro alrededor y concentraos en lo que veis. Prestad atención a los detalles: el color, la textura y todo lo demás. Mirad lo que está en frente, lo que está a cada lado, arriba y abajo, encima o debajo de vosotros. ¿Qué es lo que veis ahora?* (ver anexo 1.13).

Intercambio de opiniones (5'): se debatirá lo que los miembros del grupo han visto durante el ejercicio.

2. Meditación auditiva (15'):

Se necesita reproducir algún tipo de música que incluya sonidos de numerosos instrumentos. Se les pedirá a los miembros que le presten especial atención a los diferentes sonidos que escuchen.

Intercambio de opiniones (5'): se debatirán los sonidos escuchados por los participantes y qué ha representado para ellos realizar esta actividad.

Pausa **duración: 10'**

Surfear los impulsos

duración: 15'

Ejercicio explicado en la sesión anterior (Ver sesión 3 o anexo 1.11).

Meditación de la montaña

duración: 5'

Ejercicio explicado en la sesión anterior (Ver sesión 3 o anexo 1.12).

Ejercicios de estiramientos o yoga

duración: 25'

Se pedirá a los voluntarios que lleven una manta o esterilla y ropa cómoda para poder realizar los ejercicios de estiramientos.

Ejercicio de estiramientos (ver anexo 1.14): Se realizaran diferentes ejercicios de estiramientos, para aprender a practicar *mindfulness* en movimiento, la meta no es alcanzar ninguna postura concreta, ni la relajación y estiramiento de los músculos sino el “estar atentos” al cuerpo, como una forma de permanecer en el presente “aquí y ahora”.

Intercambio de opiniones (5’): ¿qué les ha parecido la práctica? ¿Cuáles han sido las reacciones de los miembros durante la meditación o en lo concerniente a la misma? Se explorarán las reacciones de los miembros.

Caminar atentamente

duración: 5'

Se pedirá a los miembros que caminen por la habitación despacio y prestando atención al cuerpo mientras lo hacen. Se instruye al grupo a través de unas indicaciones iniciales y después se les permite que practiquen por sí mismos el resto del tiempo (ver anexo 1.15).

La idea consiste en que los participantes experimenten el simple hecho de caminar, frente al caminar dirigido a ir a alguna parte.

Intercambio de opiniones (5’): ¿qué les ha parecido la práctica? ¿Cuáles han sido las reacciones de los miembros durante la meditación o en lo concerniente a la misma? Se explorarán las reacciones de los miembros.

Comprobación

duración: 5'

Se preguntará a los miembros cómo ha sido la sesión para ellos. Si el grupo está tranquilo, se hará una ronda en la que todos describirán en una palabra cómo se sienten con el grupo.

Cierre de la Sesión

duración: 10'

Se resumirán los contenidos de esta sesión y se adelantarán los de la siguiente. Se debe recordar al grupo la fecha, lugar y hora de la próxima reunión.

Asignación de tareas: practicar uno de los ejercicios aprendidos hoy 6 veces por semana durante al menos quince o veinte minutos (modificar según necesidades específicas). Recordar al grupo que pueden recurrir a sus materiales de apoyo (CDs y recursos escritos) si necesitan recordar algún ejercicio. Registro de la práctica u hoja de seguimiento (ver anexo 1.2).

SESIÓN 5: INTRODUCCIÓN A LA TERAPIA COGNITIVA

DURACIÓN: 2 horas.

OBJETIVOS DE LA SESIÓN 5:

1. Reconocer el ciclo del juego patológico y presentar cómo interrumpirlo.
2. Enseñar al grupo cómo identificar distorsiones cognitivas respecto al juego de azar y reestructurarlas.
3. Exposición en imaginación para aprender a resistir los impulsos de jugar.

EJERCICIOS DE LA SESIÓN 5:

1. ¿Qué es la terapia cognitiva?
2. Recordatorio del ciclo del juego.
3. Reconocimiento de creencias disfuncionales asociadas al juego.
4. Reconstrucción de creencias disfuncionales asociadas al juego.
5. Ejercicio de surfear los impulsos.

MATERIALES:

1. Campana (*Mindfulness Bell*).
2. Pizarra y rotuladores.
3. CDs.
4. Hoja de seguimiento de la práctica diaria (ver anexo 1.2).
5. El ciclo del juego (ver anexo 1.16).
6. Distorsiones cognitivas relacionadas con el juego (ver anexo 1.17).
7. Registro de pensamientos (ver anexo 1.18).

Presentación de la sesión 5

duración: 15'

Recapitulación de la sesión 4 (3').

Revisar los objetivos, la agenda y el horario de la sesión 5 (2'). Se deben tener los objetivos y el horario listos en la pizarra antes de comenzar.

Registro de opiniones (5'): se les pedirá a los miembros que describan cómo se sienten en esos momentos con una sola palabra.

Revisión de la tarea para casa (5'): se dedicará un tiempo a las observaciones y dificultades que hayan podido surgir en la práctica durante la semana.

¿Qué es la terapia cognitiva?

duración: 15'

1. Terapia Cognitiva (5')

Involucra intervenciones y ejercicios que han sido diseñados para ayudar a cambiar el comportamiento y las emociones mediante la reconstrucción de creencias erróneas o infundadas. La Terapia Cognitiva se centra en el análisis del presente y no requiere pensar en el pasado en busca de respuestas (Corey, 2009).

Se explicará el modelo ABC.

2. Fundamentos de la Terapia Cognitiva (5')

La terapia cognitiva implica el reconocimiento de creencias disfuncionales relacionadas con la adicción al juego y reemplazarlas por otras más realistas. Con estas nuevas perspectivas, la gente tiende menos a jugar y apostar.

Se revisará el material “El ciclo del juego” (ver anexo 1.16), para que los miembros relacionen en qué medida la Terapia Cognitiva es capaz de detener este ciclo.

Intercambio de opiniones (5'): se debatirá sobre la perspectiva del ciclo del juego que tienen los participantes y qué ha representado para ellos realizar esta actividad.

Reconocimiento de distorsiones cognitivas **duración: 20'**

Se presentará la actividad explicando la importancia del reconocimiento de distorsiones cognitivas que desembocan en problemas de juego (ver anexo 1.17) (5').

Se leerán en grupo las distorsiones cognitivas relacionadas con el juego y se pedirá a los participantes del grupo que señalen cuales de ellas presentan.

Intercambio de opiniones (5'): Se les pedirá después que comenten lo aprendido durante el ejercicio.

Pausa **duración: 10'**

Reconstrucción de creencias irracionales **duración: 30'**

Se presentará el ejercicio comentando la necesidad de modificar los pensamientos y creencias disfuncionales relacionados con la juego, una vez han sido reconocidos. Los miembros del grupo no solo deben saber cuál es la meta, sino cómo llegar hasta ella (5').

Se revisará el material sobre el registro de creencias disfuncionales (ver anexo 1.18) con el grupo y se les pedirá que escriban cuáles son su pensamientos erróneos más habituales. Después, se les encargará que los reemplacen por otros más realistas (10').

Intercambio de opiniones (5'): se pedirá a los miembros que compartan con el grupo qué pensamientos registraron y por cuáles los reemplazaron, así como qué han aprendido realizando esta actividad y cómo se sienten.

Ejercicio de surfear los impulsos **15'**

Ejercicio explicado en la sesión 3 (ver anexo 1.11).₂

Meditación de la montaña **5'**

Ejercicio explicado en la sesión 3 (ver anexo 1.12).₂

Comprobación

duración: 5'

Se preguntará a los miembros cómo ha sido la sesión para ellos. Si el grupo está tranquilo, se hará una ronda en la que todos describirán en una palabra cómo se sienten con el grupo.

Cierre de la Sesión

duración: 5'

Se resumirán los contenidos de esta sesión y se adelantarán los de la siguiente. Se debe recordar al grupo la fecha, lugar y hora de la próxima reunión.

Asignación de tareas: registrar y reconstruir pensamientos irracionales referentes al juego en el Registro de Pensamientos y practicar meditación sedente (atención a la respiración) y caminando durante la semana (al menos 6 días) durante 20 minutos.

LECCIÓN 6: VER LOS PENSAMIENTOS COMO PENSAMIENTOS Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS (Libro: Prevención de recaídas en conductas adictivas basada en Mindfulness: Guía Clínica. Bowen, Chawla y Marlatt, 2013).

DURACIÓN: 2 HORAS

OBJETIVOS DE LA LECCIÓN 6:

1. Reducir el grado de identificación con los pensamientos y reconocer que no tenemos que creérnoslos ciegamente ni tratar de controlarlos.
2. Discutir el ciclo de recaídas y el papel de los pensamientos en el mantenimiento de este ciclo.
3. Distinguir entre recaída y caída o desliz.
4. Realizar “Exposición en imaginación” para aprender a resistir los impulsos de jugar.
5. Conocer y realizar una forma de meditación que ayude a responder de forma adaptativa en situaciones difíciles.

EJERCICIOS DE LA LECCIÓN 6:

1. Meditación sentados: pensamientos
2. Pensamientos y recaída
3. El ciclo de las recaídas
4. Surfear los impulsos
5. Zona SOBRIA para respirar

MATERIALES:

1. Campana
2. Pizarra y marcadores

3.CDs

4. Hoja de trabajo: el ciclo de las recaídas (ver anexo 1.19).

5. Ver los pensamientos como pensamientos (ver anexo 1.20).

6. Zona sobria para respirar (Ver anexo 1.21).

7.Hoja de seguimiento de la práctica diaria (ver anexo 1.2).

Presentación de la Lección 6 **duración: 15'**

Meditación sentados: pensamientos **duración: 25'**

Recapitulación de la Lección (3').

Revisar los objetivos, la agenda y el horario de la Lección 6 (2'). Se deben tener los objetivos y el horario listos en el rotafolios antes de comenzar.

Registro de opiniones (5'): se les pedirá a los miembros que describan cómo se sienten en esos momentos con una sola palabra.

Revisión de las tareas para casa (5'): dificultades con el autorregistro y con la práctica.

Se pide a los participantes que hagan de sus pensamientos el objetivo central de su consciencia, yendo más allá del contenido de los pensamientos y observando la naturaleza del propio pensar. En la presente sesión, practicamos el reconocer la presencia de “pensar” como otro fenómeno más que está teniendo lugar en el momento presente (ver apéndice 6.1) Observar y etiquetar los pensamientos: en esta sesión de meditación sentados, se les presenta a los participantes el empleo de metáforas y de la imaginación guiada como una ayuda para la práctica de hacerse consciente de los pensamientos que surgen y pasan por la mente. (15')

Intercambio de opiniones (10'): los participantes comparten sus experiencias y comentan el empleo de metáforas y etiquetas como recurso para la observación de los pensamientos. También sugerimos una variedad de nuevas metáforas.

Pensamientos y recaídas

duración: 15

Pedimos a los participantes que definan los pensamientos y les preguntamos si los pensamientos son verdad o no, reforzando lo aprendido en la sesión anterior. Y normalmente esto lleva al reconocimiento de que los pensamientos son simplemente ideas, recuerdos, imágenes, etc, que surgen en la mente de un momento a otro y que pueden reflejar o no la realidad. Utilizamos el empleo de metáforas y ejemplos para la mejor comprensión de los miembros del grupo.

Pausa

duración: 10'

El ciclo de las recaídas

duración: 20'

Se pide a los participantes que faciliten algún ejemplo de acontecimientos que hubieran servido como desencadenantes del juego, o que potencialmente pudieran serlo. Elegimos un ejemplo tomado del grupo ilustrándolo en el encerado junto con el modelo básico del ciclo de recaídas. Se pide a los participantes que rompan la cadena de acontecimientos identificando los pensamientos iniciales que se les puedan haber venido a la mente al encontrarse en la situación desencadenante, así como cualquier reacción emocional o sensación que puedan haber experimentado. Se les pide que sigan el acontecimiento hasta el punto del desliz o de la recaída total, o alternativamente, que señalen en el ciclo en qué punto podían haber retrocedido para responder de una manera distinta.

Todo ello mientras se mantiene en el centro de la discusión la idea de que los pensamientos desempeñan un papel importante en cada punto del ciclo de recaídas y que el hecho de detenerse a observar los propios pensamientos, estados emocionales y reacciones físicas puede brindarnos la oportunidad de salir del ciclo y elegir una respuesta más adecuada. (25')

Intercambio de opiniones (5'): se pedirá al grupo que comente su impresión acerca de la actividad.

Surfear los impulsos

duración:15'

Ejercicio explicado en la sesión 3 (ver anexo 1.11).

Zona SOBRIA para respirar

duración: 10'

Explicación de la práctica 5'.

Dado que los participantes a menudo experimentan fuertes reacciones tras una conversación como la mantenida en el ejercicio anterior y el ejercicio de surfear la emoción puede ser muy adecuado terminar con una zona SOBRIA para respirar como una oportunidad de observar las propias reacciones, pensamientos y emociones y de reconectar con el presente. Se hace hincapié en los pensamientos que surjan (ver anexo 1.21)

Puesta en práctica de la zona SOBRIA (5').

Se trata de un ejercicio breve y sencillo, en el se enseña a los participantes el significado del acrónimo “SOBRIA” para que recuerden los pasos que deben realizar en el ejercicio:

1. **Stop** y salir del “piloto automático”.
2. **Observa** lo que esta sucediendo en el momento presente.
3. **Respirar** centrando la atención en la respiración.
4. **Incrementar** la consciencia hasta incluir una sensación del cuerpo como un todo.
5. **Aplicar** una respuesta consciente, dándote cuenta de todas las opciones que tienes ante ésta situación.

Comprobación

duración: 5'

Se preguntará a los miembros cómo ha sido la sesión para ellos. Si el grupo está tranquilo, se hará una ronda en la que todos describirán en una palabra cómo se sienten con el grupo.

Cierre de la Sesión

duración: 5'

Se resumirán los contenidos de esta sesión y se adelantarán los de la siguiente. Se debe recordar al grupo la fecha, lugar y hora de la próxima reunión.

Asignación de tareas: los miembros del grupo deberán escoger una selección de prácticas que se le han ofrecido a lo largo de estas semanas y que las practiquen de 10 a 20 minutos (puede ser una combinación de las prácticas). Y se les sugiere que continúen practicando la zona SOBRIA para respirar como parte de su vida cotidiana, especialmente en situaciones en las que se vean sobrepasados o sientan que están actuando reactivamente. Deben registrarlos en su hoja de seguimiento (ver anexo 1.2).

LECCIÓN 7: PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

DURACIÓN: 2 horas.

OBJETIVOS DE LA LECCIÓN 6:

1. Enseñar tácticas para prevenir la recaída en el juego patológico.
2. Conseguir que los miembros se familiaricen con las señales de alarma y los detonantes específicos de la recaída (Vallejo y Amaro, 2009).
3. Crear un plan de prevención de recaídas con los miembros del grupo que tenga en cuenta sus propias señales de alarma y detonantes específicos.

EJERCICIOS DE LA LECCIÓN 6:

1. Caminar atentamente.
2. Identificación de señales de alarma de recaída.
3. Creación de un plan de actuación.
4. Práctica de comportamiento.
5. Zona SOBRIA para respirar en situaciones difíciles

MATERIALES:

1. Campana
2. Pizarra y marcadores
3. CDS
4. Hoja de seguimiento de la práctica diaria (ver anexo 1.2).
5. Señales de alarma (ver anexo 1.22).
6. Señales de recuperación (ver anexo 1.7).

Presentación de la Lección 6

duración: 15'

Recapitulación de la lección 5 (3').

Revisar los objetivos, la agenda y el horario de la lección 6 (2'). Se deben tener los objetivos y el horario listos en el rotafolios antes de comenzar.

Registro de opiniones (5'): se les pedirá a los miembros que describan cómo se sienten en esos momentos con una sola palabra.

Revisión de las tareas para casa (5'): ver que observaciones, comentarios o dificultades se han encontrado durante la semana en la realización de la práctica formal e informal (atención plena en la vida diaria).

Caminar atentamente

duración: 10'

Este ejercicio aparece explicado en la sesión 4 (ver anexo 1.15).

Identificación de las señales de recaída

duración: 20'

Se debe presentar la actividad comentando que la finalidad de la misma es identificar las señales de aviso de recaída antes de que suceda. Las recaídas pueden ocurrir incluso antes de que una conducta de juego tenga lugar. Revisar el material “Señales de alarma” (ver anexo 1.22) (5').

Se les pedirá a los miembros que registren en su manual sus propias señales de alarma y qué hacen ellos para minimizar los riesgos (5').

Una vez que hayan terminado de escribir, se les pedirá que compartan una de sus señales de aviso y que diseñen un plan de actuación en grupo (5').

Intercambio de opiniones (5'): se debatirán los planes de los participantes y qué ha representado para ellos realizar esta actividad.

Pausa

duración:10'

Creación de un plan de actuación

duración: 30'

1. Se repasará el material “Señales de la recuperación en el juego patológico” (ver anexo 1.7) y se preguntará a los miembros qué señales tienen y cuáles necesitan incorporar en su plan de recuperación (10’).

2. Se debe comenzar esta actividad contando que el propósito de la misma es simular situaciones o detonantes asociados a la ludopatía (15’).

En el rotafolio se escribirán las siguientes tareas para los asistentes:

- Enumera cinco desencadenantes (*ie.* aburrimiento, soledad, estrés...).
- ¿Cómo se pueden superar?
- Enumera al menos cinco personas que te puedan ayudar personalmente en tu recuperación y, al menos otras cinco, que puedan hacerlo profesionalmente.
- ¿Con qué reemplazarías el juego (*ie.* hobbies, hábitos de vida saludable, actividades...)?

Los miembros se agruparán en parejas para resolver estas tareas. Uno de ellos escribirá las respuestas y el otro las presentará al resto del grupo después. Dispondrán de quince minutos para esta parte del ejercicio. Se debe pasar a revisar la labor de los grupos regularmente e ir avisando del tiempo del que disponen.

Una vez que los miembros del grupo hayan completado sus respuestas, se les pedirá que las presenten al resto del grupo. Deben estar de pie a la hora de la presentación.

Intercambio de opiniones (5’): se pedirá al grupo que comente su impresión acerca de la actividad.

Práctica de comportamiento

duración: 15'

La finalidad de este ejercicio es practicar la conducta a seguir a la hora de enfrentarse con situaciones desencadenantes de la conducta ludópata.

El grupo se separará en parejas y cada una escogerá una situación desencadenante de la conducta de juego. Una vez que la hayan seleccionado y preparado, la representarán delante de los demás. Por ejemplo, una posible situación desencadenante puede ser una riña marital: los miembros deberán interpretar cómo comportarse apropiadamente en esta situación (10').

Intercambio de opiniones (5'): los miembros del grupo debatirán su percepción de la actividad.

Zona SOBRIA para respirar en situaciones difíciles **duración 5'**

Dado que los participantes a menudo experimentan fuertes reacciones tras una conversación como la mantenida en el ejercicio anterior puede ser muy adecuado terminar con una zona SOBRIA para respirar como una oportunidad de observar las propias reacciones, pensamientos y emociones y de reconectar con el presente (ver anexo 1.21)

Comprobación **duración: 5'**

Se preguntará a los miembros cómo ha sido la sesión para ellos. Si el grupo está tranquilo, se hará una ronda en la que todos describirán en una palabra cómo se sienten con el grupo.

Cierre de la Sesión **duración: 5'**

Se resumirán los contenidos de esta sesión y se adelantarán los de la siguiente. Se debe recordar al grupo la fecha, lugar y hora de la próxima reunión.

Asignación de tareas: los miembros del grupo deberán poner en práctica al menos uno de los puntos de su plan de recuperación. Además deben practicar ejercicios de *mindfulness* (practica formal) durante 20 minutos y realizar una actividad con atención plena en la vida diaria, así como emplear la zona SOBRIA en aquellas situaciones que lo requieran.

LECCIÓN 8: CIERRE

DURACIÓN: 2 horas.

OBJETIVOS DE LA LECCIÓN 8:

1. Reflexionar lo aprendido durante el programa.
2. Reforzar y generalizar el aprendizaje de cara a la vida diaria.
3. Superar los sentimientos de separación y de finalización.
4. Trabajar para superar las tareas inconclusas.
5. Cultivar la Atención Plena.

EJERCICIOS DE LA LECCIÓN 8:

1. Exploración corporal
2. Reflexiones sobre el curso: feedback
3. Objetos-recordatorio.
4. Valoración del Programa de TCBAP (anexo 1.23).

MATERIALES:

1. Campana
2. CD
3. Pizarra y rotuladores
4. Lista de recursos
5. Piedras-recordatorio.
6. Hoja de evaluación del programa (ver anexo 1.23).

Presentación de la Lección 8

duración: 15'

Recapitulación de la Lección 7 (3').

Revisar los objetivos, la agenda y el horario de la Lección 8 (2'). Se deben tener los objetivos y el horario listos en el rotafolios antes de comenzar.

Registro de opiniones (5'): se les pedirá a los miembros que describan cómo se sienten en esos momentos con una sola palabra.

Revisión de las tareas para casa (5'): Preguntar a los miembros del grupo, acerca de las dificultades que han encontrado en la realización de la práctica, así como otros elementos en relación con la misma (observaciones, comentarios...).

Exploración corporal

duración:20'

Exploración corporal (15').

Intercambio de opiniones (5'): Revisión de la práctica, los miembros del grupo comentan qué les ha parecido ésta, que dificultades han encontrado...

Meditación caminando

duración:5'

Registro de opiniones: como se han sentido durante la realización de la exploración corporal y la meditación caminando.

Cierre del grupo de proceso

duración: 30'

Se debatirán los siguientes puntos para ayudar al cierre del grupo (20'):

1. ¿Cuáles son tus miedos en lo que respecta a implementar tu aprendizaje?
2. ¿Cómo te sientes ahora que se acerca el momento de afrontar la separación y conclusión?
3. ¿Qué tareas quedan pendientes de realizar?
4. Da una oportunidad a los demás para tener un *feedback* positivo.
5. Recordatorio sobre la confidencialidad.

Intercambio de opiniones (10’): los miembros comentarán cómo sienten la clausura del grupo.

Pausa **duración: 10’**

Objetos-recordatorio **duración: 15’**

En esta sesión final se utilizará un pequeño objeto simbólico, como una piedra, que actuará a modo de recordatorio de todo aquello que han aprendido los asistentes durante el transcurso del programa. La sesión finalizará con un breve ejercicio de meditación en el que el recordatorio simbólico será analizado (Barnhofer y Crane, 2009).

Se les darán a los asistentes todas las piedras para que puedan escoger aquella que más les guste. Se les pedirá a continuación que atiendan a las características de la piedra que tienen en la mano, su textura, su peso, su color y otros detalles, así como las sensaciones y pensamientos que tienen al hacer esto (5’).

Intercambio de opiniones (10’): se les preguntará a los miembros del grupo por lo que han sentido al prestarle atención al objeto y en cómo lo utilizarán como recordatorio de su aprendizaje.

Comprobación **duración:10’**

Se preguntará a los miembros cómo ha sido la sesión para ellos y si quieren decir o compartir algo más con el grupo, puesto que se trata de la última sesión.

Cierre de la Sesión **duración: 5’**

Se resumirán los contenidos de esta sesión y se incidirá en la importancia de mantener la práctica de mindfulness.

Asignación de tareas: realizar al menos 3 días a la semana práctica formal y al menos 5 días atención plena en el día a día (practica informal).

Evaluación del Programa

duración: 5'

Se pasará un cuestionario anónimo de evaluación (ver anexo 1.23) a cada miembro y se les darán instrucciones para completarlo y se les dirá dónde colocarlo una vez acabado.

Anexo 1.1

Respiración diafragmática

(Pastor y Sevilla, 2012)

El entrenamiento es muy sencillo. Siéntate cómodamente y pon tus manos sobre el vientre. Inspira suave y lentamente por la nariz (3-4 segundos), nota como se llenan tus pulmones y como tu estómago y abdominales se hinchan, empujando tus manos hacia fuera. Mantén el aire dentro (2-3 segundos) y expira muy lentamente por la boca (4-5 segundos) hasta eliminar completamente el aire de tus pulmones. Nota como tus manos se mueven. Repite el ciclo 5 veces, descansa unos minutos y realiza 5 ciclos de inspiración- expiración más.

Practica dos veces todos los días.

Anexo 1.2

Hoja de seguimiento de la práctica diaria

Modelo 1

Fecha	Tiempo de Práctica con CD:	Atención Plena de actividades diarias. ¿Qué actividad realizaste?	Observaciones y comentarios sobre la práctica

Modelo 2

Fecha	Tiempo de Práctica con CD:	Atención Plena de actividades diarias. ¿Qué actividad realizaste?	Yoga o estiramientos y caminar atentamente. Indica el tipo de ejercicio y el tiempo de práctica.	Zona Sobria para respirar ¿En qué situación?	Observaciones y comentarios sobre la práctica

Anexo 1.3

PASADO, PRESENTE Y FUTURO

RAZÓN FUNDAMENTAL:

El propósito de esta actividad es aumentar el sentido de pertenencia entre los miembros del grupo y que puedan llegar a conocerse más compartiendo un aspecto de sus vidas.

OBJETIVOS:

El principal objetivo de la actividad no es que los miembros creen hermosas obras de arte (explicar a los miembros del grupo), pero si compartir un aspecto de su vida (pasado, presente o futuro) con otros miembros del grupo mediante una representación visual.

PROCEDIMIENTO:

Comenzando: Explicar el propósito de la actividad. Encomendamos a los Miembros que ilustren en papel, mediante la elaboración o la elección de una serie de revistas recortadas, una cosa acerca de su pasado, presente o futuro que les gustaría compartir con el grupo.

Actividad: Los miembros del grupo deben sentarse en las mesas (usar tablillas con sujetapapeles si las tablas no están disponibles) para trabajar de forma individual en la actividad. Distribuir materiales (ver suministros). Después de 5 minutos, los miembros del grupo deben volver a unirse al grupo para compartir su foto. Si el grupo es lo suficientemente grande, es posible que desee dividir el grupo en parejas.

Interrogar: Pida a cada miembro que comparta su foto con el grupo más grande. Dé cuenta de la actividad de los miembros del grupo. Una cuestión informativa para pedir a los miembros es, "¿Cómo fue para ti participar en esta actividad?"

NECESIDADES DE LA HABITACIÓN:

El cuarto debe ser lo suficientemente grande como para que los miembros puedan extenderse a trabajar en la actividad y tengan superficies de trabajo, como tablas (tablas de clip si las tablas no están disponibles) y sillas para sentarse. Asegúrese de que hay un reloj en la habitación para el tiempo de mantenimiento.

SUMINISTROS: Revistas, papel, pegamento / cinta, tijeras y marcadores y lápices de colores.

SINCRONIZACIÓN:

El Tiempo total necesario para la actividad es de 15 minutos: 5 minutos para la creación de imágenes, 5 minutos para la presentación de las imágenes, y 5 minutos de reunión sobre la actividad.

Cormier, A. (2011). *Team Building: Past, Present, or Future Activity*. Unpublished manuscript.

Anexo 1.4

CARACTERÍSTICAS DEL JUEGO PATOLÓGICO

	Si	Algo	
No			
. Pasaba largos periodos de tiempo jugando a juegos de azar. Eso dejaba poco tiempo para la familia, amigos y aficiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
. Cada vez hacía apuestas más grandes (apostaba más). Necesitaba realizar apuestas más grandes para obtener el mismo nivel de excitación que al principio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
. Volvía a jugar poco después de una pérdida para tratar de recuperar el dinero perdido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
. He tenido deudas como consecuencia del juego y he tenido que pedir prestado dinero a familiares y amigos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
. He fijado mis esperanzas en la GRAN VICTORIA, y creía que resolvería todos mis problemas financieros y de otro tipo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
. He hecho promesas de dejar mi conducta de juego en determinadas ocasiones y no he sido capaz de reducir o dejar de jugar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
. He mentido sobre lo que apostaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
. Si no podía jugar, me ponía ansioso, echaba de menos la emoción de la acción, y me ponía de mal genio, deprimido e inquieto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
. Presumía de mis ganancias y guardaba mis pérdidas en secreto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
. He faltado a ocasiones familiares especiales debido a mi adicción al juego. Ej: cumpleaños, navidades, actividades escolares...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
. Encontré lugares nuevos para jugar, cerca y lejos de casa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
. No tenía conocimiento del tiempo y el espacio cuando jugaba (perdía la noción del tiempo).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo 1.5

FASES DE LA ADICCIÓN AL JUEGO Y RECUPERACIÓN

Fase de ganancia: en esta fase se destacan las ganancias que origina el juego; Parece un hecho relevante que a un grupo importante de jugadores patológicos, en sus primeras aproximaciones al juego, les tocan premios. Esto unido a la baja cantidad económica de las apuestas, crea una expectativa de ganancia significativa. En este momento, las pérdidas son casi insignificantes y, sin embargo los premios constituyen un reforzador muy potente, no sólo en su aspecto económico, sino también porque se ven reforzadas las ideas o expectativas que pudiera tener una persona, a partir de esas ganancias (tengo “suerte, etc).

Fase de pérdida: En esta segunda fase se aumenta la cantidad económica brindada al juego, se le dedica tiempo y esfuerzo al estudio de las apuestas, es decir, a intentar “controlar” el juego. En esta fase, la persona no juega para ganar dinero sino para recuperar lo perdido. Es el momento en el que se suele ver obligado a confesar a su familia o amigos su problema con el juego.

Por tanto, en muchos casos el juego tiene la función de aliviar la disforia y la monotonía o le permite evadirse de los problemas, es decir, actúa como refuerzo negativo.

Fase de desesperación: Se trata de la fase en la que el juego alcanza gran intensidad, es decir, la persona sólo vive para jugar. Es más, el jugador, puede perder el trabajo, empeñar, vender o hipotecar sus bienes, falsificar cheques, mentir... ya que su único objetivo en la vida es jugar. En este punto, los problemas familiares pueden hacerse insostenibles, e incluso, puede tener problemas con la ley. Además a nivel tanto psicológico como fisiológico se encuentra desesperado y agotado. No se siente capaz de poder devolver el dinero prestado, robado... y todavía tiene la creencia de que el juego le puede permitir recuperar el dinero, cosa que hace que cada vez pierda más y más dinero, alejándose enormemente de la posibilidad de devolverlo.

Fase de desesperanza o abandono: En esta última fase, el jugador asume que nunca podrá dejar de jugar, ya que se ve impotente y como un individuo descontrolado. Por ello sólo vive para jugar, dado que haga lo que haga no va a poder detener su conducta de juego. En este momento, se ve a sí mismo como un enfermo incurable y acabado. El pronóstico, llegados a esta fase, es muy negativo.

Anexo 1.6

Estadios del cambio en conductas adictivas

- A) Estadio de *precontemplación*: en este estadio la persona no tiene ninguna conciencia de problema, es decir, no tiene intención de modificar su conducta adictiva. En este momento los “pros” de consumir o jugar superan a los “contras”.
- B) Estadio de *contemplación*: Se adquiere conciencia de problema y se considera abandonar la conducta adictiva, pero todavía no se ha desarrollado un compromiso firme de cambio. En este estadio, las personas son capaces de ver los “pros” de dejar de consumir o de jugar, pero éstos no son lo suficientemente fuertes.
- C) Estadio de *preparación o determinación*: Es el momento en que la persona lleva a cabo pequeños cambios en la conducta adictiva. Además, en este estadio los “pros” de dejar el consumo o el juego superan a los “contras.”
- D) Estadio de *actuación o acción*: Se realizan cambios evidentes y observables de la conducta adictiva. En este momento, la persona puede progresar al estadio de mantenimiento, o por el contrario, sufrir una recaída. Este estadio oscila entre uno y seis meses.
- E) Estadio de *mantenimiento del cambio*: Se trabaja para consolidar los cambios realizados durante el estadio de acción. Durante este estadio se maneja principalmente estrategias para prevenir posibles recaídas.

- **¿ En qué etapa está usted en la actualidad? ¿y cómo sabe que está en esa etapa?**
- **¿Cómo ha pasado de una etapa a otra?**
- **¿Qué pasos debe tomar para avanzar a la siguiente etapa?**

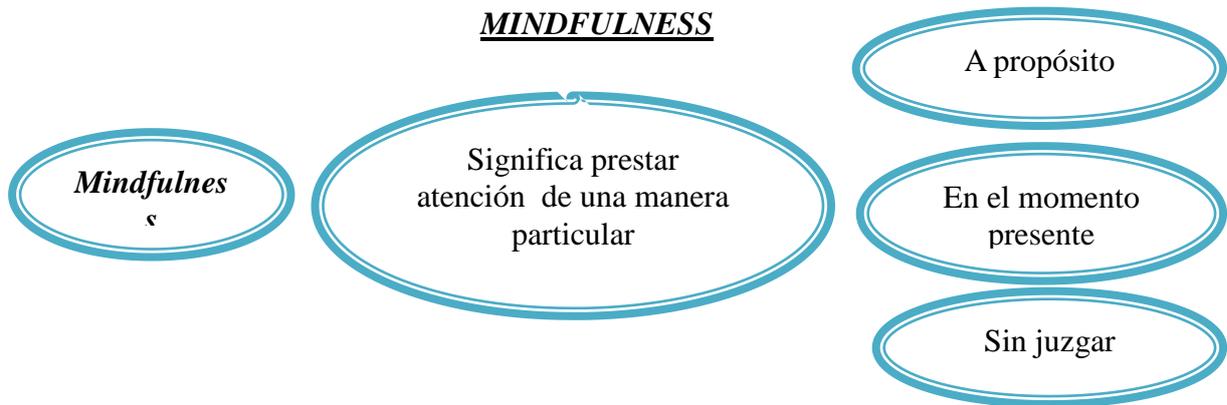
Anexo 1.7

LOS SIGNOS DE RECUPERACIÓN EN PROBLEMAS DE JUEGO

1. Admitir el problema
2. Reconocer cómo mi comportamiento afecta a otros
3. Volver a trabajar (si estoy desempleado a consecuencia del juego).
4. Establecer y mantener un presupuesto.
5. Tomar decisiones con respecto a quién manejará el dinero en la familia.
6. Expresar preocupación por la familia apropiadamente. Desarrollar empatía y sensibilidad.
7. Desarrollar herramientas de solución de problemas
8. Menos crisis
9. Establecer y mantener un plan de ahorro.
10. Aprender a expresar el enfado o la ira apropiadamente.
11. Aumentar la cercanía familiar.
12. Las cuestiones sobre juego aparecen con menos frecuencia.
13. Posees una alta autoestima y autoaceptación.
14. Toleras la tensión y te muestras dispuesto a llevar a cabo técnicas de reducción de estrés.
15. Desarrollas actividades de ocio apropiadas como sustitutas de la preocupación por el juego.

Anexo 1.8

MINDFULNESS



JON KABAT- ZINN

¿QUÉ ES EL MINDFULNESS?

Es una antigua práctica oriental, la cual es muy relevante para nuestras vidas hoy día. En Psicología y en medicina se utiliza para el tratamiento de muchos problemas tanto de índole física (infartos de miocardio, hipertensión, dolor crónico...) como psicológica (estrés, depresión, ansiedad, adicciones...). *Mindfulness* es un concepto muy simple, significa “prestar atención intencionadamente al momento presente, sin juzgar.

El *mindfulness* consiste en el cultivo de la consciencia de la mente y del cuerpo para aprender a vivir aquí y ahora.

La palabra *Mindfulness* no tiene una traducción exacta al español, pero se suele traducir como “Atención Plena”.

El *Mindfulness* no entra en conflicto con otras creencias o tradiciones, culturas o teorías científicas. Se trata simplemente de una manera práctica de notar los pensamientos, las sensaciones físicas, percibir los objetos o cosas, los sonidos y los olores de manera plena, ya que ninguno de nosotros solemos notarlos normalmente. Esta habilidad puede ser simple, pero es tan diferente a cómo solemos comportarnos habitualmente, que se necesita mucha práctica.

Podríamos salir al jardín y mirar alrededor, y podríamos pensar “el césped está muy alto, debo cortarlo, y tengo que recoger el huerto”. Un joven niño, por otro lado, llamaría muy emocionado y diría: “ eh!! Ven y mira estas hormigas”.

El *minfulness* puede ser simplemente, aprender a darnos cuenta o notar lo que normalmente no notamos, porque nuestras mentes están demasiado ocupadas en el pasado y en el futuro, pensando sobre lo que “tenemos que hacer” o “dónde tenemos que ir”, o bien pensando sobre “lo que hemos hecho”.

El *mindfulness* puede ser simplemente descrito como una forma de elegir y aprender a controlar nuestro foco de atención.

San Agustín ya dijo que: “Los hombres admiran las cumbres de las montañas, las vastas aguas de los mares, las anchas corrientes de los ríos, la extensión del océano y los giros de los astros, pero se olvidan de sí mismos”.

La mente es la creadora, por intermediación de la intención y el pensamiento, de nuestra felicidad y nuestra infelicidad.

Diferentes estudios, han demostrado que la práctica de *mindfulness*, ocasiona cambios en el cerebro, proporcionando una mayor concentración, tranquilidad, y bienestar (Davidson, 2003).

Una mayor conciencia proporcionará una percepción más realista, aumentará el estado de ánimo y mejorará la vitalidad y la forma de afrontamiento.

PILOTO AUTOMÁTICO

Cuando conducimos, podemos hacerlo durante kilómetros en “piloto automático”, sin ser conscientes realmente de lo que estamos haciendo. En este mismo sentido, podemos no estar realmente presentes, momento a momento, en nuestras vidas: A menudo podemos estar a miles de kilómetros sin darnos cuenta.

En piloto automático es más probable “tener nuestros botones presionados”: lo que sucede a nuestro alrededor, los pensamientos, sentimientos y sensaciones (de las cuales podemos ser sólo vagamente conscientes) pueden desencadenar los viejos hábitos de pensamiento que son a menudo inútiles y pueden conducir a un empeoramiento del

estado de ánimo.

Para llegar a ser más conscientes de nuestros pensamientos, sentimientos, y nuestras sensaciones corporales, momento a momento, podemos darnos a nosotros mismo la posibilidad de una mayor libertad y elección. No tenemos que volver a las “viejas rutinas mentales” que pueden haber causado nuestros problemas en el pasado.

ACTIVIDAD *MINDFULNESS* (PRÁCTICA DIARIA)

Si nosotros lavamos los platos cada tarde, podemos hacerlo en “piloto automático”: pensando en lo que tenemos que hacer después, o en lo que hemos hecho en el pasado, es decir, preocupándonos por eventos futuros, o arrepintiéndonos de acontecimientos pasados. De nuevo, un niño pequeño puede ver las cosas de manera diferente: “Escucha el sonido de las burbujas, ¡son muy divertidas!

Fregar u otra actividad rutinaria, puede llegar a ser una práctica o actividad *mindfulness* para nosotros. Podemos notar la temperatura del agua y como la sentimos en la piel, la textura de las burbujas en la piel, y sí, podemos oír como las burbujas hacen pop suavemente. El sonido del agua, al sacar e introducir los platos en ella, la suavidad de los platos y la textura de la esponja, así como el olor del jabón. Solo notando, lo que no solemos notar normalmente.

Un paseo con atención plena, puede traer consigo nuevos placeres. Caminar es algo que la mayoría de nosotros hacemos durante el día. Podemos practicar, incluso sólo durante un par de minutos, caminando atentamente. En lugar de estar “perdidos en nuestros contenidos mentales”, podemos mirar a nuestro alrededor y ser conscientes de lo que vemos, oímos y sentimos. Podemos notar las sensaciones en nuestro propio cuerpo, sólo a través del acto de caminar: notando las sensaciones y el movimiento de nuestros pies, piernas, brazos, cabeza, y como nuestro cuerpo da cada paso. Notando nuestra respiración. Los pensamientos continuarán entrando en nuestra mente, pero nosotros podemos únicamente notarlos y entonces traer nuestra atención de nuevo a nuestro caminar.

Cuanto más practicamos, tal vez (al menos inicialmente) nos daremos más cuenta de esos pensamientos intrusos, y eso está bien. El único objetivo de la actividad *mindfulness* es traer continuamente nuestra atención de nuevo a la actividad, notando

las sensaciones desde fuera y dentro de nosotros.

RESPIRACIÓN ATENTA

El enfoque principal del *mindfulness* es la atención a la respiración. Sin embargo, la principal meta es estar en calma, no juzgar y permitir que los pensamientos y sentimientos vengan y se vayan sin dejarnos atrapar por ellos. Esto crea la calma y la aceptación.

- Siéntate en un lugar confortable, con los ojos cerrados y tu columna recta (pero cómoda).
- Dirige tu atención a tu respiración.
- Cuando los sentimientos, emociones, las sensaciones físicas o los sonidos externos aparezcan, simplemente acéptalos, dándoles espacio para que vayan y vengan sin juzgar o intentar controlarlos.
- Cuando notes que tu atención se ha distraído y se está viendo atrapada por los pensamientos y sentimientos, simplemente nota que la atención se ha distraído, y entonces trae de nuevo amablemente la atención a la respiración.

Está bien y es natural que los pensamientos surjan, y que tu mente se deje llevar por ellos. No importa que algunas veces esto ocurra, sólo trae de nuevo la atención a tu respiración.

EJERCICIO DE RESPIRACIÓN 1:

Elige una postura cómoda, tumbado bocarriba o sentado. Si estás sentado, tu espalda debe mantener una postura recta pero cómoda, dejando tus hombros sueltos.

Cierra los ojos si te sientes cómodo. Y trae la atención a tu vientre, sintiendo como se expande suavemente cuando inspiras, y como se contrae o baja cuando expulsas el aire (exhalas).

Centra tu atención en la respiración, “estando con” cada inspiración y con cada exhalación, como si estuvieras subido en una ola, que es tu propia respiración.

Cada vez que tu notes que tu mente se ha alejado de la respiración, date cuenta del pensamiento que te distrajo y luego vuelve a traer tu atención de nuevo al vientre y a

la sensación de la respiración entrando y saliendo por las fosas nasales.

Si tu mente divaga miles de veces, alejándose de la respiración, entonces tu trabajo es simplemente es centrarte de nuevo en la respiración.

Practica este ejercicio durante 15 minutos todos los días, durante una semana y observa cómo te sientes al incluir este ejercicio de atención plena en tu vida. Se consciente de cómo te sientes y cómo gastas el tiempo durante el día, solo estando con tu respiración sin hacer nada.

EJERCICIO DE RESPIRACIÓN 2 (KABAT-ZINN, 1996)

- Presta atención a tu respiración en diferentes momentos durante el día, sintiendo como el vientre se expande y de contrae.
- Llega a ser consciente de tus pensamientos y sentimientos en esos momentos, sólo observándolos sin juzgarte.
- Al mismo tiempo, estate atento a cualquier cambio en la forma de ver las cosas y la forma de sentir en ti mismo.

USANDO *MINDFULNESS* PARA AFRONTAR EXPERIENCIAS NEGATIVAS

Practicando *mindfulness* o atención plena de la respiración, sensaciones corporales y en las actividades de la vida diaria, podemos aprender a ser conscientes de nuestros pensamientos y sentimientos, llegar a ser observadores y entonces, aceptarlos. Esto se traduce en menos sentimientos de angustia, e incrementa nuestra habilidad para disfrutar de nuestras vidas.

Con el *mindfulness*, incluso las sensaciones, sentimientos, pensamientos y experiencias más inquietantes, pueden ser vistas desde una perspectiva más amplia, como eventos pasajeros en nuestra mente, en lugar de cómo algo nuestro y necesariamente verdadero (Brantley, 2003).

Cuando practicamos más *mindfulness*, podemos usarlo incluso en momentos de gran angustia, para llegar a ser conscientes de la experiencia actual como observador, empleando la consciencia en la respiración y focalizando nuestra atención en la respiración, escuchando los pensamientos angustiosos atentamente, reconsiderándolos

como meramente pensamientos, respirando con ellos, permitiéndoles que ocurran sin creerlos o luchar contra ellos. Si pensamos que son demasiado fuertes, entonces podemos llevar nuestra atención a nuestra respiración, nuestro cuerpo o a los sonidos de nuestro alrededor.

Jon Kabat- Zinn usa el ejemplo de las “olas” para explicar el *mindfulness*.

Piensa que tu mente está surfeando un Océano. Hay siempre olas en el agua, a veces grandes, a veces pequeñas, a veces casi imperceptibles. Las olas son levantadas por el viento, el cual viene y varía en dirección e intensidad, justo como lo hacen los vientos de estrés y el cambio en nuestra vida, lo cuales remueven las olas en nuestra mente. Es posible encontrar refugio mientras el viento agita la mente.

“No puedes parar las olas, pero puedes aprender a surfearlas” (Kabat-
Zinn, 2004).

Anexo 1.9

JUSTIFICACIÓN MINDFULNESS

¿POR QUÉ MINDFULNESS?

<i>SIN MINDFULNESS</i>	<i>RESPUESTA MINDFULNESS</i>
<ul style="list-style-type: none"> -Juzgar. -Basado en opiniones. -Tomar los pensamientos como verdades. - Creer y comprometerse con los pensamientos -Atención al pasado y al futuro. -Evitar (situaciones, pensamientos Y emociones). -Lucha. -Piloto automático. -Estrés y dolor. - Niebla de pensamientos Perturbadores. -Comportamientos impulsivos, reactivos. -Abrumador, catastrófico. -Perdido en la reacción. 	<ul style="list-style-type: none"> -No juzgar, aceptación. -Basado en hechos. -Tomar los pensamientos como eventos mentales - Distanciarse y desengancharse de los pensamientos - Atención al momento presente - Enfoque en los pensamientos, sensaciones y emociones. -Dejar ir. - Centrado, atento. -Reducción de estrés y dolor -Pensamientos Claros y alerta. - Decisiones consideradas sabiamente. -Calmado, eficaz. -Conciencia clara.



Anexo 1.10

Ejercicio de la uva pasa

Se pasa una bandeja llena de pasas a los miembros del grupo y se les pide que cojan una y la pongan en la palma de su mano.

A continuación se les pide que hagan un esfuerzo de imaginación en el que son personas que acaban de llegar a un nuevo planeta y necesitan encontrar alimentos para subsistir. Entonces encuentran algo que es la primera vez que ven (la pasa) y deben comprobar si es comestible.

En este momento el instructor comienza a darles pautas de cómo investigar la pasa:

- Primero: deben observarla como si fuese la primera vez, fijarse en la forma (redonda, ovalada...), el color, la textura, etc.
- Segundo: deben llevarla al oído para comprobar si hace algún sonido al presionarla.
- Tercero: recomienda que la lleven a la nariz y digan a que huele.
- Cuarto: tienen que llevarla a los labios sin introducirla en la boca, notando el tacto.
- Quinto: la introducen en la boca sin masticarla, moviendo la lengua siendo conscientes de los movimientos.
- Sexto: le dan un mordisco siendo conscientes del sabor y las sensaciones en la boca.
- Séptimo: la mastican despacio, observando los movimientos que realizan al hacerlo.
- Octavo: Tragan la pasa, siendo conscientes de ello y se les dice que noten como cae en el estómago.

A continuación se les hace las siguientes preguntas:

¿Qué os ha parecido este ejercicio?

¿En que se diferencia de cómo coméis habitualmente?

¿Habéis observado algo distinto de cuando habías comido pasas otras veces?

¿Qué otras actividades hacéis con el piloto automático puesto además de comer?

Anexo 1.11

Surfear los impulsos

(Bowen, Chawla y Marlatt, 2013)

Se pide a los miembros del grupo que piensen en una situación que desencadenase una situación de juego en el pasado o, que imaginen una posible situación que pudiese llevar a una pérdida de control de sus impulsos en el futuro. Se advierte que no escojan algo que les suponga un reto insuperable, sobre todo en las primeras exposiciones.

Una vez que todos los miembros han elegido la situación, se les dan las siguientes instrucciones:

- Te vamos a pedir que te imagines que no te dejas llevar por el comportamiento reactivo.
- Te animamos a que permanezcas junto a cualquier cosa que surja con una actitud de gentileza y curiosidad.
- Si la escena elegida te resulta demasiado complicada en ese momento, debes elegir algo un poco menos complicado para empezar.
- Si la situación se vuelve insoportable, puedes abrir los ojos ligeramente para regresar al presente.

A continuación se guía a los miembros del grupo a través de la imaginación a que se expongan a la situación elegida, del siguiente modo:

Te invito a que cierres los ojos, pero los puedes dejar abiertos si prefieres, fijando la mirada en el suelo a unos centímetros de ti.

A continuación, llevamos la atención a nuestro cuerpo, notando como los glúteos y la espalda reposan en la silla. Nota como el aire entra por las fosas nasales y sale después de haber recorrido todo tu cuerpo. Ahora trae la situación que has elegido a tu mente, esa situación que te hizo comportarte de manera reactiva en el pasado o que podría ocasionar que te comportaras de ese modo en el futuro.

Recuerda que vas a tomar la decisión de no jugar ni incurrir en ningún comportamiento reactivo aunque la escena pueda incitarte a ello.

Tal vez, estés con una persona concreta o en un lugar concreto, tomáte unos segundos para imaginarte a ti mismo en esa situación que te lleva a comportarte de manera reactiva, y colócate justo en ese punto en el que te sientes impulsado a jugar o ha comportarte de manera reactiva, y detente ahí un instante. Observa la experiencia sin reaccionar automáticamente, explorándola con curiosidad.

Quizá notes que surge alguna emoción, algún pensamiento y determinadas sensaciones físicas ¿Qué es lo que notas en tu cuerpo? Observa que parte de esta experiencia te puede resultar intolerable: ¿Podrías mantenerte con ella y ser amble contigo mismo? Si en algún momento notas que la situación sobrepasa tus límites puedes retroceder un poco y centrarte en la respiración.

Recuerda que estamos decidiendo no obedecer a ningún impulso o deseo que surja. Estamos manteniéndonos con ellos y observando lo que ocurre en nuestro cuerpo, lo que pasa por nuestra mente, siendo conscientes de cómo se siente ese impulso o deseo, sin defendernos ni resistirnos. Explorándolo: ¿Qué necesitas realmente? ¿Identificas un anhelo de algo? Tal vez haya miedo, enfado, soledad, aburrimiento, tristeza, angustia u otra emoción. ¿Qué es lo que necesitas realmente en este momento? Permanece con esta incomodidad y observala de un modo amble.

Si el deseo o impulso se vuelve más fuerte, podrías imaginarlo como una ola del océano, imagina que te encuentras surfeando esa ola, utilizando la respiración para mantenerte firme sobre la tabla. Tu tarea es remontar la ola del deseo en el momento que empieza a formarse, a medida que crece, simplemente manteniéndote con ella, a través de su cresta de intensidad, manteniendo tu equilibrio mientras la ola sube y manteniéndote en la cima hasta que, de forma natural, comience a bajar.

Estás surfeando esta ola, no reaccionando al deseo siendo arrastrado por él. Sencillamente, observa, como el impulso o deseo sube y baja y, sin necesidad de acción alguna por tu parte, todas las olas del deseo, al igual que las del océano, suben y bajan y, por último se desvanecen.

Observa como eres capaz de, simplemente, estar presente con esa ola en lugar de reaccionar a ella inmediatamente. Acepta el deseo y permanece con él, sin obdecir al impulso, sin cumplirlo, sin tener que expulsarlo.

Ahora, cuando te veas preparádo, abandona el escenario que has imaginado. Léntamente devuelve tu atención a la sala, mueve un poco los brazos y las piernas para activarte y abre despacio los ojos.

Anexo 1.12

Meditación de la montaña

(Bowen, Chawla y Marlatt, 2013)

Siéntate con la columna erguida, en una postura cómoda que exprese dignidad, total presencia. Si te resulta cómodo, cierra los ojos, si no, deja que tu mirada se dirija a un lugar fijo a unos centímetros delante de ti, en el suelo.

Ahora vete llevando la atención hacia tu respiración, notando como el aire entra fresco por tus fosas nasales y, sale caliente después de haber recorrido tu cuerpo. Céntrate en el flujo de tu respiración. Poco a poco vas entrando en un estado de tranquilidad, sentado con un sentido de totalidad que se refleja en tu postura.

A continuación, cuando estés preparado, trae a tu mente la imagen de la montaña más agradable y hermosa que puedas imaginar. Céntrate en ella, permitiendo que la imagen se haga cada vez más clara. Observa su forma general: su elevada cumbre en el cielo, la amplia base asentada en la tierra y sus inclinadas laderas. Fíjate en lo sólida e inamovible que es. Observa su hermosura de cerca, su contorno y su forma. Tal vez tu montaña tenga nieve en la cumbre y árboles en las laderas, o quizá tenga varias cumbres. Sea como sea simplemente respira con la imagen de la montaña, observando sus cualidades.

Cuando estés preparado, lleva la montaña a tu cuerpo de manera que que se conviertan en uno. De esta forma, mientras permaneces aquí sentado, vas a convertirte en esa montaña: tu cabeza se convierte en la elevada cumbre, tus hombros y brazos en las laderas, tus glúteos y piernas en la sólida base asentada sobre tu silla. Experimenta como tu cuerpo se eleva desde la base de la montaña, a lo largo de tu columna vertebral. Con cada respiración conviértete más en una montaña que respira, resuelto en tu tranquilidad, siendo plenamente lo que eres, más allá de los pensamientos, una presencia centrada, enraizada, inalterable.

Mientras el sol sale y se pone cada día y, la luz, las sombras y los colores cambian momento a momento, la montaña, simplemente permanece. En la tranquilidad de la montaña, la noche sigue al día y el día a la noche, las estaciones pasan de una a

otra y el tiempo cambia de un momento a otro, de un día a otro. Pero la calma permanece a pesar de los cambios. En invierno, la montaña esta cubierta de nieve. En otoño, la montaña se viste de brillantes colores, en verano se observan menos colores. Cada estación hace cambiar la imagen de la montaña y sus visitantes puede que la encuentren hermosa o se decepcionen al verla. A pesar de todos los cambios que sufre, la montaña, simplemente, permanece. Sólida e inmutable. A veces visitada por devastadoras tormentas, la montaña permanece indiferente a lo que ocurre en la superficie.

Mientras mantienes esa imagen en tu mente, puede incorporar esa intranquilidad inmutable, esa solidez frente a todo cuanto cambia en nuestras vidas, durante segundos, horas, meses o años.

Todos experimentamos periodos de luz y oscuridad, violencia en el mundo exterior y en nuestras mentes, así como periodos de dolor o tristeza y de alegría. También nuestro aspecto cambia como lo hace el de la montaña tras la erosión.

Al convertirnos en la montaña, logramos sus cualidades de fortaleza y estabilidad. Nos ayuda a ver que nuestros pensamientos y emociones, nuestras preocupaciones, tormentas emocionales y crisis, todo aquello que nos ocurre, se parece al clima de la montaña. Tendemos a tomarnos estas cosas de forma personal pero como el clima, es impersonal. De este modo conocemos una sabiduría más profunda, en medio de las tormentas.

Continua observando la tranquilidad de la montaña hasta que escuches la campana y continuación mueve un poco los brazos y las piernas y trae tu atención a la sala, mientras abres los ojos despacio.

Anexo 1.13

Ejercicios visuales

MINDFULNESS VISUAL

GUIÓN DE EJERCICIOS *MINDFULNESS*

1. El visitante

Medio ambiente

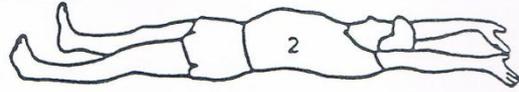
Sentado en silencio, empieza a notar cosas como si fueras un visitante a este lugar por primera vez. Al mirar a su alrededor, observe vistas, sonidos y olores, como si nunca hubieras visto, oído u olido antes. Puedes imaginar que eres un visitante de otra área o cultura, o de una especie diferente, o incluso planeta. Mira y escucha las cosas como si fuese por primera vez, desde una perspectiva completamente diferente. Pasa un poco de tiempo mirando, escuchando y observando.

2. Pensamientos y emociones

Entonces usted puede comenzar a notar, como visitante, los pensamientos y las imágenes, los sentimientos y las emociones que vienen y van, en este su nuevo cuerpo y mente. Usted es nuevo en este cuerpo y mente, y no hay expectativas de que usted reaccione a cualquier pensamiento, imagen o emoción - sólo puede darse cuenta de ellos, y no responder. Como visitante, se puede observar que no son más que palabras e imágenes, sensaciones y sentimientos. Simplemente los observa como lo haría un nuevo visitante de este cuerpo y mente. Palabras, imágenes, sensaciones y sentimientos: vienen y van, y eso está bien, porque eso es justamente lo que hace la mente humana. (<http://www.getselfhelp.co.uk/docs/TheVisitor.pdf>).

Anexo 1.14

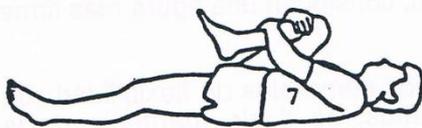
Ejercicios de estiramientos o yoga



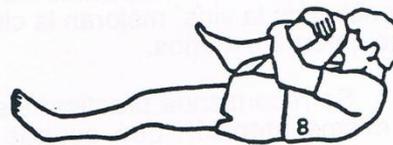
LA PARTE BAJA
DE LA ESPALDA
PRESIONANDO
SOBRE EL PISO



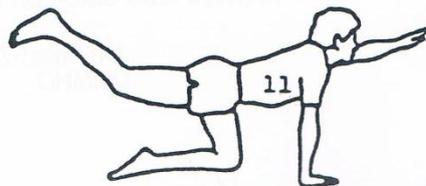
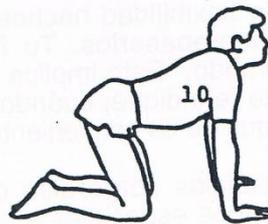
LA PARTE BAJA
DE LA ESPALDA
ARQUEADA



AMBOS LADOS

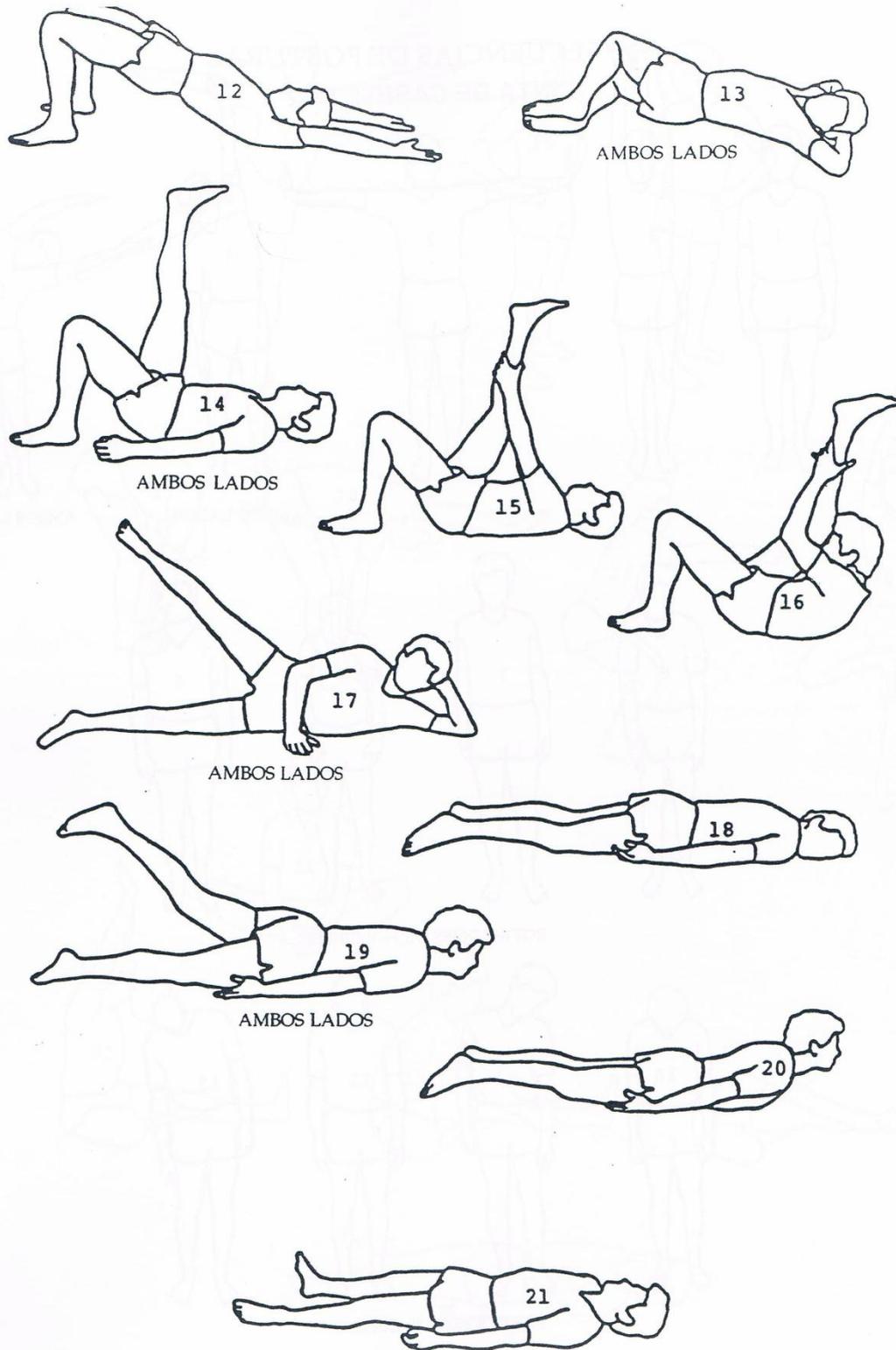


AMBOS LADOS

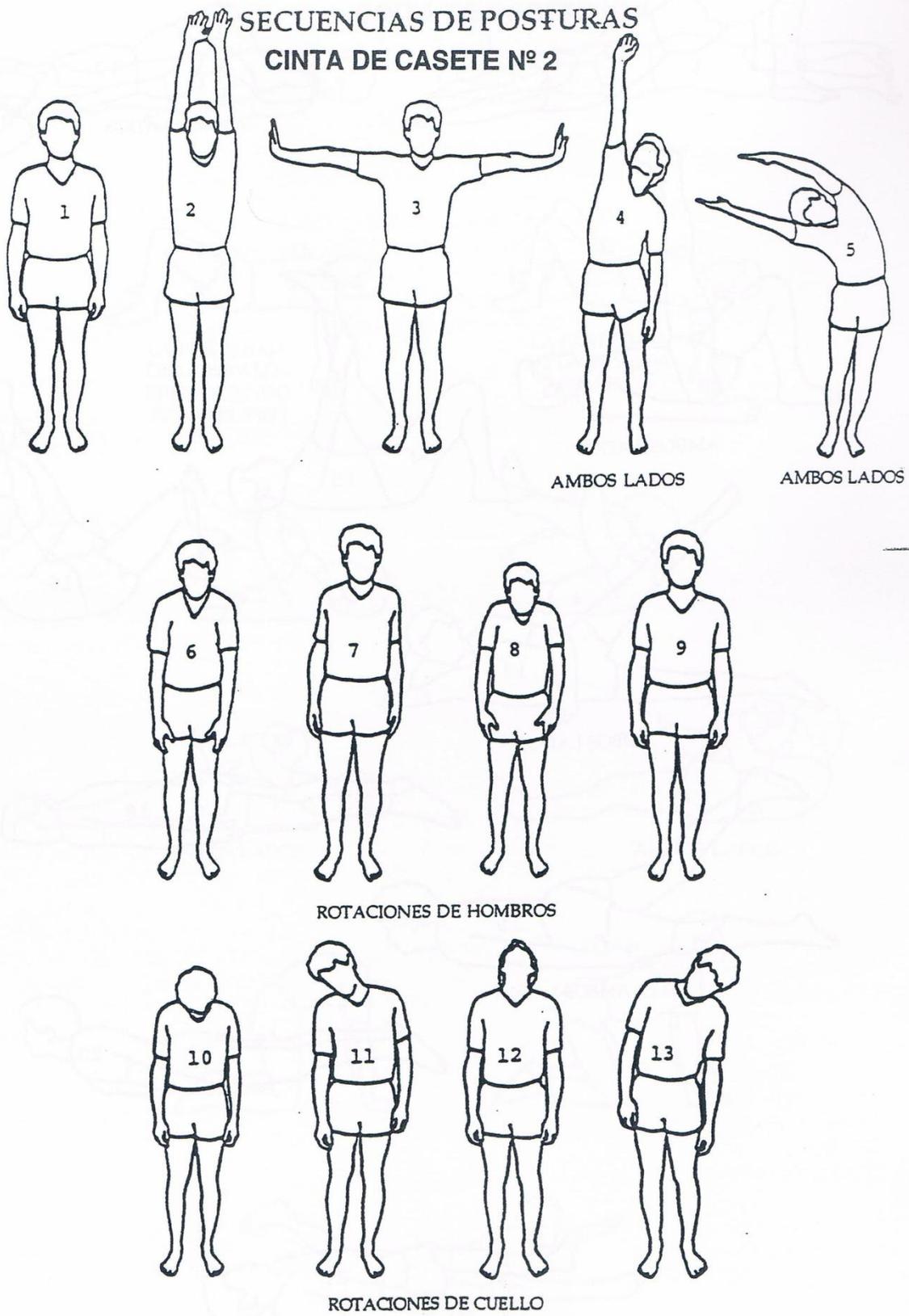


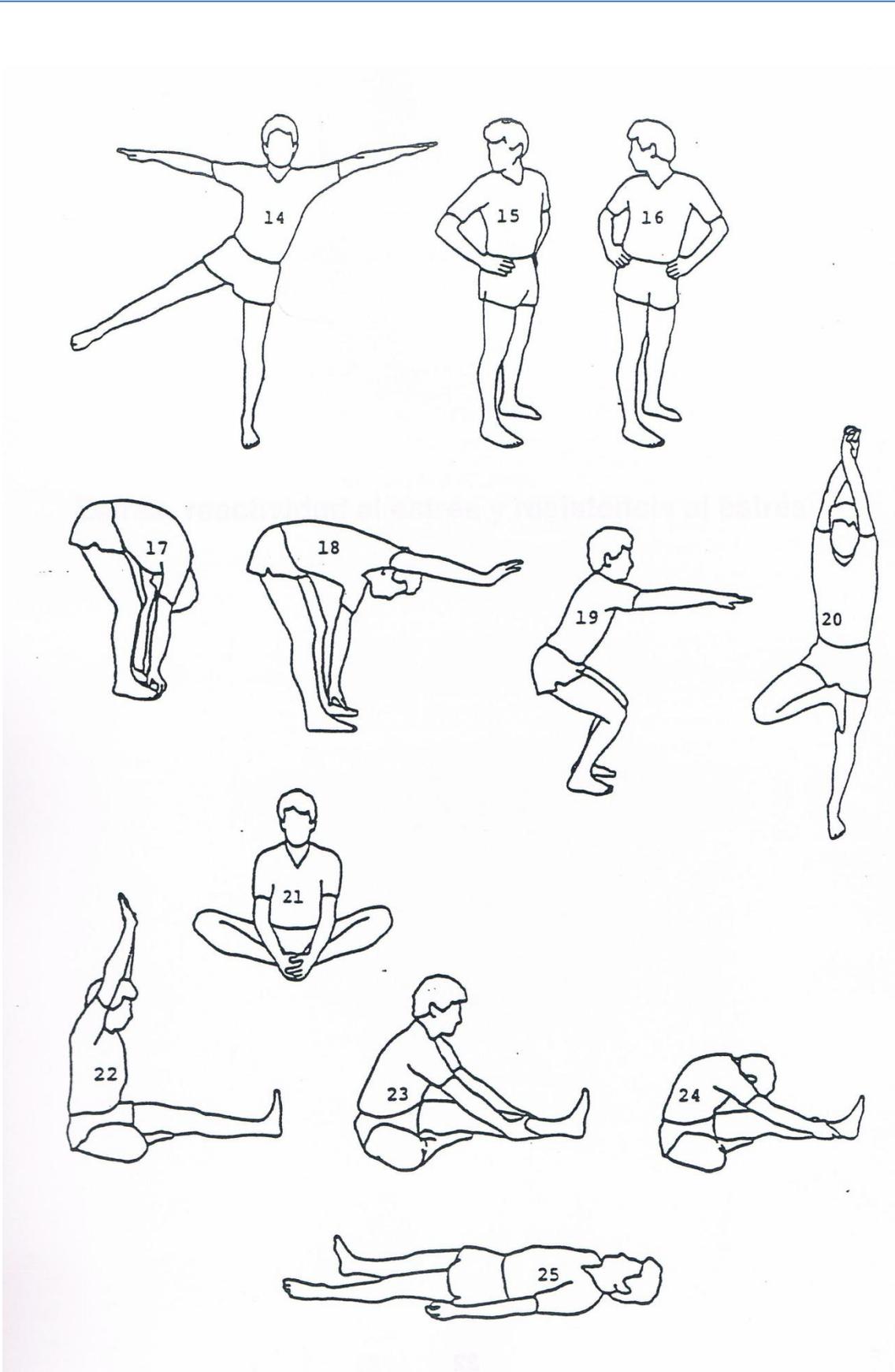
AMBOS LADOS

18



19





Anexo 1.15

Caminar atentamente

A continuación, levántate de la silla siendo consciente de todos los movimientos que realizas.

Ahora, lentamente, levanta el pie derecho del suelo, notando el contacto del pie izquierdo en el suelo y fijándote en el movimiento que realizas con la pierna derecha antes de apoyarla. Presta atención a como se mueven los músculos y como la pierna izquierda aguanta todo tu peso por un momento.

A continuación, observa como reposa el pie derecho de nuevo en el suelo y sientes un pequeño impulso de levantar el pie izquierdo, date cuenta de ello.

Hagamos ahora lo mismo con el pie izquierdo, levántalo del suelo muy despacio, siendo consciente de todos tus movimientos y, de cómo ahora tu pierna derecha aguanta tu peso y mantiene el equilibrio de tu cuerpo. A continuación apoyalo muy despacio en el suelo, dándote cuenta de ello.

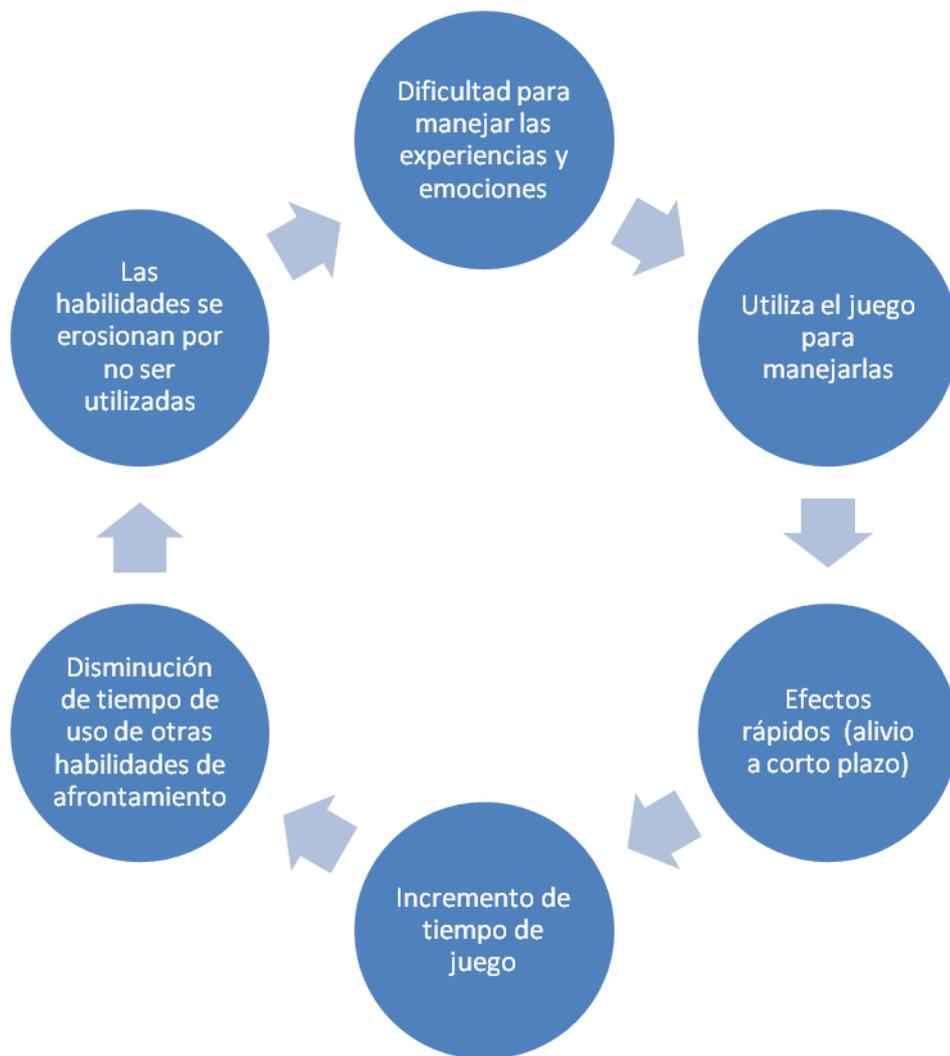
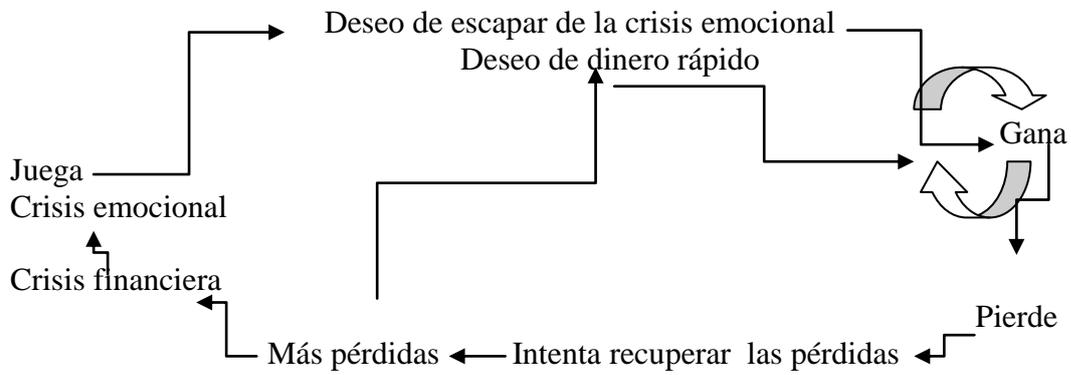
Vamos a ir caminando por la habitación despacio, siendo plenamente conscientes de nuestro caminar y de los movimientos de nuestro cuerpo.

Podríamos imaginar que vamos caminando por la playa y vamos dejando nuestra huella tras nosotros, fijándonos en el movimiento que realizan nuestros pies, piernas y brazos para dejar dicha huella.

Ahora, poco a poco devolvemos la atención a la sala.

Anexo 1.16

CICLO DEL JUEGO PATOLÓGICO



Hay un ciclo / patrón bien conocido y reconocible que se encuentra en problemas con el juego. Las personas con un problema de juego suelen experimentar las cosas que se describen en el ciclo. El ciclo del juego continuará hasta que se produzca un compromiso importante hacia el cambio.

Deseo de escapar de la crisis emocional

Para escapar de los estados emocionales dolorosos. Ejemplo: el resentimiento, la ira, el estrés, la ansiedad, el aburrimiento, la depresión, la soledad, la autocompasión, o cualquier otra sensación incómoda. Los jugadores problemáticos han optado por utilizar el juego como una estrategia de afrontamiento, como una forma de tratar con los estados emocionales desagradables.

El deseo de dinero rápido

Aparecen las esperanzas y creencias en "ganar" / de conseguir dinero rápido - una solución rápida y el deseo de jugar como una manera de resolver los problemas financieros. Piensan "Una gran victoria, ahora, va a resolver todos mis problemas", se basa en una falsa esperanza.

Prestan atención sólo a las victorias del pasado y no tienen en cuenta las pérdidas o posibles consecuencias negativas. Los triunfos anteriores refuerzan la idea de que el juego significa recompensa - no se fijan en los problemas. Lo que conduce a romper sus propios valores (negación, la mentira, el engaño, etc.)

La victoria (ganar)

Las grandes victorias se pueden utilizar para pagar las deudas, con el fin de liberar el crédito para un futuro juego, para permanecer en el juego. Cuantas más veces se apuesta menos se valoran las ganancias o el dinero. El dinero pierde su valor personal en el tiempo. Esto puede llevar a una persona a preocuparse menos por perder en el futuro: "No es más que dinero gratis, no importa si lo pierdo". Los jugadores patológicos arriesgan sus victorias por más juegos de azar: "Si he ganado esta, puedo ganar más" "Lo que he ganado no es suficiente, hay que tratar de ganar más "" Me siento mejor ahora, de hecho voy a jugar un poco más "

Recuperar las pérdidas

Cuando se pierde, los sentimientos de pánico y la desesperación pueden conducir a una persona a intentar recuperar lo que ha perdido. No acepta las pérdidas: posee el pensamiento de que, si continúa, recuperará su dinero de nuevo. La persona Cree que después de perder tanto dinero, seguramente la victoria está al caer.

Más pérdidas

Juega hasta que las pérdidas le han supuesto una deuda insoportable. Juega hasta que pierde todo su dinero. Desde que el juego provocó la pérdida en primer lugar, los juegos de azar crearán cada vez más pérdidas. Puede llevar a sentimientos de culpa y vergüenza. Puede provocar que se sienta aún peor que antes de jugar.

Crisis financiera

Estar en deuda adicional, crisis financiera: Acciones legales, posible pérdida de la casa y / o los bienes, sin dinero, debiendo dinero a cobradores de deudas, etc. siempre lleva consigo algún tipo de crisis emocional.

Crisis emocional

Los Sentimientos iniciales de decepción y abatimiento, esperanzas frustradas, etc. Llevan a un gran sentido de culpabilidad, remordimiento y sentimientos de impotencia y desesperanza. Se rompen las promesas que uno se hace a sí mismo y a otros, ya que se promete “que no va a suceder de nuevo” y eso lleva a la culpa y la vergüenza.

El daño a la autoestima crea la necesidad de una estrategia de afrontamiento, y la persona escapa de la crisis volviendo a jugar (recaída).

Anexo 1.17

Distorsiones cognitivas sobre el juego

- *Ilusión de control*: El jugador está convencido de que el resultado del juego no depende del azar, sino de su propia actuación. Piensa que determinadas tácticas le permitirán controlar el juego, y por tanto, ganar. Ciertas características de los juegos, como la presión para tomar decisiones (apretar botones en las máquinas recreativas con premio), colaboran en la creación de este sesgo cognitivo. Un ejemplo de estos juegos serían: la ruleta, las tragaperras.... Ya que la persona debe tomar decisiones constantemente.
- *Predicción de resultados*: La persona cree que es capaz de predecir el resultado del juego. Esta capacidad puede deberse a aspectos “mágicos” como una intuición, una sensación o acontecimiento especial, pero es más habitual que corresponda a aspectos más realistas y activos, como haber investigado el desarrollo del juego de azar (análisis de la frecuencia de los premios, etc.).
- *Azar como proceso autocorrectivo*: El jugador cree que el azar es un proceso que se corrige, es decir, se piensa que la probabilidad de que suceda un acontecimiento futuro aumenta cuanto mayor haya sido la aparición del acontecimiento contrario en las jugadas anteriores (por ejemplo, si al lanzar una moneda sale cruz, es más probable que la vez siguiente salga cara), en lugar de considerar que se trata de acontecimientos independientes. Otras modalidades de ésta distorsión, es cuando la persona cree que es más probable que aparezca el premio en la siguiente jugada, tras un gran número de jugadas sin ganar, o cuando piensa que se obtendrá un premio mayor cuanto más tiempo lleve sin salir.
- *Suerte como responsable de los resultados*: En este tipo de distorsión cognitiva, el concepto de “suerte” se juzga como un elemento que determina los resultados del juego. El jugador cree que goza de “suerte”, ya sea ésta de manera permanente o circunstancial, y que gracias a ésta, con independencia de las acciones que lleva a cabo durante el juego, sus posibilidades de ganar se ven aumentadas.

- *Sesgo de las explicaciones post hoc*: En este caso, la persona tras la realización de la jugada, interpreta lo ocurrido de tal forma que piensa que verdaderamente predijo el resultado, aunque éste vaya en contra de sus predicciones. Por tanto, si piensa que fue capaz de predecir los resultados negativos pasados, creará que también puede predecir los resultados futuros.
- *Atribución flexible*. El jugador tiende a atribuir los éxitos a las habilidades propias o factores personales y los fracasos a factores externos. El jugador cree que aunque a veces se interponen determinados eventos accidentales que le impiden conseguir el éxito, posee las habilidades necesarias para ganar en el juego, por lo que terminará ganando.
- *Perder por poco*: El jugador cree que ha estado “cerca” de ganar por la supuesta cercanía del resultado a su opción. Es decir, si en vez de tener el número premiado tiene un número próximo considera no que ha perdido, sino que “casi” ha ganado. Como si existiese diferencia entre perder por poco o por mucho. Este hecho, puede ampliarse hasta casi cualquier resultado (mi número comenzaba o acababa por la misma cifra, tiene las mismas cifras pero en distinto orden...), cosa que anima al jugador a pensar que lo que hace funciona y que cada vez se encuentra más cerca del premio.
- *Correlación ilusoria y Supersticiones*. Se piensa que algunas variables o eventos están relacionados, aunque realmente no existe tal relación. Este pensamiento suele surgir a partir de alguna asociación accidental (iba de rojo el día que gané en el bingo, o me había santiguado tres veces...). Pensar que ciertas conductas pueden actuar sobre el resultado del juego puede facilitar comportamientos extravagantes (decir palabras cariñosas u obscenas a la máquina, ir a jugar con cierta prenda...)
- *Fijación en las frecuencias absolutas*: Se tiene en cuenta el número de veces que ha ganado (frecuencia absoluta) sin considerar el total de lo invertido (frecuencia relativa).
- *Heurístico de la disponibilidad*. En esta distorsión influye la facilidad con la que un suceso puede recobrase de la memoria, dado que afecta a la probabilidad

considerada a la hora de formar juicios. Son mejor recordados los episodios de ganancias (el fuerte sonido de una máquina “tragaperras” cuando da un premio...) que los de pérdidas y por eso se consideran como más probables.

- *Personificación de la máquina:* Mediante este tipo de distorsión cognitiva, se le atribuyen cualidades humanas a la máquina (intenciones, sentimientos...), es decir, el jugador considera que la máquina posee voluntad propia o capacidad de tomar decisiones para darle premios o quitárselos, para engañarle. Y, además provoca que el jugador hable a la máquina, haciéndole comentarios, peticiones, reproches etc. (“Me estás engañando”, “Hoy me parece que le gusto a la máquina” “Tú, imbécil (a la máquina) ¿quieres darme ya un premio?”).

Anexo 1.18

Auto-registro de pensamientos

Situación	Sentimientos/ emociones Sensaciones corporales	Pensamientos e imágenes poco útiles	Hechos que apoyan los pensamientos irracionales	Hechos que proporcionan evidencia en contra de los pensamientos irracionales	Alternativa más realista	Emoción resultante
<p>¿Qué ocurrió? ¿Dónde? ¿Cuándo? ¿Con quién?</p>	<p>¿Qué emoción sentiste en ese momento? ¿Cómo de intensa fue? ¿Qué notaste en el cuerpo? ¿Dónde lo sentiste?</p>	<p>¿Qué pasó por mi mente? ¿Qué me perturbó o alborotó? ¿Qué significa ese pensamiento o imagen para mí, que dice de mí? ¿Qué sería lo peor de eso o lo peor que pudiera ocurrir?</p>	<p>¿Qué hechos objetivos apoyan los pensamientos?</p>	<p>¿Qué hechos objetivos encontramos en contra de los pensamientos?</p>	<p>Para, tomate un respiro! ¿Habría otra explicación a esta situación? ¿Qué diría otro sobre esta situación? ¿Mi reacción es proporcionada a la situación? ¿Es esto tan importante como parece?</p>	<p>¿Qué siento ahora? ¿Qué podría hacer diferente? ¿Qué podría ser más eficaz?</p>

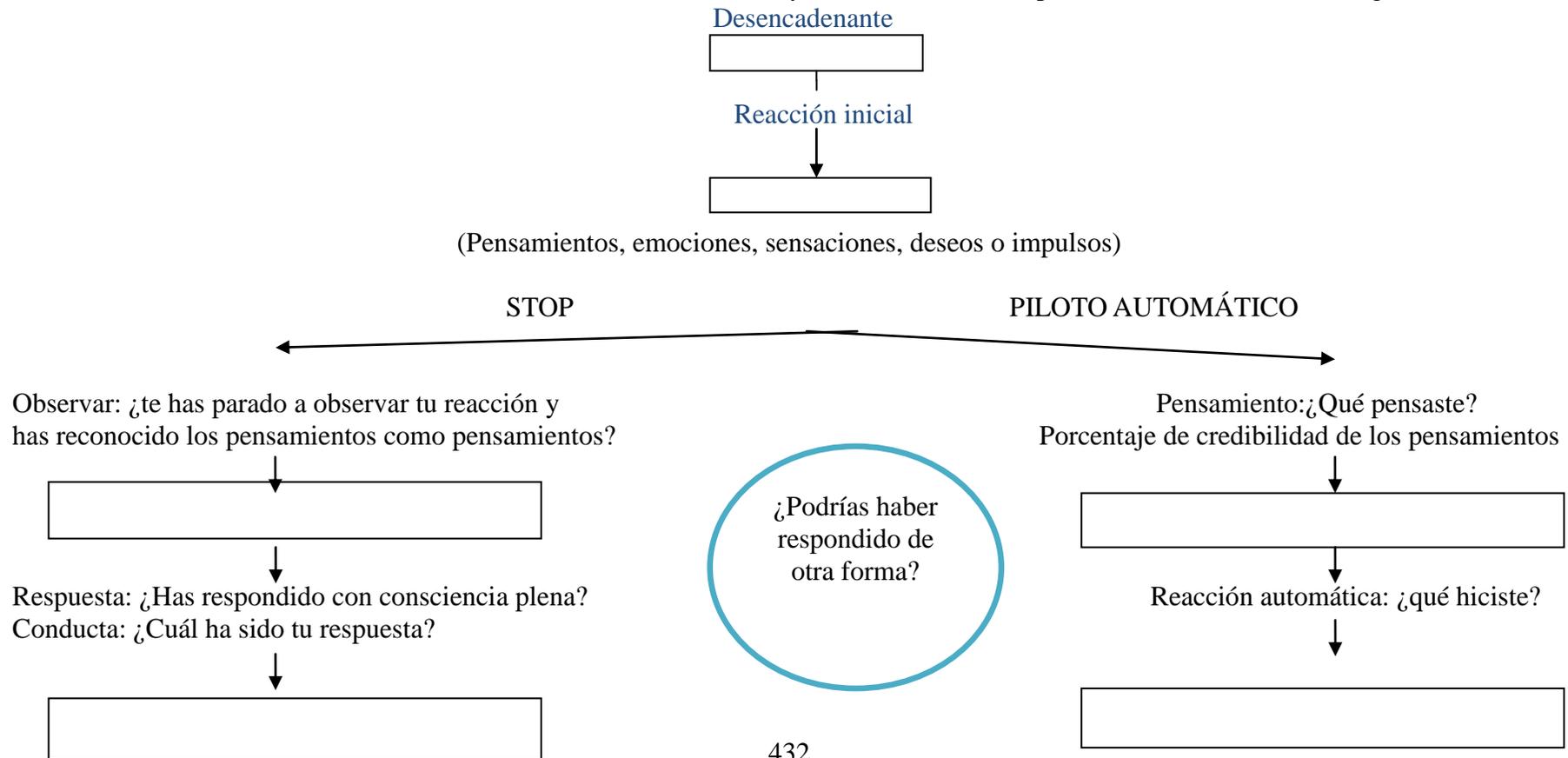
Anexo 1.19

Hoja de trabajo: el ciclo de las recaídas

(Bowen, Chawla y Marlatt, 2013)

Por favor, piensa en una situación que haya podido llevarte a una recaída en el pasado o en una que pudiera ser un riesgo de recaída en el futuro.

A continuación, indica el desencadenante, la reacción inicial, y los acontecimientos posteriores en los recuadros siguientes:



Anexo 1.20

Ver los pensamientos como pensamientos

(Bowen, Chawla y Marlatt, 2013)

Ponte cómodo en tu asiento y cierra los ojos, si eso te parece comfortable. Mantén la columna recta, pero en una postura que que te resulte cómoda, una postura que exprese dignidad.

Ahora, tomé un momento y hazte consciente de ti mismo en esta habitación, en este momento, aquí y ahora.

A continuación, vete llevando tu atención hacia tu respiración, notando como el aire fluye dentro y fuera: inhalando y exhalando. Sin pretender cambiar nada, simplemente céntrate en tu respiración.

Ahora, deja que tu atención se deslice hacia los pensamientos que surjan en tu mente, dejando a un lado la respiración.

Si puedes, observa el próximo pensamiento que aparezca en tu mente y deja que pase con naturalidad, luego date cuenta del pensamiento siguiente y deja que pase como hiciste con el anterior sin dejar que te arrastre, sin seguirlo.

Puedes imaginar que estas sentado junto a una corriente, tomáte un momento para imaginarlo. Cuando los pensamientos empiecen a surgir, imagina que estas sentado junto a la orilla de un río y que los pensamientos pasan flotando como hojas de caídas de un árbol. Cuando te des cuenta de la aparición de uno de esos pensamientos -que puede ser una palabra, una frase o una imagen-, dejalo que flote y se aleje.

Algunos de esos pensamientos serán rápidos, otros lentos y pegajosos, etc. Sean como sean deja que floten.

Si en algún momento, adviertes que te estás cuestionando: ¿estaré realizando bien el ejercicio? recuerda que eso también son pensamientos, pensamientos en la corriente.

Si aparece un pensamiento tras otro con rapidez, podrías imaginar un torbellino en el agua. Si aparecen de forma lenta imagina que el agua esta en calma.

Si observas que te has dejado arrastar por un pensamiento o que has empezado a divagar, puedes felicitarte por haberte dado cuenta de ello y por devolver tu atención a observar tus pensamientos.

Si te encuentras siguiendo a tus pensamientos y alejándote del momento presente, simplemente, sal de la corriente y siéntate de nuevo en la orilla a observar.

Otra cosa que resulta de gran utilidad es etiquetar cada pensamiento que pase por tu mente: puedes ser más preciso, catalogándolo en función del contenido: recuerdo, planes, juicio, fantasía, etc. O menos preciso y etiquetarlo como: pensamiento. Una vez que lo hayas etiquetado, deja que se vaya. Intenta aplicarlo ahora.

Si te encuentras perdido en algún pensamiento, date cuenta de dicho pensamiento y a continuación regresa al ejercicio de observar, con amabilidad.

Ahora, cuando te sientas preparado vete devolviendo tu atención a la sala, mueve un poco los brazos y piernas y, abre los ojos muy despacio.

Anexo 1.21

Zona SOBRIA para respirar

(Bowen, Chawla y Marlatt, 2013)

Este ejercicio es bueno utilizarlo en situaciones estresantes o difíciles y en aquellas que supongan un riesgo para jugar. Es breve y sencillo, lo que lo hace apto para emplearlo en momentos complicados.

La palabra **SOBRIA**, va a facilitar que recuerdes los pasos a seguir:

Stop y salir del “piloto automático”. Detener el piloto automático es el primer paso para hacer cambios.

Observa lo que esta sucediendo en el momento presente, aquí y ahora, en este momento.

Respirar centrando la atención en la respiración.

Icrementar la consciencia hasta incluir una sensación del cuerpo como un todo.

Aplicar una respuesta consciente, dándote cuenta de todas las opciones que tienes ante ésta situación. ¿Cuál sería la mejor forma de cuidar de ti mismo en este momento?

Anexo 1.22

SEÑALES DE ALARMA

MI LISTA DE SEÑALES DE ALARMA DE RECAÍDA

La siguiente intervención de autoayuda te ayudará a ser más consciente de ti mismo. El objetivo es: "Reconocer y enumerar las señales de alarma que te pueden llevar a jugar".

Una buena manera de encontrar estos indicadores es pensar específicamente en las personas, lugares, cosas, situaciones y actitudes de tu vida personal.

Después de escribir tu lista, debes tenerla a mano como recordatorio.

La siguiente lista puede ayudarte a identificar tus señales de alarma:

PERSONAS

1. Antiguos compañeros o amigos de juego
2. Gente que me incita a jugar (Ej: gente que me pone muy nervioso, triste...)
3. Personas que me podrían prestar dinero para el juego (prestamistas)-
4. Personas que deseas evitar (ej: cobradores de deudas).
5. Personas con las que solía hablar sobre juego (ej: conocidos).
6. Personas que pueden socavar mis esfuerzos de recuperación.

LUGARES

1. Lugares en los que me gustaba jugar (ej: salas de juego, bares...)
2. Otros lugares a los que me gusta ir y que proporcionan acceso a juegos de azar (ej: internet).
3. Lugares que me incitan a jugar. (ej: lugares que televisan eventos de juego).

4. Lugares dónde pueden prestarme crédito, dinero para jugar.
5. Lugares que pueden socavar mis esfuerzos de recuperación (ej. Bares o lugares donde se puede consumir alcohol).

COSAS

1. Cosas personales/artículos que pueden recordarme al juego (ej: llavero con unos dados).
2. Cosas que me incitan a jugar (ej: jugar a juegos que impliquen azar).
3. Cosas que socavan mis esfuerzos de recuperación (por ejemplo, la literatura de juego).
4. Cosas que pueden desencadenar el deseo de jugar (ej: alcohol).
5. Cosas que proporcionan acceso al dinero / crédito para el juego (por ejemplo, tarjetas de crédito).

SITUACIONES

1. Situaciones que deseo evitar (ej: trabajar para pagar deudas).
2. Situaciones o momentos en los que tengo acceso al dinero / crédito (por ejemplo, día de cobro).
3. Situaciones que me incitan a jugar (ej: escuchar como otros juegan).
4. Situaciones que desencadenan el deseo de jugar (ej: discusiones, problemas...).
5. Situaciones que puedo crear yo mismo para jugar (ej: citas falsas).
6. Situaciones que pueden socavar mi esfuerzo de recuperación (ej: falta de presupuesto).

ACTITUDES

1. Actitudes que deseo evitar (ej: ser responsable de mi recuperación).

2. Actitudes que me incitan a jugar (ej: estar muy enfadado, deprimido...).
3. Actitudes que desencadenan el deseo de jugar (ej: Pensar “tengo que ganar”).
4. Actitudes que puede crear uno mismo para jugar (ej: separarse del grupo de apoyo).
5. Actitudes que pueden socavar mis esfuerzos de recuperación (por ejemplo, 'Yo puedo hacerlo solo').

Averigua que señales de peligro es más probable que desencadenen una recaída en tu caso. Haz una lista y puntúa de 0 a 10 cada una de ellas (donde 0 es mínimo riesgo y 10 máximo).

FECHA:

Señal de alarma:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 10

Mi plan para reducir el riesgo:

Señal de alarma:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 10

Mi plan para reducir el riesgo:

Señal de alarma:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 10

Mi plan para reducir el riesgo:

Señal de alarma:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 10

Mi plan para reducir el riesgo:

Señal de alarma:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 10

Mi plan para reducir el riesgo:

Señal de alarma:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 10

Mi plan para reducir el riesgo:

Señal de alarma:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 10

Mi plan para reducir el riesgo:

Señal de alarma:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 10

Mi plan para reducir el riesgo:

Anexo 1.23

VALORACIÓN GLOBAL DEL PROGRAMA DE TERAPIA COGNITIVA BASADA EN LA ATENCIÓN PLENA

Le agradecemos, encarecidamente, que conteste a la pregunta que aparece a continuación, con el objetivo de obtener información de la marcha del programa a través de su valoración personal.

En la escala que aparece a continuación, señale con una X la valoración global que le otorga al Programa, siendo 1 “ningún valor” y 10 “el máximo valor”.

1									10

Anexo 2
Programa de Reducción de Estrés Basado en
Atención Plena

Anexo 2

Programa de Reducción de Estrés Basado en la Atención Plena (REBAP) para los familiares basado en Kabat- Zinn (2003) y Stahl y Goldstein (2010).

	Objetivos	Ejercicios
<u>Sesión 1</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Dar la bienvenida a los participantes. - Presentar brevemente el Programa. - Realizar las presentaciones de los participantes, de manera que los miembros se conozcan, así como que éstos reflejen sus expectativas respecto al programa. - Comer con atención plena. - Introducción al <i>mindfulness</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación y expectativas. - Ejercicio de la uva pasa (ver anexo 1.10). - Respiración atenta (ver anexo 1.8) - Exploración o escáner corporal (CD). - Tareas para casa: exploración corporal durante 20 minutos al menos 5 días a la semana. Registro de la práctica de <i>mindfulness</i> (ver anexo 2.1).
<u>Sesión 2</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Aprender ejercicios de <i>mindfulness</i>. - Compartir e intercambiar experiencias relacionadas con la práctica de <i>mindfulness</i>. - Explicar y aclarar en qué consiste la meditación. - Enseñar las actitudes básicas del <i>mindfulness</i>. - Conocer la conexión 	<ul style="list-style-type: none"> - Exploración corporal. - Tarea de la semana. - Actitudes <i>mindfulness</i> (ver anexo 2.2). - Meditación sedente con especial atención en la respiración (ver anexo 1.8). - Ejercicio “Ilusión óptica de la mujer joven/anciana) (ver

	<p>existente entre la mente y el cuerpo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dar a entender la idea acerca de que la forma de ver las cosas determina la forma en la que respondemos a ellas, todo ello relacionado con la forma de reaccionar ante el estrés. 	<p>anexo 2.3).</p> <ul style="list-style-type: none"> - El <i>mindfulness</i> y la conexión entre la mente y el cuerpo (ver anexo 2.4). - Tareas para casa: meditación sedente durante al menos 10 minutos 6 días a la semana y practicar <i>mindfulness</i> en la vida diaria. Registro de la práctica de <i>mindfulness</i> (ver anexo 2.1).
<p><u>Sesión 3</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Seguir conociendo nuevas formas de practicar <i>mindfulness</i> (estiramientos corporales). - Dar importancia a las tareas realizadas durante la semana. - Insistir en la importancia de vivir el momento presente y sus consecuencias. - Repaso de las actitudes básicas del <i>mindfulness</i>. - Registrar experiencias agradables del día a día. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tarea de la semana. - Ejercicios de estiramiento corporal o yoga (ver anexo 1.14). - Ejercicio de repaso de actitudes básicas del <i>mindfulness</i> (ver anexo 2.2) - Meditación sedente (Momento presente) (CD). - Tareas para casa: registro de experiencias agradables (ver anexo 2.5) y meditación sedente o exploración corporal 6 días a la semana, al menos,

		entre 10-20 minutos. También deben practicar <i>mindfulness</i> en la vida diaria. Registro de la práctica de <i>mindfulness</i> (ver anexo 2.1).
<u>Sesión 4</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Seguir conociendo nuevas formas de practicar <i>mindfulness</i> (meditación caminando). - Dar importancia a las tareas realizadas durante la semana, con especial atención al ejercicio de estiramiento corporal. - Se revisan y comentan las bases fisiológicas y psicológicas de la reactividad al estrés y como las habilidades <i>mindfulness</i> ayudan a reducir o eliminar éste. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de las tareas para casa. - Meditación sedente. - ¿Cómo reduce el estrés el <i>mindfulness</i>? (ver anexo 2.6). - Caminar atentamente (ver anexo 1.15). - Tareas para casa: realizar la meditación caminando y el ejercicio que quieran durante 6 días. Registro de la práctica de <i>mindfulness</i> (ver anexo 2.1).
<u>Sesión 5</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer cómo ha ido el Programa hasta ahora. - Seguir conociendo nuevas formas de practicar <i>mindfulness</i> (meditación con especial atención a los pensamientos). - Dar importancia a las tareas realizadas durante la semana. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de las tareas para casa. - Reflexión sobre el programa. - Meditación sedente (ver anexo 1.8) (CD). - Ejercicio “DROP” [ver anexo 2.7]. - “Las trampas de la mente” (ver anexo

	<ul style="list-style-type: none"> - Diferenciar entre responder y reaccionar al estrés. - Reflexionar sobre las “ideas irracionales” que potencian el estrés y estados de ánimo negativos. 	<p>2.8).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tareas para casa: Elegir uno o varios ejercicios de <i>mindfulness</i> (6 días a la semana) y práctica en la vida diaria. Registro de la práctica de <i>mindfulness</i> (ver anexo 2.1).
<u>Sesión 6</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Seguir practicando <i>mindfulness</i>, guiando a los miembros del grupo a un nivel más profundo. - Dar importancia a las tareas realizadas durante la semana. - Diferenciar entre patrones de comunicación pasivos, asertivos y agresivos y, su relación con el estrés. - Enseñanza del Aikido de la comunicación, para romper con acciones o interacciones habituales amenazadoras o estresantes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Meditación de la montaña (ver anexo 1.12). - Tarea de la semana. - Comunicaciones estresantes; asertividad (ver anexo 2.9). - El Aikido de la comunicación (ver anexo 2.10). - Respiración atenta (ver anexo 1.8). - Tareas para casa: Elegir uno o varios ejercicios de <i>mindfulness</i> (6 días a la semana) y práctica en la vida diaria. Registro de la práctica de <i>mindfulness</i> (anexo 2.1).
<u>Sesión 7</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Seguir practicando <i>mindfulness</i>, guiando a los 	<ul style="list-style-type: none"> - Perspectivas diferentes (anexo 2.11).

	<p>miembros del grupo a un nivel más profundo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los miembros del grupo a observar cosas sutiles y a aprender a sentirse cómodos estén donde estén. - Dar importancia a las tareas realizadas durante la semana. - Describir la relación entre la nutrición y el bienestar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Meditación sedente (CD). - Revisión de las tareas para casa. - Nutrición, Salud y bienestar. - Caminar atentamente (ver anexo 1.15). - Tareas para casa: Práctica sin CD durante 6 días a la semana. Registro de la práctica de <i>mindfulness</i> (ver anexo 2.1).
<p><u>Sesión 8</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Seguir practicando <i>mindfulness</i>, de manera que se complete el círculo de lo aprendido. - Discutir acerca de lo vivido durante todo el curso. - Dar importancia a las tareas realizadas durante la semana. - Invitar a la gente a que exprese cómo se sienten en relación a la finalización del curso. - Revisar todo lo trabajado en el curso y destacar aquellos puntos más relevantes. - Señalar la importancia de seguir con la práctica, una 	<ul style="list-style-type: none"> - Exploración corporal (CD). - Meditación sedente (CD). - Grupos de discusión. - Revisión de las tareas para casa. - Finalización y revisión del curso. - Seguir practicando. - Objeto recordatorio. - Cuestionario anónimo de evaluación del programa (ver anexo 2.12).

	vez finalizado el curso.	
--	--------------------------	--

*En los siguientes anexos se desarrollarán los ejercicios que no contenía el Programa de TCBAP.

Anexo 2.1

Registro de la práctica de *mindfulness* (familiares)

Fecha	Práctica formal y tiempo.	Práctica informal y tiempo.	Pensamientos, sentimientos y sensaciones que aparecen durante la práctica y como se siente a continuación.

Anexo 2.2

Actitudes básicas del *mindfulness*

(Kabat-Zinn, 2003)

. *No juzgar*: La atención plena se cultiva cuando uno se comporta como testigo imparcial de su propia experiencia. Se trata de ser consciente de las propias reacciones y juicios que continuamente pasan por tu mente, sin verte a trapado por ellos. La mente categoriza casi todo lo que vemos o hacemos. Algunas cosas, personas y acontecimientos son juzgados como buenos, otros como neutros y otros como malos.

Los juicios condicionan a la persona a reaccionar de manera automática y, por lo general, no se da cuenta de que carecen de base objetiva.

Si queremos manejar de manera eficaz el estrés, debemos comenzar por observar los juicios que pasan por nuestra mente y liberarnos de los mismos.

Cuando practiquemos atención plena, no debemos intentar eliminar los juicios, sólo observarlos como testigos imparciales, darnos cuenta de que están ahí y, a continuación, volver al presente a través de la respiración.

. *Paciencia*: es una actitud muy importante, ya que nos enseña que, a veces, las cosas no se pueden cambiar o acelerar en el tiempo y debemos esperar a que llegue el momento.

La práctica de la paciencia, nos enseña que nos es necesario llenar de ideas o actividades nuestros momentos, sino estar abiertos a todo aquello que surja en el momento presente y esperar a que las cosas se descubran cuando llegue la hora.

. *Mente de principiante*: Se trata de ver las cosas como si fuese la primera vez. Será muy útil al realizar los ejercicios de *mindfulness*, ya que ayudará a observar lo que ocurre en el presente eliminando las expectativas basadas en experiencias previas. La mente principiante nos recuerda que cada momento es nuevo y único. Sería bueno practicarlo con todo lo que hay a nuestro alrededor: personas, cosas, etc. ¿Podemos observarlos como si fuese la primera vez? ¿Totalmente libres de nuestras opiniones acerca de ellos?

. *Confianza*: Parte fundamental del entrenamiento en atención plena es el desarrollo de una confianza básica en uno mismo. Siempre es mejor, aunque se cometan errores, confiar en uno mismo que buscar guías fuera. Esto será de especial importancia en los ejercicios de estiramientos o yoga, donde uno deberá estar muy atento a las sensaciones corporales y deberá escuchar hasta donde sí o donde no puede llegar de manera que prevenga posibles lesiones. Por tanto, una actitud equivocada es seguir a otros por considerarlos más sabios. Practicar la atención plena es la responsabilidad de ser uno mismo.

. *No esforzarse*: Todas nuestras conductas las realizamos con un fin, conseguir algo o llegar a algún sitio. Sin embargo, la práctica de la atención plena consiste en lo contrario, se trata de *no hacer*. Por ejemplo: si uno se sienta a practicar *mindfulness* y piensa: “me voy a relajar” ha introducido en su mente la idea de que necesita cambiar las cosas tal y como están en el momento presente, lo cual quebranta el cultivo de la atención plena.

Si algo te duele, abraza el dolor sintiéndote lo mejor que puedas con él, si algo te pone tenso, presta atención a la tensión. Sólo se trata de estar en el momento presente sin intentar cambiar, ni conseguir nada. La mejor manera de conseguir los objetivos que te propones (reducir el estrés, etc) es no esforzarse en lograr resultados y concentrarte en ver y aceptar las cosas como son aquí y ahora. Esto hará que los objetivos se cumplan por sí mismos.

. *Aceptación*: Consiste en ver las cosas tal y como son en el presente. Si nos duele la espalda, aceptémoslo, si pesamos unos kilos de más ¿Por qué no aceptar nuestro cuerpo tal y como es en este momento? Tarde o temprano, uno debe adaptarse a las circunstancias y aceptarlas, ya se trate de un diagnóstico grave, la muerte de un familiar, etc. Es cierto, que en general, sólo se alcanza dicha aceptación tras un periodo de negación e ira, pero se trata de etapas que forman parte del periodo de sanación. Pero dejando a un lado, situaciones complicadas como estas, con frecuencia, desperdiciamos gran cantidad de energía negándonos o resistiéndonos a cosas que ya constituyen un hecho. Esta actitud, consiste en intentar cambiar las cosas a cómo nos gustaría que fueran, lo que genera más tensión aún.

Para producir cambios positivos, tenemos que aceptar como somos antes de que podamos cambiar en realidad. Debemos recordar que el aquí y el ahora es el único tiempo que tenemos por vivir.

No debemos confundir la aceptación con la pasividad, es decir, no tenemos que conformarnos con todo y abandonar nuestros principios y valores. No se trata de darnos por vencidos ante cosas que puedan cambiarse. Simplemente se trata de conseguir ver las cosas como son, sin imponer nuestras ideas y sentimientos.

. *Ceder*: Cuando uno comienza a practicar la atención plena advierte que existen determinadas ideas y sensaciones de las que parece que la mente no quiere desprenderse. Si su contenido es agradable, intentamos evocarlas una y otra vez. Y si se trata de ideas desagradables lo que hacemos es intentar evitar o escapar de ellas.

Cuando se practica *mindfulness*, de forma deliberada, se deja de lado la tendencia a elevar determinadas acontecimientos o ideas consideradas agradables y, rechazar otras considerados desagradables. Lo único que se hace es dejar que la experiencia sea tal y como es, observándola en cada momento. Si observas juicios en tu mente, obsérvalos y déjalos ir, si tu mente se va a hacia el pasado y el futuro, date cuenta de ello y deja que las ideas se vayan. Esto es ceder. Es muy parecido a lo que hacemos cuando nos vamos a dormir, dejamos que nuestras mentes se dejen ir. Ahora debemos practicar esto estando despiertos.

Anexo 2.3

“Ilusión óptica de la mujer joven/anciana”



Anexo 2.4

El *mindfulness* y la conexión entre la mente y el cuerpo

(Stahl y Goldstein, 2010)

La ciencia, ha establecido la existencia de una relación muy estrecha, entre los pensamientos, las emociones y los aspectos fisiológicos.

Cuando estamos estresados, nuestro cuerpo segrega unas hormonas denominadas cortisol, así como neurotransmisores como la epinefrina y la norepinefrina. La respuesta fisiológica de estrés se basa en la evolución de nuestra especie y acompaña al hombre desde entonces. El estrés, es el responsable de que hayamos sobrevivido como especie, ya que éste, es el que nos permitía luchar, huir o quedarnos paralizados ante ataques de animales u otros peligros.

Hoy día, aunque no es frecuente que nos veamos en peligro ante ataques de animales, la respuesta de estrés no ha desaparecido. Nuestro cuerpo no siempre sabe establecer la diferencia y, reacciona para poner en marcha conductas de lucha, huida o parálisis ante una sobrecarga de trabajo, preocupaciones familiares o un atasco de tráfico. Es decir, nuestro cerebro se siente amenazado, aunque no exista una causa física real y, nuestro cuerpo reacciona ante ello.

Todo esto, hace que nuestra salud corra un gran riesgo y, que consumamos recursos de otros sistemas fisiológicos como el inmunitario, llegando a enfermar.

El *mindfulness*, nos enseña a decidir el modo en que vamos a responder a situaciones estresantes del día a día (como hacer cola en un establecimiento, ir por una carretera desconocida, mantener una conversación con alguien que nos desagrada, etc). La atención plena nos proporciona un espacio entre el estímulo y la respuesta, lo que nos permite elegir la respuesta más adecuada o adaptativa. Es evidente que el condicionamiento es una fuerza muy poderosa y puede llevarnos a caer en viejos hábitos, pero debemos trabajar para desconectar el piloto automático y no caer en reacciones y conductas habituales. Se trata de ser consciente de los efectos del estrés en nuestra vida y de cómo nos relacionamos con él. Este es el primer paso para empezar a elegir nuestra respuesta, en lugar de reaccionar de forma mecánica ante determinadas situaciones.

Ejercicio: ¿de qué modo afectan el estrés y la ansiedad a su vida?

Reflexiona sobre las siguientes preguntas, dándose cuenta de los pensamientos, sentimientos y sensaciones que, en cada caso afloren.

Anote luego por escrito lo que haya advertido durante la práctica. No se preocupe si su respuesta a algunas preguntas es desproporcionadamente mayor, es normal.

- 1.¿De qué manera influye en su vida el estrés o la ansiedad ligados a las relaciones interpersonales?
- 2.¿De qué manera influye en su vida el estrés o la ansiedad ligados al trabajo?
- 3.¿De qué manera influye en su vida el estrés o la ansiedad relativos al mundo en general?
- 4.¿De qué manera influyen en su vida el estrés o la ansiedad ligados a la comida y a los hábitos alimentarios?
- 5.¿De qué manera influye en su vida el estrés o la ansiedad ligados al sueño y al insomnio?
- 6.¿De qué manera influye en su vida el estrés o la ansiedad ligados al ejercicio o a la falta de actividad física?

Tómate ahora un momento, antes de seguir adelante para reflexionar, reconocer e integrar compasivamente todo lo que hayas escrito en este ejercicio.

Anexo 2.5

Registro de experiencias agradables

Experiencia agradable	¿Cuál fue la experiencia?	¿Eras consciente del sentimiento placentero mientras el evento estaba ocurriendo?	¿Cómo se sintió tu cuerpo durante esta experiencia?	¿Qué pensamiento acompañó la experiencia?

Anexo 2.6

¿Cómo reduce el estrés el *mindfulness*?

(Stahl y Goldstein, 2010)

El estrés y la ansiedad son muy frecuentes, tanto es así, que son millones de personas en el mundo las que se enfrentan a él. Éste puede deberse a múltiples causas.

Son muchos los miedos a los que nos enfrentamos diariamente: problemas en el trabajo, para dormir, con las relaciones personales, etc. También aspectos dramáticos como las guerras, el hambre, el terrorismo o los desastres naturales. De poco sirve ignorar las preocupaciones y hacer como si no existieran, ya que no podemos controlar el mundo y siempre habrá situaciones capaces de despertar nuestra preocupación, ansiedad y estrés. La respuesta más adecuada, no es mirar hacia otro lado, tratando de evitar las preocupaciones, sino al revés, debemos dirigir nuestra atención a las mismas. El *mindfulness* nos ayuda a permanecer en contacto con las preocupaciones y a operar con ellas, de modo que no resulten tan paralizantes. Se trata de enfrentarnos a ellas en lugar de evitarlas, explorando atentamente lo que puede estar determinando el modo en que nos enfrentamos a los retos vitales y, diferenciar de forma clara lo que funciona de lo que no lo hace.

Ejercicio: ¿Qué es lo que funciona y qué es lo que no funciona?

- ¿Qué intentos realizados en el pasado para enfrentarte al estrés te han resultado más útiles? Toma nota de las conclusiones que saques y tomate unos minutos para ser consciente de los pensamientos, emociones y sensaciones que aparezcan al respecto.
- Quizás, algunas de las formas elegidas para enfrentarte al estrés sean inadecuadas (comer demasiado, beber en exceso, trabajar mucho, ver mucho la televisión, etc). A corto plazo puede que sirvieran, pero a la larga es posible que hayan ocasionado más problemas aún. Sé ahora consciente de las estrategias que no te sirvieron para enfrentarte a la ansiedad y el estrés. Reflexiona y sobre esta cuestión registrando los pensamientos, sentimientos y sensaciones que surjan, sin juzgarlos.

- La esperanza puede reducir el sufrimiento y aumentar la resiliencia para enfrentarte a los retos de la vida. ¿Qué es lo que esperas? ¿Qué le gustaría cambiar? ¿qué tipo de vida quisiera tener?

Tomate ahora unos minutos para reflexionar sobre lo que has escrito y conectar con tu respiración, reconociendo, valorando e integrando compasivamente todo lo que hayas aprendido durante esta exploración.

Anexo 2.7

Ejercicio DROP

(Stahl y Goldstein, 2010)

Este es un método sencillo para practicar *mindfulness* que puede ayudarte a reducir el estrés y la ansiedad en la vida cotidiana. La palabra DROP es un acrónimo que nos ayuda a recordar los pasos que tenemos que seguir para realizar el ejercicio:

D= Deténgase

R= Respire

O= Observe

P= Prosiga

A lo largo del día, en muchos momentos, no somos conscientes de lo nuestros pensamientos, sentimientos o sensaciones. Esta práctica nos permite parar, respirar y observarlos, permitiéndonos responder de forma más adecuada.

Con este breve ejercicio, puede que descubramos que nuestro cuerpo está tenso, que estamos cansados o que no estamos centrados en el presente y debemos regresar.

Es bueno practicarlo cuando nos sentimos cansados, tensos, enfadados, preocupados o cualquier momento que uno quiera. También sería adecuado programar determinados momentos para realizarlo (antes o después de una actividad, a horas concretas, etc).

Anexo 2.8

Las trampas de la mente

(Stahl y Goldstein, 2010)

El *mindfulness* posee varias formas para ayudarte a combatir el estrés y, una de ellas, es enseñarte a identificar las trampas mentales que puedan estar influyendo en dicha reacción de estrés. El primer paso es identificarlas, para más adelante ver como estas se aproximan y no caer en ellas.

La charla negativa con nosotros mismos

Solemos charlar con nosotros mismos y, poseemos un estilo automático de interpretar lo que nos ocurre. Este monólogo interno en muchas ocasiones es negativo, siendo muy duros con nosotros mismos. Podemos decirnos cosas como “soy un inútil” “las cosas nunca cambiarán”, etc. Si otro nos dijese cosas tan duras, probablemente dejaríamos de hablarle.

El estrés y la ansiedad distorsionan aún más nuestra interpretación de la realidad, aumentando el temor y dando paso a pensamientos poco realistas y adaptativos “nadie me entiende” “nadie me encuentra atractivo”, etc.

El *mindfulness*, puede servirnos de gran ayuda con esta charla negativa, ya que nos ayuda a ver que los pensamientos no son realidades sino simples eventos mentales. Esto nos permite darnos cuenta de los contenidos mentales sin identificarnos con ellos, dejando que lleguen y se vayan como hojas flotando en el agua.

Interpretaciones negativas

En muchas ocasiones, interpretamos negativamente los acontecimientos sin una base objetiva, lo que contribuye al estrés. Por ejemplo: ¿Qué una persona no te llame quiere decir que ha perdido todo el interés por ti, o podría ser un simple indicador de que está muy ocupada? El *mindfulness*, nos ayuda una vez más a darnos cuenta de las interpretaciones negativas y a tomar conciencia de otras interpretaciones alternativas. Se ilustrará este punto con una historia de un anciano, cuyo consejo solicitaba todo el mundo.

Un día de verano, llegó un campesino y le dijo “lo cierto es que no sé que hacer”.

Mi buey ha muerto y ya no puedo arar el campo. Es lo peor que podría haberme ocurrido.”

- *Quizás sí o quizás no. ¿quién sabe?- replicó el sabio, mirándole a los ojos.*

Sumido en la incredulidad, el campesino regresó a su casa y le dijo a su familia que, después de todo, el anciano no era tan sabio y que parecía haberse vuelto loco porque, en su opinión, no había nada peor que la muerte del buey.

Cuando, a la mañana siguiente, salió a dar una vuelta pensando en como se las ingeniaría sin el buey, descubrió un caballo salvaje pastando en los alrededores. Entonces se apresuró a atraparlo, y cuando lo consiguió, concluyó que sus problemas se habían acabado porque, con el caballo, le resultaría mucho más fácil arar que cuando tenía el buey.

- *Le ruego que acepte mis disculpas- dijo, en la primera ocasión que tuvo de visitar al anciano-. Tenía usted razón. Estoy seguro de que, de no haber perdido el buey, jamás hubiese dado ese paseo ni capturado a ese caballo. Esto es lo mejor que jamás me haya ocurrido.*
- *Quizás sí o quizás no. ¿Quién sabe?- replicó de nuevo el anciano, mirándole directamente a los ojos.*
- *¿Está tomándome el pelo?- dijo el campesino, antes de dar media vuelta y alejarse, mientras pensaba: “Este tipo está loco. Ya no volveré a verlo nunca más”.*

Pocos días después, sin embargo, el hijo del campesino mientras cabalgaba, salió despedido de la grupa del caballo y se rompió la pierna. Y, dándose cuenta de que no podría contar con la ayuda de su hijo, se dijo: “esto es lo peor que podría haberme ocurrido”.

- *¿Cómo acabaré ahora el trabajo que me queda por hacer? Esta vez tiene que admitir que no podría haberme ocurrido nada peor- concluyó el campesino en su siguiente visita al anciano.*
- *Quizás sí o quizás no. ¿Quién sabe?- respondió de nuevo, serena y bondadosamente, el anciano, y ahora mirando directamente a los ojos del campesino.*

También, en esta ocasión, el campesino se marchó muy enfadado al pueblo. Pero, ese mismo día, llegó al pueblo un banderín de enganche para reclutar a todos los jóvenes sanos y llevárselos a una guerra que parecía interminable. Así fue como la pierna rota del hijo del granjero acabó librándole del reclutamiento y probablemente de la muerte.

Ejercicio: Tomaté un momento y observa si en tu mente hay algún diálogo negativo, si es así, preguntaté si hay otro modo de contemplar la situación: ¿Podrías hacer como el sabio de la historia y decirte “quizás sí o quizás no”?

Anexo 2.9

Comunicaciones estresantes: asertividad

(Charlesworth y Nathan, 1982)

Comparación entre los comportamientos pasivo, asertivo y agresivo:

Comportamiento verbal:

PASIVO: Evitas decir lo que quieres, piensas o sientes. Hablas de tal manera que te menosprecias, son frecuentes las palabras de disculpa y permites que otros decidan por ti. Usas con frecuencia “ya sabes” “es que...” “quiero decir...” “supongo” y “lo siento.

ASERTIVO: dices sinceramente lo que quieres, sientes y piensas de forma directa y amable. Escoges por ti mismo. Te comunicas con tacto y humor. Usas frases con el pronombre “yo”. Tus palabras son claras y objetivas. Son pocas y bien escogidas.

AGRESIVO: Dices lo que quieres, piensas y sientes pero a costa de otros. Usas palabras duras y frases con el pronombre “tú” que etiquetan y culpan. Estas lleno de amenazas y acusaciones y siempre tienes que estar por encima de los otros. Eliges por otros.

PASIVO: Usas acciones en lugar de palabras. Esperas que alguien adivine lo que quieres. Te expresas como si no creyeras en lo que dices. Tu voz es débil, titubeante y suave. Miras hacia un lado o hacia abajo. Casi siempre asientes con la cabeza lo que otros dicen. Te sientas o te sitúas tan lejos como puedes de otra persona. No sabes que hacer con las manos, con frecuencia estas están temblorosas y húmedas. Apareces incómodo, fuera de lugar y estás tenso e inhibido.

ASERTIVO: Escuchas con atención, tus gestos so tranquilos y confiados. Comunicas interés y fortaleza. Tu voz es segura, afectuosa y expresiva. Miras directamente a la otra persona, pero sin fijar la vista. Te sitúas frente a frente. Tus manos están relajadas. Tu cabeza está erguida y te inclinas hacia la otra persona sin invadir su espacio. Tu expresión es relajada.

AGRESIVO: Despliegas exageradamente tu fuerza. Presentas un aire de superioridad. Tu voz es tensa, fuerte, fría o exigente. Tu mirada es angosta y fría, “traspasas al otro con la mirada”. Intimidadas con tu postura. Tus manos están en las caderas “en jarra” y te situas casi encima del otro. Estás tenso y se te ve enojado.

Metas:

PASIVO: complacer, caerle bien a todos.

ASERTIVO: comunicar, ser respetado.

AGRESIVO: Dominar o humillar.

Sentimientos:

PASIVO: te sientes ansioso, ignorado, manipulado y decepcionado contigo mismo. Frecuentemente estás furioso y más tarde lleno de resentimiento.

ASERTIVO: Te sientes seguro y exitoso. Te sientes bien contigo en el momento y después. Te sientes al mando, tienes respeto por ti mismo y sabes cual es tu meta.

AGRESIVO: Te sientes con derecho, con control y superior. A veces te sientes avergonzado y egoísta más tarde.

Aparentes ganancias:

PASIVO: Evitas situaciones desagradables, conflictos, tensiones a corto plazo, y confrontaciones.

ASERTIVO: Te sientes bien. Te sientes respetado por los demás. Tu autoconfianza mejora. Eliges por ti mismo. Las relaciones con otros son mejoradas. Estas en contacto con tus sentimientos. Tienes poco malestar físico ahora y después.

AGRESIVO: Puedes desahogar tu ira. Consigues sentirte al mando. Te sientes superior.

Efectos en los demás:

PASIVO: Se sienten culpables, superiores, frustrados o incluso enojados.

ASERTIVO: Se sienten respetados o valorados. Se sienten libres para expresarse.

AGRESIVO: Se sienten humillados, despreciados o lastimados.

Sentimientos de otros hacia a ti:

PASIVO: Se sienten irritados. Te tienen pena. Se sienten frustrados y disgustados contigo. TE pierden el respeto porque dejas que los demás te pisen y no tienes una opinión.

ASERTIVO: Normalmente te respetan, confían en ti y te valoran. Saben cual es tu postura.

AGRESIVO: Se sienten lastimados, defensivos, humillados o enojados. Te tienen resentimiento, desconfianza y miedo.

Resultados probables de cada tipo de comportamiento

PASIVO: No consigues lo que quieres. Si logras conseguir lo que quieres, es de forma indirecta. Te sientes deshonesto emocionalmente. Otros alcanzan sus metas a costa tuya. Tus derechos son violados. Tu ira crece y tú o bien la reprimes o la rediriges a personas más débiles. Puede ser que no sientas ganas de hacer nada, sufras en silencio, actúes con descuido o te hagas olvidadizo. Eres manipulado. La soledad y el aislamiento puede llegar a formar parte de tu vida.

ASERTIVO: Con frecuencia consigues lo que quieres si esto es razonable. Con frecuencia logras tus metas. Aumentas tu dignidad. Te sientes bien. Conviertes situaciones perdidas en situaciones ganadas. Tus derechos y los de los demás son respetados.

AGRESIVO: Frecuentemente consigues lo que quieres pero a costa de

otros. Lástimas a otros eligiendo por ellos y tratándolos como niños. Otros sienten el derecho a vengarse. Puede que tengas dificultades para relajarte.

Identifica las siguientes situaciones como: Aertiva, pasiva o Agresiva.

1. Acabas de hablar con tu jefe habiéndole sugerido una idea para mejorar la organización de trabajo en la oficina. Él te dice que es una buena idea y que va a pedirle a otro que la ponga en práctica.

Respuesta: Pones tus brazos en jarra en actitud de reto y gritas: “Esta sugerncia es mía, y no voy a permitir que otro se la acredite”.

2. Estás viendo una película pero la gente sentada delante de ti no te deja oír.

Respuesta: Te quedas sentado y molesto, refunfuñando.

3. Eres la única mujer (u hombre) en un grupo de hombre (mujeres). Se te pide que seas tú quien tome notas.

Respuesta: “Estoy dispuesto a hacer mi parte y tomar apuntes esta vez. Pero me gustaría que hagamos turnos en el futuro”.

Anexo 2.10

El Aikido de la comunicación.

(Stahl y Goldstein, 2010)

El aikido es un arte marcial japonés basado en la valentía, la sabiduría, el amor y la conexión. En el MBSR se enseña un aspecto del aikido útil para romper con reacciones habituales ante interacciones amenazadoras o estresantes. Se trata de fundirse con la energía del otro para reducir el conflicto, en lugar de dañar al otro o a uno mismo.

En las relaciones más cercanas es donde solemos descargar la agresividad, ya sea con nuestra pareja, nuestros hijos, padres, hermanos o amigos.

Es muy fácil, si actuamos con el piloto automático puesto, caer en una reacción de lucha, escape o parálisis.

Si se ignora o se evita el ataque, la forma en que se está actuando es “pasiva”, lo que a corto plazo supone un alivio, pero a largo plazo es probable que genere frustración en el atacante. Lo único que se consigue de este modo es empeorar el conflicto y, en la mayoría de los casos, convertirte en víctima lo que conlleva una pérdida de respeto por uno mismo. Es positivo defenderse de los ataques, ya que implica respeto hacia uno mismo y nos conecta con el otro.

En el aikido existe un movimiento denominado “entrar y fundirnos” que permite responder al ataque con hábil desvío que no le daña ni a usted ni al atacante. Se trata de un enfoque que, en el ámbito de la comunicación, supone una alternativa a la evitación y la conducta agresiva, ya que conduce a la sintonía y la conexión. A continuación se detalla como puede lograrse:

. Alinearse: lo primero es acercarse y no evitar la interacción. Esto lo vamos a lograr poniéndonos en el lugar de la otra persona (empatizando), pregúntese como se sentiría si se encontrase en su situación. También observa qué es lo que puede haberle llevado hasta ahí. Para ello podemos decir lo siguiente: “Me gustaría entender mejor tu punto de vista. Cuéntame que está ocurriendo según tu

opinión”.

. Coincidir: Descubre las áreas en las que estáis de acuerdo. La escucha atenta puede ayudarte a identificar alguna preocupación o necesidad en la otra persona. Por otra parte es bueno empatizar con alguna frase (siempre sincera), ejemplo: “Si yo percibiese que me tratan así, también me enfadaría”, etc. Empezando siempre con un “yo”, de manera que no lo pueda percibir como un ataque.

Reorientar: Es el momento en el que se empieza una comunicación positiva. Algo que podría ayudar es decir una frase como la siguiente: Dado que ambos estamos decepcionados con la situación ¿qué podemos hacer para mejorar? Ahora trabajáis juntos para resolver la situación conflictiva.

Resolver: En este punto, uno debe tratar de encontrar una solución conjunta o, a menos, aceptar el desacuerdo. También podría buscarse una solución provisional y revisarla dentro de un tiempo.

También tenemos que admitir que a veces las personas se aferran tanto a sus puntos de vista, que lo adecuado es posponer el problema a otro momento.

Algo que ayuda para comunicarse de manera más eficaz es estar atento al propio cuerpo, notando si existe tensión, etc. y centrarse en el presente para no reaccionar descuidadamente y responder de un modo más atento y creativo.

Anexo 2.11

Perspectivas diferentes

Al iniciar la sesión, se pide a los participantes que no se sienten en su sitio habitual, deben escoger cualquier otro asiento y observar la sala desde allí. Después de un rato, se les dice que vuelvan a cambiar de sitio varias veces más, mirando la habitación desde perspectivas diferentes.

A continuación se les pregunta:

- ¿Se trata de la misma habitación?
- ¿Por qué te sentaste donde te sentaste la primera vez que viniste a la clase?

Más adelante se pide a los participantes que escojan un sitio que no les guste y se les pregunta: ¿cómo te sientes?

La finalidad, es que los miembros del grupo observen que pueden sentirse cómodos “como en casa” estén en el sitio que estén, así como darse cuenta de cosas sutiles como seleccionar el lugar donde nos queremos sentar en una habitación. A continuación deben reflexionar acerca de la siguiente pregunta:

- ¿Dónde estoy posicionado en mi vida en este momento? y ¿hacia dónde quiero dirigirme?

Anexo 2.12

**VALORACIÓN GLOBAL DEL PROGRAMA DE
REDUCCIÓN DE ESTRÉS BASADO EN LA ATENCIÓN
PLENA (REBAP)**

Le agradecemos, encarecidamente, que conteste a la pregunta que aparece a continuación, con el objetivo de obtener información de la marcha del programa a través de su valoración personal.

En la escala que aparece a continuación, señale con una X la valoración global que le otorga al Programa, siendo 1 “ningún valor” y 10 “el máximo valor”.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1

10

Anexo 3

Instrumentos de evaluación

Anexo 3.1

Datos sociodemográficos

Código:

Por favor, rellene los siguientes datos sociodemográficos, diagnósticos y los datos relacionados con la historia de juego. MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

- **Sexo:** hombre () Mujer ()
- **Edad:** _____
- **Clase social:** Baja () Media () Alta ()
- **Nivel de estudios:** bajo () Medio () Superior ()
- **Situación laboral:** Empleado () Desempleado () Jubilado ()
¿En qué trabaja? _____
- **Estado civil:** Soltero () Casado () Viudo () Divorciado ()
- **Número de hijos:** _____

DATOS DIAGNÓSTICOS:

- **¿Está diagnosticado de algún trastorno psicológico, aparte de Juego Patológico?** Sí () No ()
Si lo está, por favor, indica cual: _____
- **¿Consume tabaco, alcohol u otras drogas?** Sí () No ()
Si la consume, por favor, indica cual: _____

DATOS SOBRE LA HISTORIA DE JUEGO:

- **Edad a la que comenzó a jugar** _____
- **Edad a la que comenzó a jugar a las “máquinas tragaperras”** _____
- **Tiempo que lleva sin jugar** _____
- **Número de recaídas** _____
- **Número de tratamientos anteriores** _____
- **Tipos de juego a los que jugaba:** “máquinas tragaperras” () Bingo () Juegos de Casino () Apuestas Deportivas () Loterías () Juegos de Cartas () Juego online () otros () .

Datos sociodemográficos de los familiares

Código:

Por favor, rellene los siguientes datos socio-demográficos. MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

- **Sexo:** hombre () Mujer ()
- **Edad:** _____
- **Clase social:** Baja () Media () Alta ()
- **Nivel de estudios:** bajo () Medio () Superior ()
- **Situación laboral:** Empleado () Desempleado () Jubilado ()
¿En qué trabaja? _____
- **Estado civil:** Soltero () Casado () Viudo () Divorciado () Separado ()
- **Número de hijos:** _____
- **Relación con el Jugador:** Madre () Padre () Hermano/a () Esposo/a ()
Hijo/a () amigo () Otros ().

Anexo 3.2

Norc DSM-IV Screen for Gambling Problems (NODS)

(Gernstein et al., 1999. Adapatación y validación de Becoña, 2004)

Este instrumento está diseñado para administrar en primer lugar todos los ítems de la sección JUEGO A LO LARGO DE LA VIDA (prevalencia vital), y después añadir aquellos ítems correspondientes al ÚLTIMO AÑO que corresponden, en función de los respondidos afirmativamente en la primera parte.

PREGUNTAS	A LO LARGO DE SU VIDA	EN EL ÚLTIMO AÑO
<p>1. ¿Ha tenido períodos de 2 o más semanas en las que pasase una gran cantidad de tiempo pensando en sus experiencias con el juego o planificando detalladamente futuros episodios de juego o de apuestas?</p> <p>2. ¿Ha tenido periodos de 2 o más semanas en los que pasase mucho tiempo pensando en cómo conseguir dinero para jugar?</p> <p>3. ¿Ha tenido periodos de 2 o más semanas en los que necesitaba jugar con cantidades de dinero cada vez mayores, o apuestas mayores que antes, para conseguir la misma excitación?</p> <p>4. ¿Ha intentado alguna vez dejar, reducir o controlar su conducta de juego sin poder conseguirlo?</p> <p>5. En una o más de estas ocasiones de intento de dejar, reducir o controlar su juego, ¿se sintió intranquilo o irritable?</p> <p>6. ¿Alguna vez ha intentado dejar, reducir o controlar su conducta de juego sin poder conseguirlo?</p> <p>7. En el caso de que fuese así, ¿ha sucedido 3 o más veces?</p> <p>8. ¿Ha jugado alguna vez como una forma de escapar de los problemas personales?</p> <p>9. ¿Ha jugado alguna vez para aliviar sentimientos desagradables como culpabilidad, ansiedad, indefensión o depresión?</p>		

<p>10.¿Ha tenido alguna vez un periodo en el cual si perdía dinero en el juego volvía otro día para recuperarlo?</p> <p>11.¿Ha mentido alguna vez a su familia, amigos o a otros sobre cuánto juega o cuanto dinero perdía en el juego?</p> <p>12.Si es así, ¿esto ha sucedido 3 o más veces?</p> <p>13.¿Ha extendido alguna vez un cheque sin fondos o cogido dinero que no era suyo de familiares u otra persona para gastar en el juego?</p> <p>14.¿Le ha causado alguna vez el juego problemas graves o repetidos en su relación con algún familiar o amigo?</p> <p>15.¿Le ha producido el juego algún problema con los estudios, como por ejemplo perder clases o días de escuela o suspender algún curso?</p> <p>16.¿Le ha causado el juego la pérdida de un trabajo, tener problemas en el trabajo o no poder aprovechar una oportunidad profesional importante?</p> <p>17.¿Ha necesitado alguna vez pedir dinero prestado a un familiar, o a otra persona, para poder salir de una situación económica desesperada causada en gran parte por su juego?</p>		
--	--	--

Puntuación del NODS

A lo largo de la vida: puntuar “1” por cada Sí obtenido en los ítems 1 ó 2-3-5-7-8 ó 9-10-12-13-14 ó 15-16-17

Último año: puntuar “1” por cada Sí obtenido en los ítems 1 ó 2-3-5-7-8 ó 9-10-12-13 ó 14 ó 15 ó 16-17

Si se responde Sí a uno o más ítems de un grupo (p.ej: 8 ó 9), se contabilizan juntos como un único punto.

Puntuación 0 = jugador de bajo riesgo

Puntuación 1 ó 2 = jugador de riesgo

Puntuación 3 ó 4 = jugador problema (posible jugador patológico)

Puntuación 5 o más = jugador patológico según criterios DSM-IV-TR

Anexo 3.3

CÓDIGO:

Abstinencia

a) ¿Ha jugado en las últimas ocho semanas a las máquinas tragaperras o algún otro juego de azar en el que apostase dinero o algún bien material?

1. Si_____ 2. No_____

Anexo 3.4

Código:

Escala del deseo de jugar

Por favor, se lo más sincero posible, y **marque con una X el recuadro** que cree que se corresponde mejor con usted.

Gracias por su colaboración.

1. Señala la intensidad de tu deseo de jugar durante los últimos 7 días

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nada de deseo

Muchísimo deseo

2. Señala la frecuencia con la que has deseado jugar en los últimos 7 días

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

En ningún momento

Extremadamente
a menudo

3. Si has sentido deseo de jugar, señala la urgencia que has tenido de jugar en los últimos 7 días

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ninguna urgencia
de jugar

Una urgencia
extrema de
jugar

Anexo 3.5

**INVENTARIO DE PENSAMIENTOS SOBRE EL JUEGO ADAPTADO PARA
UN SUJETO NO NECESARIAMENTE JUGADOR**

(Echeburúa y Báez, 1994)

CÓDIGO:

(a) Sesgos Cognitivos en relación con la conducta de juego (adaptación de Fernández de la Cruz, 2010)

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Pienso que conviene fijarse en los resultados del juego para sacar conclusiones de cómo apostar, cuándo y cuánto. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Pienso que debe de haber un “sistema” para ganar en el juego. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Pienso que se gana porque se es hábil y se hace bien. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Pienso que jugando el tiempo suficiente se recuperarán las pérdidas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Pienso que ganan los más listos de los jugadores. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Pienso que, a la larga, jugando se gana. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Pienso que no hay que pensar en las consecuencias negativas del juego, Sólo en que puede tocar o se puede ganar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Pienso que si se pierde es debido a la mala suerte. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Pienso que se pierde porque no se está concentrado. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Pienso que cuando se pierde y se ha estado cerca puede decirse que casi se gana. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Pienso que es mejor ir con la “sensación” de que se va a ganar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Pienso que ganar es cuestión más de suerte que de probabilidad. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Pienso que conviene llevar la misma ropa con la que anteriormente se ganó amuletos, juegos mentales con números, etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Pienso que para sentirse bien jugando, puede ser bueno pensar en todo lo que uno puede comprarse o regalar a alguien, pues es así como uno se siente bien. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Pienso que robar para jugar no es delito pues se considera ese dinero como un préstamo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Puntuación escala (a): _____
(rango 0-15)

(b) Sesgos cognitivos en relación con la adicción al juego.

- | | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Yo soy un jugador patológico. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Podré jugar como otras personas y no tendré problemas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Si me tocara mucho dinero se solucionarían todos mis problemas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Me siento responsable de las consecuencias negativas ocasionadas por el juego (situación económica, familiar, relaciones familiares y de amigos tensas, problemas en el trabajo...). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | SI | NO |
| 5. Toda mi vida es un fracaso. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Suelo malinterpretar los intentos de ayuda de familiares y amigos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Puntuación en la escala (b): _____
(rango 0-6)

Puntuación total en el intervalo a + b: _____

(c) Estilo atribucional y locus de control en relación con la adicción al juego.

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Soy un enfermo y por tanto, no tengo ninguna responsabilidad sobre lo que hago. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. “Algo” me sucede y entonces pierdo el control. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Cuando algo me incita a jugar no puedo hacer otra cosa. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Siempre pienso que la vida será problemática en todos los aspectos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Aunque me recupere del problema del juego, tengo una serie de problemas a los que nunca podré hacer frente (deudas, relaciones con familiares, y amigos deterioradas, causas judiciales pendientes, etc). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Si después de conseguir dejar de jugar, un día juego algo, volveré irremediamente a jugarlo todo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Puntuación en la subescala (c): _____
(rango 0-6)

(d) Describa a aquellos pensamientos que pasaban por su mente:

- Antes de jugar:
 - Mientras juega:
 - Después de jugar:
-

HOJA DE CORRECCIÓN:

Subescala (a): un punto por cada respuesta afirmativa.

Subescala (b): un punto por cada respuesta afirmativa en los ítems 2, 3, 5 y 6
un punto por cada respuesta negativa en los ítems 1 y 4.

Puntuación total en el inventario: se suman las puntuaciones de las subescalas (a) y (b)

Subescala (c): un punto por cada respuesta afirmativa. Esta subescala proporciona una información cualitativa adicional, pero no contribuye a la puntuación total del inventario.

Anexo 3.6

Código:

CUESTIONARIO FFMQ

Elija en cada ítem la alternativa que mejor refleje el grado en que está de acuerdo con cada uno de los enunciados que se indican a continuación (**poniendo una X en el recuadro que considere oportuno**).

1. Cuando camino, noto deliberadamente las sensaciones de mi cuerpo al moverse

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca, o muy raramente				Muy a menudo o siempre

2. Se me da bien encontrar las palabras para describir mis sentimientos.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca, o muy raramente				Muy a menudo o siempre

3. Me critico a mi mismo/a por tener emociones irracionales o inapropiadas.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca, o muy raramente				Muy a menudo o siempre

4. Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar a ellos.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca, o muy raramente				Muy a menudo o siempre

5. Cuando hago algo, mi mente divaga y me distraigo fácilmente.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca, o muy raramente				Muy a menudo o siempre

6. Cuando me ducho o me baño, estoy atento a las sensaciones del agua en mi cuerpo.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca, o muy raramente				Muy a menudo o siempre

7. Con facilidad puedo poner en palabras mis creencias, sentimientos y expectativas.

--	--	--	--	--

Nunca, Muy a menudo o siempre
o muy raramente

8. No presto atención a lo que hago porque sueño despierto, porque me preocupo o porque me distraigo.

--	--	--	--	--

Nunca, Muy a menudo o siempre
o muy raramente

9. Observo mis sentimientos sin perderme en ellos.

--	--	--	--	--

Nunca, Muy a menudo o siempre
o muy raramente

10. Me digo a mi mismo/a que no debería sentir lo que siento.

--	--	--	--	--

Nunca, Muy a menudo o siempre
o muy raramente

11. Noto como los alimentos y las bebidas afectan a mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones.

--	--	--	--	--

Nunca, Muy a menudo o siempre
o muy raramente

12. Me es difícil encontrar palabras para describir lo que siento.

--	--	--	--	--

Nunca, Muy a menudo o siempre
o muy raramente

13. Me distraigo fácilmente.

--	--	--	--	--

Nunca, Muy a menudo o siempre
o muy raramente

14. Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos, y que no debería pensar así.

--	--	--	--	--

Nunca, Muy a menudo o siempre
o muy raramente

15. Presto atención a las sensaciones que produce el viento en el pelo o el sol en la cara.

--	--	--	--	--

Nunca, Muy a menudo o siempre
o muy raramente

16. Tengo problemas para pensar en las palabras que expresan correctamente cómo me siento.

--	--	--	--	--

Nunca, Muy a menudo o
o muy raramente siempre

17. Hago juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos.

--	--	--	--	--

Nunca, Muy a menudo o
o muy raramente siempre

18. Me es difícil permanecer centrado/a en lo que está sucediendo en el presente.

--	--	--	--	--

Nunca, Muy a menudo o
o muy raramente siempre

19. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, soy capaz de dar un paso atrás, y me doy cuenta del pensamiento o la imagen sin que me atrape.

--	--	--	--	--

Nunca, Muy a menudo o
o muy raramente siempre

20. Presto atención a sonidos como el tic-tac del reloj, el gorjeo de los pájaros o los coches que pasan.

--	--	--	--	--

Nunca, Muy a menudo o
o muy raramente siempre

21. En situaciones difíciles, puedo parar sin reaccionar inmediatamente.

--	--	--	--	--

Nunca, Muy a menudo o
o muy raramente siempre

22. Cuando tengo sensaciones en el cuerpo es difícil para mí describirlas, porque no puedo encontrar las palabras adecuadas.

--	--	--	--	--

Nunca, Muy a menudo o
o muy raramente siempre

23. Conduzco en “piloto automático” sin prestar atención a lo que hago.

--	--	--	--	--

Nunca, Muy a menudo o
o muy raramente siempre

24. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me calmo en poco tiempo.

--	--	--	--	--

Nunca, Muy a menudo o
o muy raramente siempre

25.Me digo a mi mismo/a que no debería pensar como pienso.

--	--	--	--	--

Nunca, o muy raramente Muy a menudo o siempre

26.Percibo el olor y el aroma de las cosas.

--	--	--	--	--

Nunca, o muy raramente Muy a menudo o siempre

27.Incluso cuando estoy muy enfadado, encuentro una forma de expresarlo con palabras.

--	--	--	--	--

Nunca, o muy raramente Muy a menudo o siempre

28.Hago actividades precipitadamente sin estar de verdad atento/a a ellas.

--	--	--	--	--

Nunca, o muy raramente Muy a menudo o siempre

29.Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras soy capaz de notarlas sin reaccionar.

--	--	--	--	--

Nunca, o muy raramente Muy a menudo o siempre

30.Creo que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas y que no debería sentir las.

--	--	--	--	--

Nunca, o muy raramente Muy a menudo o siempre

31.Percibo elementos visuales en la naturaleza o en el arte, como olores formas, texturas, o patrones de luces y sombras.

--	--	--	--	--

Nunca, o muy raramente Muy a menudo o siempre

32.Mi tendencia natural es poner mis experiencias en palabras.

--	--	--	--	--

Nunca, o muy raramente Muy a menudo o siempre

33.Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, las noto y las dejo marchar.

--	--	--	--	--

Nunca, o muy raramente Muy a menudo o siempre

34.Hago tareas automáticamente, sin ser consciente de lo que hago.

--	--	--	--	--

Nunca,
o muy raramente

Muy a menudo o
siempre

35.Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me juzgo como bueno o malo, dependiendo del contenido.

--	--	--	--	--

Nunca,
o muy raramente

Muy a menudo o
siempre

36.Presto atención a como mis emociones afectan a mis pensamientos y a mi conducta.

--	--	--	--	--

Nunca,
o muy raramente

Muy a menudo o
siempre

37.Normalmente puedo describir como me siento con considerable detalle.

--	--	--	--	--

Nunca,
o muy raramente

Muy a menudo o
siempre

38.Me sorprendo haciendo cosas sin prestar atención.

--	--	--	--	--

Nunca,
o muy raramente

Muy a menudo o
siempre

39Me critico cuando tengo ideas irracionales.

--	--	--	--	--

Nunca,
o muy raramente

Muy a menudo o
siempre

Anexo 3.7

Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

(Beck, Steer y Brown, 1996; adaptación española de Sanz y Vázquez, 2011)

Código:

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una de ellos y, a continuación, señale cual de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLÍDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que se encuentra escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, elija el número más alto. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones de cada grupo antes de efectuar la elección. Asegúrese también de no haber elegido más de una respuesta para cada grupo, particularmente en los elementos 16 (cambio en el patrón de sueño) y 18 (cambio en el apetito).**

<p>1. Tristeza 0 No me siento triste habitualmente. 1 Me siento triste gran parte del tiempo. 2 Me siento triste continuamente. 3 Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.</p> <p>2. Pesimismo 0 No estoy desanimado sobre mi futuro. 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes. 2 No espero que las cosas mejoren. 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.</p> <p>3. Sentimientos de fracaso 0 No me siento fracasado 1 He fracasado más de lo que debería. 2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso. 3 Me siento una persona totalmente fracasada.</p> <p>4. Pérdida de placer 0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes. 1 No disfruto de las cosas tanto como antes. 2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba. 3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> <p>5. Sentimientos de culpa 0 No me siento especialmente culpable. 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho. 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable constantemente.</p>	<p>6. Sentimientos de castigo 0 No siento que esté siendo castigado. 1 Siento que puedo ser castigado. 2 Espero ser castigado. 3 Siento que estoy siendo castigado.</p> <p>7. Insatisfacción con uno mismo 0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo. 1 He perdido confianza en mí mismo. 2 Estoy decepcionado conmigo mismo. 3 No me gusta.</p> <p>8. Autocríticas 0 No me critico o me culpo más que antes. 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser. 2 Critico todos mis defectos. 3 Me culpo de todo lo malo que sucede.</p> <p>9. Pensamientos o deseos de suicidio 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio. 1 Tengo pensamientos de suicidio pero no los llevaría a cabo. 2 Me gustaría suicidarme. 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.</p> <p>10. Llanto 0 No lloro más de lo que solía hacerlo. 1 Lloro más de lo que solía hacerlo. 2 Lloro por cualquier cosa. 3 Tengo ganas de llorar continuamente pero no puedo.</p>
---	---

<p>11. Agitación 0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre. 1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre. 2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto. 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.</p> <p>12. Pérdida de interés 0 No he perdido el interés por otras personas o actividades. 1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades. 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas. 3 Me resulta difícil interesarme en algo.</p> <p>13. Indecisión 0 Tomo decisiones más o menos como siempre. 1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre. 2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre. 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p>14. Inutilidad 0 No me siento inútil. 1 No me considero tan valioso y útil como solía ser. 2 Me siento inútil en comparación con otras personas. 3 Me siento completamente inútil.</p> <p>15. Pérdida de energía 0 Tengo tanta energía como siempre. 1 Tengo menos energía de la que solía tener. 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas, 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.</p> <p>16. Cambios en el patrón del sueño 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño. <hr/> 1a Duermo algo más de lo habitual. 1b Duermo algo menos de lo habitual. <hr/> 2a Duermo mucho más de lo habitual. 2b Duermo mucho menos de lo habitual. <hr/> 3a Duermo la mayor parte del día. 3b Me levanto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>	<p>17. Irritabilidad 0 No estoy más irritable de lo habitual. 1 Estoy más irritable de lo habitual. 2 Estoy mucho más irritable de lo habitual. 3 Estoy irritable continuamente.</p> <p>18. Cambios en el apetito 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito. <hr/> 1a Mi apetito es algo menor de lo habitual. 1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual. <hr/> 2a Mi apetito es mucho menor que antes. 2b Mi apetito es mucho mayor que antes. <hr/> 3a He perdido completamente el apetito. 3b Tengo ganas de comer continuamente.</p> <p>19. Dificultad de concentración 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre. 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente. 2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo. 3 No puedo concentrarme en nada.</p> <p>20. Cansancio o fatiga 0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre. 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre. 2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer. 3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.</p> <p>21. Pérdida de interés por el sexo 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar. 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora. 3 He perdido completamente el interés por el sexo.</p>
--	---

Puntuación Total

Anexo 3.8

Cuestionario de ansiedad Estado- Rasgo (STAI)

(Spielberger, Gorsuch y Lushene; Adaptación española: Buela-Casal, Guillén-Riquelme y Seisdedos, 2011)

Código:

A- E	A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno así mismo. Lea cada frase y rodee la puntuación (0 a 3) que indique mejor como se SIENTE UD. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.	Nada	Algo	Bastante	Much o
1	Me siento calmado.	0	1	2	3
2	Me siento seguro.	0	1	2	3
3	Estoy tenso.	0	1	2	3
4	Estoy contrariado.	0	1	2	3
5	Me siento cómodo (estoy a gusto).	0	1	2	3
6	Me siento alterado.	0	1	2	3
7	Estoy preocupado por posibles desgracias futuras.	0	1	2	3
8	Me siento descansado.	0	1	2	3
9	Me siento angustiado.	0	1	2	3
10	Me siento confortable.	0	1	2	3
11	Tengo confianza en mí mismo.	0	1	2	3
12	Me siento nervioso.	0	1	2	3
13	Estoy desasosegado.	0	1	2	3
14	Me siento muy “atado” (como oprimido)	0	1	2	3
15	Estoy relajado.	0	1	2	3
16	Me siento satisfecho.	0	1	2	3
17	Estoy preocupado.	0	1	2	3
18	Me siento aturdido y sobreexcitado.	0	1	2	3
19	Me siento alegre.	0	1	2	3
20	En este momento me siento bien.	0	1	2	3
A- R	A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno así mismo. Lea cada frase y rodee la puntuación (0 a 3) que indique mejor como se SIENTE UD. EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa como se siente Ud. generalmente.	Nada	Algo	Bastante	Mucho
21	Me siento bien.	0	1	2	3
22	Me canso rápidamente.	0	1	2	3
23	Siento ganas de llorar.	0	1	2	3

Anexos

24	Me gustaría ser tan feliz como otros.	0	1	2	3
25	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.	0	1	2	3
26	Me siento descansado.	0	1	2	3
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada.	0	1	2	3
28	Veo que las dificultades se amontan y no puedo con ellas.	0	1	2	3
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.	0	1	2	3
30	Soy feliz.	0	1	2	3
31	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.	0	1	2	3
32	Me falta confianza en mí mismo.	0	1	2	3
33	Me siento seguro.	0	1	2	3
34	Evito enfrentarme a las crisis o dificultades.	0	1	2	3
35	Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36	Estoy satisfecho.	0	1	2	3
37	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.	0	1	2	3
38	Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos.	0	1	2	3
39	Soy una persona estable.	0	1	2	3
40	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA.

Anexo 3.9

Código:

SSP-14: Escala de estrés percibido

Por favor, coloque una X en el recuadro que mejor se corresponda con usted.

1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?

<input type="checkbox"/>				
Nunca				Muy a menudo

2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?

<input type="checkbox"/>				
Nunca				Muy a menudo

3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?

<input type="checkbox"/>				
Nunca				Muy a menudo

4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?

<input type="checkbox"/>				
Nunca				Muy a menudo

5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?

<input type="checkbox"/>				
Nunca				Muy a menudo

6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?

<input type="checkbox"/>				
Nunca				Muy a menudo

7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?

--	--	--	--	--

Nunca Muy a menudo

8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?

--	--	--	--	--

Nunca Muy a menudo

9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?

--	--	--	--	--

Nunca Muy a menudo

10. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?

--	--	--	--	--

Nunca Muy a menudo

11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?

--	--	--	--	--

Nunca Muy a menudo

12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?

--	--	--	--	--

Nunca Muy a menudo

13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?

--	--	--	--	--

Nunca Muy a menudo

14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?

--	--	--	--	--

Nunca Muy a menudo

CÓDIGO:

Cuestionario sobre la práctica de *mindfulness*

a) ¿Sigue usted practicando los ejercicios de *mindfulness* o atención plena?

1. Si_____ 2. No_____

b) En caso afirmativo, indica la frecuencia:

1. A diario_____
2. Más de tres veces por semana_____
3. Una o dos veces por semana_____
4. Menos de una vez por semana_____

c) Cuándo realiza ejercicios de atención plena ¿Cuánto tiempo los practica?

1. Más de 30 minutos_____
2. Entre 15 y 30 minutos_____
3. Menos de 15 minutos_____

d) ¿Sigue empleando el CD para la práctica?

1. Si_____ 2. No_____

e) ¿Sigue empleando la zona SOBRIA para respirar en situaciones complicadas?

1. Si_____ 2. No_____

f) ¿Sigue realizando los ejercicios de de yoga?

1. Si_____ 2. No_____

g) ¿Continúa llevando a cabo el ejercicio de caminar con atención plena?

1. Si_____ 2.No_____

h) ¿Cree que la práctica de *mindfulness* le ha ayudado a responder de manera menos impulsiva (en lo que se refiere a situaciones de juego y otra índole), así como a relacionarse de un modo distintos con sus pensamientos, emociones y sensaciones?

1. Si_____ 2. No_____

CÓDIGO:

Cuestionario sobre la práctica de *mindfulness* (familiares)

a) ¿Sigue usted practicando los ejercicios de *mindfulness* o atención plena?

1. Si _____ 2. No _____

b) En caso afirmativo, indica la frecuencia:

1. A diario _____
2. Más de tres veces por semana _____
3. Una o dos veces por semana _____
4. Menos de una vez por semana _____

c) Cuándo realiza ejercicios de atención plena ¿Cuánto tiempo los practica?

1. Más de 30 minutos _____
2. Entre 15 y 30 minutos _____
3. Menos de 15 minutos _____

d) ¿Sigue empleando el CD para la práctica?

1. Si _____ 2. No _____

e) ¿Sigue realizando los ejercicios de de yoga?

1. Si _____ 2. No _____

f) ¿Continúa llevando a cabo el ejercicio de caminar con atención plena?

1. Si _____ 2.No _____

g) ¿Cree que la práctica de *mindfulness* le ha ayudado a responder de manera distinta y a relacionarse de un modo distinto con sus pensamientos, emociones y sensaciones?

1. Si _____ 2. No _____

Anexo 4

Hoja informativa y consentimiento informado

HOJA INFORMATIVA PARA EL PARTICIPANTE DEL ESTUDIO

Estimado señor,

Le invitamos a participar en un estudio sobre “Terapia Cognitiva basada en la atención plena en Juego Patológico”. Por ello, a continuación le contaremos de forma breve pero de manera clara, en qué consiste el mismo. Por favor, lea detenidamente esta hoja, de la cual se le entregará una copia.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Objetivo principal del estudio:

Con este estudio perseguimos conocer si una intervención compuesta principalmente por psicoeducación, terapia cognitiva, *mindfulness* o atención plena y prevención de recaídas, se muestra eficaz para reducir el *craving* (o deseo irrefrenable de jugar), las distorsiones cognitivas, la reducción del malestar psicológico y la ansiedad, así como en la prevención de recaídas en sujetos que presentan juego patológico.

Por otra parte, se estudiará la eficacia de un programa de Reducción de Estrés Basado en *Mindfulness*, con los familiares de los participantes.

Procedimiento del estudio:

Si decide participar en el estudio, será imprescindible que acuda a todas a las sesiones, a menos que exista causa justificada, así como realizar las tareas o ejercicios que se establezcan en cada sesión (práctica *mindfulness*).

Confidencialidad:

Es importante que tenga clara la garantía de confidencialidad de sus datos, ya que serán tratados siguiendo la ley Orgánica que regula la confidencialidad de los datos. (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre). Por supuesto, dichos datos serán empleados únicamente para finalidades del estudio y en todo momento se mantendrá el anonimato.

Le agradecemos encarecidamente su participación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la Tesis Doctoral: Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena en Juego Patológico

Investigador Principal: Alejandra R. Melero Ventola

Universidad: U. Pontificia de Salamanca

Teléfono de Contacto: 680223576

Por favor, marque las casillas que aparecen a continuación:

1. He leído detenidamente la hoja informativa, así como esta hoja de consentimiento informado.
2. Entiendo que no tengo la obligación de participar en este estudio y que la decisión de no participar no conlleva una consecuencia desfavorable para mí en lo que se refiere a los servicios que ofrece la Asociación.
3. Comprendo que la información referida a mí y mis datos será introducida en una base de datos para ser analizada informáticamente, siendo tratada de forma completamente confidencial.
4. Entiendo que no seré identificado en este estudio, ni de manera escrita, ni en la defensa de la tesis doctoral.
5. He comprendido toda la información recibida y estoy de acuerdo en participar en el estudio.

Nombre del participante

Firma

Nombre del investigador

Firma