

EFICACIA DEL PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE ESTRÉS BASADO EN ATENCIÓN PLENA (REBAP) APLICADO A FAMILIARES DE JUGADORES PATOLÓGICOS

Alejandra Melero Ventola¹, José Ramón Yela Bernabé¹,
Antonio Crego Díaz¹, María Cortés-Rodríguez²
y M^a Ángeles Gómez-Martínez¹

¹Universidad Pontificia de Salamanca; ²Universidad de Salamanca (España)

Resumen

La adicción al juego conlleva situaciones de estrés para quienes sufren este trastorno y su entorno social próximo. 33 familiares voluntarios de jugadores en rehabilitación participaron en una intervención grupal de autoayuda (GAA), tras la cual iniciaron un Programa de reducción de estrés basado en atención plena (REBAP), de ocho semanas. Sus niveles de estrés fueron evaluados antes y después de cada intervención y en tres seguimientos (1, 3 y 6 meses). Mientras que el GAA no reducía significativamente el estrés de los familiares, el protocolo REBAP producía cambios de gran magnitud ($\eta^2= 0,88$) y conseguía disminuir el estrés, desde niveles inicialmente moderados a bajos. Los efectos se mantuvieron en los tres seguimientos, durante los cuales se observaron niveles elevados de práctica de atención plena. No obstante, en el seguimiento a los 6 meses se apreció una disminución de la práctica, lo cual sugeriría la necesidad de introducir sesiones de refuerzo. Los resultados muestran la utilidad del programa REBAP en la intervención con familiares de personas con adicción al juego.

PALABRAS CLAVE: *estrés percibido, familiares, juego patológico, atención plena, REBAP.*

Abstract

Gambling addiction may lead to stressful situations for the gambler and their proximal social environment. 33 close relatives of disordered gamblers volunteered to attend a self-help group; afterwards, they participated in the Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) program for 8 weeks. The participants' perceived stress was assessed before and after each treatment condition, and at 1-month, 3-months, and 6-months follow-ups. Participating in the self-help group did not significantly reduce the stress levels of pathological gamblers' relatives, whereas the MBSR training produced changes of great magnitude ($\eta^2= 0.88$), decreasing stress levels from initially moderate scores to low values. Changes in stress levels were maintained at low levels throughout follow-ups, with participants reporting overall strong engagement with the practice of mindfulness. However, a decrease in practice (number of individuals

practicing, frequency and time of exercises) was observed at 6-months follow-up, which suggest that including sessions to strengthen practice could be advisable. The MBSR program may be a useful protocol to reduce stress in pathological gamblers' families.

KEY WORDS: *perceived stress, family, pathological gambling, mindfulness, MBSR.*

Introducción

La adicción al juego, ya sea a nivel clínico o subclínico, afecta de manera directa a buena parte de la población (Calado y Griffiths, 2016; Nowak, 2018; Nowak y Aloe, 2014), con consecuencias importantes a nivel psicológico y psicosocial para las personas que sufren esta problemática (Abbott, 2017). Todo ello supone un impacto indirecto para las personas que rodean al jugador patológico, especialmente, para sus familias. Éstas se ven sometidas a una situación de estrés crónico con importantes consecuencias a nivel emocional, aumento de la conflictividad y problemas en la interacción entre sus miembros (Dowling, Suomi, Jackson y Lavis, 2016; Kalischuk, Nowatzki, Cardwell, Klein y Solowoniuk, 2006; Paolini, Leonardi, Visani y Rodofili, 2018; Subramaniam, Chong, Satghare, Browning y Thomas, 2017; Velleman, Cousins y Orford, 2015). No obstante, a pesar de su relevancia social, la situación de las personas cercanas al jugador patológico, ya sean familiares, amigos u otras personas significativas, ha recibido escasa atención en la literatura científica (Anderson, Rempusheski y Leedy, 2018; Orford, Cousins, Smith y Bowden-Jones, 2017). Por ejemplo, tan sólo 30 estudios empíricos abordaron entre 1998 y 2013 la cuestión del impacto y los efectos del juego patológico en la familia (Kourgiantakis, Saint-Jacques y Tremblay, 2013).

Más recientemente, la investigación ha empezado a señalar los beneficios potenciales que la implicación de los familiares en el tratamiento del juego patológico puede tener tanto para ellos mismos como para el propio jugador (Jiménez-Murcia *et al.*, 2017; Kourgiantakis, Saint-Jacques y Tremblay, 2018). Especialmente, y a pesar de la limitada evidencia existente aún, algunos estudios en los que se han evaluado los efectos de intervenciones cognitivo conductuales enfocadas a familiares o personas significativas sobre la conducta de jugadores patológicos, han informado de resultados positivos en aspectos emocionales y en la conducta de juego (George y Bowden-Jones, 2015; Nayoski y Hodgins, 2016).

En este contexto, cuando las familias se sienten desbordadas, es frecuente que acudan a Asociaciones de Jugadores en busca de ayuda. Habitualmente éstas ofrecen la posibilidad de participación en grupos de autoayuda (GAA) integrados tanto por jugadores patológicos como por familiares, cuya dinámica se basa en el apoyo mutuo y el refuerzo social de conductas saludables que pueden proporcionarse sus miembros entre sí.

A pesar de que los GAA son una forma de intervención bastante extendida, las investigaciones previas han apuntado algunas limitaciones. La evidencia a favor de este tipo de intervenciones es escasa e inconsistente, a la vez que se ha llamado la atención sobre la necesidad de realizar estudios que permitan evaluar con mayor

rigor metodológico el grado de eficacia de estos grupos (Choi *et al.*, 2017; Schuler *et al.*, 2016). Por otra parte, las investigaciones sobre GAA habitualmente se han centrado en el jugador patológico, sin considerar las posibles consecuencias para los familiares (Schuler *et al.*, 2016).

No obstante, en este contexto algunos resultados pueden ser especialmente interesantes. La combinación de las intervenciones grupales de ayuda mutua con otras formas de tratamiento, especialmente de tipo cognitivo conductual, parece incrementar la mejoría de los jugadores en rehabilitación (Ginley, Rash y Petry, 2019). En la misma línea, se ha encontrado que la participación en una intervención específica para el manejo del estrés, de ocho semanas de duración y administrada en paralelo a un grupo de ayuda mutua, producía mejoras en los niveles de estrés, ansiedad, depresión, calidad del sueño y satisfacción con la vida de los jugadores (Linardatou, Parios, Varvogli, Chrousos y Darviri, 2014). Estos resultados apuntarían, por tanto, a la conveniencia de enriquecer los GAA con otros componentes. Las intervenciones de autoayuda se han orientado fundamentalmente a proporcionar apoyo social y emocional a sus miembros (p. ej., a través del refuerzo social de conductas adecuadas), pero sus efectos podrían potenciarse si se incorporasen, además, elementos dirigidos a la reducción del estrés.

La capacidad de atender plenamente (*mindfulness*), básicamente, se refiere a la habilidad de autorregular la atención para mantenerla centrada en la experiencia inmediata y aumentar así el reconocimiento de eventos mentales que ocurren en el momento presente. Este proceso atencional se acompaña además de una actitud de curiosidad, apertura y aceptación hacia la experiencia presente (Bishop *et al.*, 2004). La literatura científica ha mostrado que el entrenamiento de dicha capacidad puede tener efectos beneficiosos sobre el bienestar y la salud psicológica y física del individuo (Fjorback, Arendt, Ørnbøl, Fink y Walach, 2011; Grossman, Niemann, Schmidt y Walach, 2004; Gu, Strauss, Bond y Cavanagh, 2015; Li, Black y Garland, 2016) y que puede contribuir a la mejora de problemas relacionados con la ansiedad (Hofmann, Sawyer, Witt y Oh, 2010; Kabat-Zinn *et al.*, 1992; Martínez-Escribano, Piqueras y Salvador, 2017; Vøllestad, Sivertsen y Nielsen, 2011) y la reducción de los niveles de estrés (Chiesa y Serretti, 2009).

El Programa de reducción de estrés basado en la atención plena (REBAP) (*Mindfulness-Based Stress Reduction program*, MBSR) es un protocolo para entrenar la atención plena (Kabat-Zinn, 2012). Los resultados obtenidos en muestras no clínicas señalan que esta intervención puede reducir el nivel de estrés de los sujetos, la rumiación cognitiva y la ansiedad rasgo, a la vez que produciría efectos positivos sobre los niveles de empatía y autocompasión, superando así a intervenciones en relajación habituales (Chiesa y Serretti, 2009). En la misma línea, un metaanálisis más reciente en el que se integran datos de 29 estudios sobre la eficacia del programa REBAP en personas sanas, concluyó que éste se mostraba moderadamente eficaz a la hora de reducir estrés, depresión, ansiedad y en la mejora de la calidad de vida (Khoury, Sharma, Rush y Fournier, 2015).

En el ámbito de los problemas de juego patológico, las aplicaciones de programas basados en atención plena nuevamente se han centrado de forma predominante en la persona directamente afectada, obviando la posible

intervención sobre sus familiares. Los resultados obtenidos son, no obstante, prometedores e indican que el uso de técnicas de atención plena en el tratamiento del juego patológico puede ser una alternativa de elección, ya sea en combinación con otros tratamientos bien establecidos -como la terapia cognitivo conductual- o en formato de protocolos que incluyan la práctica de atención plena como componente principal (Chen, Jindani, Perry y Turner, 2014; De Lisle, Dowling y Allen, 2011, 2012; Lakeym, Campbell, Brown y Goodie, 2007; Maynard, Wilson, Labuziński y Whiting, 2018; McIntosh, Crino y O'Neill, 2016; Menchon, Mestre-Bach, Steward, Fernández-Aranda y Jiménez-Murcia, 2018; Reid, Di Tirro y Fong, 2014; Toneatto, Pillai y Courtice, 2014; Toneatto, Vettese y Nguyen, 2007; Yakovenko y Hodgins, 2016). Estas intervenciones que incorporan técnicas de atención plena podrían tener efectos moderados o grandes sobre las conductas, síntomas psicológicos, deseo irresistible de consumo o *craving* y aspectos financieros asociados al juego (Maynard *et al.*, 2018).

El presente estudio tiene varios objetivos. En primer lugar, se evaluará el nivel de estrés percibido de un grupo de familiares de jugadores patológicos. En segundo lugar, se analizarán los posibles efectos de dos intervenciones sobre los niveles de estrés de los familiares. Primero, se evaluará una intervención grupal de autoayuda (GAA), administrada en el formato habitual con que se desarrolla en una asociación de jugadores en rehabilitación; y seguidamente, un entrenamiento en atención plena siguiendo el protocolo REBAP adaptado a familiares de jugadores a partir del programa de Kabat-Zinn (2012) y Stahl y Goldstein (2010). Se comparará la eficacia relativa de cada intervención, -GAA y programa REBAP-, en la reducción del estrés. Finalmente, se analizará el posible mantenimiento de los cambios de los niveles de estrés en varios periodos de seguimiento (1, 3 y 6 meses) y se registrarán las características de la práctica autónoma de ejercicios de atención plena a lo largo de dicho periodo.

Método

Participantes

La muestra está formada por 33 participantes (26 mujeres y 7 hombres), con una media de edad de 47,81 años ($DT= 13,02$). Todos ellos eran familiares o personas de apoyo de jugadores de máquinas recreativas con premio ("máquinas tragaperras") en rehabilitación, que aceptaron participar voluntariamente en el estudio. Con relación a su parentesco con los jugadores patológicos, 14 participantes indicaron que eran esposas, 8 eran padres o madres, tres hermanos y un hijo del jugador. Los siete participantes restantes indicaron que mantenían "otro tipo de relación" con el jugador en rehabilitación. Una amplia mayoría de participantes estaban casados (23 casos), ocho estaban solteros y dos divorciados. En cuanto a su nivel de estudios, 14 participantes declararon haber cursado estudios de nivel básico, 11 estudios medios y ocho estudios superiores. La mayoría de los participantes eran trabajadores en activo (19 casos), seguidos de personas que se encontraban en situación de desempleo (12 casos). Tan sólo dos participantes habían pasado a la situación de jubilación.

Instrumentos

- a) "Escala de estrés percibido" (*Perceived Stress Scale*, PSS-14; Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983) adaptación española de Remor y Carrobes (2001). Los niveles de estrés percibidos por los familiares de jugadores en rehabilitación fueron evaluados mediante la PSS. Se trata de un instrumento de autoinforme que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes. Consta de 14 ítems con formato de respuesta de escala de cinco puntos, en el que los encuestados informan de la frecuencia con que han experimentado síntomas de estrés, falta de control de situaciones problemáticas, o preocupaciones (desde 0= "nunca" a 4= "muy a menudo"). Para cada participante se calculó una puntuación total, promediando los valores con que respondía a cada ítem. Las puntuaciones más elevadas corresponden a mayores niveles de estrés percibido. La escala presentó niveles de fiabilidad muy adecuados, entre $\alpha = 0,94$ (obtenido en T1) y $\alpha = 0,91$ (obtenido en T3).
- b) Escala de atención plena *ad hoc*. Se emplearon cinco ítems con formato de respuesta dicotómico (sí/no), en los que se preguntaba a los sujetos sobre la continuidad de la práctica de ejercicios de atención plena, el uso de un CD específico para la realización de los ejercicios, la realización de ejercicios de estiramientos físicos con atención plena, la práctica de caminatas conscientes y, por último, la consideración acerca de si la práctica de atención plena ayudaba a los sujetos a relacionarse de un modo diferente con sus emociones, pensamientos y sensaciones. A través de otros dos ítems se recogió información sobre la frecuencia de la práctica (0= "nunca"; 1= "menos de una vez por semana"; 2= "una o dos veces por semana"; 3= "más de tres veces por semana"; 4= "a diario") y sobre la duración de los ejercicios de meditación practicados (0= "nada"; 1= "menos de 15 minutos"; 2= "entre 15 y 30 minutos"; 3= "más de 30 minutos").
- c) Valoración global del programa REBAP *ad hoc*. Al término del programa de intervención basado en atención plena, los participantes indicaron la valoración que hacían del mismo en una escala de 1 ("ningún valor") a 10 ("máximo valor").

Procedimiento

Se empleó un diseño intrasujetos o de medidas repetidas con seis momentos de evaluación. La primera medida (T1) del nivel de estrés de los familiares se tomó cuando éstos se encontraban participando en un GAA. Tras ocho semanas, se tomó una segunda medida (T2). En este punto T2, los familiares cesaron su participación en el GAA e ingresaron de forma inmediata en la condición de tratamiento REBAP. La medición T2 informa, por tanto, de los niveles de estrés percibido posteriores al GAA y anteriores al entrenamiento en atención plena. A pesar de tratarse de un diseño intrasujetos y no contar por lo tanto con un grupo de control sin tratamiento para establecer comparaciones, este diseño trata de aprovechar la muestra de familiares disponible en el contexto terapéutico descrito anteriormente y permite comparar los resultados de un tratamiento REBAP (T2-T3)

de ocho semanas con el tratamiento en GAA estándar (T1-T2) que tiene también la misma duración. Concluido el programa REBAP, se tomó la tercera medida del nivel de estrés de los familiares (T3), que evalúa los efectos de la participación en dicho entrenamiento. Finalmente, se llevaron a cabo tres seguimientos, un mes (T4), tres meses (T5) y seis meses (T6) después de la conclusión del entrenamiento REBAP.

Todos los participantes asistían a actividades que se ofertaban en una asociación de jugadores anónimos en rehabilitación y fueron contactados a través de ella. Se les informó de la posibilidad de recibir un programa de entrenamiento en atención plena orientado a la reducción de síntomas de estrés de ocho semanas de duración, aplicado por terapeutas especializados y que se encuadraba dentro de un proyecto de investigación de la Universidad Pontificia de Salamanca. En dicha invitación se informaba además de que el estudio implicaría asimismo la recogida de datos de los participantes en diferentes momentos, empleándose para ello cuestionarios de uso habitual para la evaluación de aspectos psicológicos y psicosociales. Todos los participantes recibieron además garantías respecto del tratamiento anónimo de sus datos, así como del uso exclusivo de los mismos para fines de investigación. Finalmente, se advertía a los participantes potenciales de que mientras se estuviera desarrollando el programa de entrenamiento en atención plena no podrían participar paralelamente en un grupo de autoayuda (GAA) al que ya venían asistiendo en la asociación, con el fin de evitar la interferencia entre ambos tipos de intervención.

La participación en el estudio fue voluntaria, no ofreciéndose contrapartida alguna a los familiares de jugadores por su inclusión en el entrenamiento. Se invitó a participar en el estudio a 60 familiares de jugadores, de los cuales 33 aceptaron participar en el programa REBAP (55% del total). Ninguno de los participantes estaba recibiendo en ese momento ni tratamiento farmacológico, ni tratamiento psicológico individualizado. Para garantizar una adecuada aplicación del programa, los voluntarios fueron asignados aleatoriamente a dos grupos de intervención (de 16 y 17 personas respectivamente).

Todas las sesiones del programa fueron conducidas por una psicóloga general sanitaria con formación específica en la aplicación del programa REBAP, asistida además por una psicóloga clínica de la asociación participante que llevaba a cabo labores de coterapeuta. Las sesiones -de dos horas de duración- se llevaron a cabo en una sala adecuada para el trabajo grupal en la sede de la asociación, con una periodicidad semanal.

Esta investigación ha sido supervisada por la Comisión de Ética en la Investigación de la Universidad Pontificia de Salamanca (Anexo I del Acta 17/07/18), garantizándose que en su desarrollo se han seguido las directrices éticas de la Declaración de Helsinki vigente, cumpliéndose así en todo momento con los máximos estándares de seguridad y ética profesional para este tipo de trabajos. Con anterioridad al inicio del estudio, se obtuvo además el correspondiente consentimiento informado de cada uno de los participantes.

Una descripción detallada de los objetivos y técnicas empleadas en la intervención basada en el entrenamiento de la atención plena que se ha utilizado en este estudio puede verse en la tabla 1.

Análisis de datos

Se calcularon la media y la desviación típica para las variables cuantitativas incluidas en el estudio. En el caso de las variables dicotómicas y categóricas se llevaron a cabo análisis de frecuencias.

La evolución de las puntuaciones de estrés percibido de los participantes fue analizada mediante una ANOVA de medidas repetidas, considerando el tiempo de medida (desde T1 a T6) como el factor intrasujetos. Debido a que no se cumplía el supuesto de esfericidad requerido, se empleó el estadístico robusto F de Greenhouse-Geisser. Se llevaron a cabo además comparaciones dos a dos entre las puntuaciones de estrés correspondientes a los distintos momentos de medida, usando la corrección de Bonferroni. Además, se empleó el estadístico eta-cuadrado (η^2) como medida del tamaño del efecto.

Para el análisis de la evolución de las variables dicotómicas y ordinales referidas a la práctica de atención plena a lo largo de los seguimientos (desde T4 a T6) se emplearon, respectivamente, las pruebas no-paramétricas Q de Cochran y ANOVA de Friedman. Se llevaron a cabo asimismo comparaciones dos a dos entre momentos temporales, empleándose la prueba de McNemar en el caso de variables dicotómicas y la prueba de rangos señalados de Wilcoxon para las variables ordinales. El nivel de significación fue ajustado mediante la corrección de Bonferroni. Se calculó, además, el estadístico r como medida del tamaño del efecto.

El análisis estadístico fue realizado con el programa SPSS 20 (IBM, 2011).

Resultados

Estrés percibido

Los participantes presentaron niveles de estrés moderados en T1 y T2, mientras que a partir de T3 se observa un descenso de tales niveles a valores bajos (tabla 2). Existían diferencias estadísticamente significativas entre los momentos de medida, en lo que respecta a la variable estrés percibido ($F_{1,47; 46,98} = 102,79$; $p < 0,000$). Se observaron diferencias significativas entre T2 y T3, es decir entre los niveles de estrés previos y posteriores a la aplicación del programa REBAP ($F_{1,32} = 230,58$; $p = 0,000$), que pasan de $M_{T2} = 2,01$ ($DT = 0,62$) a $M_{T3} = 0,88$ ($DT = 0,38$). El estadístico $\eta^2 = 0,88$ indicó además que la reducción de los niveles de estrés tenía un tamaño del efecto grande. Una vez finalizado el programa REBAP, no se observaron cambios significativos en los sucesivos seguimientos, en las comparaciones entre T3 y T4 ($F_{1,32} = 4,71$; $p > 0,003$; $\eta^2 = 0,13$), T4 y T5 ($F_{1,32} = 0,83$; $p > 0,003$; $\eta^2 = 0,02$) y T5 y T6 ($F_{1,32} = 2,53$; $p > 0,003$; $\eta^2 = 0,07$), lo cual indicaría tanto un mantenimiento de la disminución en los niveles de estrés, como la estabilidad de esos cambios a lo largo de los seis meses de seguimiento.

En el GAA no se apreciaban cambios significativos en los niveles de estrés de los familiares, que seguían manteniéndose en niveles moderados tras ocho semanas, tal como reflejó el contraste entre los momentos temporales T1 y T2 ($F_{1,32} = 9,68$; $p > 0,003$; $\eta^2 = 0,23$).

Tabla 1
Programa de reducción de estrés basado en la atención plena (REBAP) para familiares de jugadores patológicos, basado en Kabat-Zinn (2003) y Stahl y Goldstein (2010)

Sesión	Objetivos	Contenidos	Ejercicios practicados en la sesión	Ejercicios para la semana
1	Bienvenida a los participantes y presentación del programa. Conocer expectativas respecto del programa.	Comer con atención plena (AP). Introducción a la AP.	Ejercicio de la uva pasa. Respiración atenta. Exploración o escáner corporal (CD).	Exploración corporal durante 20 minutos al menos 5 días a la semana. Registro de la práctica de AP.
2	Compartir e intercambiar experiencias relacionadas con la práctica de AP. Conocer la respuesta de estrés y cómo la meditación puede ayudar a afrontar situaciones, pensamientos y experiencias potencialmente estresantes.	Explicación de la respuesta de estrés. Ideas básicas sobre qué es la meditación y actitudes implicadas en la AP. Conexiones pensamiento-emoción-conducta con relación al estrés y la práctica de meditación.	Exploración corporal. Revisión de la tarea de la semana. Meditación sedente con especial atención en la respiración Ejercicio "Ilusión óptica de la mujer joven/anciana" Ejercicio sobre AP y la conexión entre la mente y el cuerpo.	Meditación sedente durante al menos 10 minutos 6 días a la semana. Practicar AP en la vida diaria. Registro de la práctica de AP.
3	Continuar con la práctica de mindfulness e incorporar nuevas técnicas que permitan la generalización. Resaltar la importancia de la práctica semanal.	Presentación de nuevas formas de practicar AP. Importancia de vivir el momento presente y sus consecuencias. Repaso de las actitudes básicas de la AP. Focalización en actividades reforzantes.	Revisión de la tarea de la semana. Ejercicios de estiramiento corporal. Ejercicio de repaso de actitudes básicas de la AP. Meditación sedente (CD).	Registro de experiencias agradables y meditación sedente o exploración corporal 6 días a la semana, al menos, entre 10-20 minutos. Practicar AP en la vida diaria. Registro de la práctica de AP.

Sesión	Objetivos	Contenidos	Ejercicios practicados en la sesión	Ejercicios para la semana
4	<p>Continuar con la práctica de AP e incorporar nuevas técnicas que permitan la generalización.</p> <p>Profundizar en la comprensión de la AP como estrategia frente al estrés.</p>	<p>Presentación de los mecanismos de reducción del estrés a través de la AP.</p> <p>Se revisan y comentan las bases fisiológicas y psicológicas de la reactividad al estrés y cómo las habilidades AP ayudan a reducir o eliminar éste.</p> <p>Énfasis en las tareas realizadas durante la semana.</p>	<p>Revisión de las tareas para casa.</p> <p>Meditación sedente.</p> <p>Caminar atentamente.</p>	<p>Realizar la meditación caminando y un ejercicio de su elección durante 6 días.</p> <p>Registro de la práctica de AP.</p>
5	<p>Evaluar el desarrollo del programa y de la práctica.</p> <p>Incorporar aspectos relativos a los aspectos cognitivos del estrés y al manejo de pensamientos desadaptativos.</p> <p>Continuar entrenando la práctica de la meditación en diferentes formas.</p>	<p>Diferenciación entre responder y reaccionar al estrés.</p> <p>Reflexionar sobre las "ideas irracionales" que potencian el estrés y estados de ánimo negativos.</p> <p>Revisión de las tareas para casa.</p> <p>Reflexión en grupo sobre el programa.</p>	<p>Revisión de la tarea de la semana.</p> <p>Meditación sedente (CD).</p> <p>Ejercicio " Deténgase- respire-observe- prosiga" (DROP).</p> <p>Ejercicio sobre "Las trampas de la mente".</p>	<p>Elegir uno o varios ejercicios de AP (6 días a la semana) y práctica en la vida diaria.</p> <p>Registro de la práctica de AP.</p>
6	<p>Continuar practicando AP, guiando a los miembros del grupo a un nivel más profundo.</p> <p>Dar importancia a las tareas realizadas durante la semana.</p> <p>Entrenar habilidades de comunicación mediante AP.</p>	<p>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.</p>	<p>Meditación de la montaña</p> <p>Práctica del "Aikido de la comunicación".</p> <p>Respiración atenta.</p>	<p>Elegir uno o varios ejercicios de AP (6 días a la semana) y práctica en la vida diaria.</p> <p>Registro de la práctica de AP.</p>

Sesión	Objetivos	Contenidos	Ejercicios practicados en la sesión	Ejercicios para la semana
7	<p>Continuar practicando AP, guiando a los miembros del grupo a un nivel más profundo. Dar importancia a las tareas realizadas durante la semana. Dar importancia a adquirir hábitos saludables y aprender a sentirse cómodos estén donde estén.</p>	<p>Descripción de la relación entre hábitos saludables y bienestar, así como el papel de la atención plena en patrones de vida saludable.</p>	<p>Revisión de las tareas para casa. Ejercicio de uso de perspectivas diferentes. Meditación sedente (CD). Caminar atentamente.</p>	<p>Práctica sin CD durante 6 días a la semana. Registro de la práctica de AP.</p>
8	<p>Proporcionar un cierre adecuado del programa, enfatizando lo aprendido y promoviendo la continuación de la práctica.</p>	<p>Se hace un recorrido por el desarrollo del programa, indicando conocimientos aprendidos y habilidades adquiridas. Se señala la importancia de seguir con la práctica, una vez finalizado el curso.</p>	<p>Exploración corporal (CD). Meditación sedente (CD). Discusión en grupo sobre el programa. Revisión de las tareas para casa. Finalización y revisión del curso.</p>	<p>Continuar con la práctica. Elegir un objeto recordatorio de la práctica. Cuestionario anónimo de evaluación del programa.</p>

Tabla 2

Estadísticos descriptivos para el estrés percibido en los diferentes momentos de medida

Momento de medida	M	DT	IC 95%	
			Límite inferior	Límite superior
T1	2,188	0,84	1,891	2,486
T2	2,009	0,62	1,788	2,229
T3	0,881	0,38	0,747	1,014
T4	0,831	0,31	0,722	0,941
T5	0,853	0,28	0,755	0,951
T6	0,961	0,30	0,856	1,066

Nota: Rango de las puntuaciones de la escala 0-4.

Valoración del Programa de REBAP

En una escala de 1 a 10, la valoración global media del programa del grupo de REBAP fue de 8,79 ($DT=0,78$). Concretamente, siete participantes valoraron el programa con un 10, 12 con un 9, y 14 con un 8. Esta valoración positiva se mantuvo en los seguimientos, donde se preguntaba si practicar atención plena les había resultado útil para responder a sus pensamientos, emociones y sensaciones. En T4 y T5, los 33 familiares respondieron afirmativamente, mientras que sólo en T6 uno de los participantes manifestó que el entrenamiento en atención plena no le había ayudado. Mediante la prueba Q de Cochran se apreció que no había diferencias significativas entre los tres seguimientos, $\chi^2(2)=2$; $p=0,368$.

Continuidad de la práctica de ejercicios de atención plena

En general, una amplia mayoría de participantes continuaron con la práctica de en los seguimientos. En T4 y T5, los 33 familiares manifestaron seguir realizando ejercicios, mientras que en T6 se encontró que 8 personas abandonaron la práctica. Esta reducción en T6, con respecto a T4 y T5, resultó estadísticamente significativa de acuerdo a la prueba Q de Cochran, $\chi^2(2)=16,00$; $p=0,000$, y el test exacto de McNemar, $\chi^2=6,12$; $p=0,008 < p=0,016$; $r=0,43$.

Se apreciaron diferencias significativas en la frecuencia con que los familiares seguían practicando en los seguimientos, $\chi^2(2)=58,74$; $p=0,000$. Estas diferencias demostraron ser además estadísticamente significativas para las comparaciones entre T4 y T5 ($z=-4,12$; $p=0,000$; $r=-0,51$), y T5 y T6 ($z=-4,89$; $p=0,000$; $r=-0,60$), indicando un descenso progresivo de la frecuencia de práctica desde el primer al sexto mes tras la participación en el programa (figura 1).

También se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas respecto a la duración de los ejercicios en los tres momentos de seguimiento, $\chi^2(2)=46,32$, $p=0,000$. En este caso, no se obtuvieron diferencias en la comparación entre T4 y T5 ($z=-1,73$; $p=0,250$; $r=-0,21$), pero sí entre T5 y T6 ($z=-4,46$; $p=0,000$; $r=-0,55$) (figura 2).

Figura 1

Frecuencia de práctica de ejercicios de atención plena a lo largo de los seguimientos

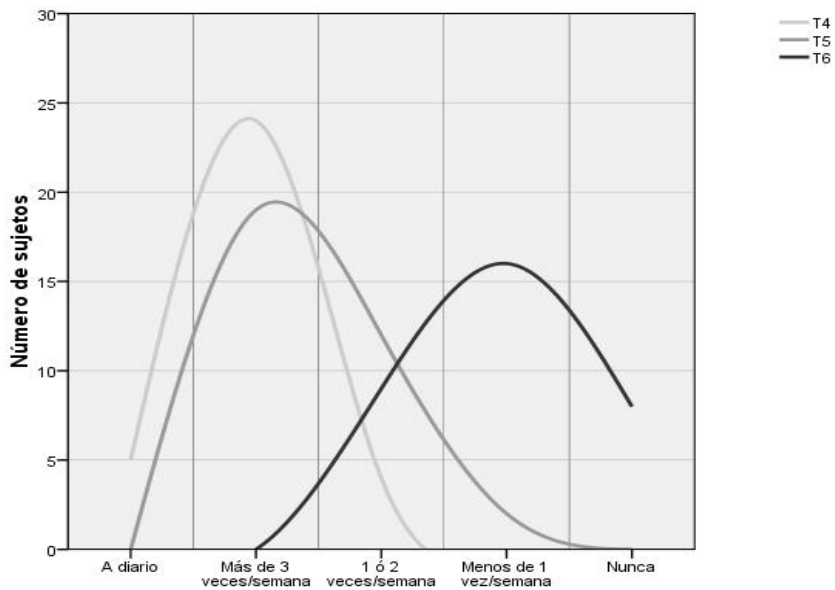
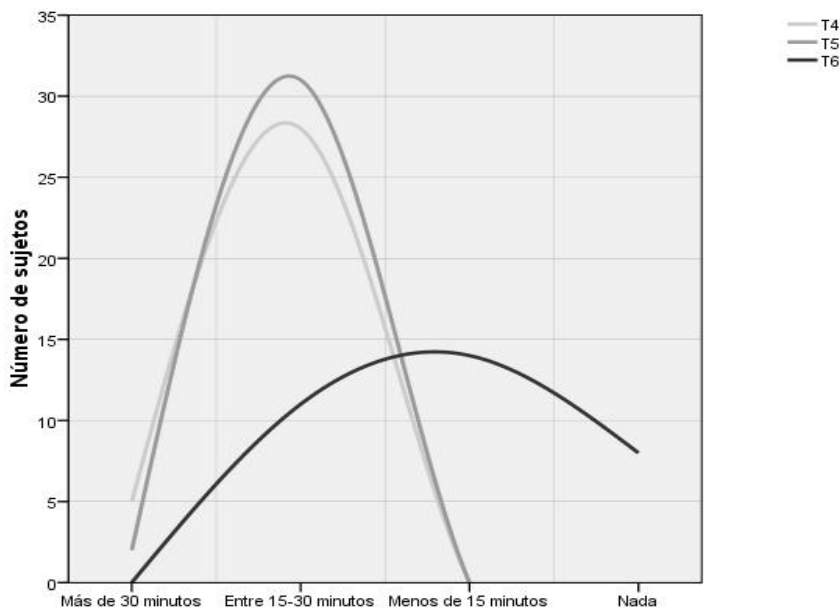


Figura 2

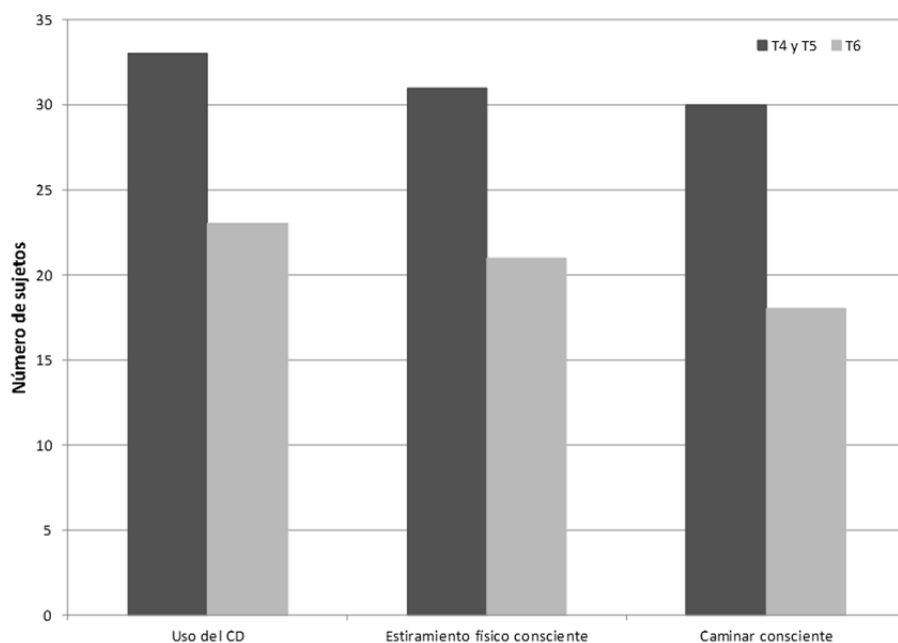
Tiempo dedicado a la práctica de ejercicios de atención plena a lo largo de los seguimientos



En lo que respecta a los ejercicios practicados, todos los participantes continuaron usando el CD con grabaciones de meditaciones en T4 y T5, pero 10 de ellos dejaron de hacerlo en T6 (figura 3).

Figura 3

Práctica de diferentes tipos de ejercicios de atención plena a lo largo de los seguimientos



Esta reducción fue estadísticamente significativa, como indicaron la prueba Q de Cochran, $\chi^2(2) = 20,00$; $p = 0,000$, y el test exacto de McNemar, $\chi^2 = 8,10$; $p = 0,002 < p = 0,016$; $r = 0,49$. Un patrón parecido presentó la práctica de ejercicios de estiramiento, con 31 participantes realizándolos en T4 y T5, número que bajaba a 21 en T6. Igualmente, esta diferencia fue estadísticamente significativa de acuerdo a la prueba Q de Cochran, $\chi^2(2) = 20,00$; $p = 0,000$, y el test exacto de McNemar, $\chi^2 = 8,10$; $p = 0,002 < p = 0,016$; $r = 0,49$. Finalmente, 30 participantes continuaron con la práctica de caminar consciente tanto en T4 como en T5, observándose un descenso estadísticamente significativo de este número a 18 personas que aún seguían practicándola en T6, Q de Cochran $\chi^2(2) = 24,00$; $p = 0,000$, y test exacto de McNemar, $\chi^2 = 10,08$; $p = 0,000 < p = 0,016$; $r = 0,55$.

Discusión

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que los familiares de personas con problemas de adicción al juego inicialmente presentaban niveles moderados de estrés. Con relación a la participación en grupos de autoayuda (GAA), se pone

de manifiesto que en este caso no resultó eficaz para reducir dichos niveles de estrés. La percepción de estrés de los familiares de jugadores patológicos se mantuvo estable en valores moderados durante las ocho semanas en las que recibieron tratamiento en el GAA. Sin embargo, tras la participación en el programa REBAP que tenía la misma duración, se observó una fuerte reducción de los niveles de estrés, que pasaron a ser significativamente más bajos. Además, esta reducción del estrés percibido se mantuvo estable a lo largo de los seguimientos realizados en los 1º, 3º y 6º meses, lo cual pone de manifiesto la utilidad del programa REBAP a la hora de reducir el estrés de los familiares de jugadores patológicos.

Estos resultados son coherentes con estudios que han evaluado la eficacia del programa REBAP en otros contextos, y que en ausencia de estudios dirigidos a familiares de jugadores patológicos han de tomarse como referentes. Por ejemplo, los trabajos de Klatt, Buckworth y Malarkey (2009), Chiesa y Serretti (2009), que tienen su foco en individuos sin patología, mostraron la eficacia del programa REBAP para reducir los niveles de estrés experimentado. También los resultados del metaanálisis de Khoury *et al.* (2015) sugieren que el programa REBAP es eficaz en la reducción del estrés, con tamaños del efecto que pueden considerarse grandes en el caso de esta variable. De modo similar, los resultados del presente estudio indican que el programa REBAP tenía efectos de gran magnitud sobre los niveles de estrés de los familiares. Además, Khoury *et al.* (2015) indicaron que las ganancias tras la intervención basada en atención plena se mantuvieron en un promedio de 19 semanas de seguimiento, resultado consistente con lo obtenido en los seguimientos realizados en nuestro estudio.

En lo que respecta a la continuidad de la práctica de ejercicios, se pudo comprobar que ésta se mantenía en niveles en general altos. En los seguimientos realizados al mes y los tres meses después del término de la intervención REBAP, todos los participantes seguían realizando ejercicios de atención plena. A los seis meses se produce el abandono de la práctica de ocho personas, pero en este momento aún siguen practicando al menos tres de cada cuatro familiares que habían participado en el programa REBAP. Los niveles de práctica pueden considerarse elevados, también de forma comparativa. Por ejemplo, Martín (2012) realizó una intervención basada en el programa REBAP de Kabat-Zinn (2012) adaptada para profesionales de la medicina (Krasner *et al.*, 2009); en ella apreció una adherencia a la práctica del 85,1% en el momento de finalización de la intervención. Este resultado es inferior al apreciado en nuestro estudio, donde todos los participantes continuaron practicando incluso hasta 3 meses después de la intervención.

La intervención generó por tanto un alto nivel de compromiso con la práctica, algo en lo que posiblemente también esté implicada la alta valoración, con relación a su utilidad, que los participantes hicieron del programa REBAP al término de éste y durante los seguimientos. Los resultados obtenidos sobre valoración global del programa son equiparables a los encontrados por estudios precedentes, como el de Martín (2012).

Aunque una amplia mayoría de familiares continuaron practicando atención plena, las características de dicha práctica fueron cambiando con el tiempo. De un

periodo de seguimiento a otro, se producen reducciones en la frecuencia con que se realizan los ejercicios, así como en el tiempo que se dedica a ellos. De la misma forma, no todos los ejercicios tienen la misma aceptación. Dentro de la tendencia descendente que se observó entre los seguimientos de los 3 y 6 meses, el uso del CD de meditación seguía siendo la forma de practicar más extendida, seguida de los ejercicios de estiramiento físico con atención plena y, finalmente, de las caminatas conscientes.

Las limitaciones de este estudio fundamentalmente están relacionadas con la falta de asignación aleatoria de los sujetos a los dos tratamientos, la falta de grupo de control sin tratamiento (p. ej., lista de espera) o como otra posibilidad, la comparación con otro tratamiento cognitivo conductual bien establecido para el manejo del estrés. Igualmente, hubiera sido interesante disponer de más momentos temporales de medida, por ejemplo, incorporando una evaluación de seguimiento al año. En lo que respecta a los instrumentos de medida empleados, también se señala el interés que hubiera tenido disponer de otras medidas, como por ejemplo relativa a posible sintomatología ansioso-depresiva en los familiares. Estas mejoras han de tomarse en consideración en futuros estudios que traten de profundizar en la línea de trabajo del presente estudio.

A pesar de que el uso de aleatorización y grupo de control serían condiciones óptimas para llevar a cabo el estudio, en este caso se optó por conciliar los objetivos de investigación con las posibilidades de llevar a cabo un estudio en una situación de campo, en el contexto habitual de la asociación colaboradora. Ello supuso aceptar tácitamente algunas limitaciones y restricciones; probablemente la más significativa en este sentido tuvo que ver con que la elevada demanda asistencial existente en la asociación colaboradora hacía inviable dejar sin tratamiento durante 8 semanas a los familiares de jugadores que solicitaban ayuda. Por otra parte, hasta la implementación del programa REBAP, los familiares miembros de la asociación no estaban recibiendo ninguna intervención psicológica basada en la evidencia; el manejo del estrés se limitaba al tratamiento de grupo de autoayuda que es habitual en este tipo de asociaciones, por lo que la única comparación posible era con dicho tratamiento grupal. Las limitaciones implícitas en el diseño empleado deben contemplarse también a la luz de las posibles ventajas de los diseños intrasujetos. Con relación a ello, este tipo de estudios presenta una elevada validez ecológica, así como también resultan de alta aplicabilidad en contextos terapéuticos en los que se desarrolla la atención psicológica habitualmente. Su carácter longitudinal permite que cada sujeto actúe como su propio control (Ellis, 1999); no obstante, el diseño no permite el aislamiento de todas las posibles variables extrañas, como por ejemplo, aquellas debidas al transcurso del tiempo, o en este caso, a los posibles cambios o mejoras ocurridos en paralelo en el comportamiento del miembro de la familia con juego patológico. Estas limitaciones han de ser consideradas además con relación a las contribuciones prácticas del estudio. En este sentido, el diseño empleado ha permitido la comparación entre el tratamiento REBAP y la intervención de autoayuda grupal habitualmente proporcionada en este tipo de asociaciones, revelando que las intervenciones basadas en atención plena tienen un mayor efecto sobre la reducción del estrés, mientras que el GAA no producía cambios

significativos. Este hallazgo podría tener implicaciones interesantes y útiles de cara a la mejora de la atención a familiares que es común en estas asociaciones, de tal forma que ofrezcan a sus usuarios preferentemente aquellos tratamientos que cuenten con una mayor evidencia.

Los resultados positivos obtenidos son un aliciente para tener en cuenta en futuros trabajos con asociaciones y/o colectivos de afectados, proporcionando a los usuarios de dichos servicios intervenciones cada vez más eficaces. Por otra parte, el formato grupal en que se administró el programa REBAP en este contexto, supone una alternativa terapéutica que maximiza la relación coste/beneficio. Igualmente, es necesario investigar qué mecanismos cognitivos y emocionales están implicados en la disminución del estrés tras la práctica de atención plena. Por ejemplo, mediante la práctica de atención plena, los individuos podrían estar implementando estrategias de autorregulación progresivamente más complejas, tales como la capacidad de identificar sensaciones interoceptivas y propioceptivas sin etiquetarlas como insoportables, estresantes, etc.; o la habilidad de centrarse atencionalmente en actividades cotidianas y en el momento presente, como alternativa a estar constantemente ocupado en procesos de rumiación y divagación mental (Killigsworth y Gilbert, 2010). Todo ello puede suponer una exposición a emociones, sensaciones y pensamientos problemáticos con una actitud de aceptación -diferente a la dinámica habitual de escape y evitación-, que podría facilitar los procesos de habituación de esas reacciones emocionales.

Proporcionar a los familiares de personas con problemas de adicción al juego estrategias más específicas y protocolizadas de afrontamiento del estrés, a través de un programa estructurado como el entrenamiento REBAP, puede contribuir a que mejoren de forma significativa el manejo de sus dificultades. El programa REBAP tiene además una buena acogida entre los participantes y genera niveles altos de compromiso con la práctica una vez finalizado. No obstante, también se observa una tendencia decreciente en la frecuencia y tiempo de práctica de los ejercicios en los seguimientos. Si bien esta disminución no va acompañada de un incremento en el nivel de estrés experimentado, podría resultar recomendable introducir sesiones de recuerdo como medida preventiva de posibles recaídas.

Este estudio contribuye, además, a visibilizar las dificultades de los familiares de jugadores patológicos que, de forma indirecta, también se ven envueltos en las consecuencias que esta problemática genera en varias áreas de funcionamiento, entre ellas la psicológica. Finalmente, el uso del programa REBAP para familiares y personas significativas de jugadores patológicos puede ser una aproximación novedosa a la intervención en un grupo de afectados por esta problemática que hasta el momento ha recibido una atención limitada y para la que existen escasos tratamientos específicos (Nayoski y Hodgins, 2016).

Referencias

- Abbott, M. (2017). *The epidemiology and impact of gambling disorder and other gambling-related harm. Discussion paper for the WHO Forum on alcohol, drugs and addictive behaviours*. Ginebra: World Health Organization. Recuperado de: http://www.who.int/substance_abuse/activities/fadab/abbot_gambling_forum.pdf

- Anderson, T. L., Rempusheski, V. F. y Leedy, K. N. (2018). Casino gambling and the family: exploring the connections and identifying consequences. *Deviant Behavior*, 39, 1109-1119.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. y Devins, G. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11, 230-241.
- Calado, F. y Griffiths, M. D. (2016). Problem gambling worldwide: an update and systematic review of empirical research (2000-2015). *Journal of Behavioral Addictions*, 5, 592-613.
- 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, 1-17.
- 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, 593-600.
- Choi, S. W., Shin, Y. C., Kim, D. J., Choi, J. S., Kim, S., Kim, S. H. y Youn, H. (2017). Treatment modalities for patients with gambling disorder. *Annals of General Psychiatry*, 16, 23.
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 386-396.
- De Lisle, S. M., Dowling, N. A. y Allen, J. S. (2012). Mindfulness and problem gambling: a review of the literature. *Journal of Gambling Studies*, 28, 719-739.
- De Lisle, S. M., Dowling, N. A. y Allen, J. S. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy for problem gambling. *Clinical Case Studies*, 10, 210-228.
- Dowling, N. A., Suomi, A., Jackson, A. C. y Lavis, T. (2016). Problem gambling family impacts: development of the problem gambling family impact scale. *Journal of Gambling Studies*, 32, 935-955.
- Ellis, M. V. (1999). Repeated measures designs. *The Counseling Psychologist*, 27, 552-578.
- Fjorback, L. O., Arendt, M., Ørnbøl, E., Fink, P. y Walach, H. (2011). Mindfulness based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy: a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124, 102-119.
- George, S. y Bowden-Jones, H. (2015). Family interventions in gambling. En H. Bowden-Jones y S. George, (dirs.), *A clinician's guide to working with problem gambler* (pp. 163-171). Londres: Routledge.
- Ginley, M. K., Rash, C. J. y Petry, N. M. (2019). Psychological interventions in gambling disorder. En A. Heinz, N. Romanczuk-Seiferth y M. Potenza, (dirs.), *Gambling disorder* (pp. 181-194). Cham: Springer.
- 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, 35-43.
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R. y Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*, 37, 1-12.
- Hofmann, S. G., 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, 169-183.
- Jiménez-Murcia, S., Tremblay, J., Stinchfield, R., Granero, R., Fernández-Aranda, F., Mestre-Bach, G., Steward, T., del Pino-Gutiérrez, A., Baño, M., Moragas, L., Aymamí, N., Gómez-Peña, M., Tárrega, S., Valenciano-Mendoza, E., Giroux, I., Sancho, M., Sánchez, I., Mallorquí-Bagué, N., González, V., Martín-Romera, V. y Menchón, J. M.

- (2017). The involvement of a concerned significant other in gambling disorder treatment outcome. *Journal of Gambling Studies*, 33, 937-953.
- Kabat-Zinn, J. (2012). *Vivir con plenitud las crisis: como utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Barcelona: Kairós. (Orig. 1990).
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., Lenderking, W. R. y Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936-943.
- Kalischuk, R. G., Nowatzki, N., Cardwell, K., Klein, K. y Solowoniuk, J. (2006). Problem gambling and its impact on families: a literature review. *International Gambling Studies*, 6, 31-60.
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E. y Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 78, 519-528.
- Killingsworth, M. A. y Gilbert, D.T. (2010). A wandering mind is an unhappy mind. *Science*, 330(6006), 932-932.
- 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 y Behavior*, 36, 601-14.
- Kourgiantakis, T., Saint-Jacques, M. C. y Tremblay, J. (2013). Problem Gambling and families: a systematic review. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 13, 353-372.
- Kourgiantakis, T., Saint-Jacques, M. C. y Tremblay, J. (2018). Facilitators and barriers to family involvement in problem gambling treatment. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 16, 291-312.
- Krasner, M. S., Epstein, R. M., Beckman, H., Suchman, A. L., Chapman, B., Mooney, C. J. y Quill, T. E. (2009). Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *Journal of the American Medical Association*, 302, 1284-1293.
- 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, 1698-1710.
- Li, M. J., Black, D. S. y Garland, E. L. (2016). The Applied Mindfulness Process Scale (AMPS): a process measure for evaluating mindfulness-based interventions. *Personality and Individual Differences*, 93, 6-15.
- Linardatou, C., Parios, A., Varvogli, L., Chrousos, G. y Darviri, C. (2014). An 8-week stress management program in pathological gamblers: a pilot randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric Research*, 56, 137-143.
- Martín, A. (2012). *Efectividad de un programa educativo en conciencia plena (mindfulness) para reducir el burnout y mejorar la empatía, en profesionales de Atención Primaria*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona, España. Disponible en <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=FR13GP6zxVg%3D>.
- Martínez-Escribano, L., Piqueras, J. A. y Salvador, C. (2017). Eficacia de las intervenciones basadas en la atención plena (mindfulness) para el tratamiento de la ansiedad en niños y adolescentes: una revisión sistemática. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 25, 445-463.
- Maynard, B. R., Wilson, A. N., Labuzienski, E. y Whiting, S. W. (2018). Mindfulness-based approaches in the treatment of disordered gambling: a systematic review and meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 28, 348-362.

- Menchon, J. M., Mestre-Bach, G., Steward, T., Fernández-Aranda, F. y Jiménez-Murcia, S. (2018). An overview of gambling disorder: from treatment approaches to risk factors. *F1000Research*, 7, 434.
- McIntosh, C. C., Crino, R. D. y O'Neill, K. (2016). Treating problem gambling samples with cognitive behavioural therapy and mindfulness-based interventions: a clinical trial. *Journal of Gambling Studies*, 32, 1305-1325.
- Nayoski, N. y Hodgins, D. C. (2016). The efficacy of individual community reinforcement and family training (CRAFT) for concerned significant others of problem gamblers. *Journal of Gambling Issues*, 33, 189-212.
- Nowak, D. E. (2018). A meta-analytical synthesis and examination of pathological and problem gambling rates and associated moderators among college students, 1987-2016. *Journal of Gambling Studies*, 34, 465-498.
- Nowak, D. E. y Aloe, A. M. (2014). The prevalence of pathological gambling among college students: a meta-analytic synthesis, 2005-2013. *Journal of Gambling Studies*, 30, 819-843.
- Orford, J., Cousins, J., Smith, N. y Bowden-Jones, H. (2017). Stress, strain, coping and social support for affected family members attending the National Problem Gambling Clinic, London. *International Gambling Studies*, 17, 259-275.
- Paolini, D., Leonardi, C., Visani, E. y Rodofili, G. (2018). The gambling disorder: family styles and cognitive dimensions. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 22, 1066-1070.
- 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, 327-337.
- 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, 195-201.
- Schuler, A., Ferentzy, P., Turner, N. E., Skinner, W., McIsaac, K. E., Ziegler, C. P. y Matheson, F. I. (2016). Gamblers Anonymous as a recovery pathway: a scoping review. *Journal of Gambling Studies*, 32, 1261-1278.
- Stahl, B. y Goldstein, E. (2010). *Mindfulness para reducir el estrés: una guía práctica*. Barcelona: Kairós.
- Subramaniam, M., Chong, S. A., Satghare, P., Browning, C. J. y Thomas, S. (2017). Gambling and family: a two-way relationship. *Journal of Behavioral Addictions*, 6, 689-698.
- 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.
- 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, 197-205.
- Velleman, R., Cousins, J. y Orford, J. (2015). Effects of gambling on the family. En H. Bowden-Jones y S. George (dirs.), *A clinician's guide to working with problem gamblers* (pp. 90-103). Londres: Routledge.
- Vøllestad, J., Sivertsen, B. y Nielsen, G. H. (2011). Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 49, 281-288.
- Yakovenko, I. y Hodgins, D. C. (2016). Latest developments in treatment for disordered gambling: review and critical evaluation of outcome studies. *Current Addiction Reports*, 3, 299-306.