

**UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**TRABAJO DE FIN DE GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL**



**Intervención desde Terapia Ocupacional en ludopatía**

**AUTOR:** Pardo Mora, Noelia

**TUTORA:** Juárez Leal, Iris

**Nº expediente:** 955

**Departamento y área:** Departamento de Patología y cirugía y Radiología y medicina física

**Curso académico:** 2017/2018

**Convocatoria:** Mayo



## INDICE

### Contenido

RESUMEN .....	4
ABSTRACT .....	5
INTRODUCCIÓN .....	6
OBJETIVOS .....	9
HIPÓTESIS .....	9
METODOLOGÍA.....	9
BIBLIOGRAFÍA .....	20



## **RESUMEN**

### **Introducción:**

El juego se encuentra de manera intrínseca en la habilidades y procesos de socialización del hombre. Dentro del juego existe otra dimensión en la que se pone de manifiesto el azar y la cuantía económica, esta conducta puede suponer un grave problema para aquel que lo practica, ya que puede llevar a desarrollar una patología llamada juego patológico que consiste en un fracaso para resistir los impulsos a jugar y a la conducta de jugar, fracaso que compromete, altera o lesiona los intereses personales, familiares y vocacionales.

### **Objetivos:**

Disminuir la ansiedad en personas con problemas de juego patológico

Reducir o eliminar el riesgo de recaída

### **Hipótesis:**

La intervención desde Terapia Ocupacional a través de la técnica Mindfulness y reestructuración cognitiva en usuarios en tratamiento de juego patológico disminuye la ansiedad y el riesgo de recaída.

### **Metodología:**

Estudio de intervención. Criterios de inclusión: Ser jugadores patológicos, estar dentro de un rango de edad entre 20 y 60 y que sean usuarios de UCA en la provincia de Alicante. Tamaño de la muestra (todavía por determinar) dividida en grupo experimental y grupo control. Variables independientes: mindfulness y desestructuración cognitiva. Variables dependientes: ansiedad y riesgo de recaída. Variables sociodemográficas: nivel de estudios, situación familiar, nivel económico, situación laboral y procedencia. Escala de Hamilton, Norc DSM-IV. Análisis de datos: software libre R versión 3.2.0. Plan de divulgación: Cartelería centros de salud y UCAS, CITO y publicación en revista científica ADICCIONES. Limitaciones: Escasa evidencia científica y abandono del programa.

## **ABSTRACT**

### **Introduction:**

The game is intrinsically in the skills and processes of socialization of a human being. There is another dimension within the game in which randomness and economic quantity is revealed, this behavior can be a serious problem for those who practice it, this behavior could lead to the development of a pathology called “pathological game” which consists of a failure to resist the impulses to play and the behavior of playing, failure that endangers, alters or damages personal, family and vocational interests.

### **Goals:**

Decrease anxiety in people with pathological gambling problems

Reduce or eliminate risk relapse.

### **Hypothesis:**

The intervention from Occupational Therapy through the “Mindfulness” technique and cognitive restructuring in people enrolled in pathological gambling treatment reduces anxiety and relapse risk.

### **Methodology:**

Intervention research. Inclusion criteria: Be pathological players, be within an age range between 20 and 60 and be users of UCA in the province of Alicante. Size of the sample (to be determined) divided into experimental group and control group. Independent variables: mindfulness and cognitive destructuring. Dependent variables: anxiety and relapse risk. Sociodemographic variables: Study level, family situation, economic level, employment situation and origin. Hamilton scale, Norc DSM-IV. Data analysis: free software R version 3.2.0. Revelation plan: Health centers and UCAS posters, CITO and scientific journal publication ADDICTIONS. Limitations: Lack of scientific evidence and abandonment of the program

## INTRODUCCIÓN

El juego se encuentra de manera intrínseca en las habilidades y procesos de socialización del hombre. Dentro del juego existe otra dimensión en la que se pone de manifiesto el azar y la cuantía económica, esta conducta puede suponer un grave problema para aquel que lo practica, ya que puede llevar a desarrollar una patología llamada juego patológico que consiste en un fracaso para resistir los impulsos a jugar y a la conducta de jugar, fracaso que compromete, altera o lesiona los intereses personales, familiares y vocacionales y que además se utiliza como estrategias para escapar a los problemas o mitigar el estado de ánimo que produce malestar en el sujeto (APA, 2001). (1)

La clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) reconoce en el año 1992 el juego patológico como un trastorno que se encuentra dentro del apartado de Trastornos mentales y de comportamiento (F01-F099), más concretamente en Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos, dentro de este podemos encontrar todos los trastornos de los hábitos e impulsos (F63), el juego patológico concretamente el apartado F63.0. (2)

El juego patológico fue contemplado oficialmente como entidad nosológica de salud mental en el año 1980 cuando la Sociedad Americana de Psicología (APA) lo incluye por primera vez como trastorno en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su tercera edición (DSM-III). Se registra de nuevo en el DSM-V como enfermedad siendo la única adicción sin sustancia que obtiene esta valoración. (3)

Una vez hablado del “juego”, se debe hacer relevancia en la diferencia entre juego social y juego patológico. El consumidor de juego social es aquel que de forma esporádica y únicamente por entretenimiento lúdico invierte su tiempo de ocio en esta actividad, mientras que el jugador patológico implica de forma indirecta un factor emocional en la actividad, y esto conlleva a una pérdida de control sobre los impulsos y el deseo de jugar.

Para estipular la diferente tipología de jugadores que existen se utilizara la propuesta realizada en 1994 por Ochoa Y Labrador, según esta clasificación existen 4 tipos de jugadores:

1. Jugador social: Es aquel que juega de forma esporádica juegos populares o legalmente permitidos siempre por entretenimiento.
2. Jugador profesional: Es aquel que vive del juego, apuesta de la forma más racional posible no dejando la suerte al azar.
3. Jugador problema: Es aquel que juega frecuentemente, teniendo un gasto habitual, tiene menos control de sus impulsos que el jugador social, pero sus relaciones sociales, familiares y laborales son normales. Tienen alto riesgo de convertirse en jugador patológico.
4. Jugador patológico: Es aquel que tiene dependencia emocional del juego y no puede controlar los impulsos de jugar. Existe la necesidad subjetiva y de forma constante de jugar para recuperar aquel dinero perdido.

Para pasar de jugador social a jugador patológico la persona debe pasar por un total de 3 fases: (4)

1. Etapa Dorada: El jugador es más consciente de lo que gana que de lo que gasta.
2. Etapa de desesperación: El jugador se percata de lo perdido.
3. Aceptación: El jugador toma conciencia de su problema.

Para tener una idea del alcance de esta patología se llevó a cabo un primer estudio que se realizó para calcular la incidencia del juego patológico en el mundo fue en el año 1974 en EEUU el cuál aportó que un 3% en total de la población tenían problemas con el juego, indicando que un 0,77% eran probables jugadores compulsivos, mientras que un 2,33% eran potenciales jugadores compulsivos.

A partir del primer estudio realizado un porcentaje superior al 70% de los estudios de prevalencia del juego patológico han sido realizados en Canadá, Estados Unidos y Australia. Teniendo Europa una baja participación, destacándose principalmente Suecia, Noruega, Inglaterra, Suiza y España. (5)

Hablando a nivel Nacional, los estudios nos aportan porcentajes oscilado entre en 3% y el 12% (Gándara, Fuertes, Álvarez, 2001). Otro estudio como el de Becoña en el año 1191 con una muestra total de 1615 sujetos nos aportó números como que 1,73% de la población pertenece a jugadores patológicos mientras que 1,60% serían jugadores problemas (6)

Posteriormente en Sevilla, en el año 1992 se realizó un estudio dirigido por Legarda y Cols. Utilizaron como herramienta para guiar el estudio el SOGS, los resultados que obtuvieron fueron que un 1'7% de la población eran probables jugadores patológicos y un 5'2% jugadores problema. (5)

En términos de intervención según la asociación FEJAR (federación española de jugadores de azar rehabilitados) afirma que para empezar con la intervención es necesario y fundamental que la persona en cuestión susceptible de ponerse en tratamiento reconozca que tiene un problema. (7).

Un estudio realizado por Enrique Echeburúa habla de la intervención a través de programas de juego controlado siendo la abstinencia el objetivo único de este programa. Este tipo de intervención abarca los siguientes parámetros: pautas de juego, relación social, motivación, interferencia en la vida cotidiana, control sobre el juego y por último pensamientos sobre el juego. El problema de este programa es que necesita de un estudio sistemático y exhaustivo que esta aun por realizar, ya que no se puede definir juego controlado como aquello que no es únicamente juego patológico, se deben tener en cuenta las características individuales de los usuarios y las variables existentes de formas evidente. (8)

Por otro lado, podemos hablar de tratamientos en juego patológicos sobre las propuestas conductuales que de manera implícita se utilizan técnicas como la desensibilización imaginada, el control de estímulos, la relajación y la exposición en vivo previniendo la respuesta. Estas técnicas son utilizadas para manejar el comportamiento desadaptativo de la persona. Según los estudios afirman que es un tratamiento efectivo debido a la reestructuración de las distorsiones cognitivas (Echeburúa et al.,2014), de esta manera los usuarios sienten ese ápice de comprensión por aquellos que están pasando por lo mismo. (9)



En un estudio realizado en la universidad pontificia de Salamanca defienden el mindfulness como técnica que utilizar en el tratamiento del juego patológico ya que al centrarse en los acontecimientos que están ocurriendo en el presente es una herramienta para poder afrontar los desequilibrios emocionales y las conductas disfuncionales. Y defiende que, al ser una técnica utilizada en aquellas adicciones con sustancia implicadas, actuaría de la misma manera en este tipo de trastorno, ya que se trataría de las mismas pautas, aprender a controlar los impulsos, emociones y pensamientos negativos, trabajando a su vez de manera conjunta la prevención de respuesta y como última instancia el objetivo final sería sustituir las horas de juego por la práctica de Mindfulness. (10) Por lo que en este estudio podríamos encontrar la relación entre la práctica de Mindfulness con la reducción de ansiedad en aquellas personas que tienen este tipo de patología estando implicadas las sustancias o no.

### **OBJETIVOS**

1. Disminuir la ansiedad en personas con problemas de juego patológico
2. Reducir o eliminar el riesgo de recaída

### **HIPÓTESIS**

La intervención desde Terapia Ocupacional a través de la técnica Mindfulness y reestructuración cognitiva en usuarios en tratamiento de juego patológico disminuye la ansiedad y el riesgo de recaída.

### **METODOLOGÍA**

Se trata de un estudio de intervención, el cual tiene como objetivo final disminuir la ansiedad y el riesgo de recaída. Este objetivo se obtendrá a través de la aplicación de la técnica de mindfulness y desestructuración cognitiva.

La intervención consta de 9 fases, con una duración de 8 meses, los datos recogidos serán medibles con test estandarizados que se administrarán al principio de la intervención y posteriormente en la fase 9, reevaluación. También serán administrados unos autorregistros tanto al inicio como al final de la intervención. Una vez finalizada la fase 1 ya no podrán incorporarse nuevos usuarios, aunque existan bajas por parte de los usuarios que hayan empezado el proceso.

Una vez concretados el número total de participantes de la intervención se dividirán en dos grupos de forma aleatoria por orden de inscripción, por un lado, un grupo experimental que recibirá sesiones de mindfulness y desestructuración cognitiva combinado con el tratamiento habitual y por otro lado, el grupo control que únicamente recibirá el tratamiento correspondiente por parte de su UCA de procedencia.

### POBLACIÓN Y MUESTRA

La población diana del estudio serán aquellas personas que tienen problemas con el juego patológico que estén en tratamiento.

El reclutamiento se llevará a cabo en las siguientes unidades de conductas adictivas (UCA) de la provincia de Alicante: UCA ALICANTE DEP.17 (STA. FAZ), UCA ALCOI, UCA ALICANTE DEP.19 (CAMPOAMOR), UCA ELCHE, UCA DENIA, UCA ELDA, UCA VILLENA, UCA ALCOI, UCA BENIDORM, UCA VILA-JOIOSA, UCA ORIHUELA, UCA SANT VICENT DEL RASPEIG y UCA TORREVIEJA.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión:

1. Ser jugadores patológicos
2. Estar dentro de un rango de edad entre 20 y 60
3. Que estén dispuestos a participar en el estudio
4. Que sean usuarios de UCA en la provincia de Alicante

*Criterios de exclusión:*

1. Que no firme el consentimiento informado

### TAMAÑO MUESTRAL

La población del estudio serán personas con problemas de juego patológico de la provincia de Alicante que estén recibiendo o que hayan recibido tratamiento.

Para el reclutamiento de la muestra se localizarán todas las UCAS de la provincia de Alicante a través de un listado que proporciona la generalitat valenciana, en concreto la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

### VARIABLES:

Las variables son cualquier factor que pueda tomar valores diferentes en el resultado de un protocolo de intervención, y se dividen en las siguientes:

*De exposición (independientes):* Intervención de terapia ocupacional a través de Mindfulness y la desestructuración cognitiva.

*De resultado (dependientes):*

- En primera instancia como variable de resultado se observa la ansiedad, la cuál es medida con la Escala de Hamilton.
- Y por otro lado, sería el riesgo de recaída,

*Variables confusoras:*

- Medicación
- Tratamiento mental asociado
- Problemas cognitivos

*Variables sociodemográficas:* variables recogidas en la muestra (edad, sexo, nivel de estudios, etc.)

- Nivel de estudios
- Situación familiar
- Nivel económico
- Situación laboral
- Procedencia

## RECOGIDA DE DATOS

Los usuarios podrán inscribirse al programa en un listado del tablón de anuncios que reside en los diferentes centros de las UCAS, serán informados de su existencia por parte de un profesional del centro para quien este interesado pueda apuntarse. Se decide esta forma de inscripción ya que es fundamental que los usuarios de este proyecto tengan “ganas”, ya que es ese factor motivacional que hace falta para lograr un cambio, debido a que la efectividad de un buen diagnóstico y un buen tratamiento sería nula si la persona no quiere o no está dispuesta a cambiar.

Una vez sean informados todos aquellos usuarios susceptibles de llevar a cabo el proyecto y estén inscritos todos aquellos interesados en realizar el proceso, se llamará a cada uno de los participantes donde se les citara de forma individual para poder realizar una entrevista a nivel personal.

Esta entrevista será de carácter motivacional, ya que es una de las funciones más importantes como profesional dentro del proceso es acompañar, motivar y ayudar en el cambio y crecimiento personal del usuario, para ello en esta entrevista damos el papel del protagonista a la persona que quiere realizar el cambio.

Es muy importante que el usuario se sienta comprendido y no cuestionado, siendo el papel del terapeuta ocupacional poner en marcha las habilidades terapéuticas para que el usuario sienta adherencia terapéutica y crea en el proceso como instrumento de cambio.

Una vez completada la entrevista, se le entregara el documento del consentimiento informado para que lo lea con detenimiento y lo firme, inmediatamente después se le proporcionara fecha y hora para la siguiente cita que se llevara a cabo de manera individual, en la segunda cita se llevara a cabo una evaluación.

## EVALUACIÓN COMPLETA

La evaluación constará de tres partes:

La primera de ellas estará formada por una serie de cuestionarios validados acerca del juego patológico que los pasare para establecer unos parámetros a trabajar en conjunto con el grupo de usuarios:

1. Cuestionario de evaluación del DSM IV. Consiste en una serie de preguntas que guían la exploración siguiendo los criterios del DSM-IV (Anexo 8.4.2)
2. Cuestionario de juego de South Oaks (SOGS). South Oaks Foundation, 1992. Validación española de Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez 1994. Es el más utilizado para evaluar el juego. Es Fiable, válido y rápido. Hay que tener presente que es una prueba de screening adaptada al DSM-III-R que hay que completar en la entrevista con la información del jugador y de familiares.
3. Inventario de Pensamientos sobre el Juego de Echeburúa y Báez (1991). Pretende detectar las distorsiones cognitivas, tanto en la fase de inicio de juego, como de desarrollo y mantenimiento de la ludopatía. Muy apropiado como ayuda si se va a utilizar la reestructuración cognitiva

La segunda parte de la evaluación se basará en unos autorregistros que se administrarán a los usuarios, los cuales se pasarán una semana previa antes de empezar el tratamiento y una semana posterior a terminar el proceso, para ver la cantidad de dinero que se destina al juego en una semana, la necesidad de jugar que siente a lo largo del día y los sentimientos de frustración que siente a la hora de la pérdida de dinero.

El objetivo de la tercera parte de la evaluación será poder analizar si a partir de la intervención se han desarrollado cambios tanto en los niveles de ansiedad como en el tiempo invertido en actividades de ocio. Para ello me serviré de la escala de Hamilton para poder comprobar si han existido cambios en los niveles de ansiedad comparando la evaluación inicial y la reevaluación. Y por otro lado me serviré de escala NORM DSM-IV para poder ver si existen diferencias entre la evaluación y reevaluación pudiendo medir así el nivel de riesgo de recaída.

#### PLAN DE ANÁLISIS:

Para manejar las bases de datos y realizar los análisis se utilizarán los paquetes estadísticos de entorno de software libre R versión 3.2.0

- Descripción numérica y gráfica de las puntuaciones obtenidas mediante las evaluaciones de ansiedad (Hamilton) y riesgo de recaída (NORC DSM-IV)
- Descripción numérica y gráfica de las características sociodemográficas (edad, nivel educativo, procedencia, nivel económico, número de hijos, situación laboral)
- Análisis bivariante: Determinar la asociación entre la aplicación de las técnicas de mindfulness y desestructuración cognitiva en usuarios con problemas de juego patológico y la reducción los niveles de ansiedad. Por un lado, se compara el grupo experimental que se le administrara la escala Hamilton como instrumento de medida y por otro lado estará el grupo control sin la aplicación de estas técnicas y se utilizara la misma escala para poder observar si existen cambios.

- Análisis de la asociación entre las variables de exposición (mindfulness y desestructuración cognitiva) y las variables de efecto (ansiedad y riesgo de recaída), ajustando por otras variables recogidas en el estudio (se estratificará por variables sociodemográficas y por las potencialmente confusoras de la relación) mediante modelos de análisis multivariante.

### **ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES:**

Los participantes del estudio firmarán el consentimiento informado (anexado al final del documento) para poder participar. Este se entregará en formato papel. Para promover la participación en las técnicas cuantitativas se gratificará simbólicamente la participación.

Se seguirán los códigos de Buenas Prácticas Científicas de los centros participantes y las recomendaciones habituales World Medical Education. Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human subjects. Adopted by the 18<sup>th</sup> WMA General Assembly, Helsinki, Finland, June 1964 and amended by the 59<sup>th</sup> WMA General Assembly, Seoul, October 2008:1-5, Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de 1999 de protección de dato de carácter personal.

### **LIMITACIONES Y FORTALEZAS**

Las limitaciones que han aparecido en relación con el diseño del protocolo es la existencia de la posibilidad de abandono en la intervención por parte de los participantes o bien por dejar de asistir al recurso o por recaída en su adicción.

Las fortalezas que se destacan en este protocolo sería la ampliación de servicios que se ofrecen al colectivo de enfermedades de carácter adictivo desde terapia ocupacional. Por otro lado, también sería necesario destacar la implementación de la figura del terapeuta ocupacional dentro de las unidades de conducta adictiva (UCA) en la provincia de Alicante.





### **EXPERIENCIA DE GRUPO**

- Noelia Pardo Mora, Terapeuta Ocupacional, Prácticas realizadas en fundación Noray Proyecto Hombre (Alicante)
- Manuel Fernández, Psicólogo, especialista en Mindfulness, Gestalt y trastorno de ansiedad en la provincia de Alicante.
- Sofia Molero López, Terapeuta ocupacional, especialista en el ámbito de adicciones.
- Juan José Moro, Psicólogo, trabajador de la UCA de Alicante del departamento 19.

### **MARCO ESTRÁTEGICO**

La capacidad del proyecto dependerá de cuantos usuarios de las UCAS quieran participar en el programa, por lo que la muestra final del protocolo está pendiente de determinar debido a que es una información que debe ser enviada desde cada centro.

En este proyecto la finalidad es ampliar el catálogo de servicios del sistema sanitario nacional, incorporando la figura del TO en las unidades de conductas adictivas, y de esta forma de manera extensible podría incorporarse en otros servicios a nivel nacional que estén dirigidos a este colectivo

### **MEDIOS DISPONIBLES**

Las salas serán cedidas por las UCAS en las que se van a llevar a cabo la intervención, cada UCA se hará cargo de habilitar una de sus instalaciones para poder llevar a cabo la intervención, facilitando a su vez y de manera conjunta el mobiliario oportuno para cada sesión.

## PRESUPUESTO

### PRESUPUESTO A NIVEL DE RECURSOS HUMANOS:

PERSONAL	PRESUPUESTO
Terapeuta: Noelia Pardo Mora	1226 euros/ mes 11.034 euros en un total de 9 meses
Terapeuta: Sofía Molero López	1226 euros/mes 2452 euros en un total de 2 meses
Psicólogo: Manuel Fernández	1226 euros/mes 7356 euros en un total de 6 meses
Psicólogo: Juan José Moro	1226 euros/ mes 7356 euros en un total de 6 meses

### PRESUPUESTO A NIVEL DE RECURSOS MATERIALES:

MATERIALES	PRESUPUESTO
Ordenador	765 euros
Proyector	345 euros
Folios	4, 20 euros por paquete 16,80 euros
Material de escritura	45 euros

## **PLAN DE DIVULGACIÓN**

El plan diseñado para llevar a cabo la difusión del protocolo estaría dividido en un total de tres fases: La primera fase estaría compuesta por la difusión de cartelería en todos los centros de salud de la comunidad de Alicante, al igual que en todas las UCAS de la provincia de Alicante.

Como objetivo de divulgación sería presentar el presente protocolo en Congreso Internacional de Terapeutas Ocupacionales (CITO) en el año 2019. Y en la tercera fase, como última instancia sería publicar el protocolo en la revista científica ADICCIONES.



## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Elisardo Becoña Iglesias/ ponencia. Evaluación y tratamiento de juego patológico/ ponencia. En: ENCUNTROS NACIONALES SOBRE DROGODEPENDENCIAS Y SU ENFOQUE COMUNITARIO. CPD DE CÁDIZ. Universidad de Santiago de Compostela; 2012 p. 1-25. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Marly\\_Bahamon/publication/281559669\\_INTERVENCION\\_COGNITIVOCONDUCTUAL\\_EN\\_UN\\_CASO\\_DE\\_LUDOPATIA/links/55ee183e08aedecb68fc740f/INTERVENCION-COGNITIVOCONDUCTUAL-EN-UN-CASO-DE-LUDOPATIA.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Marly_Bahamon/publication/281559669_INTERVENCION_COGNITIVOCONDUCTUAL_EN_UN_CASO_DE_LUDOPATIA/links/55ee183e08aedecb68fc740f/INTERVENCION-COGNITIVOCONDUCTUAL-EN-UN-CASO-DE-LUDOPATIA.pdf)
2. M<sup>a</sup> Gala GUTIÉRREZ MIRAS. Capítulo 5 Trastorno mentales y de comportamiento. En: M<sup>a</sup> Dolores PASTOR SANMILLÁN, Rafael NAVALÓN CEBRIÁN y Susana PATO ALONSO. MANUAL DE CODIFICACIÓN CIE-10-ES DIAGNÓSTICOS. Unidad Técnica de Codificación CIE-10-ES Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. P. 93-102. Disponible en: [https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/UT\\_MANUAL\\_DIAG\\_2016\\_prov1.pdf](https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/UT_MANUAL_DIAG_2016_prov1.pdf)
3. Apa.org [actualizado 2018; citado 12 feb 2018]. Disponible en: <http://www.apa.org/>
4. Becoña Elisardo, Enrique (1996). *La ludopatía*. Aguilar.
5. Muñoz Londoño, Y A. La ludopatía, revisión y análisis hacia un modelo integral. *Drugs and Addictive Behavior*. 2015; 1(2): 201-210  
Disponible en: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/171/173>
6. Estévez A, Calvete E. Esquemas cognitivos en personas con conducta de juego patológico y su relación con experiencias de crianza. *Clínica y salud*. 2007; 18(1). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742007000100003&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742007000100003&script=sci_arttext&tlng=en)
7. Fejar.org [ actualizado 2017; citado 23 feb 2018]. Disponible en: <http://fejar.org/quienes-somos/como-trabajamos/>

8.Echeburúa, E, de Corral, P. Juego responsable: ¿una alternativa para la prevención y el tratamiento de la ludopatía?. Adicciones [Internet]. 2008;20(4):321-325. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/html/2891/289122048002/>

9.Muñoz Londoño, Y A. La ludopatía, revisión y análisis hacía un modelo integral. Drugs and Addictive Behavior. 2015; 1(2): 201-210. Disponible

en:<http://funlam.edu.co/revistas/index.php/DAB/article/view/2058/1576>

10.Melero Ventola A R. Terapia cognitiva basada en la atención plena (mindfulness) en juego patológico [internet]. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca; 2015. 522 p. Disponible

en:<http://summa.upsa.es/viewer.vm?id=0000043139>

