



**Universidad  
Europea** CANARIAS

**Efectividad de las intervenciones  
psicológicas breves para el  
trastorno de juego: una revisión  
sistemática**

---

Trabajo fin de Máster

---

**Autor:** Stefano Micheletti Zulaica

**Tutora:** Andrea Duarte Díaz

23 de junio de 2025

## Resumen

El juego patológico es una problemática creciente en adultos y jóvenes, La digitalización y las leyes facilitan el acceso a estas conductas potencialmente adictivas. El DSM-5 clasifica el juego patológico como un trastorno adictivo que requiere tratamiento. En los últimos años se ha estado estudiando la posibilidad de introducir las intervenciones breves para esta problemática, encontrando buenos resultados incluso en poblaciones con trastornos comórbidos. Este Trabajo Fin de Máster presenta una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados que evalúan la efectividad de intervenciones breves en población adulta y universitaria, midiendo las variables tiempo de juego, dinero invertido y sintomatología. Las intervenciones incluyeron entrevistas motivacionales, estrategias cognitivo-conductuales y mindfulness. Los estudios mostraron reducciones significativas en las tres variables evaluadas, aunque las mejoras en sintomatología fueron moderadas. A pesar de ello, las limitaciones metodológicas afectan al análisis de los hallazgos. Los resultados respaldan la efectividad de estas terapias breves, no obstante, se recomienda realizar estudios con seguimientos a largo plazo, con diseños más homogéneos y con otras poblaciones para verificar su aplicación generalizada.

*Palabras clave:* ensayos controlados aleatorizados, intervenciones breves, juego patológico, terapia cognitivo conductual, revisión sistemática.

## **Abstract**

Pathological gambling is a growing issue among both adults and young people. Digitalization and current legislation facilitate access to these potentially addictive behaviors. The DSM-5 classifies pathological gambling as an addictive disorder that requires treatment. In recent years, the use of brief interventions for this issue has been explored, with promising results even in populations with comorbid disorders. This Master's Thesis presents a systematic review of randomized controlled trials evaluating the effectiveness of brief interventions in adult and university populations, assessing variables such as gambling time, money spent, and symptomatology. The interventions included motivational interviewing, cognitive-behavioral strategies, and mindfulness. The studies reported significant reductions in all three evaluated variables, although symptom improvement was moderate. Nevertheless, methodological limitations impact the interpretation of the findings. The results support the effectiveness of these brief therapies; however, further studies with long-term follow-ups, more homogeneous designs, and different populations are recommended to confirm their broader applicability.

*Keywords:* brief interventions, cognitive behavioral therapy, pathological gambling, randomized controlled trials, systematic review.

## Introducción

El juego patológico es uno de los problemas que afectan tanto a población adulta como a población joven y adolescente. El hecho de que los varios tipos de juegos de azar (lotería, *blackjack*, ruleta, máquinas tragaperras, apuestas deportivas y bingo entre otras muchas) sean legales provoca que no sea considerado por muchos como algo peligroso o potencialmente adictivo. A su vez, la tecnología ha impactado profundamente en los juegos de azar, debido a que, en la actualidad y desde hace varios años, se puede acceder desde cualquier dispositivo conectado a internet (móvil, tablet, ordenador), mientras que antiguamente solo se podía realizar de forma presencial en casinos o casas de apuestas. El auge de los comportamientos adictivos no relacionados con sustancias ha sido una de las transformaciones más notables en la psicopatología contemporánea. Trastornos como el juego patológico han cobrado protagonismo en el ámbito clínico y científico debido su creciente prevalencia, especialmente entre jóvenes y adultos jóvenes, y a sus múltiples consecuencias personales, familiares y sociales (American Psychiatric Association [APA], 2013; Wölfling et al., 2019).

En el DSM-III el trastorno de juego, también conocido como juego patológico, se consideraba como un trastorno relativo a la falta de control de impulsos (Adicciones comportamentales y otros trastornos adictivos 2023, Plan Nacional Sobre Drogas, Gobierno de España). En cambio, en la última actualización de este manual, el DSM-5-TR, el trastorno por juego se clasifica dentro del capítulo ‘Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos’ en la subcategoría ‘Trastornos no relacionados con sustancias’. Para su diagnóstico, se deben cumplir un mínimo de 4 criterios de los 9 siguientes:

- 1) Necesidad de apostar cantidades crecientes de dinero para lograr satisfacción.

- 2) Inquietud o irritabilidad al intentar reducir o abandonar el juego.
- 3) Repetidos fracasos para controlar, reducir o abandonar el juego.
- 4) Pensamientos frecuentes sobre el juego (revivir experiencias pasadas, planificar la próxima apuesta...).
- 5) Juega cuando se siente angustiado.
- 6) Tras perder dinero, vuelve a jugar para recuperarlo (“perseguir las pérdidas”).
- 7) Miente para ocultar el grado de implicación con el juego.
- 8) Ha puesto en peligro o perdido relaciones significativas, empleo o estudios debido al juego.
- 9) Depende de otros para aliviar situaciones económicas causadas por el juego.

El reconocimiento del trastorno de juego como una condición clínica oficial en el DSM-5 han puesto de relieve la necesidad de desarrollar y validar intervenciones eficaces y accesibles.

En este contexto, las intervenciones psicológicas breves han emergido como una opción prometedora. Estas intervenciones se caracterizan por ser de corta duración, con objetivos claramente definidos, y por centrarse en promover el cambio conductual en un tiempo limitado, lo que las convierte en opciones muy útiles sobre todo para población con escasos recursos económicos o en pacientes poco motivados a tratamientos más largos (Miller & Rollnick, 2012). Su aplicación en adicciones comportamentales, aunque en un principio ha sido menos explorada que en adicciones a sustancias, ha ido cobrando fuerza a medida que diversos ensayos clínicos han comenzado a evidenciar su utilidad.

Uno de los primeros estudios que puso a prueba la efectividad de intervenciones breves en el ámbito del juego problemático fue el ensayo clínico aleatorizado de

Hodgins, Currie, El-Guebaly y Diskin (2009), en el que se compararon tratamientos motivacionales breves de distinta duración. Los resultados mostraron que los participantes que recibieron una intervención de una o dos sesiones mejoraron significativamente en sus comportamientos de juego, y que los beneficios se mantenían en el seguimiento, cuestionando la creencia de que los tratamientos más extensos son necesariamente los más eficaces. En la misma línea, Toneatto (2015) evaluó la efectividad de una intervención de sesión única en personas con juego problemático y concluyó que esta modalidad generaba mejoras comparables a programas más prolongados, enfatizando el valor terapéutico de la activación motivacional y la reflexión inmediata sobre las consecuencias del juego.

En el estudio de Petry et. al. (2009), se evaluó una intervención breve en estudiantes universitarios con conductas de juego problemático, observando reducciones significativas tanto en la frecuencia como en la intensidad del juego, con beneficios sostenidos en el tiempo. La intervención consistía en una o dos sesiones estructuradas basadas en los principios de la entrevista motivacional, adaptadas al contexto juvenil. Más adelante, Petry, Rash y Alessi (2016) replicaron este enfoque en una población clínicamente más compleja; pacientes en tratamiento por abuso de sustancias. Sorprendentemente, incluso en este contexto de comorbilidad, las intervenciones breves centradas en el juego resultaron eficaces, lo cual sugiere que la brevedad del tratamiento no limita necesariamente su efectividad, siempre que se activen procesos motivacionales y de *insight* relevantes.

El conjunto de esta literatura plantea un debate fundamental sobre el vínculo entre la duración del tratamiento y su efectividad. Las intervenciones breves, lejos de ser un recurso ‘low cost’ con efectividad limitada, pueden actuar como catalizadores de cambios significativos, especialmente cuando se orientan hacia la activación de la

motivación intrínseca, la toma de conciencia sobre las consecuencias del comportamiento adictivo, y el fortalecimiento de la autoeficacia (Hodgins et al., 2009; Petry et al., 2009). De hecho, la brevedad de la intervención puede resultar beneficiosa para cierto perfil de paciente, como los individuos con actitudes ambivalentes ante el proceso de cambio, con baja adherencia o que no reconocen plenamente la gravedad de su problema (Miller & Rollnick, 2012).

El objetivo de este Trabajo Fin de Máster es realizar una revisión sistemática (RS) de la literatura actual acerca de la efectividad de las intervenciones psicológicas breves en el tratamiento del juego patológico. Se analizarán estudios experimentales y clínicos que han evaluado la efectividad de este tipo de terapias en diferentes contextos y poblaciones, con la finalidad de identificar qué elementos tienen en común, las diferencias clave y los principios activos del cambio. Asimismo, se discutirá la aplicabilidad de estas intervenciones en contextos reales de atención primaria, salud mental comunitaria y entornos digitales, considerando sus ventajas, limitaciones y perspectivas de futuro.

## **Método**

Se ha realizado una RS a partir de la metodología Cochrane (Higgins et al., 2024) e informada teniendo en cuenta las directrices de la declaración PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*) (Page et al., 2021).

### **Criterios de elegibilidad**

Se han incluido artículos científicos que evaluaran la efectividad de las intervenciones psicológicas breves para la mejora del tiempo de juego y el dinero invertido en personas adultas con trastorno de juego o adicción a videojuegos. Los criterios de inclusión y exclusión fueron los siguientes:

- Diseño de los estudios: ensayos controlados aleatorizados (ECA).
- Población: personas adultas con juego problemático o patológico y/o de acuerdo con criterios diagnósticos estandarizados o instrumentos de evaluación validados.
- Intervención: intervenciones psicológicas breves, entendiéndose estas como intervenciones de 10 sesiones de duración o menos.
- Comparador: no intervención, tratamiento habitual (TAU) o lista de espera (grupos con solo evaluación) u otras intervenciones psicológicas (intervenciones de más de 10 sesiones de duración).
- Resultados: tiempo de juego; dinero invertido y sintomatología propia del juego patológico (evaluada por medio de instrumentos validados).
- Idioma: inglés y castellano
- Fecha de publicación: sin límites.

Se han excluido las revisiones sistemáticas, los metaanálisis y los protocolos, así como estudios cualitativos y observacionales, resúmenes de congresos, cartas al editor y editoriales y capítulos de libros.

### **Fuentes de información**

Se han consultado las bases de datos APA PsycInfo, CINAHL with Full Text y MEDLINE Complete (EBSCOhost) para la identificación de artículos científicos relacionados con el tratamiento psicológico del juego patológico y/o la adicción a videojuegos. La búsqueda se llevó a cabo el 16 de abril de 2025.

### **Estrategia de búsqueda**

La estrategia de búsqueda se elaboró inicialmente en MEDLINE y posteriormente se adaptó a las otras bases, manteniendo consistencia en los descriptores y operadores booleanos utilizados. La estrategia combinó encabezamientos de materia (MeSH o términos controlados) y términos libres en título y resumen. Entre los términos controlados utilizados se encuentran: Cognitive Behavioral Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Mindfulness, Family Therapy, Gambling y Video Games. Los términos libres incluyeron variantes como “cognitive behav\*”, “dialectical behavior therapy”, “third-wave therap\*”, “CBT”, “DBT”, “ACT”, “MBCT”, “psychological treatment\*”, “psychological intervention\*” y términos relacionados con conductas problemáticas como “addiction”, “compulsive”, “pathological” o “problematic”. Además, se aplicaron filtros específicos para restringir los resultados a ensayos clínicos aleatorizados, mediante la inclusión de términos como “random\*”, “randomized controlled trial” y “RCT” en los campos de título y resumen. La estrategia de búsqueda completa puede consultarse en el Anexo I.

## **Proceso de selección de los estudios**

Las referencias identificadas mediante la estrategia de búsqueda fueron importadas al software Rayyan ([www.rayyan.ai](http://www.rayyan.ai)), utilizado para facilitar el proceso de cribado y detección de duplicados. La selección de los estudios se llevó a cabo por dos revisores de forma independiente, siguiendo un proceso en dos etapas: en primer lugar, se examinó el título y el resumen de cada registro para excluir estudios que no cumplieran con los criterios de inclusión previamente establecidos; posteriormente, se realizó una evaluación a texto completo de los estudios preseleccionados. Las discrepancias entre los revisores en cualquiera de las fases fueron resueltas mediante discusión y consenso.

## **Proceso de extracción de los datos**

La extracción de datos fue realizada por un revisor y posteriormente revisada por un segundo revisor, utilizando una hoja de extracción previamente diseñada y consensuada por el equipo investigador (ver lista de datos). Cualquier discrepancia detectada durante la revisión fue resuelta mediante discusión y consenso entre los revisores.

## **Lista de datos**

Para cada uno de los estudios incluidos se describieron los siguientes datos:

- 1) Identificación del estudio: primer autor, año de publicación y título.
- 2) Objetivo del artículo
- 3) Características de Población: número total de participantes, edad media, porcentaje de mujeres.
- 4) Características de las intervenciones: tipo de tratamiento (p.ej., TCC, MET, ACT, Meditación, Intervención breve) modalidad (individual o grupal), formato

(presencial, telefónico, online) número de sesiones, duración, frecuencia (semanal, mensual y rango de semanas) y plazo de seguimiento.

- 5) Grupo de comparación
- 6) Medidas de resultado evaluadas
- 7) Resultados principales.

### **Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios individuales**

La evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos se realizó utilizando la herramienta CASPe (*Critical Appraisal Skills Programme*) para ensayos clínicos aleatorizados. Los seis primeros ítems de este instrumento permiten valorar aspectos clave de la validez interna como, por ejemplo, adecuación de la aleatorización, ocultación de la asignación, y cegamiento. La evaluación fue realizada por un revisor y posteriormente revisada por una segunda revisora. Las discrepancias identificadas se resolvieron mediante discusión hasta alcanzar el consenso.

### **Medidas del efecto**

Para cada estudio incluido y para cada variable de resultado de interés, se extrajeron los datos disponibles sobre las puntuaciones promedio en el grupo de intervención y en el grupo control, tanto en la evaluación preintervención como postintervención. Asimismo, cuando fue reportado por los autores, se recogió la diferencia pre-post dentro de cada grupo.

### **Método de síntesis**

Se llevó a cabo una síntesis narrativa de los resultados, complementada con tablas estructuradas que permiten una visualización clara y sistemática de los principales hallazgos de los estudios incluidos.

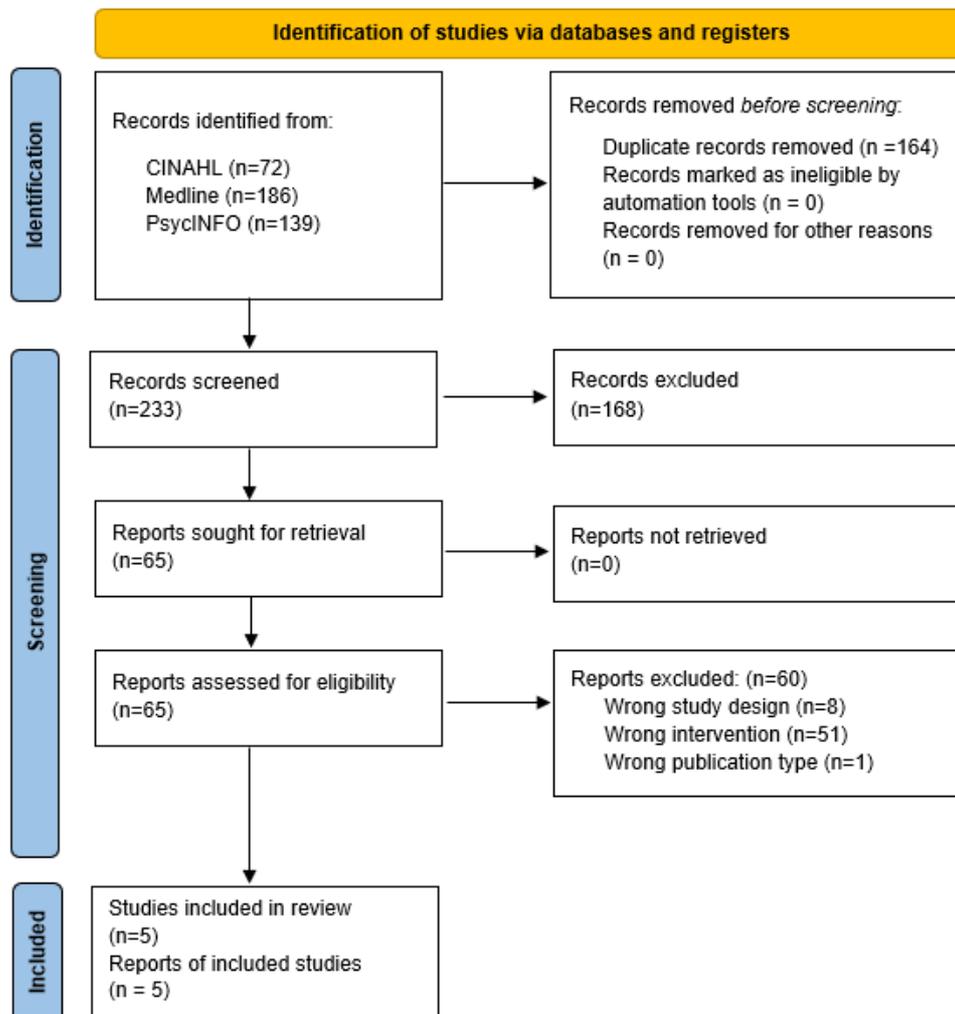
## Resultados

### Selección de los estudios

Se han incluido 397 referencias en Rayyan, de las que se han eliminado los artículos duplicados (164). De los 233 artículos restantes se han incluido 65 y excluido 168, por lo que finalmente se incluyeron 5 estudios (ECA). El proceso de selección de los estudios se muestra en la Figura 1.

**Figura 1**

*Proceso de selección de estudios: diagrama PRISMA*



## Características de los estudios incluidos

Los estudios seleccionados en esta revisión sistemática son ECA que evalúan la efectividad de diferentes intervenciones breves (motivacional, cognitivo-conductual o basados en meditación y mindfulness) para el tratamiento del juego problemático o patológico (ver Tabla 1). Todos los estudios fueron realizados en países de habla inglesa (Estados Unidos de América, Canadá y Nueva Zelanda). Se llevo a cabo tanto en población adulta como en jóvenes universitarios que presentaban problemas con el juego.

En lo referente a tipos de intervención, cuatro estudios implementaron la entrevista motivacional (MI), tanto de forma aislada como combinada con herramientas cognitivo - conductuales (en algunos estudios fueron cuadernos y en otros, sesiones individuales (CBT)). Sólo un estudio basó la intervención en formato audio, a través de grabaciones de mindfulness, con el objetivo de reducir las ansias de juego (*gambling craving*) y la impulsividad, midiendo la tasa de descuento por demora (*delay discounting*).

Los comparadores difirieron según los estudios. En el estudio de Abbot et al. (2018) el comparador fue el tratamiento habitual (TAU), mientras que en otros fueron listas de espera (WLC), listas de espera con cuaderno de ejercicios (WOC) o grupo control con grabaciones de cuentos en formato audiolibro. Los comparadores fueron usados para valorar la diferencia de efecto de las diferentes intervenciones breves. Para valorar los resultados, se midieron las siguientes variables: Tiempo invertido, dinero apostado y severidad de la sintomatología. Para esta última variable se utilizaron instrumentos específicos de evaluación como: ASI-G (*Addiction Severity Index – Gambling section*) y GASS (*Gambling Abstinence Self-Efficacy Scale*).

**Tabla 1**

*Características de los estudios incluidos*

<b>Primer/a autor/a (año), país</b>	<b>Población</b>	<b>Intervención</b>	<b>Comparador</b>	<b>Medidas de resultado</b>
Abbott <i>et al.</i> (2018), Nueva Zelanda	(n=462) Personas adultas con problemas de <i>gambling</i>	Single Motivational Interview (MI) (n=112)	Helpline standard care (TAU/Treatment As Usual) (n=116)  El comparador fue la atención estándar a través de una línea de ayuda (TAU).	Días de juego.  Dinero perdido por día  Cumplimiento del objetivo de tratamiento
		Single Motivational Interview + Cognitive-Behavioural Selph Help Workbook (MI + W) (n=118)		
		Single motivational Interview + Cognitive-Behavioural Selph Help Workbook + 4 fol- low-up telephone interviews (MI + W + B) (n=116)		
Hodgins <i>et al.</i> (2009), Canadá	(n=314) Personas adultas con problemas de <i>gambling</i> .	Brief Treatment (BT) (n=83)  Brief Booster Treatment (BBT) (n=84)  Workbook Only Control (WOC) (n=82)	Waitlist Control (WC) (n=65)	Días de juego  Pérdidas en dólares.  Cuestionario GASS ( <i>Gambling Abstinence Self- Efficacy Scale</i> )

<b>Primer/a autor/a (año), país</b>	<b>Población</b>	<b>Intervención</b>	<b>Comparador</b>	<b>Medidas de resultado</b>
Petry <i>et al.</i> (2008), Estados Unidos	(n=180) Personas adultas con problemas de <i>gambling</i> .	Brief Advice (BA) (n=37)	Assesment Only (sólo evaluación) (n=48)	Puntuación ASI-G ( <i>Addiction Severity Index – Gambling section</i> )
		Motivational Enhancement (MET) (n=55)		Cantidad de dinero apostado
Petry <i>et al.</i> (2009), Estados Unidos	(n=117) Estudiantes universitarios con problemas de <i>gambling</i> .	Brief Advice (n=32)	Assesment Only (sólo evaluación) (n=34)	Puntuación ASI-G ( <i>Addiction Severity Index – Gambling section</i> )
		Motivational Enhancement Therapy (MET) (n=30)	Motivational Enhancement Therapy + Cognitive- Behavioral Therapy (MET + CBT) (n=21)	Días apostando  Cantidad de dinero apostado
Shead <i>et al.</i> (2019), Canadá	(n=59) Jóvenes adultos con tendencia o comportamiento de juego	Mindfulness Meditation Exercises (MME) (n=18)	Audiobook Control Condition (Grabaciones de audiolibros) (ACC) (n=21)	Ansias de Juego ( <i>Gambling Craving</i> )

## Riesgo de sesgo de los estudios individuales

A continuación, se describe la evaluación del riesgo de sesgo de los estudios individuales. En la Tabla 2 se presentan las respuestas al instrumento CASPe.

Todos los estudios incluidos plantean una pregunta clara y definida, es decir, la valoración de la efectividad de varios tipos de intervenciones breves (motivacionales, cognitivo-conductuales o basadas en la meditación y mindfulness) en relación con los problemas con el juego. Los participantes fueron asignados aleatoria y equilibradamente entre los grupos en todos los estudios. Sólo en los estudios de Hodgins et al. (2009) y Shead (2019) no se halla la información necesaria que asegure la comparabilidad durante todo el seguimiento, lo que puede dar pie a malas interpretaciones en los efectos a largo plazo de las intervenciones. El manejo de pérdidas o abandonos fue adecuado en todos los estudios, a excepción de Hodgins et al. (2009) y Shead (2019). En estos estudios existe una falta de información sobre el tratamiento de los datos perdidos y la dimensión del abandono, lo que puede incluir sesgos de tipo *attrition bias*. La medición de los desenlaces fue adecuada en todos los estudios, empleando herramientas estandarizadas y validadas como el ASI-G y el GASS y tareas de descuento por demora, lo que aporta validez a los resultados de los estudios. En el estudio de Shead et al. (2019) existe una posible comunicación selectiva de los resultados, ya que no fueron informados de forma detallada todos los desenlaces preespecificados. Además, no se analiza en profundidad la tasa de descuento por demora, siendo esta una de las variables principales del estudio. En resumen, a pesar del sólido diseño general de los estudios, se debe tener en cuenta las limitaciones metodológicas a la hora de interpretar los resultados y al valorar la aplicabilidad en contextos comunitarios y clínicos.

**Tabla 2***Evaluación del riesgo de sesgo*

Estudio	Ítems CASPe					
	1	2	3	4	5	6
Abbot (2018)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Petry (2009)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Petry (2008)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Hodgins (2009)	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Shead (2019)	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No

1. ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?  
2. ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?  
3. ¿Se mantuvo la comparabilidad de los grupos a través del estudio?  
4. ¿Fue adecuado el manejo de las pérdidas durante el estudio?  
5. ¿Fue adecuada la medición de los desenlaces?  
6. ¿Se evitó la comunicación selectiva de resultados?

**Resultados de los estudios individuales y síntesis de resultados**

**Tiempo de juego.** Cuatro estudios midieron el tiempo de juego. En el estudio de Abbot et al. (2018) se observa que en general, los tres tipos de intervenciones breves reducen el tiempo de juego (de 8,43 a 3,3) en un 60,8%. En lo específico, la intervención Motivational Interview (de 8,2 a 3,3) redujo esta variable en un 59,7%, la intervención MI+W (de 8,8 a 3,5) la redujo en un 60,2% y la intervención MI+W+B redujo el tiempo de juego en un 62,6%. El tratamiento habitual (TAU), en cambio, redujo el tiempo de juego (de 9,0 a 3,2) en un 64,4%. Si bien no hay gran diferencia en la efectividad, se puede observar una mayor reducción del tiempo de juego en el tratamiento habitual (TAU). En el estudio de Petry et al. (2009) se puede observar que en general, las intervenciones breves reducen el tiempo de juego (de 14,3 a 8,1) en un 43,6%. En lo específico la intervención que más redujo el tiempo de juego fue MET (de 14,1 a 7,4) en un 47,5%, seguido de MET+CBT (de 15,7 a 8,9) con un 43,32% y

BA (de 13,3 a 8) con un 39,8% de reducción. En grupo control también redujo el tiempo de juego (de 14,2 a 9,9) pero en menor proporción, con un 30,3%. En el estudio de Hodgins et al. (2009) las intervenciones breves redujeron el tiempo de juego en general (de 8,0 a 3,05) en un 61,8%. En lo específico, los datos apenas varían, mostrando la intervención BBT (de 8,0 a 3,0) una reducción del 62,5%, y la intervención BT (de 8,0 a 3,1) una reducción del 61,2%. En el grupo WOC (de 8,3 a 4,6) el tiempo de juego se redujo, aunque en menor proporción, con un 44,5%.

**Dinero invertido.** Cuatro estudios midieron el dinero invertido. En el estudio de Abbot et al. (2018) se observa que, en general, tras las intervenciones, la pérdida de dólares por día se redujo de 50,3 a 9,3 lo que implica una reducción del 81,6%. En lo específico, las intervenciones que más redujeron esta variable fueron MI + W (de 49 a 9) y MI + W + B (de 49 a 9), representando una reducción del 81,6%, seguido de sólo MI (de 53 a 10), mostrando un 81,1%. El tratamiento habitual (TAU) también redujo la pérdida de dólares (de 43 a 10) aunque en menor proporción, con un 76,7%. En el estudio de Petry et al. (2009) se puede observar una reducción general de las intervenciones (de 200 a 73,3) del 63,3%. En lo específico, la intervención que más redujo el dinero invertido (de 192 a 40) fue MET + CBT en un 79,1%, seguido de MET (de 250 a 100) en un 60% y por último BA (de 158 a 80) en un 46,6%. El grupo control también redujo el dinero invertido (de 275 a 100) en un 63,6%. En el estudio de Petry et al. (2008) se puede observar una reducción general (de 2,53 a 1,93) de las intervenciones del 23,7%. En el tratamiento BA es donde más se redujo la cantidad de dinero invertido (de 2,5 a 1,6), mostrando una reducción del 36%, seguido de MET + CBT (de 2,6 a 2,0) con un 23%, y de MET (de 2,5 a 2,2) con un 12%. En el grupo control la reducción (de 2,8 a 2,4) supuso un 14,2% menor de gasto. En el estudio de Hodgins et al. (2009), las intervenciones breves (BT y BBT) redujeron el dinero

invertido (de 1,512 a 393'5) en un 73,9%. La intervención que mostró mayor efectividad fue la BBT (de 1,439 a 355) con un 75,3% menos de dinero invertido, seguido por BT (de 1585 a 432) con un 72,7%. El grupo WOC (de 1364 a 388) mostró una reducción del 71,56%.

**Sintomatología.** Cuatro estudios midieron la sintomatología. En el estudio de Petry et al. (2009) las puntuaciones del ASI-G general de las intervenciones breves evaluados a las 6 semanas (de 0.32 puntos a 0.18) se redujeron en un 43,7%. En específico, la intervención que más redujo la sintomatología en este período fue la MET+TCC (de 0,33 puntos a 0,18) con un 45,4%, seguido de MET (de 0,30 puntos a 0,17) con un 43'4% y de BA (de 0,33 a 0,19) con un 42,4%. El grupo control también redujo la sintomatología, pero en menor proporción (de 0,30 a 0,21) representando un porcentaje de reducción del 30%. En el estudio de Petry et al. (2008) las puntuaciones del ASI-G general de las intervenciones breves (BA, MET y MET+CBT) evaluadas a las 6 semanas (de 0,42 a 0,34) se redujeron en un 19%. En lo específico, la intervención que más redujo la sintomatología fue la BA (de 0,44 a 0,31) con un 29,5%, seguido de MET+CBT (de 0,40 a 0,32) con un 20% y de MET (de 0,41 a 0,39) con un 4,8%. El grupo control (de 0,44 a 0,34) obtuvo una reducción del 22,7%. En el estudio de Hodgins et al. (2009) las puntuaciones de GASS general de las intervenciones breves (BT y BTT) evaluadas a los 3 meses (de 45,5 a 71,6) aumentaron en un 57,3%. En lo específico, la intervención que más aumentó la autoeficacia (de 43,8 a 71,1) fue BBT con un incremento del 62,3%, seguido de BT (de 47,2 a 72,1) con un incremento del 52,7%. El grupo WOC (de 45,4 a 66,9) también mejoró, aunque en menor proporción, con un incremento del 47,3%. En el estudio de Abbot (2018) se evaluó la efectividad de tres intervenciones breves (una entrevista motivacional de 1 sesión (MI), una entrevista motivacional + un cuaderno de ejercicios

de TCC autoguiado (MI+W) y una entrevista motivacional + cuaderno de ejercicios de TCC autoguiado + 4 llamadas de refuerzo (MI+W+B) en comparación con un tratamiento habitual (TAU). Tras las intervenciones, el tiempo medio de juego en general se redujo significativamente, con un 60,8% menor y una reducción del dinero invertido del 81,6%. La intervención que más efectividad tuvo en la variable tiempo de juego fue la MI+W+B con un 62,6%, mientras que en la variable dinero invertido no hubo diferencia entre la intervención MI+W y MI+W+B, mostrando un 81,6% de reducción. El TAU mostró una reducción superior a las tres intervenciones breves, con un 64,4% en la variable tiempo de juego y una reducción inferior de la variable dinero invertido con un 76,7%. En el estudio de Shead et al. (2016), la interacción hipotetizada entre el tiempo (pre vs. post-intervención) y la condición (ejercicios de meditación vs. grabaciones de audiolibros) fue significativa en relación con los antojos de juego entre los jugadores, observándose una reducción significativa de los antojos de juego en aquellos del grupo de meditación.

**Tabla 3**

*Principales resultados informados en los estudios incluidos*

Autor (año)	Grupos	Pre-intervención		Post-intervención		Conclusiones
		Intervención	Control	Intervención	Control	
<b>Tiempo de juego</b>						
<b>Abbot (2018)</b>	MI vs TAU	8.2 (NI)	9.0 (NI)	3.3 (NI)	3.2 (NI)	En el tratamiento del juego problemático, las intervenciones breves por teléfono se asocian con cambios en los días de juego similares a los de intervenciones más intensivas, lo que sugiere que más tratamiento no es necesariamente mejor que menos.
	MI + W vs TAU	8.8 (NI)	9.0 (NI)	3.5 (NI)	3.2 (NI)	
	MI + W + B vs TAU	8.3 (NI)	9.0 (NI)	3.1 (NI)	3.2 (NI)	
<b>Petry (2009)</b>	BA vs C	13.3 (7.7)	14.2 (8.2)	8.0 (7.3)	9.9 (8.3)	En comparación con la condición de solo evaluación, aquellos que recibieron alguna intervención presentaron disminuciones significativas en los días de juego a lo largo del tiempo.
	MET vs C	14.1 (8.9)	14.2 (8.2)	7.4 (7.1)	9.9 (8.3)	
	MET + CBT vs C	15.7 (8.7)	14.2 (8.2)	8.9 (8.7)	9.9 (8.3)	
<b>Hodgins (2009)</b>	BT vs WLC	8.0 (7.3)	NI	3.1 (3.8)	NI	Los participantes que recibieron el tratamiento breve o el tratamiento breve con refuerzo informaron haber jugado menos a las 6 semanas que aquellos asignados a los grupos de control.
	BBT vs WLC	8.0 (6.6)	NI	3.0 (3.3)	NI	
	BT vs WOC	8.0 (7.3)	8.3 (6.7)	3.1 (3.8)	4.6 (4.6)	
	BBT vs WOC	8.0 (6.6)	8.3 (6.7)	3.0 (3.3)	4.6 (4.6)	

Autor (año)	Grupos	Pre-intervención		Post-intervención		Conclusiones
		Intervención	Control	Intervención	Control	
<b>Dinero invertido</b>						
<b>Abbot (2018)</b>	MI vs TAU	53 (NI)	43 (NI)	10 (NI)	10 (NI)	En el tratamiento del juego problemático, las intervenciones breves por teléfono se asocian con cambios en las cantidades de dinero perdidas similares a los de intervenciones más intensivas, lo que sugiere que más tratamiento no es necesariamente mejor que menos.
	MI + W vs TAU	49 (NI)	43 (NI)	9 (NI)	10 (NI)	
	MI + W + B vs TAU	49 (NI)	43 (NI)	9 (NI)	10 (NI)	
<b>Petry (2009)</b>	BA vs C	158 (298)	275 (672)	80 (223)	100 (528)	En comparación con la condición de solo evaluación, aquellos que recibieron alguna intervención presentaron disminuciones significativas en las cantidades de dinero apostadas a lo largo del tiempo.
	MET vs C	250 (605)	275 (672)	100 (365)	100 (528)	
	MET + CBT vs C	192 (350)	275 (672)	40 (180)	100 (528)	
<b>Petry (2008)</b>	BA vs C	2.5 (0.5)	2.8 (0.6)	1.6 (1.4)	2.4 (1.0)	La condición de consejo breve mostró pendientes significativamente más pronunciadas en la reducción las cantidades de dinero apostadas a lo largo del tiempo. El juego disminuyó en la mayoría de los participantes de este estudio,
	MET vs C	2.5 (0.7)	2.8 (0.6)	2.2 (1.2)	2.4 (1.0)	
	MET + CBT vs C	2.6 (0.8)	2.8 (0.6)	2.0 (1.0)	2.4 (1.0)	

Autor (año)	Grupos	Pre-intervención		Post-intervención		Conclusiones
		Intervención	Control	Intervención	Control	
						incluso en aquellos asignados a la condición de control con solo evaluación. Se observaron efectos significativos del tiempo en relación con las cantidades de dinero apostadas.
<b>Hodgins (2009)</b>	BT vs WLC	1,585 (2,229)	NI	432 (544)	NI	Los participantes que solo utilizaron el cuaderno de trabajo tuvieron una probabilidad similar de haber reducido significativamente sus pérdidas a lo largo del año. Los participantes del grupo de tratamiento breve con refuerzo no mostraron una mejora superior a la de los participantes del tratamiento breve.
	BBT vs WLC	1,439 (1848)	NI	355 (496)	NI	
	BT vs WOC	1,585 (2,229)	1,364 (1,713)	432 (544)	388 (667)	
	BBT vs WOC	1,439 (1848)	1,364 (1,713)	355 (496)	388 (667)	
<b>Sintomatología de trastorno de juego patológico</b>						
<b>Petry (2009)</b>	BA vs C	ASI-G 0.33 (0.11)	ASI-G 0.30 (0.12)	ASI-G 0.19 (0.14)	ASI-G 0.21 (0.13)	En comparación con la condición de solo evaluación, aquellos que recibieron alguna intervención presentaron disminuciones significativas en las puntuaciones del ASI-G a lo largo del tiempo.
	MET vs C	ASI-G 0.30 (0.15)	ASI-G 0.30 (0.12)	ASI-G 0.17 (0.12)	ASI-G 0.21 (0.13)	
	MET + CBT vs C	ASI-G 0.33 (0.11)	ASI-G 0.30 (0.12)	ASI-G 0.18 (0.10)	ASI-G 0.21 (0.13)	
<b>Petry (2008)</b>	BA vs C	ASI-G 0.44 (0.24)	ASI-G 0.44 (0.21)	ASI-G 0.31 (0.31)	ASI-G 0.34 (0.19)	Se observaron efectos significativos del tiempo en
	MET vs C	ASI-G 0.41 (0.22)	ASI-G 0.44 (0.21)	ASI-G 0.39 (0.25)	ASI-G 0.34 (0.19)	

Autor (año)	Grupos	Pre-intervención		Post-intervención		Conclusiones
		Intervención	Control	Intervención	Control	
	MET + CBT vs C	ASI-G 0.40 (0.18)	ASI-G 0.44 (0.21)	ASI-G 0.32 (0.19)	ASI-G 0.34 (0.19)	relación con las puntuaciones del ASI-G. La condición de consejo breve mostró pendientes significativamente más pronunciadas en la reducción de las puntuaciones del ASI-G a lo largo del tiempo.
<b>Hodgins (2009)</b>	BT vs WLC	GASS 47.2 (26.0)	GASS (NI)	GASS 72.1 (23.7)	GASS (NI)	A los 3 meses, la puntuación media estimada de autoeficacia del grupo BBT fue significativamente diferente a la del grupo WOC ( $p = 0.03$ ) mientras que la del grupo de tratamiento breve (BT) no lo fue, ( $p = 0.07$ ).
	BBT vs WLC	GASS 43.8 (24.1)	GASS (NI)	GASS 71.1 (26.1)	GASS (NI)	
	BT vs WOC	GASS 47.2 (26.0)	GASS 45.4 (23.5)	GASS 72.1 (23.7)	GASS 66.9 (21.6)	
	BBT vs WOC	GASS 43.8 (24.1)	GASS 45.4 (23.5)	GASS 71.1 (26.1)	GASS 66.9 (21.6)	
<b>Shead et al. (2016)</b>	A-G MB ME vs ACC	NI	NI	NI	NI	La interacción hipotetizada entre el tiempo (pre vs. post-intervención) y la condición (ejercicios de meditación vs. grabaciones de audiolibros) fue significativa en relación con los antojos de juego entre los jugadores, observándose una reducción significativa de los antojos de juego en aquellos del grupo de meditación.

## Discusión

Los resultados de esta revisión sistemática muestran la efectividad de diferentes tipos de intervenciones breves en la reducción del juego problemático. Estos hallazgos coinciden con los encontrados en análisis previos, como el meta-análisis de Quilty et al. (2019) que, aunque con modestos resultados, estos fueron estadísticamente significativos en la reducción del comportamiento de juego a corto plazo en comparación a grupos de control pasivos. En nuestro análisis, se puede observar una reducción tanto del dinero invertido como en el tiempo de juego con intervenciones motivacionales (MI) y en intervenciones motivacionales combinadas con estrategias cognitivo-conductuales, consiguiendo unas tasas de reducción cercanas y superiores al 60% en ciertos estudios. En lo referente a la sintomatología, también se observa una mejoría de la autoeficacia percibida y en las medidas de gravedad. El meta-análisis de Quilty et al. (2019) reporta la falta de evidencia sobre los beneficios a largo plazo de las intervenciones breves, al igual que nuestro estudio. Esto representa una limitación, puesto que ciertos estudios no refieren seguimientos a largo plazo. En resumen, estos resultados confirman el valor práctico de intervenciones breves como una línea de actuación válida en contextos comunitarios y de atención primaria, especialmente en poblaciones que no buscan tratamientos específicos y que se encuentran en un riesgo moderado. A pesar de esto, las limitaciones metodológicas y variedad cualitativa de los estudios sugieren una interpretación cuidadosa y apoyan la necesidad de más ensayos clínicos con seguimiento a largo plazo.

La evidencia analizada en este estudio se ve limitada por varios motivos, entre los que se encuentran la poca cantidad de estudios incluidos, su heterogeneidad, las poblaciones, las intervenciones y comparadores y la diversidad de las variables evaluadas. Esto complica la comparación directa entre los estudios y dificulta la generalización de

los resultados. Así mismo, parte de los estudios no reportan de manera adecuada el manejo de las pérdidas y abandonos.

Si bien los estudios incluidos tienen un sólido diseño al tratarse de ECA, también existen limitaciones metodológicas a tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados. Por un lado, los estudios de Hodgins et al. (2009) y Shead et al. (2019) no aportan información suficientemente clara acerca de la comparabilidad entre los grupos durante todo el proceso de seguimiento, lo que condiciona la interpretación de los efectos de las intervenciones a lo largo del tiempo. Sumado a esto, la manera en que gestionaron las pérdidas y abandonos no está suficientemente detallado en estos estudios, incrementando el riesgo de sesgo por atrición. Además, la posible presentación selectiva de resultados, especialmente en el estudio de Shead et al. (2019) puede incidir en la validez y generalización de los hallazgos. De igual modo, el hecho de que los estudios se realizaron en países de habla inglesa y con población adulta y universitaria, limita la generalización de los resultados a otras poblaciones. En definitiva, la disparidad de los tipos de intervenciones, comparadores y variables a evaluar complica la realización de una síntesis sólida y la posibilidad de comparar directamente entre estudios, lo que limita la extensión de los resultados a contextos clínicos y comunitarios más amplios.

En conclusión, las intervenciones breves parecen mostrar efectividad suficiente para poder aplicarse en contextos clínicos en el tratamiento del juego patológico. Se recomienda incluir estas terapias en políticas de salud pública y de adicciones. Sin embargo, en futuras investigaciones es recomendable incrementar la calidad metodológica, estudiar su efectividad en otras poblaciones y usar las mismas variables y los mismos instrumentos validados para facilitar la comparación entre estudios y la generalización de los hallazgos.

## Referencias bibliográficas

- Abbott, M., Hodgins, D. C., Bellringer, M., Vandal, A. C., Palmer Du Preez, K., Landon, J., ... & Feigin, V. (2018). Brief telephone interventions for problem gambling: A randomized controlled trial. *Addiction*, *113*(5), 883-895.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 6.5 (updated August 2024). Cochrane, 2024. Available from [www.training.cochrane.org/handbook](http://www.training.cochrane.org/handbook).
- Hodgins, D. C., Currie, S. R., Currie, G., & Fick, G. H. (2009). Randomized trial of brief motivational treatments for pathological gamblers: More is not necessarily better. *Journal of consulting and clinical psychology*, *77*(5), 950-960.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*. Guilford press.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *bmj*, *372*.
- Petry, N. M., Weinstock, J., Ledgerwood, D. M., & Morasco, B. (2008). A randomized trial of brief interventions for problem and pathological gamblers. *Journal of consulting and clinical psychology*, *76*(2), 318.

- Petry, N. M., Weinstock, J., Morasco, B. J., & Ledgerwood, D. M. (2009). Brief motivational interventions for college student problem gamblers. *Addiction, 104*(9), 1569-1578.
- Petry, N. M., Rash, C. J., & Alessi, S. M. (2016). A randomized controlled trial of brief interventions for problem gambling in substance abuse treatment patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(10), 874.
- Quilty, L. C., Wardell, J. D., Thiruchselvam, T., Keough, M. T., & Hendershot, C. S. (2019). Brief interventions for problem gambling: A meta-analysis. *PloS one, 14*(4), e0214502.
- Shed, N. W., Champod, A. S., & MacDonald, A. (2020). Effect of a brief meditation intervention on gambling cravings and rates of delay discounting. *International Journal of Mental Health and Addiction, 18*(5), 1247-1263.
- Toneatto, T. (2016). Single-session interventions for problem gambling may be as effective as longer treatments: Results of a randomized control trial. *Addictive Behaviors, 52*, 58-65.
- Wölfling, K., Müller, K. W., Dreier, M., Ruckes, C., Deuster, O., Batra, A., ... & Beutel, M. E. (2019). Efficacy of short-term treatment of internet and computer game addiction: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry, 76*(10), 1018-1025.

## Anexos

### Anexo 1. Estrategia de búsqueda

<b>MEDLINE Complete</b>		
<b>#</b>	<b>Consulta</b>	<b>Resultados</b>
S20	S15 AND S19	186
S19	S16 OR S17 OR S18	1,763,559
S18	AB ("randomised controlled trial" or "randomized controlled trial" or rct OR random*)	1,581,151
S17	TI ("randomised controlled trial" or "randomized controlled trial" or rct OR random*)	366,904
S16	PT "Randomized Controlled Trial"	634,809
S15	S10 AND S14	702
S14	S11 OR S12 OR S13	459,470
S13	AB (psychotherapy OR "cognitive behav*" OR "Acceptance and Commitment Therapy" OR "Mindfulness" OR "Dialectical Behavior Therapy" OR "Systemic Therapy" OR "Third-wave therapy" O "third generation therap*" OR "third-wave therap*" OR "behavioral therap*" OR "cognitive therap*" OR "cognitive-behavioral therap*" OR "CBT" OR "ACT" OR "MBCT" OR "DBT" OR "psychological treatment*" OR "psychological intervention*")	423,211
S12	TI (psychotherapy OR "cognitive behav*" OR "Acceptance and Commitment Therapy" OR "Mindfulness" OR "Dialectical Behavior Therapy" OR "Systemic Therapy" OR "Third-wave therapy" O "third generation therap*" OR "third-wave therap*" OR "behavioral therap*" OR "cognitive therap*" OR "cognitive-behavioral therap*" OR "CBT" OR "ACT" OR "MBCT" OR "DBT" OR "psychological treatment*" OR "psychological intervention*")	59,499
S11	MM ("Psychotherapy" OR "Cognitive Behavioral Therapy" OR "Acceptance and Commitment Therapy" OR "Mindfulness" OR "Mindfulness-Based Stress Reduction Alcance" OR "Mindfulness-Based Cognitive Therapy" OR "Family Therapy")	36,985
S10	S4 OR S9	12,054
S9	S7 AND S8	9,033
S8	S5 OR S6	2,164,058
S7	S1 OR S2 OR S3	22,259

S6	AB (addiction OR disorder OR problematic OR excessive OR compulsive OR pathological OR addicted)	1,978,944
S5	TI (addiction OR disorder OR problematic OR excessive OR compulsive OR pathological OR addicted)	516,771
S4	MM "Gambling"	6,294
S3	AB (videogame* OR "online game*" OR "internet game*" OR "computer game*" OR gaming OR gambling))	17,417
S2	TI (videogame* OR "online game*" OR "internet game*" OR "computer game*" OR gaming OR gambling))	9,399
S1	MM "Video Games"	6,296

---

### APA PsycINFO

#	Consulta	Resultados
S20	S15 AND S19	139
S19	S16 OR S17 OR S18	265,061
S18	AB ("randomised controlled trial" or "randomized controlled trial" or rct OR random*)	261,371
S17	TI ("randomised controlled trial" or "randomized controlled trial" or rct OR random*)	45,391
S16	PT "Randomized Controlled Trial"	342
S15	S10 AND S14	904
S14	S11 OR S12 OR S13	206,770
S13	AB (psychotherapy OR "cognitive behav*" OR "Acceptance and Commitment Therapy" OR "Mindfulness" OR "Dialectical Behavior Therapy" OR "Systemic Therapy" OR "Third-wave therapy" O "third generation therap*" OR "third-wave therap*" OR "behavioral therap*" OR "cognitive therap*" OR "cognitive-behavioral therap*" OR "CBT" OR "ACT" OR "MBCT" OR "DBT" OR "psychological treatment*" OR "psychological intervention*")	177,974
S12	TI (psychotherapy OR "cognitive behav*" OR "Acceptance and Commitment Therapy" OR "Mindfulness" OR "Dialectical Behavior Therapy" OR "Systemic Therapy" OR "Third-wave therapy" O "third generation therap*" OR "third-wave therap*" OR "behavioral therap*" OR "cognitive therap*" OR "cognitive-behavioral therap*" OR "CBT" OR "ACT" OR "MBCT" OR "DBT" OR "psychological treatment*" OR "psychological intervention*")	45,681

S11	MJ ("Cognitive Behavior Therapy" OR "Cognitive Therapy" OR "Acceptance and Commitment Therapy" OR "Mindfulness-Based Cognitive Therapy" OR "Family Therapy")	58,215
S10	S4 OR S9	14,468
S9	S7 AND S8	9,976
S8	S5 OR S6	732,083
S7	S1 OR S2 OR S3	27,915
S6	AB (addiction OR disorder OR problematic OR excessive OR compulsive OR pathological OR addicted)	708,000
S5	TI (addiction OR disorder OR problematic OR excessive OR compulsive OR pathological OR addicted)	255,800
S4	MJ ("Gambling" OR "Gambling Disorder)	9,075
S3	AB (videogame* OR "online game*" OR "internet game*" OR "computer game*" OR gaming OR gambling))	22,355
S2	TI (videogame* OR "online game*" OR "internet game*" OR "computer game*" OR gaming OR gambling))	11,083
S1	MJ "Computer Games"	9,200

---

#### **CINAHL with Full Text**

<b>#</b>	<b>Consulta</b>	<b>Resultados</b>
S20	S15 AND S16	72
S19	S16 OR S17 OR S18	509,053
S18	AB ("randomised controlled trial" or "randomized controlled trial" or rct OR random*)	418,753
S17	TI ("randomised controlled trial" or "randomized controlled trial" or rct OR random*)	169,878
S16	PT "Randomized Controlled Trial"	162,096
S15	S10 AND S14	277
S14	S11 OR S12 OR S13	206,282
S13	AB (psychotherapy OR "cognitive behav*" OR "Acceptance and Commitment Therapy" OR "Mindfulness" OR "Dialectical Behavior Therapy" OR "Systemic Therapy" OR "Third-wave therapy" O "third generation therap*" OR "third-wave therap*" OR "behavioral therap*" OR "cognitive therap*" OR "cognitive-behavioral therap*" OR "CBT" OR "ACT" OR "MBCT" OR	177,974

	"DBT" OR "psychological treatment*" OR "psychological intervention*")	
S12	TI (psychotherapy OR "cognitive behav*" OR "Acceptance and Commitment Therapy" OR "Mindfulness" OR "Dialectical Behavior Therapy" OR "Systemic Therapy" OR "Third-wave therapy" O "third generation therap*" OR "third-wave therap*" OR "behavioral therap*" OR "cognitive therap*" OR "cognitive-behavioral therap*" OR "CBT" OR "ACT" OR "MBCT" OR "DBT" OR "psychological treatment*" OR "psychological intervention*")	45,681
S11	MJ ("Cognitive Therapy" OR "Acceptance and Commitment Therapy" OR "Mindfulness" OR "Family Therapy")	50,277
S10	S4 OR S9	14,071
S9	S7 AND S8	9,576
S8	S5 OR S6	732,083
S7	S1 OR S2 OR S3	23,067
S6	AB (addiction OR disorder OR problematic OR excessive OR compulsive OR pathological OR addicted)	708,000
S5	TI (addiction OR disorder OR problematic OR excessive OR compulsive OR pathological OR addicted)	255,800
S4	MJ ("Gambling")	9,075
S3	AB (videogame* OR "online game*" OR "internet game*" OR "computer game*" OR gaming OR gambling))	22,355
S2	TI (videogame* OR "online game*" OR "internet game*" OR "computer game*" OR gaming OR gambling))	11,083
S1	MJ "Video Games"	7