

Comparación entre tratamientos cognitivo-conductuales, cognitivos y conductuales para el juego patológico y factores asociados a la eficacia: una revisión sistemática.



Comparison of cognitive-behavioral, cognitive, and behavioral treatments for pathological gambling and factors associated with efficacy: a systematic review.

María Elena Cuevas Álvarez

maria.cuevas@umich.mx

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México

ORCID: 0000-0003-2111-3605

Roberto Oropeza Tena

roberto.oropeza@umich.mx

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México.

ORCID: 0000-0002-2561-2164

María Luisa Avalos Latorre

luisa.avalos@academicos.udg.mx

Universidad de Guadalajara, México.

ORCID: 0000-0002-1183-1518

Marina Liliana González Torres

liliana.gonzalez@edu.uaa.mx

Universidad Autónoma de Aguascalientes, México.

ORCID: 0000-0002-0146-7660

Reyna Jazmín Martínez Arriaga

reyna.martinez@academicos.udg.mx

Universidad de Guadalajara, México.

ORCID: 0000-0002-0146-7660

ARTÍCULO

Recibido: 06|07|2025 • Aprobado: 19|11|2025

RESUMEN

El objetivo de esta revisión sistemática fue comparar la eficacia de ensayos clínicos aleatorizados y estudios de eficacia de tres enfoques de tratamiento para el juego patológico: conductual, cognitivo y cognitivo-conductual. La eficacia se evaluó en términos de la tasa de finalización del tratamiento, el cambio clínico significativo, la meta terapéutica, la modalidad (individual o grupal) y el uso de manuales, además de identificar las técnicas psicológicas más utilizadas entre los tres enfoques. Se realizó una búsqueda de artículos en las bases de datos Dialnet, SciELO, PubMed, Latindex, Science Direct, SpringerLink y PsycNET (entre el año 2000 y 2025). Se analizaron 12 artículos que cumplían con los criterios de inclusión. El análisis confirmó la eficacia de los enfoques conductual, cognitivo y cognitivo-conductual, con tasas de finalización y cambio clínico significativo ligeramente superiores a las reportadas en investigaciones anteriores. Sin embargo, cada enfoque mostró características distintas: el conductual fue eficaz a corto plazo en retención y logro de cambios clínicos significativos, pero sus alcances no perduraron. El cognitivo: logró resultados duraderos respecto a cambios clínicos significativos, pero con altas tasas de abandono. El cognitivo-conductual: mostró una eficacia intermedia en la finalización y seguimiento de las intervenciones y un menor logro de cambios clínicos significativos. La meta terapéutica de abstinencia y/o juego controlado generó los mejores resultados clínicos. La modalidad grupal fue efectiva para fomentar la tasa de finalización, mientras que la individual logró cambios clínicos significativos más elevados. La evidencia sobre el uso de manuales de tratamiento no fue concluyente. Las técnicas de tratamiento más empleadas fueron la reestructuración cognitiva, la prevención de recaídas y el control de estímulos.

Palabras clave: Juego patológico, intervenciones psicológicas, resultados terapéuticos, evaluación de la eficacia.

ABSTRACT

The aim of this systematic review was to compare the effectiveness of randomized controlled trials and efficacy studies of three treatment approaches for pathological gambling: behavioral, cognitive, and cognitive-behavioral. Effectiveness was assessed in terms of treatment completion rate, clinically significant change, therapeutic goal, modality (individual or group), and use of manuals, in addition to identifying the most frequently used psychological techniques among the three approaches. A search for articles was conducted in the databases Dialnet, SciELO, PubMed, Latindex,

ScienceDirect, SpringerLink, and PsycNET (between 2000 and 2025). Twelve articles that met the inclusion criteria were analyzed. The analysis confirmed the effectiveness of the behavioral, cognitive, and cognitive-behavioral approaches, with completion rates and clinically significant change slightly higher than those reported in previous research. However, each approach showed distinct characteristics: the behavioral approach was effective in the short term in retention and achieving clinically significant changes, but its effects were not sustained. Cognitive therapy achieved lasting results in terms of significant clinical changes, but with high dropout rates. Cognitive-behavioral therapy showed intermediate effectiveness in intervention completion and follow-up, and a lower rate of significant clinical changes. The therapeutic goal of abstinence and/or controlled gambling generated the best clinical results. Group therapy was effective in promoting completion rates, while individual therapy achieved higher rates of significant clinical changes. Evidence regarding the use of treatment manuals was inconclusive. The most frequently used treatment techniques were cognitive restructuring, relapse prevention, and stimulus control.

Keywords: Pathological gambling, psychological interventions, therapeutic outcomes, efficacy evaluation.

Introducción

El juego patológico (JP) es un trastorno adictivo que se caracteriza por la pérdida de control de impulsos asociada a la conducta de juego, la cual implica el azar y las apuestas. Genera una dependencia emocional que se traduce en una necesidad imperante de continuar jugando y una tolerancia a realizar apuestas cada vez más altas para sentir un mayor grado de excitación y conlleva consecuencias negativas en las esferas familiar, social, laboral, educativa, económica y legal (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014). Esta problemática se vincula principalmente con una alta comorbilidad de diversos trastornos clínicos. Entre ellos, destacan la depresión (Moreira et al., 2023), la ansiedad (Echeburúa et al., 2014), el riesgo suicida (Chee y Lui, 2021; Verdura-Vizcaíno et al., 2015) y el consumo de drogas, tanto legales (Labrador et al., 2021) como ilegales (Dowling et al., 2015; Hasanović et al., 2021).

A pesar de sus graves consecuencias, la prevalencia global del JP está en aumento, impulsada por la creciente disponibilidad de lugares de juego físicos (casinos) y el fácil acceso a las apuestas en línea (Marcos y Chóliz; 2019, Ofori et al., 2020). Se estima que un 1.29% de la población adulta mundial padece este trastorno y un 2.43% son diagnosticados como jugador problema (Calado y Griffiths, 2016; Gabellini, et al., 2023). En México, la Encuesta Nacional de Adicciones, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (Villatoro et al., 2018) reportó que un 0.3% de la población entre 12 y 65 años cumplía los criterios de JP, con una prevalencia del 0.4% específicamente en adolescentes.

Para abordar el JP, se han utilizado diversos enfoques terapéuticos, principalmente el cognitivo-conductual, el conductual y el cognitivo (Pfund et al., 2023). El conductual busca modificar directamente el comportamiento a través de técnicas como la desensibilización sistemática o el control de estímulos. El cognitivo se enfoca en reestructurar patrones de pensamiento distorsionados. Floros (2018) refiere que estos dos enfoques se combinan para formar la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC).

Aunque la TCC es ampliamente reconocida por su eficacia en el tratamiento del JP (Bücker et al., 2019; Jiménez-Murcia et al., 2019; Matheson et al., 2019; Oei et al., 2018), la investigación aún enfrenta un desafío clave: la falta de revisiones sistemáticas que comparen directamente la eficacia entre los enfoques conductual, cognitivo y cognitivo conductual. Esta comparación directa podría ofrecer información valiosa sobre las tasas de eficacia de cada uno.

Realizar una revisión sistemática sobre los tratamientos para el Juego Patológico (JP) es fundamental para la medicina basada en evidencia. Este tipo de estudio permite contar con evaluaciones rigurosas enfocadas en la Práctica Basada en la Evidencia (PBE) (Sánchez-Meca y Botella, 2010). Este tipo de estudio consolida de forma rigurosa la evidencia actual sobre la eficacia terapéutica, lo cual es crucial en un campo en constante evolución (Gabellini et al., 2023). Además, facilita la identificación de lagunas de investigación y las áreas que necesitan más estudio;

proporciona una base empírica sólida para que los clínicos seleccionen las intervenciones más efectivas y para el desarrollo de guías de práctica clínica y políticas de salud (Potenza et al., 2019); y actúa como un insumo crítico para la discusión académica, impulsando el avance científico y la innovación en modelos de intervención.

En este contexto, la presente revisión sistemática tuvo como objetivo general comparar los efectos de tres tipos de intervenciones (conductual, cognitiva y cognitivo-conductual) en el tratamiento del JP, a partir de dos factores clave: 1) la tasa de finalización: porcentaje de participantes que completaron el tratamiento y/o los seguimientos. 2) El cambio clínico significativo: porcentaje de jugadores que lograron la abstinencia o que ya no cumplían con los criterios diagnósticos al finalizar la intervención y/o durante los seguimientos.

Los objetivos secundarios fueron: identificar los elementos específicos (meta terapéutica, modalidad grupal o individual, y uso de un manual) que contribuyen a elevar la eficacia de dichas intervenciones, así como determinar qué técnicas de tratamiento fueron las más empleadas por los tres enfoques.

Método

Esta investigación se llevó a cabo siguiendo los lineamientos para la realización de revisiones sistemáticas, conforme a la declaración PRISMA 2020 (Page et al., 2021). La búsqueda se llevó a cabo en las bases de datos Dialnet, SciELO, PubMed, Latindex, Science Direct, SpringerLink y PsycNET. Se realizó en inglés y español, empleando los descriptores MeSH en combinación con operadores booleanos (OR y AND). Las palabras clave utilizadas, en español, fueron: juego, juego patológico, ludopatía AND terapia psicológica, tratamiento cognitivo-conductual, tratamiento conductual, tratamiento cognitivo; y en inglés: gambling, gambling disorder, pathological game,

pathological gambling, ludopathy AND psychological therapy, cognitive treatment, cognitive behavioral therapy, behavioral treatment.

Los criterios de inclusión fueron: 1) Estudios que abordaran el tratamiento del JP mediante los enfoques cognitivo, conductual o cognitivo-conductual. 2) Que detallaran sus resultados en términos de tasa de finalización y cambio clínico significativo, con evaluaciones en posttest y seguimiento.

Se excluyeron aquellos estudios donde los participantes presentaban un trastorno comórbido; las intervenciones se dirigían a familiares del jugador; o se centraban exclusivamente en la prevención de recaídas.

En esta revisión, se incluyeron estudios publicados entre 2000 y 2025. Se consideraron tanto los Ensayos Controlados Aleatorizados (ECA) como sus equivalentes lógicos, definidos como investigación de eficacia. La decisión de incluir estos últimos se fundamentó en la perspectiva de la Asociación Americana de Psicología (2006), la cual reconoce su viabilidad cuando los ECA no son factibles. Dado que el objetivo de nuestra investigación era comparar la tasa de finalización y el cambio clínico significativo, como indicadores de eficacia, no era viable limitar el análisis exclusivamente a los ECA.

Mediante una primera búsqueda exhaustiva, se identificaron un total de 251 estudios. Tras eliminar 129 duplicados, quedaron 122 artículos que fueron sometidos a una revisión por título y resumen. Este proceso resultó en la selección de 59 estudios para su análisis a texto completo, de los cuales, finalmente, 12 cumplieron con todos los criterios de inclusión (ver Figura 1).

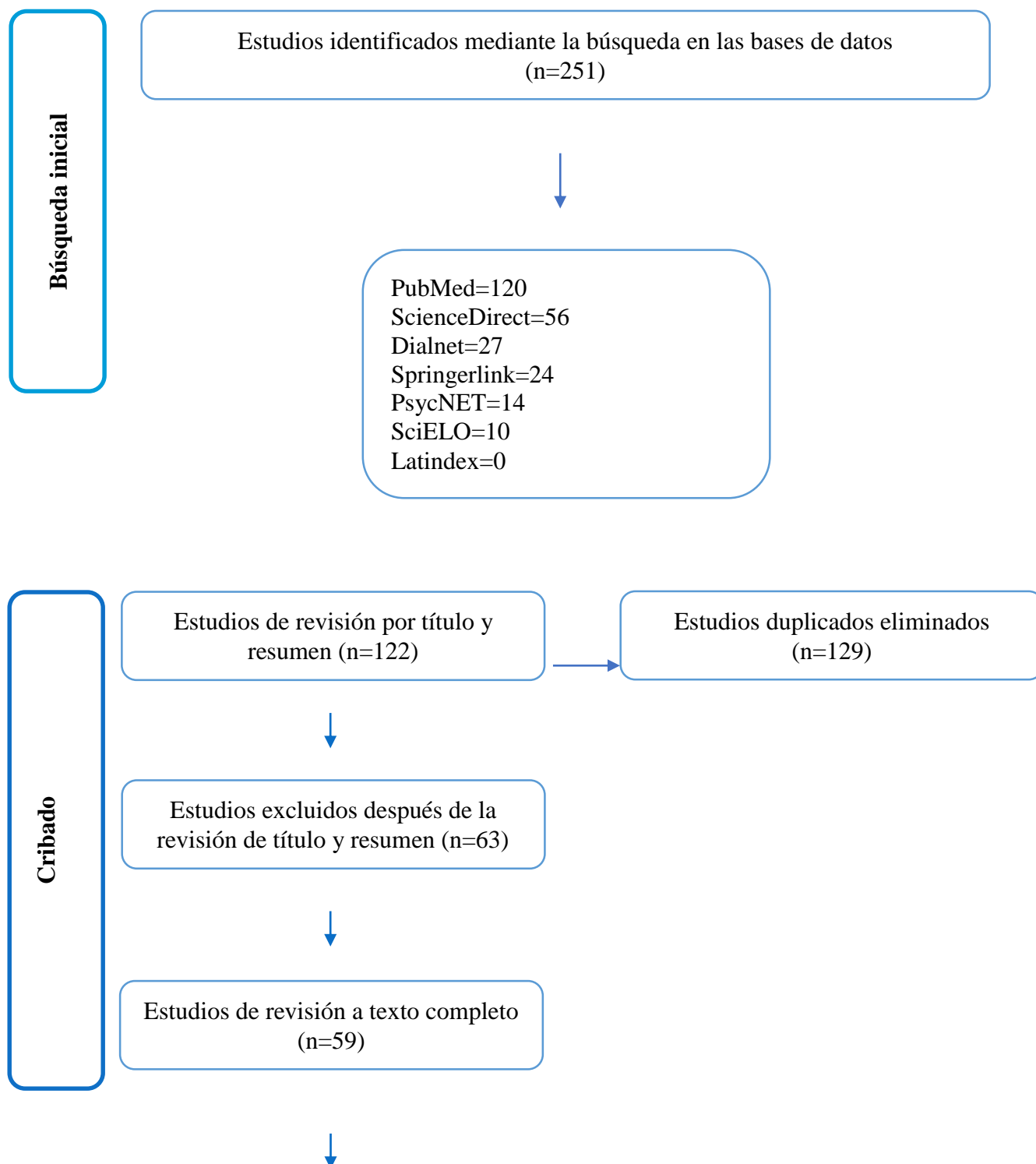
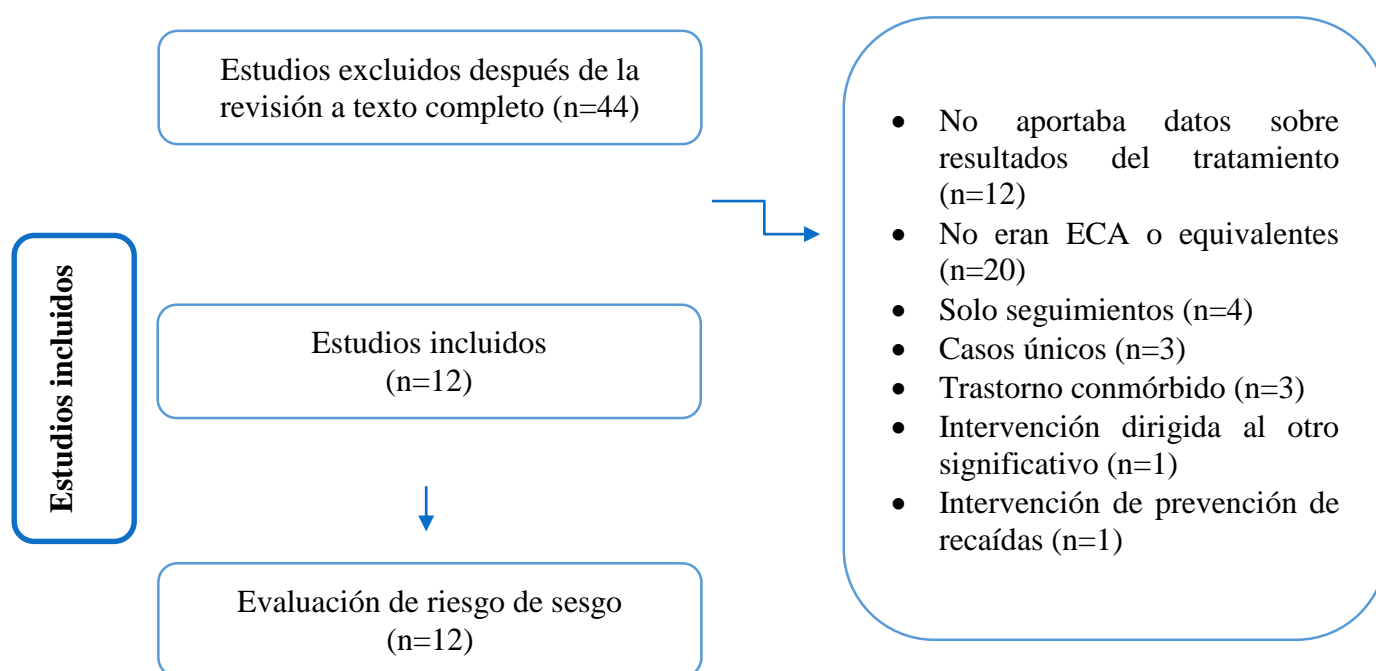
Figura 1*Diagrama de flujo PRISMA*

Figura 1 (continua)

Resultados

Como resultado final de la búsqueda exhaustiva, se seleccionaron 12 estudios, todos publicados en inglés, ya que no se encontró ninguno en español que cumpliera con todos los criterios de inclusión. Se evaluó el riesgo de sesgo utilizando la Escala de Jadad (Jadad et al., 1996). Los resultados revelaron que todos los estudios presentan una baja calidad metodológica (ver Tabla 1). Esto se atribuye principalmente a que ninguno empleó el doble ciego y, además, cuatro estudios no realizaron el proceso de aleatorización.

Tabla 1

Evaluación del riesgo de sesgo

Estudio	Aleatorización: ¿Se describió el estudio como aleatorizado?	¿El método de aleatorización fue adecuado?	Cegamiento (enmascaramiento): ¿Se describió el estudio como "doble ciego"?	¿El método de cegamiento fue adecuado?	¿Se describieron las pérdidas de seguimiento y los abandonos?	Calidad metodológica
Dowling et al. (2006)	No	No	No	No	Sí	Alto riesgo de sesgo
Dowling, et al. (2007)	Sí	Sí	No	No	Sí	Alto riesgo de sesgo
Dowling et al. (2009)	No	No	No	No	Sí	Alto riesgo de sesgo
Echeburúa et al. (2000)	No	No	No	No	Sí	Alto riesgo de sesgo
Ladouceur et al. (2003)	Sí	Sí	No	No	Sí	Alto riesgo de sesgo
Lloret et al. (2014)	Sí	Sí	No	No	Sí	Alto riesgo de sesgo
McIntosh et al. (2016)	Sí	Sí	No	No	Sí	Alto riesgo de sesgo
Milton et al. (2002)	Sí	Sí	No	No	Sí	Alto riesgo de sesgo
Petry et al. (2008)	Sí	Sí	No	No	Sí	Alto riesgo de sesgo
Smith et al. (2015)	Sí	Sí	No	No	Sí	Alto riesgo de sesgo
Toneatto (2016)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Alto riesgo de sesgo
Zhuang et al. (2018)	No	No	No	No	Sí	Alto riesgo de sesgo

La muestra total de los 12 estudios se conformó por 799 participantes. En relación con la edad, la muestra total tenía un promedio de 41.45 años, con un rango de 31.9

a 47.5 años. Respecto al sexo, el porcentaje de hombres que participaron fue del 60% y el de mujeres, del 40%. El enfoque terapéutico predominante en estas investigaciones fue el cognitivo-conductual, identificado en ocho estudios; el cognitivo se encontró en tres, y el conductual también fue empleado en tres.

Las tasas de finalización para los tres enfoques fueron las siguientes: el conductual registró la mayor tasa en el postest (88%), aunque disminuyó significativamente durante el seguimiento (68%); el cognitivo-conductual presentó una tasa del 81 % en el postest, con una ligera disminución en el seguimiento (71%); y el cognitivo obtuvo la menor tasa en el postest (76%), mostrando la mayor reducción durante el periodo de seguimiento (62%).

Los resultados del cambio clínico significativo para los tres enfoques fueron: el conductual logró el porcentaje más alto tanto en el postest (85%) como en los seguimientos (82%); el cognitivo también alcanzó un porcentaje elevado (77%) en el postest y (75%) en los seguimientos); mientras que el cognitivo-conductual, aunque fue efectivo, registró el porcentaje más bajo de los tres (62%) en ambos momentos de evaluación.

La eficacia de las metas terapéuticas, evaluada mediante la tasa de finalización, arrojó los siguientes resultados: la de abstinencia presentó la tasa de finalización más alta (88 %), casi igualada por la de abstinencia y/o juego controlado (87%). La de juego controlado tiene una tasa de finalización menor (77%).

Por otra parte, la eficacia evaluada a través del cambio clínico significativo reveló hallazgos distintos: la meta combinada de abstinencia y/o juego controlado tuvo el mayor porcentaje (82%) al finalizar el tratamiento. La de abstinencia se situó en un 67%, un porcentaje inferior al de la combinada, y la de juego controlado presenta la eficacia más baja, con un 51%(ver tabla 2).

Tabla 2

Tasas de finalización, cambio clínicamente significativo y resultados de eficacia

Estudio	Grupos (n)	Tasa de finalización			Cambio clínicamente significativo			Objetivo del tratamiento	Resultados generales
		Post % (n)	Seg. (meses)	% (n)	Post	Seg. (meses)	% (n)		
*Dowling et al. (2006)	Cognitivo-conductual (n=19)	*100 % (n=19)	6	*84 % (n=16)	*84 % (n=16)	6	*89 % (n=16)	Abstinencia y/o juego controlado	Las participantes mostraron una significativa mejora durante el período de tratamiento, y se mantuvo durante el seguimiento a los 6 meses.
*Dowling et al. (2007)	Cognitivo-conductual individual (n=14)	*86 % (n=12)	6	*86 % (n=12)	*92 % (n=12)	6	*92 % (n=12)	Abstinencia y/o juego controlado	Ambos tratamientos fueron significativos. No obstante, a los 6 meses de seguimiento, el 92% de los participantes en terapia individual ya no cumplían criterios de diagnóstico de (JP), frente al 60% de los de terapia grupal.
	Cognitivo-conductual grupal (n=17)	*100 % (n=17)		*88.2 % (n=15)	65 % (n=10)		60 % (n=9)		
*Dowling et al. (2009)	Cognitivo-conductual abstinencia (n=25)	76 % (n=19)	6	72 % (n=18)	*84 % (n=21)	6	*89 % (n=22)	Abstinencia y/o juego controlado	Al completar el seguimiento de 6 meses, el 89% de las jugadoras que seleccionaron la abstinencia, en comparación con el 82% que seleccionó el juego controlado, ya no cumplía con los criterios de JP.
	Cognitivo-conductual juego controlado (n=16)	75 % (n=12)		69 % (n=11)	*83 % (n=14)		*82 % (n=13)		

Tabla 2 (continua)

*Echeburúa et al. (2000)	Conductual individual (n=23)	*100 % (n=23)	12	*82.6 % (n=19)	*100 % (n=23)	12	*83 % (n=20)	Abstinencia	Al finalizar la intervención se logró una tasa de finalización cercana al 100%.
	Conductual grupal (n=23)	100 % (n=23)		78 % (n=18)	100 % (n=23)		78 % (n=18)		
	Control (n=23)	91 % (n=21)		52 % (n=12)	91 % (n=21)		52 % (n=12)		
Ladouceur et al. (2003)	Grupo cognitivo (n=34)	74 % (n=34)	24	65 % (n=22)	88 % (n=30)	24	68 % (n=23)	Abstinencia	Los resultados indicaron que el 88% de los jugadores ya no cumplían con los criterios de diagnóstico de JP.
	Grupo control (n=25)	100 % (n=25)		100 % (n=25)	20 % (n=5)		20 % (n=5)		
Lloret et al. (2014)	Cognitivo-conductual (n=21)	67 % (n=14)	6	62 % (n=13)	48 % (n=10)	6	62 % (n=13)	Abstinencia	Los resultados mostraron una mejora significativa en el comportamiento de JP tanto al final del tratamiento como a los 6 meses de seguimiento.
	Cognitivo-conductual + hipnosis (n=28)	64 % (n=18)		61 % (n=17)	61 % (n=17)		61 % (n=17)		
McIntosh et al. (2016)	Cognitivo-conductual + mindfulness (n=23)	87 % (n=20)	6	43 % (n=10)	70 % (n=16)	6	30 % (n=7)	Juego controlado	Al finalizar la intervención, el tratamiento basado en TCC + mindfulness mostró ser efectivo para reducir el comportamiento de JP, sin embargo, durante los seguimientos el tratamiento TCC mostró una mayor eficacia.
	Mindfulness + Cognitivo Conductual (n=28)	68 % (n=19)		29 % (n=8)	43 % (n=12)		25 % (n=7)		
	Cognitivo-conductual (n=26)	73 % (n=19)		27 % (n=7)	50 % (n=13)		27 % (n=7)		

Tabla 2 (continua)

Milton et al. (2002)	Cognitivo-Conductual (n=20)	35 % (n=7)	9	50 % (n=10)	30 % (n=6)	9	35 % (n=7)	Juego controlado	La intervención TCC + complementos mostraron mejoras superiores al finalizar el tratamiento en comparación con el tratamiento TCC. A los 9 meses de seguimiento, no hubo diferencias en el resultado entre ambos tratamientos.
	Cognitivo-Conductual + complementos (n=20)	65 % (n=13)		55 % (n=11)	60 % (n=12)		45 % (n=9)		
*Petry et al. (2008)	Cognitivo-conductual juego controlado (n=16)	*95 % (n=38)	9	*85 % (n=34)	47 % (n=18)	9	38 % (n=13)	Juego controlado	Entre la semana 6 y el mes 9, la intervención TCC + EM evidenció una reducción significativa en la conducta de JP
	Entrevista motivacional (n=55)	*95 % (n=52)		*88 % (n=48)	42 % (n=22)		44 % (n=21)		
	Consejo breve (n=37)	*94 % (n=35)		*88 % (n=31)	46 % (n=16)		45 % (n=14)		
*Smith, et al. (2015)	Cognitiva (n=44)	66 % (n=29)	6	50 % (n=22)	79 % (n=23)	6	79 % (n=23)	Juego controlado	Ambos tratamientos mostraron una mejoría comparable en la reducción de JP tanto al finalizar la intervención, como durante los seguimientos
	Conductual (n=43)	49 % (n=21)		42 % (n=18)	*83% (n=19)		*83% (n=19)		

Tabla 2 (continua)

*Toneatto (2016)	Cognitiva (n=25)	88 % (n=22)	12	72 % (n=18)	63 % (n=13)	12	79 % (n=14)	Abstinencia	Las cuatro intervenciones mostraron una mejora significativa como resultado del tratamiento y esta se mantuvo durante todo el período de seguimiento.		
	Conductual (n=24)	100 % (n=24)		71 % (n=17)	58 % (n=14)		82 % (n=14)				
	Entrevista motivacional (n=22)	86 % (n=19)		68 % (n=15)	47 % (n=9)		87 % (n=13)				
	Intervención Minina (n=28)	*96 % (n=27)		*82 % (n=23)	61 % (n=17)		81 % (n=19)				
Zhuang, et al. (2018)	Cognitivo-conductual (n=42)	*100 % (n=42)	6	*88 % (n=37)	40 % (n=17)	6	50 % (n=21)	Juego controlado	Se identificó una mayor reducción en la conducta de juego en la condición de TCC+ mindfulness en comparación con la condición de actividades sociales.		
	Actividades sociales (n=42)	100 % (n=42)		78 % (n=33)	19 % (n=7)		12 % (n=5)				
Resultados de eficacia											
		Enfoque terapéutico			Meta terapéutica			Formato		Manual	
	Total	TCC	cognitivo	conductual	Abstinencia y/ juego controlado	Abstinencia	Juego controlado	Grupal	Individual	Sí	No
Tasa de finalización (postest)	82 %	81 %	76 %	87 %	87%	88%	77%	86%	81%	87%	86%
Tasa de finalización (seguimiento)	73 %	71 %	62 %	68 %	80%	72%	60%	71%	56%	63%	72%
Cambio clínico significativo (postest)	60 %	62 %	77 %	85 %	82%	67%	51%	58%	75%	59%	68%
Cambio clínico significativo (seguimiento)	61 %	62 %	75 %	82 %	82%	68%	43%	58%	64%	60%	60%

Nota: Tasa de finalización es expresada como el porcentaje de participantes que comenzaron el tratamiento y completaron el mismo y/o los seguimientos.

El cambio clínicamente significativo es expresado como el porcentaje de jugadores patológicos que alcanzaron la abstinencia o ya no cumplían con los criterios diagnósticos de jugador patológico al finalizar la intervención y/o durante los seguimientos.

Los estudios marcados con un asterisco (*) son aquellos que reportaron las tasas de eficacia más altas (80 % o superior), tanto en el posttest como en el seguimiento. Estos resultados se alcanzaron en al menos uno de los criterios evaluados: tasa de finalización o cambio clínico significativo, dentro de alguno de sus grupos de intervención.

Respecto a la modalidad de intervención, la terapia grupal fue la más frecuente, identificada en ocho de los estudios analizados. En términos de tasa de finalización, la terapia grupal mostró una eficacia ligeramente superior en el posttest (86%) frente a la individual (81%). Esta diferencia se mantuvo durante los seguimientos, ya que la modalidad grupal conservó un 71%, superando el 56% de la individual. No obstante, el cambio clínico significativo presentó un patrón distinto en ambas modalidades: en el posttest, la individual alcanzó un 75% frente al 58% de la grupal. Durante los seguimientos, la grupal mantuvo un 58%, mientras que la individual experimentó un leve descenso al 64% (ver tabla 2)

De los 12 estudios incluidos en esta revisión, siete (58.3%) utilizaron un manual de tratamiento. La eficacia evaluada mediante la tasa de finalización arrojó resultados similares: en el posttest, los tratamientos con manual registraron una tasa ligeramente superior (87%) frente a los tratamientos sin manual (86%). Sin embargo, en los seguimientos, los tratamientos sin manual demuestran una mejor retención (72% Vs. 63% con manual).

Por otra parte, la eficacia evaluada a través del cambio clínico significativo, reveló los siguientes hallazgos: los estudios sin manual alcanzan un mayor porcentaje en el posttest (68% vs. 59% con manual); no obstante, durante los seguimientos, ambas modalidades alcanzaron el mismo resultado (60%).

Se identificaron 17 tipos diferentes de técnicas. Las más empleadas fueron la reestructuración cognitiva (reportada en 10 estudios), la prevención de recaídas (en siete) y el control de estímulos (en seis). En contraste, las menos utilizadas incluyeron el manejo de emociones, la parada de pensamiento y las estrategias de afrontamiento, siendo cada una mencionada únicamente en un estudio (ver Tabla 3).

Tabla 3

Características de las intervenciones

Estudio	Enfoque	Técnicas	Formato	Cantidad de Sesiones (tiempo en minutos)	Uso de manual	Seg. meses
Dowling, et al. (2006)	Cognitivo-conductual	1. Control de estímulos 2. Actividades placenteras 3. Reestructuración cognitiva 4. Solución de problemas	5. Entrenamiento en asertividad 6. Prevención de recaídas 7. Desensibilización sistemática	Individual 12 (90)	Sí	6
Dowling, et al. (2007)	Cognitivo-conductual	1. Control de estímulos 2. Actividades placenteras 3. Reestructuración cognitiva 4. Solución de problemas	5. Entrenamiento en asertividad 6. Prevención de recaídas 7. Desensibilización sistemática	Grupal e individual 12 (90)	Sí	6
Dowling et al. (2009)	Cognitivo-conductual	1. Control de estímulos 2. Actividades placenteras 3. Reestructuración cognitiva 4. Resolución de problemas	5. Entrenamiento en asertividad 6. Prevención de recaídas 7. Desensibilización sistemática	Grupal e individual 12 (90)	No	6
Echeburúa, et al. (2000)	Conductual	1. Control de estímulos 2. Relajación progresiva	3. Exposición en vivo 4. Prevención de recaídas	Grupal e individual -	No	1, 3, 6 y 12
Ladouceur et al. (2003)	Cognitivo	1. Reestructuración cognitiva	2. Prevención de recaídas	Grupal 10 (120)	No	6, 12, 24
Lloret et al. (2014)	Cognitivo-conductual	1. Control de estímulos 2. Relajación progresiva 3. Parada de pensamiento	4. Exposición en vivo 5. Reestructuración cognitiva 6. Desensibilización sistemática	Grupal 11 (180)	No	6
McIntosh, et al. (2016)	Cognitivo-conductual	1. Reestructuración cognitiva 2. Identificación de disparadores	3. Afrontamiento de disparadores 4. Establecimiento de metas	Individual 7 (60)	Sí	3 y 6
Milton, et al. (2002)	Cognitivo-conductual	1. Reestructuración cognitiva	2. Resolución de problemas 3. Prevención de recaídas	Grupal 8 (90)	Sí	6 y 12

Tabla 3 (continua)

Petry et al. (2008)	Cognitivo-conductual	1. Identificación de disparadores	2. Afrontamiento de disparadores	3. Entrenamiento en asertividad	Grupal	4 (50)	No	9
Smith, et al. (2015)	a) Cognitivo b) Conductual	1. Establecimiento de metas 2. Reestructuración cognitiva 3. Prevención de recaídas	4. Control de estímulos	5. Desensibilización sistemática 6. Exposición en vivo	Individual	12 (60)	Sí	3 y 6
Toneatto (2016)	a) Cognitivo b) Conductual	1. Reestructuración cognitiva 2. Control de estímulos	3. Estrategias de afrontamiento	4. Actividades placenteras	Grupal	6 (60)	Sí	1
Zhuang, et al. (2018)	Cognitivo-conductual	1. Reestructuración cognitiva	2. Manejo de emociones	3. Prevención de recaídas	Grupal	8 (180)	Sí	6

Discusión

Esta revisión sistemática analizó 12 estudios con el objetivo de evaluar la eficacia de tres enfoques terapéuticos: cognitivo-conductual, conductual y cognitivo, dirigidos al tratamiento del JP, centrándose en la tasa de finalización del tratamiento, el cambio clínico significativo, el objetivo terapéutico, las modalidades de intervención, el uso de manuales de tratamiento y la identificación de las técnicas de tratamiento más utilizadas.

En esta investigación, la tasa de finalización global de los estudios analizados fue del 82% al concluir la intervención, disminuyendo al 73% durante los seguimientos. Esta disminución es consistente con la literatura, la cual señala un incremento en el riesgo de abandono y recaída a partir de la quinta sesión (Jiménez et al., 2005). Esto subraya la necesidad de incluir técnicas específicas para aumentar la motivación y mejorar el grado de adherencia y permanencia de los participantes durante las primeras sesiones.

Además, el abandono representa un reto significativo para el tratamiento del JP con tasas que oscilan entre el 14% y el 50% (Melville et al., 2007). La literatura identifica diversos factores de riesgo que contribuyen a este fenómeno. Según Jiménez et al. (2005), el abandono está asociado a la gravedad de la problemática de juego, la elevada impulsividad, la búsqueda de sensaciones y el nivel de severidad de la psicopatología comórbida. Por su parte, las razones manifestadas por los participantes incluyen la aversión al formato grupal, la falta de motivación y cuestiones prácticas como enfermedades, dificultades de desplazamiento o falta de tiempo (Carlbring et al., 2010). Además, Milton et al. (2002) destacaron que el consumo elevado de sustancias fue un factor principal en el abandono de sus muestras.

El análisis reveló que los tres enfoques (cognitivo-conductual, conductual y cognitivo) pueden ser efectivos en el tratamiento del JP. En promedio, los tres lograron tasas de

finalización que oscilaron entre el 76% y el 88% durante el postest y del 62% al 71% durante los seguimientos. En cuanto al cambio clínico significativo, entre un 62% y 85% de los participantes, lograron la meta, al finalizar el tratamiento y en un 62% al 82% durante los seguimientos. Estos resultados superan levemente los porcentajes reportados en estudios previos (Carlbring et al., 2010; Carlbring y Smith, 2008; Larimer et al., 2012; Petry et al., 2006), en los cuales se identificó que menos de la mitad de los pacientes completaba con éxito un tratamiento para el JP.

Los resultados obtenidos en cada uno de los enfoques permiten identificar algunas similitudes o diferencias entre ellos: el conductual fue el enfoque que logró un mayor efecto, ya que un 88% de los pacientes finalizaron el tratamiento y un 85% alcanzaron un cambio clínico significativo, durante los seguimientos, la tasa de finalización disminuyó a un 68% y el cambio clínico significativo disminuyó ligeramente a un 82%. Nuestros resultados respaldan lo indicado por Smith et al. (2015), en cuyo estudio menciona que las terapias conductuales representan tratamientos eficaces para abordar los problemas de juego y esto se puede deber principalmente al uso de la técnica de control de estímulos.

El cognitivo-conductual fue el segundo enfoque en lograr mayores cambios en la tasa de finalización (81%) y logró una mejor retención en los seguimientos (71%) que los otros dos enfoques. No obstante, los participantes de este enfoque fueron los que menos alcanzaron el cambio clínico significativo, tanto al terminar la intervención (62%), como en los seguimientos (62%). Este resultado difiere con lo reportado en investigaciones anteriores en las cuales se considera a la TCC como un enfoque eficaz para el tratamiento del JP (Bücker et al., 2019; García-Caballero et al., 2018; Jiménez-Murcia et al., 2019; Matheson et al., 2019; Oei et al., 2018).

El cognitivo registró la menor tasa de finalización al concluir el tratamiento (76%) y una disminución en el seguimiento (62%). No obstante, un gran porcentaje de los participantes (77% en el postest y 75% en los seguimientos) lograron un cambio clínico

significativo. Estos resultados son consistentes con lo reportado por Smith et al. (2015) ya que en su estudio refiere que las terapias cognitivas son tratamientos viables y eficaces para los problemas de juego, es posible que este resultado este asociado al uso de la técnica de reestructuración cognitiva, debido a que se considera que las distorsiones cognitivas asociadas al JP, es factor muy importante para explicar el mantenimiento de la conducta de juego (Domínguez, 2009; Ribeiro, et al., 2021).

Los objetivos secundarios se orientaron a determinar qué elementos específicos se asociaban a la eficacia de las intervenciones, incluyendo la meta terapéutica, la modalidad (grupal o individual) y el uso de un manual.

Se identificó que las metas terapéuticas también influyeron en la eficacia. La de juego controlado fue abordada en varios estudios (McIntosh et al., 2016; Milton et al., 2002; Petry et al., 2008; Smith et al., 2015; Zhuang et al., 2018); sin embargo, los estudios con esta meta obtuvieron el cambio clínico significativo más bajo (51%). Este resultado es consistente con la postura de Echeburúa et al. (2014), quienes señalan que los logros obtenidos con este objetivo son aún inconsistentes y no parecen superar los logrados con la meta de abstinencia. No obstante, es contradictorio a lo encontrado por Ladouceur et al. (2003) al indicar que la meta de juego controlado puede ser efectiva como un paso inicial para aumentar la autoeficacia.

La meta de abstinencia logró cambios medios en comparación con las otras dos, al asociarse a tasas de finalización del 88% y un cambio clínico del 67% (Echeburúa et al., 2000; Ladouceur et al., 2003; Lloret et al., 2014; Toneatto, 2016). La combinación de abstinencia y/o juego controlado (Dowling et al., 2006, 2007, 2009) fue la que permitió a los participantes alcanzar las mayores tasas de finalización (87%) y el cambio clínico significativo más alto (82%). Este resultado coincide con lo mencionado por Ladouceur (2005), quien refiere que las altas tasas de abandono en el tratamiento podrían estar vinculadas a que la abstinencia total es la única meta establecida. Por

lo tanto, sugerir el juego controlado como una meta inicial podría ayudar a los participantes a sentirse más capaces de lograr sus objetivos, lo que eventualmente los llevaría a aceptar la abstinencia completa.

Al analizar las modalidades de intervención para el JP, la evidencia revela que tanto la terapia grupal como la individual son efectivas para ayudar a los participantes a que logren la meta de abstinencia y/o juego controlado. Este resultado es consistente con la investigación de Ladouceur et al. (2003), quienes concluyeron que ambos formatos son igualmente eficaces. En sentido opuesto, Dowling et al. (2007) sugirieron que el tratamiento individual es ligeramente más efectivo que el grupal.

Este análisis arrojó fortalezas distintas para cada modalidad. La terapia grupal destaca por una mayor tasa de finalización, logrando que más participantes completen el tratamiento, y esta ventaja se mantiene en los seguimientos. Sin embargo, la terapia individual demuestra una superioridad en el cambio clínico significativo.

Esto podría indicar que los beneficios sociales y de apoyo de la modalidad grupal contribuyen a la retención. En este sentido, Dowling et al. (2007) y Ladouceur et al. (2003) destacan varios beneficios del tratamiento grupal: la normalización de la conducta de juego, el sentido de pertenencia y aceptación, el apoyo mutuo entre participantes, la reducción de los estigmas de vergüenza y culpa, el aprendizaje vicario, el apoyo en la solución de problemas y el fomento de habilidades de comunicación. Por otro lado, la modalidad individual en el JP permite un trabajo terapéutico adaptado a las necesidades específicas de cada paciente, lo que se traduce en un mayor cambio clínico significativo (Petry et al., 2006).

El análisis del uso de manuales de tratamiento (presentes en 7 de los 12 estudios) arrojó resultados ambiguos. En el postest, los tratamientos con manuales (87%) mostraron una tasa de finalización similar a aquellos sin manual (86%). No obstante, durante los seguimientos, los tratamientos sin manual demostraron una mayor

adherencia (72%) en comparación con el 63% de los que usaron manual. El cambio clínico significativo fue mayor en el posttest en los tratamientos sin manual (68%) que en los que sí lo usaron (60%). No obstante, en los seguimientos, ambos grupos se igualaron, registrando un 60% de cambio clínico significativo, independientemente del uso o no del manual.

Esta ambigüedad se vincula directamente con las ventajas y desventajas del uso de manuales en el ámbito clínico. Por una parte, la principal ventaja es que aseguran la fidelidad y consistencia del tratamiento, al administrarlo tal como fue diseñado y probado en la investigación, lo cual es crucial para facilitar su replicación (Ladouceur et al., 2003). Por otra parte, la principal desventaja radica en la rigidez que imponen, lo que dificulta la adaptación del tratamiento a las necesidades individuales de cada paciente.

En el análisis de las técnicas más utilizadas, la reestructuración cognitiva y la prevención de recaídas emergen como componentes fundamentales de los tratamientos para el JP, lo que es consistente con el marco teórico de la TCC. A pesar de su uso frecuente, resulta difícil concluir cuáles técnicas o combinaciones se asocian con una mayor eficacia. Esto se debe a que las intervenciones cognitivo-conductuales suelen ser modelos de tratamiento que integran múltiples técnicas, lo cual dificulta aislar la contribución única de cada componente a los resultados generales.

Limitaciones

Esta revisión sistemática presenta las siguientes limitaciones:

En primer lugar, los 12 estudios incluidos fueron clasificados con baja calidad metodológica según la escala de Jadad. La ausencia de doble ciego en todos los estudios y la falta de reporte o inadecuación del proceso de aleatorización en cuatro de ellos limitan seriamente la validez interna de los hallazgos.

En segundo lugar, aunque la búsqueda se realizó en inglés y español, la inclusión se restringió a estudios publicados únicamente en inglés. Este hecho podría introducir un sesgo de publicación y, consecuentemente, limitar la representatividad de los hallazgos a contextos culturales o idiomas distintos.

Finalmente, la revisión excluyó estudios donde los participantes presentaban un trastorno comórbido. Dado que el JP se asocia con una alta comorbilidad, esta exclusión limita la generalidad de los hallazgos, ya que la presencia de otros trastornos es frecuente y puede influir en la respuesta al tratamiento.

Sugerencias

Se recomienda que futuras investigaciones incluyan estudios de alta calidad metodológica, que cumplan rigurosamente con el doble ciego y la aleatorización. Así mismo, es crucial incorporar publicaciones en español que permitan identificar los factores culturales que influyen en los resultados del tratamiento del juego patológico. Adicionalmente, se sugiere incorporar estudios con pacientes que presenten comorbilidades para determinar su impacto real en la eficacia del tratamiento. Finalmente, se aconseja llevar a cabo un metaanálisis para sintetizar cuantitativamente los resultados de los ensayos controlados aleatorizados y obtener una estimación de efecto más precisa.

Conclusiones

Esta revisión sistemática reafirma la eficacia general de los enfoques cognitivo-conductual, conductual y cognitivo en el tratamiento del JP, con tasas de finalización y cambio clínico significativo similares a las reportadas en otros estudios (Bücker et al., 2019; Jiménez-Murcia et al., 2019; Matheson et al., 2019; Oei et al., 2018). No obstante, la comparación entre los tres enfoques revela matices importantes: el

enfoque conductual es eficaz para obtener mayores tasas de retención y de logro de objetivos al finalizar la intervención; sin embargo, estos logros no se mantienen consistentemente en el seguimiento. Por su parte, el enfoque cognitivo muestra eficacia en el logro de objetivos tanto al finalizar la intervención como en los seguimientos, pero sus participantes registran las mayores tasas de abandono en el posttest y en los seguimientos. Finalmente, el enfoque cognitivo-conductual demostró ser medianamente eficaz, con una tasa intermedia de finalización y seguimiento, y un menor porcentaje de logros de objetivos clínicos.

Respecto a la meta terapéutica, un abordaje flexible que combine abstinencia y/o juego controlado parece generar mejores resultados clínicos. En lo que se refiere a las modalidades de intervención, las grupales son eficaces para fomentar la adherencia y el soporte social, mientras que las individuales sobresalen al conseguir resultados clínicos más significativos y personalizados. Finalmente, el uso de manuales de tratamiento arrojó resultados no concluyentes, lo que podría indicar que la habilidad del terapeuta para ajustar la terapia a cada persona resulta tan importante como seguir un protocolo establecido.

Referencias

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)*. Médica Panamericana.

American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285. <https://www.apa.org/pubs/journals/features/evidence-based-statement.pdf>

Bücker, L., Westermann, S., Kühn, S. y Moritz, S. (2019). A self-guided Internet-based intervention for individuals with gambling problems: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3176-z>

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(4), 592-613. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.073>

Carlbring, P., Jonsson, J., Josephson, H. y Forsberg, L. (2010). Motivational Interviewing versus Cognitive Behavioral Group Therapy in the Treatment of Problem and Pathological Gambling: A Randomized Controlled Trial. *Cognitive Behavior Therapy*, 39(2), 92-103. <https://doi.org/10.1080/16506070903190245>

Carlbring, P. y Smit, F. (2008). Randomized trial of internet-delivered self-help with telephone support for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 1090-1094. <https://doi.org/10.1037/a0013603>

Chee, T. T. y Lui, Y. S. (2021). Pathological Gambling, Gambling Disorder, and Problem Gambling Among the Chinese Ethnic Population Living in Western Countries: Is Culture a Sufficient Explanation for the Reported Excess Rates? *Journal of Gambling Studies*, 37(3), 927-945. <https://doi.org/10.1007/s10899-021-10012-7>

Domínguez, A. M. (2009). Epidemiología y factores implicados en el juego patológico. *Apuntes de Psicología*, 27(1), 3-20. <https://doi.org/10.55414/ng41z603>

Dowling, N. A., Cowlishaw, S., Jackson, A. C., Merkouris, S. S., Francis, K. L. y Christensen, D. R. (2015). Prevalence of psychiatric co-morbidity in treatment-seeking problem gamblers: A systematic review and meta-analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(6), 519-539. <https://doi.org/10.1177/0004867415575774>

Dowling, N., Smith, D. y Thomas, T. (2006). Treatment of Female Pathological Gambling: The Efficacy of a Cognitive-Behavioral Approach. *Journal of Gambling Studies*, 22(4), 355-372. <https://doi.org/10.1007/s10899-006-9027-3>

Dowling, N., Smith, D. y Thomas, T. (2007). A comparison of individual and group cognitive-behavioural treatment for female pathological gambling. *Behavior Research and Therapy*, 45, 2192-2202. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.11.003>

Dowling, N., Smith, D. y Thomas, T. (2009). A Preliminary Investigation of Abstinence and Controlled Gambling as Self-Selected Goals of Treatment for Female Pathological Gambling. *Journal of Gambling Studies*, 25(2), 201-214. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19199009/>

Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Báez, C. (2000). Relapse prevention in the treatment of slot-machine pathological gambling: Long-term outcome. *Behavior Therapy*, 31(2), 351-364. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(00\)80019-2](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(00)80019-2)

Echeburúa, E., Salaberria, K. y Cruz-Sáez, M. (2014). Nuevos retos en el tratamiento del juego patológico. *Terapia Psicológica*, 32(1), 31-40. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v32n1/art03.pdf>

Floros, G. D. (2018). Gambling disorder in adolescents: Prevalence, new developments, and treatment challenges. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 9, 43-51. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S135423>

Gabellini, E., Lucchini, F. y Gattoni, M. E. (2023). Prevalence of problem gambling: A meta-analysis of recent empirical research (2016–2022). *Journal of Gambling Studies*, 39(3), 1027-1057. <https://doi.org/10.1007/s10899-022-10180-0>

García-Caballero, A., Torrens-Lluch, M., Ramírez-Gendrau, I., Vallés, V. y Aragay, N. (2018). Eficacia de la intervención motivacional y la terapia cognitivo conductual para el tratamiento del juego patológico. *Adicciones*, 30(3), 219-224. <https://doi.org/10.20882/adicciones.965>

Hasanović, M., Kuldija, A., Pajević, I., Jakovljević, M. y Hasanović, M. (2021). Gambling Disorder as an Addictive Disorder and Creative Psychopharmacotherapy. *Psychiatria Danubina*, 33(4), 1118-1129. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35354178/>

Jadad, A. R., Moore, R. A., Carroll, D., Jenkinson, C., Reynolds, J. M., Gavaghan, D. J. y McQuay, H. J. (1996). Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: Is blinding necessary? *Controlled Clinical Trials*, 17(1), 1-12. [https://doi.org/10.1016/0197-2456\(95\)00134-4](https://doi.org/10.1016/0197-2456(95)00134-4)

Jiménez, S., Álvarez, E., Gómez, M., Granero, R., Neus, M., Gómez, M., Jaurrieta, N., Sans, B., Rodríguez, J. y Vallejo, J. (2005). Análisis de la eficacia de dos modalidades de tratamiento cognitivo-conductual grupal para el juego patológico. *Psicología Conductual*, 13(3), 495-510. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1404334>

Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Fernández-Aranda, F., Aymamí, N., Gómez-Peña, M., Mestre-Bach, G., Steward, T., Pino-Gutiérrez, A., Mena-Moreno, Vintró-Alcaraz, C., Agüera, Z., Sánchez-González, J., Moragas, L., Codina, E. y Menchón, J. M. (2019). Developmental trajectories of gambling severity after cognitive-behavioral therapy. *European Psychiatry*, 60, 28-40. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.04.001>

Labrador, F. J., Estupiñá, F. J., Vallejo-Achón, M., Sánchez-Iglesias, I., González-Álvarez, M., Fernández-Arias, I., Labrador, M. y Bernaldo-de-Quirós, M. (2021). Exposure of adolescent and youth to Gambling advertising: a systematic review. *Annals of Psychology*, 37(1), 149-160. <https://doi.org/10.6018/analesps.428921>

Ladouceur, R. (2005). Controlled gambling for pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 21(1), 49-59. <https://doi.org/10.1007/s10899-004-1923-9>

Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C. y Leblond, J. (2003). Group therapy for pathological gamblers: A cognitive approach. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 587-596. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00036-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00036-0)

Larimer, M. E., Neighbors, C., Lostutter, T. W. y Currence, J. M. (2012). Randomized controlled trial of a brief intervention for problem gambling delivered by phone. *Journal of Gambling Studies*, 28 (3), 449-469. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03776.x>

Lloret, D., Montesinos, R. y Capafons, A. (2014). Waking self-hypnosis efficacy in cognitive-behavioral treatment for pathological gambling: An effectiveness clinical assay. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 62(1), 50-69. <https://doi.org/10.1080/00207144.2013.841474>

Marcos, M. y Chóliz, M. (2019). Mujer y juego online. Propuesta de tratamiento de un caso de adicción a videobingo. *Información Psicológica*, 117, 65-78. <https://doi.org/10.14635/IPSIC.2019.117.7>

Matheson, F. I., Hamilton-Wright, S., Kryszajts, D. T., Wiese, J. L., Cadel, L., Ziegler, C., Hwang, S. W. y Guilcher, S. (2019). The use of self-management strategies for problem gambling: A scoping review. *BMC Public Health*, 19, 445. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6755-8>

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(4), 1305–1325. <https://doi.org/10.1007/s10899-016-9602-1>

Melville, K. M., Casey, L. M. y Kavanagh, D. J. (2007). Patient factors that predict dropout from face-to-face gambling treatment. *Journal of Gambling Studies*, 23(4), 517–529. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.02.004>

Milton, S., Crino, R., Hunt, C. y Prosser, E. (2002). The effect of compliance-improving interventions on the cognitive-behavioural treatment of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 18(2), 207-229. <https://doi.org/10.1023/a:1015580800028>

Moreira, D., Azeredo, A. y Dias, P. (2023). Risk factors for gambling disorder: A systematic review. *Journal of Gambling Studies*, 39(2), 483-511. <https://doi.org/10.1007/s10899-023-10195-1>

Oei, T. P. S., Raylu, N. y Lai, W. W. (2018). Effectiveness of a self-help cognitive behavioural treatment program for problem gamblers: A randomized controlled trial. *Journal of Gambling Studies*, 34(2), 581–595. <https://doi.org/10.1007/s10899-017-9723-1>

Ofori, S., Christensen, D., Awosoga, O., Lee, B. y Jackson, A. (2020). Efectos de la percepción de la disponibilidad de juegos de azar en la gravedad del juego problemático. *Journal of Gambling Studies*, 36, 1065-1091. <https://doi.org/10.1007/s10899-020-09930-9>

Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulro, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S. y McGuinness, L. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>

Petry, N. M., Ammerman, Y., Bohl, J., Doersch, A., Gay, H., Kadden, R., Molina, C. y Steinberg, K. (2006). Cognitive-behavioral therapy for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 555-567. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.3.555>

Petry, N. M., Weinstock, J., Ledgerwood, D. M. y Morasco, B. (2008). A randomized trial of brief interventions for problem and pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 318-328. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.2.318>

Pfund, R. A., King, S. A., Forman, D. P., Zech, J. M., Ginley, M. K., Peter, S. C., McAfee, N. W., Witkiewitz, K. y Whelan, J. P. (2023). Effects of cognitive behavioral techniques for gambling on recovery defined by gambling, psychological functioning, and quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*, 37(7), 936-945. <https://doi.org/10.1037/adb0000910>

Potenza, M. N., Balodis, I. M., Derevensky, J., Grant, J. E., Petry, N. M., Verdejo-Garcia, A. y Yip, S. W. (2019). *Gambling disorder*. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 51. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0099-7>

Ribeiro, E. O., Afonso, N. H. y Morgado, P. (2021). Non-pharmacological treatment of gambling disorder: A systematic review of randomized controlled trials. *BMC Psychiatry*, 21(1), 105. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03097-2>

Sánchez-Meca, J., y Botella. (2010). Revisiones sistemáticas y meta-análisis: herramientas para la práctica profesional. *Papeles del Psicólogo*, 31 (1), 7-17. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1792.pdf>

Smith, D. P., Battersby, M. W., Harvey, P. W., Pols, R. G. y Ladouceur, R. (2015). Cognitive versus exposure therapy for problem gambling: Randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 69, 100-110. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.04.008>

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. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.08.006>

Verdura-Vizcaíno, E. J., Fernández-Navarro, P., Vian-Lains, A., Ibanez, A. y Baca-García, E. (2015). Características sociodemográficas y comorbilidad de sujetos con juego patológico e intento de suicidio en España. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(3), 159-165. <http://www.redalyc.org/pdf/806/80643082006.pdf>

Villatoro, J. A., Resendiz, E., Bustos, M. N., Mujica, A. R., Medina-Mora, M. E., Cañas, V., Soto, I. S., Fleiz, C. y Romero, M. (2018). Magnitude and extent of gambling disorder in the Mexican population. *Salud Mental*, 41(4), 1-11. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2018.024>

Zhuang, X. Y., Wong, D. F. K., Ng, T. K., Jackson, A. C., Dowling, N. A. y Lo, H. H. (2018). Evaluating the Effectiveness of an Integrated Cognitive-Behavioural Intervention (CBI) Model for Male Problem Gamblers in Hong Kong: A Matched-Pair Comparison Design. *Journal of Gambling Studies*, 34 (3), 969-985. <https://doi.org/doi:10.1007/s10899-018-9747-1>