

# Adicciones comportamentales: qué debe saber el profesional de Atención Primaria

Behavioural addictions: what the Primary Care should know

Jacinto Mosquera Nogueira<sup>a</sup> [jacinto.mosquera.nogueira@sergas.es],  
Carmen Guimeráns Freijeiro<sup>b</sup> [carmen.guimerans.freijeiro@sergas.es]

<sup>A</sup> MÉDICO DE FAMILIA. CENTRO DE SAÚDE DE BEMBRIVE. VIGO. SERVIZO GALEGO DE SAÚDE

<sup>B</sup> PSICÓLOGA CLÍNICA. DIRECTORA DE LA UNIDAD ASISTENCIAL DE ALCOHOLISMO, TABAQUISMO, LUDOPATÍA Y OTRAS ADICCIONES (ASVIDAL). SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO (CHUVI)

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Jacinto Mosquera Nogueira. E-mail: jacinto.mosquera.nogueira@sergas.es

## INTRODUCCIÓN

Las adicciones comportamentales, también llamadas adicciones sin sustancia, han merecido en los últimos años una gran atención por parte de los profesionales de la salud mental dedicados al abordaje de estas patologías. Y, evidentemente, esto también nos obliga a los profesionales de la Atención Primaria de Salud (APS) a conocer estas nuevas realidades, a detectarlas y hacer una primera intervención. Pero también ha recibido atención por parte de los medios de comunicación (especialmente las relacionadas con el uso de internet y del juego en línea) que ha generado una cierta intranquilidad en la sociedad, fundamentalmente en padres, por un uso que podría considerarse excesivo por parte de los niños, adolescentes y adultos jóvenes.

Dentro de las adicciones comportamentales se incluyen las adicciones al juego (con o sin dinero, presencial o en línea), las compras, el sexo, las tecnologías de la información y comunicación (TIC), el ejercicio físico... Pero la mera consideración como adicciones está a debate en la comunidad científica. Encontramos posiciones que defienden la utilidad de esta adscripción categórica basada en la similitud sintomática con las adicciones con sustancia y en la activación en ambos casos de similares mecanismos de recompensa, pero también posiciones que rechazan lo que consideran una "psiquiatrización" de conductas.

En la última Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES) realizada en 2019-2020 en la población de 15 a 64 años<sup>1</sup>, encontramos una prevalencia de posible juego problemático o trastorno del juego (medido por la presencia de al menos un criterio diagnóstico de juego patológico de los recogidos en el Manual DSM 5, del que hablaremos posteriormente) del 1,4% de las mujeres encuestadas y un 2,9% de los hombres. Con respecto a la prevalencia de apuestas con dinero realizadas en el último año a través de internet, los porcentajes son del 4,2% en mujeres y del 9,1% en hombres, mientras que en el juego presencial, los porcentajes suben al 61,2% y 65,9%, respectivamente (con representación gráfica ascendente en relación con la edad). Finalmente, sobre el uso compulsivo de internet, medido mediante el Compulsive Internet Use Scale (CIUS), aparece en el 3,5% de las mujeres y el 3,9% de los hombres, con una representación gráfica claramente descendente según la edad.

En la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) realizada en 2018-2019<sup>2</sup>, se muestra el consumo de las distintas sustancias y de ciertas conductas de juego durante el último año en estudiantes de 14 a 18 años. Destacan 3 datos: el uso compulsivo de internet, medido por el CIUS, se produce en el 23,4% de las chicas y el 16,4% de los chicos, el uso de videojuegos se produce en el 69% y el 96% y el juego con apuestas en la modalidad presencial en el 15,3% y el 30,7% y en la modalidad en línea en el 3,6% y el 17,4%, respectivamente.

Ante esta realidad epidemiológica y social, el sistema sanitario y, en primer lugar, la APS en su conjunto (médicos y médicas de familia, pediatras, enfermería y trabajadores sociales) debe dar respuesta a esta inquietud desde la perspectiva científica, aportando una visión profesional para estos nuevos retos, lejos del tremendismo pero también del nihilismo.

## CONCEPTO Y CATEGORIZACIÓN DIAGNÓSTICA

Como comentábamos en la introducción, la primera cuestión que conviene aclarar es de que estamos hablando cuando hablamos de adicciones comportamentales. Dentro de este concepto se incluyen diferentes conductas que podemos considerar "normales" (como el juego, el sexo, las compras, el uso de las TIC) pero que pueden llegar a constituir un problema de salud e incluso un trastorno adictivo cuando se vuelven repetitivas, ocupan un tiempo excesivo, dejamos de hacer otras tareas importantes, etc. Es necesario tener presente que, en la inmensa mayoría de los casos, no se acompañan de la angustia y deterioro significativos que deben caracterizar a los trastornos psiquiátricos<sup>3</sup> para ser considerados como tales.

Así, la Asociación estadounidense de Psiquiatras (APA) en la versión 5 de su Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5) publicada en 2013<sup>4</sup>, dividió el epígrafe de trastornos adictivos, ya presente en ediciones previas, en dos: *trastornos relacionados con sustancias* y *trastornos no relacionados con sustancias*, lo que es una clara declaración de intenciones sobre la opinión de sus expertos en el debate. Pero únicamente ha podido incluir en éste el **juego patológico** (312.31), situado en ediciones previas en el epígrafe de *trastornos del control de impulsos no clasificados en otros apartados*. Esto trasluce las dificultades conceptuales de este epígrafe de trastornos adictivos sin sustancia y la falta de base científica (al menos por ahora) para la inclusión de las otras adicciones comportamentales. Pero también hay que advertir que ha colocado el **trastorno por juego a través de internet** en la lista de *problemas que pueden ser objeto de atención clínica*, y que son problemas o condiciones en las que se sugiere la realización de más estudios que permitan una eventual inclusión, una especie de rampa de salida facilitadora de este proceso de inclusión. De alguna forma se sugiere que este puede ser un posible trastorno a diferencia del uso de otras actividades de las TIC<sup>5</sup>.

Con respecto a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), señalar que no contemplaba, hasta ahora, las adicciones comportamentales, pero en la versión 11<sup>a</sup> ya las incluye<sup>6</sup> dentro de un grupo de *trastornos debidos al uso de sustancias o a conductas adictivas*. También diferencia dos epígrafes: los *trastornos debidos al uso de sustancias* y los *trastornos debidos a conductas adictivas*. En éste último, solo se incluyen el juego con apuestas (*6C50 gambling disorder*) y los videojuegos (*6C51 gaming disorder*). Pero de ambas categorías diagnósticas se excluyen el juego con y sin apuestas sin trastorno que aparecen en un epígrafe adicional de conductas que pueden afectar al estado de salud y que no se consideran trastornos sino conductas de riesgo (*QE21 hazardous gambling* y *QE22 hazardous gaming*, respectivamente). Para una profundización en estos conceptos con sus definiciones operativas, aconsejamos acceder al texto completo en el enlace: <https://icd.who.int/dev11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1448597234>

En definitiva, las clasificaciones más utilizadas en la práctica clínica acogen la posibilidad de adicciones comportamentales, pero por ahora incluyen únicamente como tal al juego.

## EVALUACIÓN CLÍNICA

---

Como planteábamos en la introducción, debemos estar formados en el manejo de estas conductas potencialmente adictivas para responder de forma científica a las demandas cada vez más frecuentes de pacientes y padres alarmados por lo que pudiera corresponder con un trastorno grave, dada la dificultad para racionalizar conductas que por diversas razones se consideran como "anormales".

Otro aspecto a tener en cuenta es la coexistencia de un trastorno psiquiátrico o neurológico (lo que se conoce como trastorno dual) aspecto de gran relevancia por la interferencia de síntomas y signos que puede producirse.

A continuación, haremos un pequeño resumen de la intervención en juego patológico por ser la más prevalente y la única que contemplan las clasificaciones internacionales. También haremos mención específica a las TIC por lo que tienen de novedoso y controvertido.

## JUEGO PATOLÓGICO

---

El juego es una actividad lúdica que obviamente tiene unas implicaciones positivas en todos los tramos de edad por lo que tiene de aprendizaje, entretenimiento y socialización. No es objetivo de este artículo profundizar en este aspecto.

Solamente aparecerá una minoría de casos en que esto se transforme en una conducta adictiva, generalmente con consecuencias importantes en diferentes esferas de su vida personal pero también más allá de lo estrictamente personal. Es en estos casos en los que nos corresponde hacer un diagnóstico de trastorno adictivo en relación con juego patológico. En la entrevista buscaremos aquellos signos y síntomas que se incluyen en los criterios diagnósticos DSM 5 (los más utilizados en la práctica clínica pero también se pueden utilizar los criterios CIE 11): juego problemático que provoca un malestar clínicamente significativo durante al menos 12 meses, que no se explica mejor por un trastorno maníaco y que presenta al menos 4 de los 9 criterios psicoconductuales de esta categoría diagnóstica.

Por otra parte, podemos utilizar escalas de detección que permiten estandarizar esta intervención, especialmente útiles en la población más joven. Así, existe validación española del Game addiction scale for adolescents (GASA) en su versión reducida de 7 preguntas<sup>7</sup>, la escala breve de cribado del juego patológico en adolescentes (BAGS) compuesta por tres preguntas<sup>8</sup>. Además, hay propuestas en la línea de una utilización rutinaria en pediatría del cuestionario SBIRT (Screening, Brief intervention and referral to treatment) para la detección precoz de las diferentes adicciones, tanto por parte de la Asociación Americana de Pediatras como en una reciente propuesta española<sup>9</sup>.

## TIC

Las nuevas tecnologías han revolucionado muchos aspectos de nuestras vidas, nuestras profesiones y nuestras formas de relacionarnos con otras personas, grupos de personas y resto de la humanidad. Diferentes grupos de edad las han incorporado masivamente por la facilitación de comunicación que permiten. Pero ha surgido una alarma importante desde los medios de comunicación, desde algunos grupos de la sociedad civil e incluso algunos grupos de expertos que parece haber calado en la población y que tiene que ver con el abuso en el uso y consumo de estas TIC. Y especialmente ha creado una alarma en referencia a los jóvenes que hacen una utilización "distinta" a la de los adultos y por lo tanto, incomprendida por éstos. Como hemos visto previamente existe una prevalencia que consideramos baja de utilización compulsiva de internet informada en el ESTUDES. De todas formas, podemos utilizar en la práctica clínica una escala que de alguna forma estandarice esta intervención como es la escala de uso problemático de internet para adolescentes<sup>10</sup>.

A nivel general, puede utilizarse una escala de 20 ítems llamada MULTICAGE-TIC<sup>11</sup> que, siguiendo el modelo del clásico CAGE para problemas de alcohol, plantea 4 preguntas para cada una de las 5 conductas potencialmente adictivas (internet, móvil, videojuegos, mensajería instantánea y redes sociales). Recientemente se ha validado para España el MULTICAGE CAD 4<sup>12</sup>, de especial interés en APS para detección conjunta de trastornos adictivos que incluye alcohol, drogas, juego, móvil, conexión a internet, y videojuegos.

Es por esto que, tanto en pediatría como en medicina de familia, debemos hacer un abordaje sosegado del problema, comprensivo con nuevos usos y desdramatizador. Es muy importante evaluar lo que esta conducta aparentemente problemática puede estar generando a nivel personal y familiar. Pudiera ser que encontremos en ocasiones un intento subconsciente de trasladar el caso índice en la familia (por ejemplo, una dependencia alcohólica del padre) hacia un hijo consumidor de videojuegos en grupo.

En segundo lugar, insistir en que debemos descartar otras patologías neurológicas o psiquiátricas como los trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o los trastornos del control de impulsos o adicciones a sustancias. Todos estos trastornos tienen una gran comorbilidad. Pero por el contrario, tengamos en cuenta que por ejemplo, en el TDAH pudiera estar indicado en su tratamiento el uso de videojuegos, como forma de fijar la atención.

## TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN

Uno de los pilares fundamentales de la APS es la prevención primaria, es decir, actuar antes de que se produzcan los problemas de salud. En el caso de las conductas de riesgo y las adicciones en los jóvenes, las tareas de prevención primaria están compartidas y deben coordinarse con los colegios e institutos. Por supuesto, siempre que hablamos de prevención nos referimos a tareas de prevención basadas en la evidencia, proporcionadas por los propios profesionales del Centro educativo y, en nuestro caso, por los profesionales de la APS, favoreciendo los factores de protección y priorizando a los sujetos más vulnerables. Por lo tanto, se evitarán las, desgraciadamente, habituales "charlas" de ex-adictos. Tampoco están indicadas las charlas directas de expertos sino que el papel de las Unidades de Conductas Adictivas en este contexto es la formación de los profesionales escolares y sanitarios. Como ejemplo, podéis ver en la figura n.º 1 el cartel remitido a todos los profesionales de Atención Primaria del área sanitaria de Vigo por parte de la Unidad de referencia.

Debemos tener presente que las conductas de riesgo, e incluso las conductas adictivas, tienen una frecuente recuperación espontánea o natural, como se sabe desde hace tiempo, fundamentalmente por las interesantes investigaciones de Sobell<sup>13</sup>. Este grupo de investigación encontró que el porcentaje de sujetos con problemas de alcohol que tenían una resolución o mejoría sin acudir a tratamiento reglado era de un 77,6% (tener en cuenta que la mayoría eran consumos de riesgo, no adicción al alcohol). Esta recuperación natural pues, se define por aquella remisión del problema sin intervención reglada. También se admite como tal la remisión tras una intervención

**¿PROBLEMAS CON LAS ADICCIONES?**

Un hábito de conducta aparentemente inofensivo, puede ocasionar graves consecuencias en la vida de las personas afectadas. La persona lo sabe pero no puede dejar de hacerla. Pierde capacidad de elegir y controlar su conducta.

**NUEVAS TECNOLOGÍAS · COMPRAS · JUEGO · SEXO**

**SI TE PASA ESTO A TI O A ALGUIEN QUE CONOCES PUEDES**

**HABLAR CON TU MEDICO. ESTARÁ ENCANTADO DE PODER AYUDARTE**

**CONTACTAR CON AS VIDAL QUE TE ACLARARÁN LAS DUDAS QUE TENGAS**

Para hablar... preguntar... conocer... sobre este tema:  
986 226 269 - info@alcoholasvidal.com  
c/ Escultor Gregorio Fernández, 8 bajo. 36204, Vigo

**SEÑALES DE ALARMA:**  
Similares a las adicciones a sustancias como el alcohol, el cannabis, cocaína. Pérdida de control, excitación excesiva antes de realizar dicha conducta y alivio en el momento de realizarla.

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:**  
- Parece que sólo piensa en llevar a cabo "su" conducta.  
- Aislamiento familiar y de amigos.  
- Número de horas excesivo de dedicación.  
- Gasto excesivo.  
- Irritabilidad, ansiedad, malestar...

**LA CLAVE:**  
Debido a la imposibilidad de impedir el acceso a internet y/o conductas como jugar, comprar, etc. la clave está en educar adecuadamente a los jóvenes para conseguir un uso seguro y evitar riesgos.

**AS VIDAL**  
Unidad Asistencial para el tratamiento del alcoholismo, tabaquismo y otras adicciones comportamentales.

SERVICIO GALÉS DE SALUD | MINISTERIO DE SANIDAD | ASISTENCIA SOCIAL Y POLÍTICA SANEAMIENTO

breve realizada durante una evaluación del caso, del tipo: "ahora que empiezas en el instituto, quizás necesites más tiempo para estudiar y debas dedicarle menos tiempo a los videojuegos", "tu próxima paternidad te debe hacer reflexionar sobre el nivel de gasto que tus compras comportan", "el ejercicio físico extremo que realizas a pesar de resultarte satisfactorio pudiera estar poniendo en riesgo tu salud" .

Este fenómeno también se ha descrito de forma clara en el juego patológico<sup>14</sup>. Por lo tanto, tenemos aquí un primer objetivo de la intervención: favorecer la remisión espontánea, al menos de los casos menos graves, fundamentalmente de las conductas de riesgo sin adicción. Se trataría de un objetivo que podemos encuadrar en la prevención secundaria de estas conductas.

El abordaje en la APS debe ser una intervención basada en el modelo motivacional, como ya está siendo incorporado en la práctica clínica en nuestro ámbito asistencial cuando se trata de cambiar conductas o realizar cambios del estilo de vida. No es objetivo de este artículo profundizar en este modelo, ampliamente analizado y potenciado por los grupos de entrevista clínica de AGAMFEC y SEMFYC. Especial atención merece el estilo de intervención en los adolescentes. En este tramo de edad es necesario recordar que el abordaje debe ser respetuoso (nunca prohibir), comprensivo y "diferente" al de los padres. Debemos tener en cuenta el carácter habitualmente transitorio de conductas aparentemente disruptivas, que suelen relacionarse con las necesidades de autonomía decisional. Pero esto no significa que no se intervenga en los padres. Al contrario, es fundamental que cambie la actitud de éstos ante conductas que no comparten, especialmente en los casos que podemos denominar de analfabetismo digital o brecha digital generacional. Se deben favorecer actitudes comprensivas, búsqueda de compromisos bilaterales y climas familiares de tolerancia.

También en la prevención secundaria se pueden encuadrar todas aquellas conductas que cumplen criterios de adictivas y que por su complejidad, debemos derivar a la Unidad específica de referencia en cada área sanitaria, para un abordaje profesional e interdisciplinar de esta grave patología. Si en todas las patologías derivar nunca implica desentenderse del paciente, en estas patologías en particular es especialmente importante mantener un seguimiento y una adecuada coordinación con la Unidad específica. Y evidentemente, cuando hablamos de Unidad específica nos estamos refiriendo siempre a Unidades de conductas adictivas integradas en el Servicio de Salud Mental, no a asociaciones de ludópatas cuyo papel no debe incluir la asistencia sanitaria sino la presión ante instancias gubernativas y la sensibilización poblacional.

Por otra parte, es habitual que existan otras conductas adictivas como los trastornos por consumo de alcohol y de tabaco que deberán ser abordados de forma conjunta.

## INTERVENCIÓN POBLACIONAL

Para finalizar este artículo, nos gustaría poner sobre la mesa la importancia de las estrategias poblacionales, aunque estén fuera de nuestro ámbito de actuación. En nuestra opinión y desde una perspectiva comunitaria, debemos tenerlas en cuenta para coordinar esfuerzos.

Así, en la Estrategia nacional sobre adicciones 2017-2024 del Plan Nacional sobre Drogas<sup>15</sup> se incluye dentro del área de actuación número 1 (prevención y reducción del riesgo), el objetivo 1.3: *"Promover una conciencia social de riesgos y daños provocados por las drogas y adicciones, aumentar la percepción del riesgo asociado al consumo y a determinadas conductas adictivas (juego, TICs) y contar con la participación ciudadana a este propósito"*.

A modo de ejemplo, podéis visionar el vídeo informativo publicado por el Concello de A Guarda (Pontevedra) con el asesoramiento técnico de la Unidad de referencia ASVIDAL, en el enlace:

<https://www.facebook.com/1969142556/posts/1073891393127000/>

Y más explícitamente en su Plan de acción sobre adicciones 2018-2020<sup>16</sup> incluía: *"Promover la inclusión de las adicciones sin sustancia en la normativa, los planes y programas de prevención"*. En el momento de redactar este artículo, sigue pendiente la evaluación de este plan.

También a nivel autonómico se han incluido varios objetivos en este sentido en el Plan de trastornos adictivos de Galicia 2011-2016<sup>17</sup> como *"Reducir la prevalencia de las adicciones sociales y conductas relacionadas"* mediante los objetivos específicos: *"fomentar el reconocimiento de la adicción al juego por parte de quien la padece y su entorno familiar"* y *"sensibilizar a la sociedad de los riesgos que entraña el uso inadecuado de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, propiciando un uso controlado de las mismas"*. Tras estos objetivos se plantean diversas actuaciones claves a realizar que quizás adolezcan de falta de concreción y cuyo grado de ejecución está pendiente de evaluación en el momento de redactar este artículo.

Por otra parte, en la Estrategia SERGAS 2020<sup>18</sup> se establece como objetivo: *"Elaboración del Plan de trastornos adictivos 2017-2020, en colaboración con la Dirección General de Salud Pública, e incorporar, de acuerdo con las líneas establecidas por el plan nacional de Drogas, los programas asistenciales adecuados a los actuales perfiles de consumo incluyendo el juego patológico como patología emergente"*.

Sabemos y comprendemos que la pandemia mundial por la COVID ha postergado el cumplimiento y evaluación de toda esta batería de objetivos a nivel central y autonómico, pero la importancia que tienen las adicciones en la vida de las personas, de las familias y de la comunidad, nos anima a seguir solicitando una actuación clara y contundente a nivel poblacional. De las labores asistenciales nos debemos ocupar todos los niveles asistenciales pero la situación privilegiada, aunque precaria, de la APS nos sitúa en condiciones de abordar de forma preventiva y asistencial en la población de nuestros cupos este ¿nuevo? reto que plantean las adicciones comportamentales.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2021). Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España, EDADES 2019/20. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. 93p.
- 2 Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2020). ESTUDES 2016. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES). Madrid. En: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/ESTUDES2018-19/home.htm>
- 3 Petry, N.M., O'Brien, C.P. (2013). Internet gaming disorder and the DSM-5. *Addiction*, 108, 1186–1187. doi:10.1111/add.12162
- 4 American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- 5 Carbonell, S. (2014). La adicción a los videojuegos en el DSM-5. *Adicciones vol 26-2*, 91-95
- 6 World Health Organization. (2018). International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). World Health Organization (WHO). En: <https://icd.who.int/home.htm>
- 7 Lloret Irlles, D., Morell Gomis, R., Marzo Campos, J. C., & Tirado González, S. (2018). Validación española de la Escala de Adicción a Videojuegos para Adolescentes (GASA). *Atención Primaria*, 50(6), 350-358.
- 8 Stinchfield, R., Wynne, H., Wiebe, J., & Tremblay, J. (2017). Development and psychometric evaluation of the Brief Adolescent Gambling Screen (BAGS). *Frontiers in psychology*, 8, 2204.
- 9 García-Couceiro, N., Salgado, P. G., Kim-Harris, S., Burkhart, G., Flórez-Menéndez, G., & Boubeta, A. R. (2021). El modelo SBIRT como estrategia de prevención de las adicciones con y sin sustancia en adolescentes. *Rev Esp Salud Pública*, 95(19), 20.
- 10 Rial Boubeta, A., Salgado, P. G., Folgar, M. I., Gallego, M. A., & Mallou, J. V. (2015). EUPI-a: Escala de Uso Problemático de Internet en adolescentes. *Desarrollo y validación psicométrica. Adicciones*, 27(1), 47-63.
- 11 Pedrero-Pérez, E. J., Ruiz-Sánchez de León, J. M., Rojo-Mota, G., Llanero-Luque, M., Pedrero-Aguilar, J., Morales-Alonso, S., & Puerta-García, C. (2018). Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC): uso problemático de internet, videojuegos, teléfonos móviles, mensajería instantánea y redes sociales mediante el MULTICAGE-TIC. *Adicciones*, 30(1), 19-32.
- 12 Rodríguez-Monje, M. T. (2019). MULTICAGE CAD-4 for behavioral addiction screening: Structural validity after inclusion of a scale on smartphone abuse. *Anales de psicología*, vol. 35, n° 1 (january), 41-46
- 13 Sobell, L. C., Sobell, M. B. y Toneatto, T. (1992). Recovery from alcohol problems without treatment. En N. Heather, N., W.R. Miller y J. (eds.), *Self control and addictive behaviours*. New York: Maxwell MacMillan
- 14 Carballo Crespo, José Luis; Secades Villa, Roberto; Fernández Hermida, José Ramón; García Rodríguez, Olaya; C. Sobell, Linda Recuperación de los problemas de juego patológico con y sin tratamiento. *Salud y drogas*, vol. 4, núm. 2, semestral, 2004, pp. 61- 78
- 15 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2018). Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. En: <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm>
- 16 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2018). Plan de acción sobre adicciones 2017-2020. En: <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PLAD2018-2020/home.htm>
- 17 Consellería de Sanidade Xunta de Galicia (2010). Plan de Trastornos Adictivos de Galicia 2011-2016. En: <https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/71/PlanGalTransAditivos>
- 18 Servicio Galego de Saúde (2016). Estrategia SERGAS 2020. En: <https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Documents/557/SERGAS ESTRATEXIA2020280316/home.htm>