

Comorbilidad entre trastorno del juego y adicción a sustancias: un estudio de revisión teórica.

Trabajo Final de Grado

Grado en Psicología

Autora: Sheila Martín Blasco 20900721-T

Tutora: Juana María Bretón López

Convocatoria Junio.



**UNIVERSITAT
JAUME•I**

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	9
1.1. Trastorno del juego: definición y características	9
1.2. Trastorno del juego: prevalencia	11
1.3. Adicción tóxica: definición y características	12
1.4. Adicción a tóxicos: prevalencia	13
1.5. Comorbilidad entre trastorno del juego y adicción tóxica	14
1.6. Características comunes en población comórbida	14
1.7. Implicaciones en el tratamiento	16
1.8. Objetivos del trabajo	16
2. MÉTODO	17
2.1. Bases de datos	17
2.2. Términos de búsqueda	17
2.3. Criterios de inclusión	18
2.4. Flowchart	18
2.5. Procedimiento	19
3. RESULTADOS	21
3.1. Variables sociodemográficas	21
3.2. Variables de personalidad	26
3.3. Juegos más empleados	28
3.4. Adicciones tóxicas predominantes	30
4. CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN	32
4.1. Propuesta de tratamiento	36
5. LIMITACIONES Y FORTALEZAS	37
5.1. Limitaciones	37
5.2. Fortalezas	38
6. BIBLIOGRAFÍA	39
7. ANEXOS	44

RESUMEN

El trastorno del juego es una adicción conductual caracterizada por un juego persistente a pesar de las consecuencias nocivas que eso conlleva. Es un trastorno que afecta a la persona y a su círculo social, lo que aún enfatiza la gravedad del mismo. Actualmente se encuentra dentro de la categoría de trastornos relacionados con las sustancias debido a las características en común, ya que tanto en trastorno del juego como en consumo de tóxicos hay falta de control en la conducta (impulsividad), deseos de jugar o consumir, pensamientos continuos sobre ello, junto con una probabilidad de recaída. Además, el trastorno del juego no suele presentarse solo, sino que aparece junto con otras patologías, como por ejemplo, trastornos del estado de ánimo o adicciones tóxicas, destacando especialmente esta última. Así, uno influye en el transcurso del otro, ya que un jugador patológico tiene más probabilidades de abusar de sustancias tóxicas que un sujeto sin presencia de trastorno del juego, al igual que una persona consumidora es más propensa a tener problemas con el juego, frente a una persona sana. A su vez, la comorbilidad supone un factor de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades.

El objetivo general del presente estudio es analizar de forma detallada dicha comorbilidad. De forma más específica se pretende comprobar las características sociodemográficas comunes en ambas patologías, es decir, se quiere saber si desarrollar estas enfermedades está más relacionado con el sexo masculino o femenino, si destacan más las personas con estudios superiores o sin ellos, junto con el estado civil y la raza predominante. Además, se quiere investigar si hay rasgos de personalidad comunes en esta muestra. También se quieren conocer los juegos y sustancias más utilizados de forma comórbida. Finalmente, se pretende estudiar las implicaciones que tiene esta comorbilidad en el tratamiento actual para estas adicciones.

Palabras clave: trastorno del juego, consumo de sustancias, comorbilidad, características sociodemográficas y tratamiento.

ABSTRACT

Gambling disorder is a behavioral addiction characterized by persistent gambling despite its harmful consequences. It is a disorder that affects the individual at a personal level apart from also affecting the social relationships of the subject. This obviously emphasizes the seriousness of the addictive problem.

So far gambling disorder is included within the category of related to substance dependent disorders due to the characteristics they have in common, since both disordered gambling and substance abuse

experience a lack of behavioral control (impulsivity), desire to gamble or to consume, continuous thoughts about it, and there are chances of relapse too.

In addition, gambling disorder does not usually happen alone, as it appears with other disorders, such as mood disorders or substance use disorders, with particular emphasis on substance use disorders. Moreover, one influences the course of the other, since a pathological player is more likely to use addictive substances than a control subject, as well as a consumer, is more likely to have problems with gambling, than a person with no addictive problems. It is important to know that comorbidity is a risk factor for the development of other diseases.

The aim of the present study is to analyze the comorbidity and to verify the common sociodemographic characteristics in both pathologies, that is to say, to know whether the development of these diseases is more expanded among men than among women, their marital status and the prevailing race among these people. Also we would like to know what the most used the games and substances are. Finally, we would intend to study the implications of this comorbidity in the current treatment for these addictions.

Keywords: gambling disorder, substance use, comorbidity, sociodemographic characteristics and treatment.

EXTENDED SUMMARY

Gambling disorder is a behavioral addiction characterized by a persistent gambling despite its harmful consequences. The person needs to bet more money as the disease progresses, and he or she dedicates an important part of the day thinking about this. In addition, the person feels discomfort when he or she isn't gambling or when they know that they are going to spend some time without gambling. It is important to keep in mind that this type of people gamble when experiencing negative emotions, so that is a way to manage these emotions.

The aspects that have been discussed refer to the consequences of addiction at an individual level, but when we talk about gambling disorder, we must know that it is a disorder which affects different levels, such as the individual level, social, and especially the family level, as it can lead to economic losses. Besides, the family may experience feelings such as guilt, due to thoughts related to the influence they had in the disorder.

This type of pathology has proven comorbidity with other disorders, including substance use, depression and anxiety. In this case, the study focuses on the relationship between gambling disorder and substance use, two pathologies that present similar characteristics, which have been explained previously. It is also thought that these pathologies may have common predisposing factors such as genetic vulnerability and similar brain alterations. The fact that there are demographic variables that are associated with both pathologies reveals the existence of these predisposing factors.

The goal of this study is to investigate in a more exhaustive way the relationship between gambling disorder and substance addiction, focusing especially on the comorbidity between them. Thus, I would like to study the type of population where it occurs and the implications this comorbidity has in the treatment. Furthermore, I would like to study which are the most common games and which ones the most consumed substances. In order to achieve these objectives, I carried out a search on two different databases, Scopus and Web of Science. First of all, I selected different synonyms of gambling disorder and substance use to be able to perform an exhaustive search. Once I had all the synonyms, the most general ones or those that referred to subjects and not to the pathology itself were eliminated. Finally, the result was the following: "pathological gambling", "gambling disorder", "gambling addiction", "substance addiction", "substance use disorder", "drug addiction".

Once the terms had been selected, the search was performed in the databases. I obtained 255 articles at Scopus, while I got 27 documents at Web of Science. Just those documents, only documents that were theoretical reviews or experimental works were selected. Furthermore, the selection just included those investigations with samples including adult population with presence of comorbidity between disordered gambling and substance addiction. Moreover, I chose those articles related to the objectives of my theoretical review. Therefore, those studies with adolescents were eliminated, the investigations with a sample without comorbidity were eliminated too, and, also, the studies related to Psychobiology. A total of 54 articles were obtained, which, after a careful reading, 32 were maintained; these 32 documents have been the main bibliography of my theoretical review.

The reading and understanding of all this bibliography has allowed me to know the massive comorbidity that exists between these pathologies, being this relationship bidirectional, that is to say, the gamble can propitiate the consumption of substances, just as the consumption of substances can induce the gambling. We have also noticed that comorbidity has not only implications in the treatment of these pathologies, but it is also a risk factor for the development of other disorders.

This comorbidity, moreover, occurs in a particular segment of the population. Despite the lack of agreement on some issues, the evidence supports the importance of male gender in addictive problems, and this evidence also explains the risks of starting to gamble or the risks of starting to consume at an early age, because these behaviors affect the individual development and because there is more likelihood of developing an addictive disorder. There is unanimity with regard to marital status, as the sample stands out the presence of single males and divorced females. There is also consensus when saying that these pathologies are more common in non-caucasian people such as native American or black. In addition to these common sociodemographic characteristics, at personality level there is a common disorder in this type of population, this being the antisocial personality disorder.

Knowing that there is a great comorbidity between gambling disorder and substance use, professionals should adapt treatments to this population, because it is important to work with common aspects of the pathologies, such as emotional regulation and impulsivity, in order to achieve a complete improvement. In addition, verifying that there is a sociodemographic profile for subjects with both addictions also facilitates this adaptation, since it is important to know the sample which we are dealing with.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Trastorno del juego: definición y características

El juego patológico es un trastorno multidimensional en el que influyen tanto factores biológicos, psicológicos como sociales (Ashley y Boehlke, 2012), siendo este una patología no relacionada con sustancias que se define como un tipo de juego persistente y recurrente capaz de producir en el individuo un malestar clínicamente significativo. Además, las personas que presentan este trastorno pueden manifestar la necesidad de apostar grandes cantidades de dinero, las cuales aumentan con el tiempo y, a pesar de las consecuencias negativas que eso conlleva en todas las esferas de su vida, ocupan sus pensamientos con temas relacionados con el juego y las apuestas. Estos sujetos se caracterizan, también, por intentar en numerosas ocasiones controlar y dejar esta conducta, aunque no acaban con éxito (APA, 2014), puesto que presentan dificultades a la hora de inhibir los impulsos relacionados con este comportamiento (Yeon et al., 2012).

Las personas con juego patológico suelen apostar cuando experimentan emociones como el desamparo, la ansiedad o la culpabilidad y aunque pierdan dinero con ello, vuelven en otra ocasión con el fin de intentar recuperar dichas pérdidas (APA, 2014). Esto puede llevarles a acudir a su círculo social para pedirles dinero y así mejorar su situación económica, de forma que el impacto negativo del trastorno no solo afecta a la esfera individual, sino que también recae sobre el área familiar, interpersonal, ocupacional y financiera, tal y como recalcan Kertzman, Vainder, Aizer, Kotler, y Dannon (2016). Entre los problemas que puede suponer para los familiares la presencia de esta patología se encuentra el desarrollo de codependencia, así, los criterios comentados hasta el momento pueden afectar al familiar no solo a nivel económico, sino también a nivel personal disminuyendo la autoestima y aumentando el sentimiento de culpabilidad, por ejemplo (Crozier y Hillock, 2013). Es necesario tener en cuenta que algunos de estos criterios, y de acuerdo con los sistemas de clasificación, deben estar presentes al menos durante 12 meses y que no se expliquen mejor por un episodio maníaco (APA, 2014).

Las características presentadas hasta el momento hacen referencia a los criterios del trastorno del juego, ya que con el cambio del DSM-IV al DSM-5 se sustituyó el término juego patológico por el nombrado anteriormente, esto es trastorno del juego, con el fin de eliminar el estigma que suele ir asociado al término patológico (Grant y Chamberlain, 2015). No obstante, no solo cambia el nombre, sino que se modifican algunos criterios influyendo esto en la prevalencia de la enfermedad, ya que se ha comprobado que siguiendo el DSM-5 se diagnostican más casos que si se tiene como referencia el manual previo, el DSM-IV (Rennert et al., 2014).

Se puede observar que la presencia de distorsiones cognitivas no es uno de los criterios del trastorno del juego, sin embargo, autores como Amir y Hussain (2012) enfatizan el papel de estas en todo el proceso. Además, Goodie y Fortune (2013) explican que son un aspecto importante a tener en cuenta en el tratamiento pues se ha demostrado su impacto en este trastorno. Así, es necesario trabajar algunas de las distorsiones cognitivas principales que presentan las personas con esta enfermedad, como pueden ser la ilusión de control, es decir, la percepción de tener más control del real, junto con la falacia del jugador o la falacia de Gambler, es decir, la creencia de que si un evento sucede de forma seguida en varias ocasiones, debe suceder en menor proporción en el futuro. No obstante, hay autores como Flórez et al. (2016) que defienden una mayor importancia de las cogniciones implícitas, las cuales se activan de forma automática, que de las distorsiones cognitivas en el desarrollo del trastorno. Es importante resaltar en este momento las atribuciones de estos sujetos, dado que tienden a tener un locus de control interno para los éxitos, frente a un locus de control externo ante los fracasos, hecho que puede influir en el curso del trastorno (Abdollahnejad, Delfabbro y Denson, 2014).

Otra característica que puede estar presente en el trastorno del juego es la realización de actos ilegales, característica común en un 14%-30% de la población con este trastorno. A pesar de que el DSM-5 no lo incluye como criterio, este sí que estaba en la edición anterior, es decir, en el DSM-IV. Así, se ha demostrado la relación existente entre el trastorno del juego y la criminalidad, criminalidad dirigida a conseguir dinero, donde destacan especialmente delitos como el robo y el fraude (Granero et al., 2014). Además, se ha podido observar que las personas que cometen estos actos delictivos tienden a ser más jóvenes, a tener deudas y a presentar otros trastornos como el abuso de sustancias (Potenza et al., 2000). No obstante, autores como Rennert et al. (2014) refieren que este criterio se da con muy poca frecuencia, lo que hace improbable que el diagnóstico de trastorno del juego dependa de éste.

Cuando se habla de este trastorno es importante tener presente la impulsividad, pudiéndose definir esta como la preferencia por recompensas menores e inmediatas, frente a recompensas mayores pero a largo plazo (Andrade, Alessi y Petry, 2013), también se habla de impulsividad en términos de respuestas rápidas ante los estímulos a pesar de las consecuencias que suponen dichas respuestas (Bodor, Tomic, Ricijas, Zoričić y Filipčić, 2016). Más concretamente, se puede observar que este problema está más ligado a la impulsividad rasgo que a la impulsividad estado (Flórez et al., 2016). Esto puede sugerir que el comportamiento impulsivo no solo puede ser importante en el desarrollo de la patología, sino que también puede serlo en el mantenimiento del problema (Kertzman et al., 2016). Bodor et al. (2016) añaden que este rasgo de la personalidad influye en la respuesta al tratamiento y en la probabilidad de presentar una recaída.

Hay que tener presente que existe riesgo de suicidio en pacientes con trastorno del juego, puesto que se ha visto que estos sujetos tienen de cinco a diez veces más de probabilidades que la población general de realizar esta conducta. El estudio de Thompson y Nakamuro (2003) muestra que entre el 20% y el 30% de los jugadores patológicos lo había intentado (Ashely et al., 2012). Así, se ha observado que las pérdidas financieras comentadas anteriormente, junto con los posibles problemas del estado de ánimo y el sexo femenino se asocian con los eventos suicidas. Hay unanimidad a la hora de decir que el riesgo de suicidio debido al trastorno del juego es mayor en mujeres que en varones, así, el riesgo elevado de suicidio es de un 30% para las mujeres con una edad de inicio de 45 años aproximadamente, frente al 15% para los varones, comenzando alrededor de los 37 años. Además, estas mujeres tienen unas características sociodemográficas concretas ya que suelen estar divorciadas y desempleadas, mientras que en los varones destaca más el estado civil de soltero o divorciado, empleado y la presencia de un trastorno comórbido de juego y consumo de alcohol (Sinclair, Pasche, Pretorius y Stein, 2015). Otra variable a destacar en esta relación es el tipo de juego, puesto que son las máquinas de juego electrónicas las que indican más probabilidad de conductas suicidas. A pesar de no conocer con seguridad el motivo de esta relación, se piensa que puede deberse al fácil acceso de estas máquinas o al gran poder adictivo de sus juegos (Bischof et al., 2016).

Este trastorno ha ido recibiendo mayor atención con el paso de los años debido, especialmente, al aumento de las oportunidades de juego, las cuales proceden, a su vez, de los cambios culturales y tecnológicos acontecidos en los últimos años (Himelhoch, 2016). Así, se han investigado los posibles motivos que conducen a una persona a jugar, destacando entre estos: disfrutar, sacar un provecho de ello, generar excitación, socializar, entre otros (Amir y Hussain, 2012). Se hace necesario tener presente esta información porque se sabe que no todas las personas que juegan acaban desarrollando un trastorno, de manera que, se entiende que las variables que influyen en el inicio de la conducta no son las mismas que las que explican la evolución de la patología (Blanco, Myers y Kendler, 2012).

1.2. Trastorno del juego: prevalencia

Respecto a su prevalencia comentar que difiere en función de los métodos empleados, así, los autores previos, es decir, Amir y Hussain (2012) señalan que los trastornos relacionados con el juego afectan a una proporción de gente comprendida entre el 0.2% y el 5.3%. A diferencia, autores como Cowlshaw, Merkouris, Chapman y Radermacher (2014) establecen una prevalencia menor, estando esta entre el 0.5% y el 2.0%, datos que se ven reforzados por los hallazgos de Rash, Weinstock y Van (2016), puesto que han encontrado que la prevalencia a nivel nacional de trastorno del juego está entre el 1% y el 2%, al igual que demuestran Weinstock, Mulhauser, Oremus y D'Agostino (2016). A pesar de estos datos, se ha podido comprobar que entre el 70% y el 85% de la población emplean el juego como un

método recreativo (Flórez et al., 2016), por tanto, no todas las personas que juegan acaban desarrollando un trastorno de juego. Esto hace que nos preguntemos qué variables son aquellas que influyen en la adquisición de la patología, destacando entre estas algunas características de personalidad como la búsqueda de sensaciones y la elevada autoestima. Además, se ha comprobado que algunas modalidades de juego tienen más potencial adictivo que otras, por ejemplo, las apuestas deportivas en vivo, el casino o los juegos de máquinas electrónicas se relacionan con el desarrollo de la enfermedad (Bischof et al., 2016). Se deben tener en cuenta también variables como la predisposición genética, los factores del desarrollo y las señales ambientales (Blanco et al., 2015), junto con algunas relacionadas con el género masculino, la raza afroamericana y la presencia de un familiar con trastorno por uso de sustancias, ya que Rennert et al. (2014) demuestran que son variables que pueden suponer un mayor riesgo de presentar conductas de juego.

1.3. Adicción tóxica: características

Por lo que respecta a los trastornos relacionados con el consumo de sustancias decir que se pueden encontrar criterios para diez sustancias distintas, como alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes y tabaco. Aunque cada una de estas tenga un principio de acción diferente, tienen un mecanismo en común, y este hace referencia a la gran activación del sistema de recompensa que producen, mecanismo que también se observa en el trastorno del juego, haciendo así que la sintomatología sea muy semejante (APA, 2014).

El trastorno por consumo de sustancias se caracteriza, tal y como expresan Conrod y Nikolaou (2016) por la pérdida de control respecto al consumo, hecho que se puede reflejar de diferentes formas, como pueden ser tomar grandes cantidades de la sustancia, consumir muy frecuentemente o bien intentar dejar de consumir y no ser capaz de ello, a pesar de conocer las consecuencias negativas que conlleva. Además, una persona con esta clase de problema adictivo dedica gran parte de su tiempo a pensar y obtener la sustancia disminuyendo, por tanto, el tiempo dedicado a otras áreas como la personal, laboral, social, etc. Desde una perspectiva más neurocientífica, estos sujetos pueden acabar desarrollando tolerancia y síndromes de abstinencia.

No obstante, hay que tener presente que no todo el mundo que hace un uso de las sustancias acaba desarrollando un trastorno adictivo. Así, es un proceso que empieza con la experimentación de la sustancia, tras esto viene un consumo más regular para dar paso al abuso, el cual genera el consumo compulsivo característico de la adicción. En todo este proceso de transición influye la interacción entre diversos factores como el individual (personalidad), el ambiental (normas, cultura, educación de los padres, relación con los iguales) y finalmente el genético (vulnerabilidad) (Conrod y Nikolaou,

2016). Autores como Rash et al. (2016) enfatizan que los factores genéticos tienen mayor importancia en las etapas posteriores del proceso, frente al factor ambiental que es especialmente relevante al inicio del consumo. Parte de esta vulnerabilidad es compartida entre diferentes drogas lo cual puede deberse a rasgos como el afecto negativo y la impulsividad, que han demostrado ser factores de riesgo para el consumo de sustancias (Rash et al, 2016). Así, los estudios muestran que los niveles más altos de este último rasgo no solo influyen en el inicio del consumo, sino que pueden suponer el fracaso del tratamiento debido a que dificultan el logro y el mantenimiento de la abstinencia (Stevens et al., 2014), hecho que también se había observado en el trastorno del juego (Kertzman et al., 2016). No obstante, no se establece si es esta característica la que predispone a los sujetos a mayores vulnerabilidades de desarrollar conductas adictivas, o por el contrario, si son los comportamientos como el juego y el consumo de sustancias los que modulan los niveles de impulsividad (Grant y Chamberlain, 2014). Otro factor importante en el proceso de transición es el que hace referencia a la edad. Así, se ha observado que la adolescencia se relaciona con el comienzo de la experimentación con algunas sustancias. Estudios prospectivos reflejan la relación entre el inicio temprano del consumo con el uso regular de las sustancias y el riesgo de acabar desarrollando un trastorno adictivo (Conrod y Nikolaou, 2016).

A diferencia de lo visto con el trastorno del juego, cuando se habla de abuso de sustancias y conductas suicidas no hay información clara sobre la relación entre ambas variables ya que estudios como el de Bischof et al. (2016) muestran que tanto en sujetos con patología suicida, como en sujetos sin dicha patología hay una elevada prevalencia del trastorno por uso de sustancias, es decir, no se aprecian diferencias en los grupos (Bischof et al., 2016), mientras que, investigaciones como las de Grant et al. (2015) revelan que un porcentaje situado entre el 17%-24% ha tenido intentos de suicidio debido al consumo, estando este dato por encima del suicidio debido a la depresión.

1.4. Adicción a tóxicos: prevalencia

En cuanto a la prevalencia de este trastorno decir que, concretamente, la adicción al alcohol se observa en un 30.3% de la población, así se refleja en el artículo de Rash et al (2016). Además se ha podido comprobar mediante la obra de Cowlshaw et al. (2014) que es una enfermedad mental con elevados índices de comorbilidad, puesto que entre el 40% y el 70% de los sujetos que la tienen presentan otra patología mental, entre las que destaca como hemos visto anteriormente el trastorno del juego. De dicha comorbilidad se extrae la relación existente entre ambas patologías, sin embargo, no solo es importante estudiar dicha relación sino que también es relevante conocer la dirección de esta. Así pues, Cowlshaw et al (2014) establecen que un trastorno puede aumentar el riesgo del otro ya que es posible que el uso de sustancias afecte a la capacidad cognitiva del sujeto incitando de esta manera la

realización de conductas como el juego, al igual que el contexto del juego puede tener implicaciones relacionadas con el consumo de sustancias. Se encuentra evidencia en el trabajo de Rash et al. (2016) para afirmar que la relación entre ambas adicciones es bidireccional ya que tanto el trastorno del juego como el consumo de sustancias pueden actuar como un predecesor y un factor de mantenimiento para la otra enfermedad. No obstante, tener presente que el trastorno por abuso de sustancias ha actuado en más ocasiones como factor de riesgo para el trastorno del juego que a la inversa, así lo indica el trabajo de Kessler et al. (2008), tal y como aparece en la obra de Cowlshaw et al. (2014).

1.5. Comorbilidad entre trastorno del juego y adicción tóxica

Cuando se habla de trastorno del juego hay que saber que no siempre está presente de forma aislada, ya que suele darse de forma simultánea a otras patologías e influir una en el transcurso de la otra (Konkolÿ, Hodgins y Wild, 2016), es más, la presencia de esta comorbilidad supone un factor de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades (Abdollahnejad et al., 2014). Así, Rennert et al. (2014) pudieron observar, mediante un estudio, que las personas con trastorno del juego son treinta veces más propensas a cumplir con los criterios de otras enfermedades mentales, señalando de forma más específica que el 96% de los sujetos con trastorno del juego cumplen con los criterios de otro trastorno mental destacando entre ellas las relacionadas con el estado de ánimo (una prevalencia del 49%-56%) y la ansiedad (41%-60%). Sin embargo, Lorains, Cowlshaw, y Thomas (2011) demuestran que destacan especialmente aquellos sujetos con trastorno del juego y con adicción a sustancias (Cowlshaw, 2014), siendo la prevalencia del 73% en el caso de adicción al alcohol, frente a una prevalencia del 38% si se hace referencia a drogas ilícitas (Rash et al, 2016). Cabe decir que no solo es que haya relación entre ambas patologías, sino que se ha observado que la mayor tasa de juego se encuentra en sujetos consumidores, pudiendo verse estos resultados en el estudio de Cunningham-Williams, Cottler, Compton, Spitznagel y Ben-Abdallah (2000), tal y como citan Fernández, López y Artega (2012). Además, Sherba y Martt (2015) apoyan estos resultados, observando que las personas con consumo de sustancias presentan diez veces más probabilidades de desarrollar un trastorno del juego.

1.6. Características comunes en la población con comorbilidad entre trastorno del juego y adicción tóxica

Autores como Slutske et al. (2000) explican que esta comorbilidad puede deberse a la presencia de unos predisponentes comunes como puede ser la vulnerabilidad genética (Cowlshaw, 2014), situándose el papel de esta predisposición entre el 0,29 y el 0,44 (Grant et al., 2015), junto con unas alteraciones biológicas similares (Gainsbury, Blankers, Wilkinson, Schelleman y Cousijn, 2014). No obstante, se ha observado que además de compartir bases genéticas y tener unos efectos a nivel

neurobiológico semejantes, hay una serie de variables sociodemográficas que tienen en común y estas hacen referencia a la edad, al sexo, al nivel socioeconómico, al estado conyugal y al estilo de vida. Más concretamente, ambas adicciones se asocian con edades jóvenes, el sexo masculino, el bajo nivel socioeconómico y la soltería, pudiendo reflejarse esta en divorcio, viudedad, entre otros (Rash et al., 2016).

La existencia de una elevada comorbilidad entre ambas enfermedades mentales hace necesaria la elaboración de una revisión bibliográfica donde se analice de una forma más exhaustiva la relación entre estas. Así, se ha explicado anteriormente que el trastorno del juego se caracteriza por los numerosos esfuerzos para minimizar o detener la conducta, atributo que también está presente en el trastorno por consumo de sustancias (Luijten et al., 2014). Además, el Instituto de Illinois explica que el trastorno del juego es una adicción similar a la adicción química, lo que concuerda con los hallazgos de la Escuela de Medicina de Harvard donde se observó, tras un experimento, que la recompensa económica del juego es capaz de producir un patrón cerebral muy semejante al que se daría tras un consumo (Amir y Hussain, 2012). A su vez, autores como Flórez et al. (2016) enfatizan que la etiología subyacente de ambas patologías es compartida. Son estos datos los que justificarían la clasificación del trastorno del juego, ya que este se encuentra dentro de la categoría de trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos del DSM-5, puesto que se entiende que un sujeto con trastorno del juego es un sujeto que en lugar de tener adicción a una sustancia química, la tiene a una conducta que a él le resulta igual de placentera (Mann, Fauth, Higuchi, Potenza y Saunders, 2016).

Se han encontrado vulnerabilidades genéticas compartidas para ambas patologías. A su vez, en algunos casos hay presencia de trastorno del juego y de adicción a sustancias en familiares de primer grado de una persona con trastorno del juego (McLachlan y Starkey, 2012). Otro factor de riesgo común en ambas patologías es la presencia de traumas a edades tempranas, suponiendo esto una variable de riesgo para el desarrollo de conductas adictivas en el futuro (Abdollahnejad, Delfabbro, y Denson, 2014). Así, el estudio de Kausch, Rugle y Rowland (2006) sustenta estas aportaciones dado que en una muestra de mujeres con trastorno del juego encuentra que el 64,4% de ellas refiere haber tenido alguna historia de abuso a lo largo de su vida (Ashley et al., 2012). Al igual que las personas consumidoras de sustancias refieren haber tenido historia de abusos, esta relación también se encuentra en el caso del juego. Así, la conducta de juego se ha llegado a emplear, en ocasiones, como una forma para afrontar el abuso, especialmente entre mujeres. Esta realidad se aprecia en un estudio realizado con jugadores patológicos sometidos a tratamiento, en el que Kausch, Rugle y Rowland (2006) encontraron que el 64,4% reportó alguna historia de abuso; el 56,8% reportaron antecedentes de abuso emocional, el 40,5% refirieron haber sufrido abuso físico y el 24,3% declararon presencia de abuso sexual.

En ambas patologías hay alteraciones similares puesto que se han observado déficits en las funciones ejecutivas referentes a la toma de decisiones, al control inhibitorio y a la flexibilidad mental. Déficits que pueden deberse a las anomalías de la corteza prefrontal que presentan los sujetos con un trastorno adictivo (Rash et al., 2016). A su vez, otra de las anomalías en común es el desequilibrio que se observa en la liberación de neurotransmisores como la dopamina y la serotonina (Abdollahnejad et al., 2014). Aún sabiendo la existencia de estas alteraciones, no se ha podido establecer si estas están presentes en la persona antes de padecer la enfermedad o, por el contrario, son el resultado de los cambios que ha producido la conducta adictiva a nivel cerebral (Rash et al., 2016). Otro de los puntos en común entre ambos trastornos es el procesamiento que se realiza de la recompensa, puesto que tanto en las adicciones inducidas por sustancias como en el trastorno del juego hay un refuerzo positivo al comienzo del problema, es decir, las personas comienzan a consumir y a jugar porque esto les aporta una serie de beneficios como relajación, distracción...mientras que es con el transcurso de la patología cuando el consumo ya no se da por refuerzo positivo, sino por lo conocido como refuerzo negativo, es decir, la persona toma drogas y juega para aliviar la sintomatología ansiosa que siente cuando no lo hace, así lo establecen Mann et al. (2016).

1.7. Implicaciones en el tratamiento del trastorno del juego y adicción a tóxicos

Los programas de prevención y de tratamiento de los trastornos adictivos deben contemplar la existencia de una elevada comorbilidad entre el trastorno del juego y el trastorno por uso de sustancias (Blanco et al., 2015). Así, sería recomendable incluir técnicas que trabajasen aspectos de ambas patologías con el fin de conseguir la máxima mejoría posible. Finalmente, añadir que la integración de estas técnicas se hace especialmente relevante ante datos que sugieren que muchos de los sujetos con presencia de ambos trastornos son capaces de conseguir la abstinencia con la sustancia pero no pueden abandonar las conductas relacionadas con el juego (Rash et al, 2016).

1.8. Objetivos del trabajo

El objetivo general del presente estudio es hacer una revisión teórica para estudiar de forma más exhaustiva la relación existente entre trastorno del juego y la adicción a sustancias tóxicas, haciendo especial hincapié en la comorbilidad entre ambas patologías.

Los objetivos específicos que se plantean son:

- Estudiar las variables sociodemográficas destacadas en la población con comorbilidad entre trastorno del juego y adicción tóxica.
- Descubrir los rasgos y trastornos de personalidad comunes en la población con comorbilidad entre trastorno del juego y adicción tóxica.

- Conocer el juego más empleado en la población con comorbilidad entre trastorno del juego y adicción tóxica.
- Investigar cuál es el tipo de adicción tóxica más frecuente en la población con comorbilidad entre trastorno del juego y adicción tóxica.
- Analizar las implicaciones que puede tener la existencia de comorbilidad entre trastorno del juego y adicción tóxica en el tratamiento de ambas patologías.

2. MÉTODO

2.1. Bases de datos

La literatura científica analizada en este trabajo se ha extraído de dos bases de datos diferentes, Scopus y Web of Science. Se han empleado estas bases de datos debido a que contienen un gran número de artículos y de revisiones, siendo estos los documentos que resultaban de mayor interés para el presente trabajo. Así, Scopus contiene obras de investigación a nivel mundial sobre ciencia, tecnología, medicina, ciencias sociales, artes y humanidades, destacando especialmente por ser una de las bases de datos con mayor contenido y con la actualización del mismo, contando con más de 5000 editores en todo el mundo. Del mismo modo, Web of Science recopila información de fuentes como revistas, libros, colecciones, informes y conferencias, contando con más de 12000 revistas de importancia mundial. Abarca temas muy dispares, como, la ciencia, la tecnología y las humanidades.

En relación al trabajo, Scopus ha permitido realizar una búsqueda más amplia debido a que cuenta con el campo “Article title, Abstract, Keywords”, a diferencia, Web of Science presenta campos más concretos como “Title” lo que supone obtener una búsqueda más específica.

2.2. Términos de búsqueda

El 10 de marzo de 2017 se realizó una búsqueda avanzada en Scopus con los siguientes términos: “pathological gambling”, “gambling disorder”, “gambling addiction”, “substance addiction”, “substance use disorder”, “drug addiction”, limitando dicha búsqueda a los años 2012-2017, a tres tipos de documentos “Article”, “Review” y “Article in Press” y al campo “Psychology”, pudiendo observarse en anexos cómo quedó la secuencia de búsqueda. El mismo día, es decir, el 10 de marzo de 2017 se buscó en Web of Science, empleando los mismos términos que en la base de datos anterior. A su vez, se limitan los años 2012-2017 con el fin de obtener la literatura más actual. La secuencia de esta búsqueda también queda reflejada en anexos.

El procedimiento que se siguió para obtener los términos de búsqueda se basó en introducir en las bases de datos las palabras más representativas del tema a estudiar en la revisión teórica, por ello, se

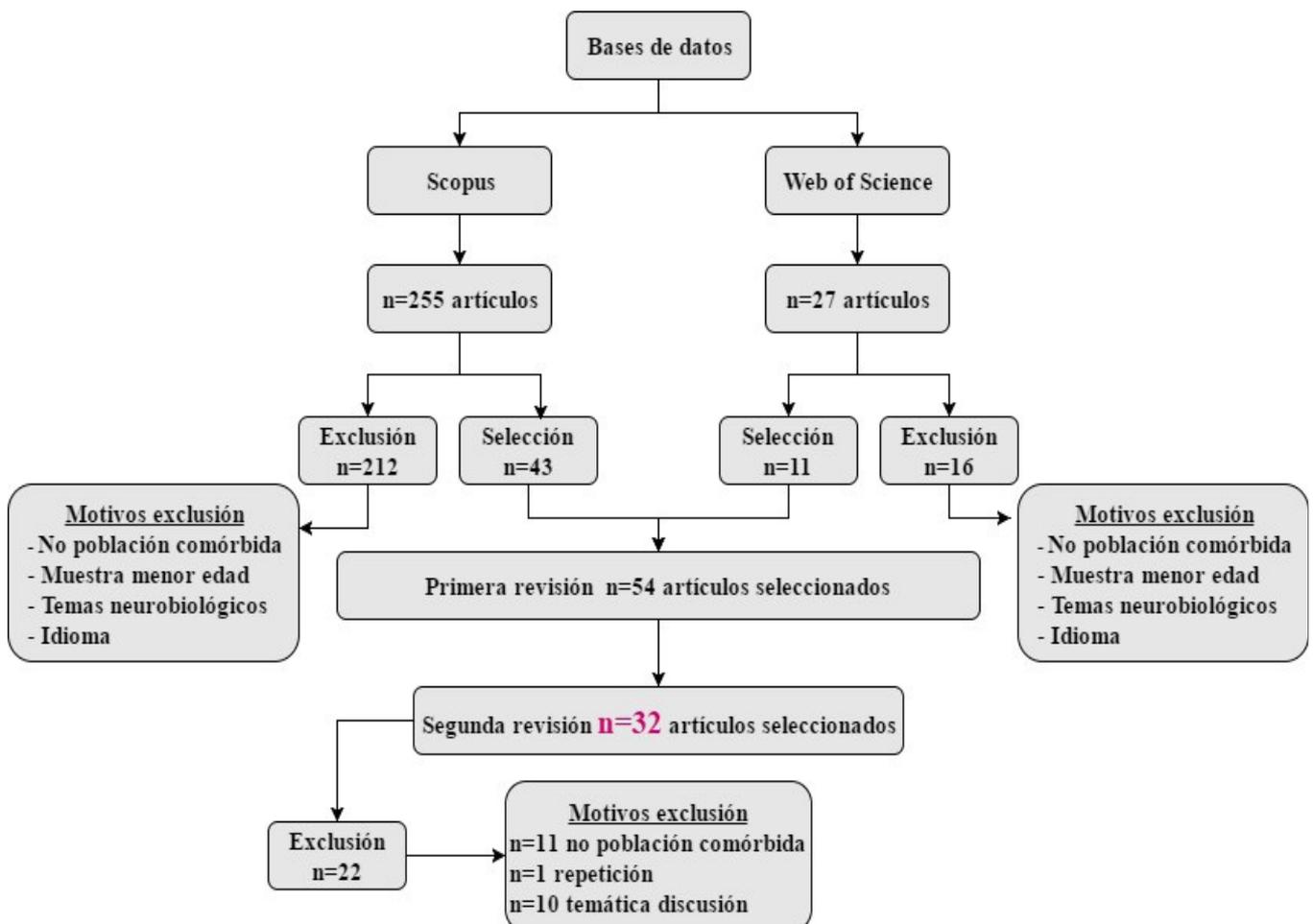
escogieron “pathological gambling” y “substance addiction” con el fin de encontrar los sinónimos que utiliza la literatura científica para nombrar estas patologías. Así, tal y como se aprecia en anexos, se hallaron 15 sinónimos de “pathological gambling”, junto con otros 15 de “substance addiction”. De estos 30, se seleccionaron 6, eliminando por tanto, los 24 términos más generales, que no hacían referencia a algo patológico sino problemático y que aludían a las personas y no al trastorno en sí.

2.3. Criterios de inclusión

Los criterios que se siguieron para seleccionar los artículos fueron escoger aquellos documentos que respondiesen a los objetivos planteados en la revisión y que, además, cumplieran con los siguientes criterios de inclusión:

- Comorbilidad entre trastorno del juego y adicción a sustancias.
- Trabajos con población adulta (mayores de 18 años).
- Idioma inglés o castellano.
- Trabajos que no tengan como tema principal aspectos neurobiológicos de las adicciones.

2.4. Flowchart



La búsqueda en Scopus con los términos indicados anteriormente arrojó un total de 255 artículos, de los cuales se seleccionaron 43 puesto que cumplían los criterios de inclusión, a pesar de ello, algunas de estas investigaciones se tuvieron que consultar con un segundo revisor dado que generaban dudas. Añadir que se pudo acceder a todas ellas sin dificultad. Por lo que respecta a los 212 artículos restantes de esta base de datos, se eliminaron porque no respondían a los objetivos de la revisión o porque no cumplían los criterios de inclusión, así, los motivos principales de la exclusión fueron por no contar con población comórbida, por tener una muestra menor de 18 años, por tratar aspectos neurobiológicos y, finalmente, por no estar en inglés o en castellano.

La búsqueda en Web of Science arrojó un total de 27 artículos, escogiendo entre ellos 11 trabajos científicos, algunos de los cuales también se consultaron con un segundo revisor con el fin de contrastar con este si cumplían los criterios de inclusión. En esta base de datos se excluyeron 16 artículos por los mismos motivos que los expuestos anteriormente. Añadir que en este caso tampoco hubo ningún problema a la hora de encontrar la bibliografía.

En esta primera revisión la atención se centró en el título y en los abstracts de los 255 artículos de Scopus y de los 27 de Web of Science, quedando finalmente un total de 54 trabajos, 43 de una base de datos, y 11 de la otra, tal y como se ha explicado anteriormente. Sin embargo, en la segunda revisión, es decir, en la lectura en profundidad de estas 54 investigaciones, se comprobó que algunas de las obras que en un primer momento habían parecido cumplir los criterios de inclusión de esta revisión teórica, realmente no los cumplían. Así, se hizo necesaria la exclusión de 22 obras, 11 de ellas por no contar con población con comorbilidad entre trastorno del juego y adicción a sustancias, además, se tuvo que descartar una obra que había sido repetida, no apreciándose esto en la primera revisión, y finalmente, añadir que hubo un total de 10 investigaciones que se descartaron por trabajar aspectos relacionados con el tratamiento, siendo este un tema muy importante para la presente revisión teórica, pero no para la elaboración de los resultados. De esta manera, el material empleado en resultados está compuesto por un total de 32 artículos científicos de las bases de datos Scopus y Web of Science.

2.5. Procedimiento

En un primer momento se concretó el tema del trabajo a realizar, que es la relación entre el trastorno del juego y las adicciones tóxicas, y se recopiló información relacionada con las revisiones teóricas, es decir, en qué consisten y cómo se elaboran, ayudándonos en este caso del Manual de Cochrane. Tras entender esto, se comenzaron las búsquedas y para ello, se seleccionaron dos términos que representaran las variables principales del estudio “pathological gambling” y “substance addiction”, con el fin de investigar en las bases de datos otros términos empleados para referirse a estas

patologías, diferenciándose un total de 30 palabras. No obstante, se escogieron aquellas que más se ajustaban al objetivo de la revisión, de forma que hubo un total de 6, constituyendo estas los términos de búsqueda de la presente revisión bibliográfica. El hecho de emplear diferentes términos que hiciesen referencia al mismo concepto se hizo para obtener la literatura que hubiese al respecto, indistintamente del nombre utilizado en cada investigación.

Los 6 términos de búsqueda se introdujeron en Scopus y Web of Science, encontrando al principio algunos problemas con los resultados obtenidos, ya que, la búsqueda arrojaba alrededor de 800 artículos, suponiendo esto un gran número de trabajos para revisar. Así, en el caso de Scopus se decidió acotar la búsqueda limitando la misma a 5 años, es decir, de 2012 a 2017, a una área de conocimiento, siendo esta la de “Psychology” y a 3 tipos de documentos “Article”, “Review” y “Article in Press”. Añadir que solo se escogió el área de conocimiento de “Psychology” porque se comprobó que esta incluía gran parte de los trabajos que ofrecían otras áreas que podían ser de interés para el trabajo como “Social Sciences”. En Web of Science, a su vez, se limitó la búsqueda a los mismos años, pero no fue necesario acotar la misma en función de los tipos de documentos, ya que se obtuvo un total de 27 investigaciones. Así pues, en un primer momento se leyeron los títulos y los abstracts de los 282 artículos, 255 de Scopus y 27 de Web of Science con el fin de seleccionar aquellos que respondían a los objetivos de la revisión teórica y que, además, cumplían los criterios de inclusión previamente establecidos. Durante este proceso se hizo necesaria la ayuda de un segundo revisor, en este caso, de la tutora del trabajo, para resolver las dudas que surgían con algunas de las obras.

Una vez seleccionados los artículos que cumplían los requisitos, y por tanto, eliminados aquellos que no cumplían los criterios de inclusión, se pasó a realizar una lectura completa de las investigaciones para extraer información de las mismas y para comprender la temática escogida. Con esta segunda revisión se tuvo que eliminar algunos de los artículos que se habían seleccionado en un primer momento, ya que la lectura completa de las obras permitió observar que artículos que parecían responder a las preguntas de investigación leyendo el abstract, en realidad no eran de interés para este trabajo de revisión. Además, se comprobó que en la primera revisión se había seleccionado una investigación repetida, de forma que al realizar la lectura completa y comprobar dicha repetición se tuvo que eliminar. También se excluyeron como material para resultados las obras que trataban aspectos importantes, como el tratamiento, pero que, concretamente no eran de interés para la elaboración de dichos resultados. Al igual que en el proceso anterior, con el fin de realizar una buena selección se consultó con un segundo revisor, es decir, con la tutora del trabajo, las dudas sobre algunas investigaciones. Todos estos cambios dieron lugar a un total de 32 artículos, formando estos la bibliografía empleada en los resultados de la presente revisión.

3. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir de todos los artículos que se han revisado. Así, a lo largo de este apartado se va a tratar información relacionada con las variables sociodemográficas comunes en esta población, las variables de personalidad, junto con el juego y las adicciones tóxicas más destacadas en la muestra.

3.1. Variables sociodemográficas

En un primer momento se va a hacer referencia a las variables sociodemográficas más relevantes en personas con comorbilidad entre trastorno del juego y consumo de tóxicos, pudiendo llegar a hacer estas variables de moderadoras en el inicio y transcurso de los trastornos.

3.1.1. Sexo

No solo comparten cierta vulnerabilidad genética, sino que también hay variables sociodemográficas comunes en ambas adicciones. Diversos estudios (Assanangkornchai, Mcneil, Tantirangsee y Kittirattanaaiboon, 2016; Blanco, Myers y Kendler, 2012; Fernández et al., 2012; Grant et al., 2015) apoyan que es el sexo masculino el más tendente a presentar problemas con el trastorno del juego o con el consumo de sustancias, así, en estas obras con muestras comórbidas entre trastorno del juego y adicción a tóxicos se observa que son los varones los que cuentan con mayores problemas en el caso del juego especialmente. En muestras con dicha comorbilidad se aprecia que los varones cuentan con un 4,1% más de probabilidad de desarrollar trastorno del juego que las mujeres (Sherba et al., 2015). Además, en el experimento de Gainsbury, Russell, y Hing (2014) son los varones los que cuentan con más probabilidades de desarrollar trastorno del juego en contextos de casino sociales. A su vez, no solo se relaciona con la probabilidad de tener estos trastornos, sino con una mayor participación ya que Sherba et al. (2015) encontraron que el 66,1% de los varones que jugaban y consumían tóxicos habían participado en juegos de azar durante los últimos meses, frente al 51,8% de mujeres con presencia de ambas conductas adictivas, tal y como se refleja en la Figura 1. Sin embargo, estudios como el de Edgerton, Melnyk y Roberts (2015) encuentran que el sexo no es una variable influyente en la participación en juegos de azar a lo largo del tiempo, no obstante, sí que argumenta que son los varones jugadores y con consumo de sustancias los que tienden a presentar mayor gravedad en el trastorno del juego.

Variables Sociodemográficas

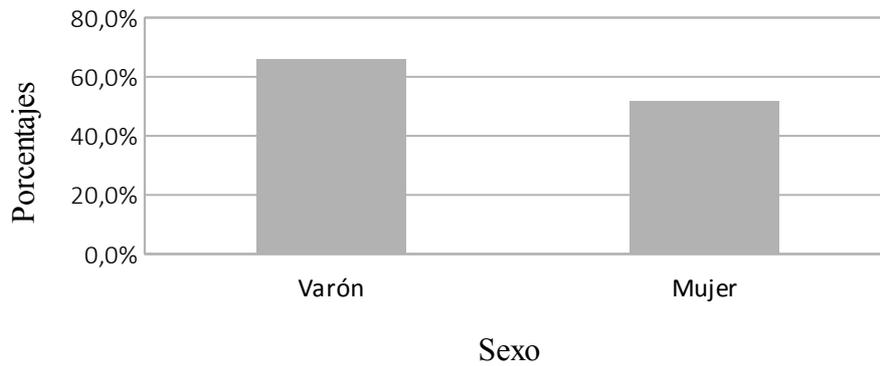


Figura 1. Distribución del sexo en una muestra comórbida de trastorno del juego y consumo de sustancias. Elaborada a partir de la investigación de Sherba et al. (2015).

Sin embargo, no toda la literatura científica apoya estos datos. Así, investigaciones como la de Abdollahnejad et al. (2014) defiende que el sexo masculino sí que se asocia de forma significativa con el consumo de sustancias, especialmente el alcohol, pero es el sexo femenino el más relacionado con las probabilidades de presentar trastorno del juego. Lister, Milosevic y Ledgerwood (2015), a través de la observación de una muestra con comorbilidad entre trastorno del juego y consumo de sustancias, explican que no hay diferencias significativas en la dependencia del alcohol en función del sexo, aunque, se aprecia que el sexo masculino puede actuar como un factor de riesgo para el abuso de esta bebida en este tipo de población.

3.1.2. Edad

La edad también es una variable que se relaciona con esta problemática adictiva, así lo confirman numerosas investigaciones. Estudios con población con comorbilidad entre trastorno del juego y uso de sustancias encuentran que a mayor edad, mayor probabilidad de presentar trastorno del juego, concretamente, a cada año que pasa la probabilidad aumenta en un 3% (Sherba et al., 2015). El énfasis no se centra en la edad actual de estos sujetos con presencia de ambas patologías, sino en el tiempo que llevan realizando estas conductas, así, en el caso del juego se ha observado que las personas que juegan y consumen drogas presentan una probabilidad menor de desarrollar trastorno del juego cuantos menos años le hayan dedicado a esta actividad (Konkolý et al., 2016), del mismo modo, aquellos sujetos con comorbilidad que inicien el juego a edades más tempranas tienen más riesgo de desarrollar trastorno del juego (Gainsbury et al., 2014). Además, la edad es una variable importante a tener en cuenta en el estudio de la recaída, puesto que cuanto antes se comience se cuentan con más

años de práctica en esta conducta, es decir, está más afianzada, de manera que hay más riesgo de recaída (Wilde, Goudriaan, Sabbe, Hulstijn y Dom, 2013).

A pesar de los hallazgos anteriores, estudios con población con trastorno del juego y consumo de sustancias tóxicas explican que la edad de inicio no influye en el desarrollo de la patología, aplicándose esto concretamente a la conducta de juego (Edgerton et al., 2015). Más específicamente, Sinclair et al. (2015) defienden que los jugadores jóvenes que juegan y usan sustancias tóxicas tienen más probabilidad de tener un juego transitorio que quedará resuelto de forma natural, es decir, no habrá presencia de un trastorno crónico.

3.1.3. Formación y nivel económico

Por lo que respecta al nivel de formación no se han encontrado resultados que indiquen unanimidad. Así, muchas investigaciones defienden que son los estudios superiores los que más se asocian con el desarrollo de estas patologías. Así, en población con comorbilidad entre trastorno del juego y consumo de sustancias, la prevalencia del trastorno del juego es mayor en los sujetos, tanto varones como mujeres, con estudios superiores frente aquellos que cuentan con los estudios básicos (Assanangkornchai et al., 2016). Se observa, también, una posible asociación en una muestra con presencia de ambos trastornos entre el grado de formación y la participación en los juegos de azar, siendo mayor la participación de las personas con el graduado (63,8%) frente a la participación (61,2%) de las personas sin él (Sherba et al., 2015), así se refleja en la Figura 2. Esta afirmación también la apoyan Torild y Skutle (2013), quienes cuentan con una muestra de jugadores patológicos y consumidores de sustancias con un elevado nivel educativo.

No obstante, otras investigaciones como la de Rennert et al. (2014), que estudian la comorbilidad entre ambas patologías, hallan que el trastorno del juego se asocia con menos años de educación. Datos que también aportan Pilver, Libby, Hoff y Potenza (2013), quienes observan que son las mujeres, específicamente, sin estudios superiores las que se asocian más con la presencia de adicción a tóxicos y a trastorno del juego.

Variables Sociodemográficas

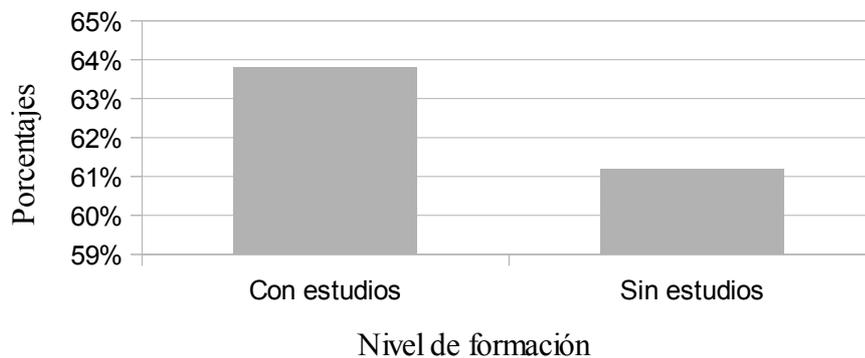


Figura 2. Distribución del nivel de formación en una muestra de sujetos con trastorno del juego y consumo de sustancias. Información extraída del estudio de Sherba et al. (2015).

El nivel anual de ingresos también es una variable relacionada con la prevalencia de estas enfermedades mentales. No obstante, no hay evidencia suficiente para definir la relación que se establece entre estas, ya que hay estudios con una muestra comórbida entre trastorno del juego y consumo de sustancias que defienden la existencia de una asociación positiva entre el juego y los ingresos, es decir, a mayores ingresos, mayor prevalencia (Assanangkornchai et al., 2016), en cambio, estudios como el de Richard, Baghurst, Faragher y Stotts (2017), argumenta que los sujetos que juegan y consumen sustancias, con presencia de un nivel socioeconómico bajo, son los que muestran mayores tasas de trastorno del juego.

3.1.4. Raza

Se distingue, también, la influencia de la raza en el transcurso de estas patologías. Así, en el estudio americano de Sherba et al. (2015) se aprecia que las personas no caucásicas con comorbilidad entre trastorno del juego y consumo de tóxicos son un 61% más propensas a presentar trastorno del juego, dato que se observa, a su vez, al hablar de juego problemático, puesto que son la raza negra, indígena americana y asiática las que, con comorbilidad de conductas de juego y uso de sustancias, presentan un mayor riesgo de tener problemas con los juegos de azar (Richard et al., 2017). Además, las personas nativas americanas con comorbilidad entre ambas conductas adictivas cuentan con más probabilidades de presentar consumos elevados de sustancias. El motivo por el cual estas etnias, especialmente la raza negra e indígena americana, tienen más probabilidades de tener problemas adictivos podría deberse a la pobreza y al escaso ocio que presentan, viendo de esta forma el juego y el consumo como una alternativa de entretenimiento y experimentación de emociones (Richard et al.,

2017). Pilver et al. (2013) también apoyan la relación entre la raza negra y los trastornos adictivos, mientras que investigadores como Rennert et al. (2014) encuentran que en una población comórbida entre trastorno del juego y consumo de tóxicos destacan especialmente los afroamericanos.

A pesar de la información aportada por estas investigaciones americanas, no se puede concluir que la relación entre una mayor prevalencia de trastorno del juego y uso de sustancias en unas razas que en otras se deba al nivel económico, ya que, tal y como se ha expresado anteriormente, no hay acuerdo a la hora de indicar cómo influyen los ingresos económicos en la tasa de juego y de consumo.

3.1.5. Estado civil

Por lo que hace referencia al estado civil comentar que se observan diferencias en función del sexo, existiendo acuerdo para esta variable sociodemográfica. Así, es más probable que la comorbilidad entre trastorno del juego y consumo de sustancias ocurra entre varones solteros y mujeres divorciadas (Sinclair et al., 2015). Datos que reflejan también Pilver et al. (2013), añadiendo estos autores que el estado civil que más se observa en una muestra de mujeres, además del de divorciada, es el de separada o viuda.

A pesar de lo comentado hasta el momento, hay investigaciones como la de Leavens, Marotta y Weinstock (2014) y la de Himelhoch et al. (2016) que defienden que en muestras con comorbilidad entre trastorno del juego y adicciones tóxicas no se observan diferencias en las variables sociodemográficas presentadas (sexo, edad, nivel de estudios).

3.1.6. Otras variables

Otra variable de riesgo que se ha hallado en la población con trastorno del juego y consumo de sustancias es la presencia de un familiar de primer grado con adicción tóxica, comprobándose que entre el 18% y el 50% de los familiares de personas con trastorno del juego presentan un uso de sustancias, especialmente alcohol, datos que no son tan elevados en las familias de los sujetos sin problemática adictiva (Grant et al., 2015). También supone un factor de riesgo en este tipo de población el hecho de que haya presencia de familiares con problemas con el juego, siendo la prevalencia de esto del 30,5% para Leavens et al. (2014), o del 33% para Sinclair et al. (2015). Leavens et al. (2014) añaden, en contraste, que la prevalencia de un familiar con trastorno de juego en sujetos sin presencia de este problema es del 9,5%. Añadir, además, que hay investigaciones que ponen de relieve el papel de la religión en los comportamientos adictivos, así, Lee, Ghandour, Takache y Martins (2014) encuentran que el uso de drogas incrementa las probabilidades de presentar conducta de juego, observándose esta relación especialmente en la religión musulmana.

3.2. Variables de personalidad

Es necesario conocer el papel que juegan las variables de personalidad en los trastornos adictivos, ya que, Carlotta et al. (2015) defienden que en la población con comorbilidad entre trastorno del juego y consumo de sustancias, la personalidad es un factor que puede influir en el desarrollo de dicha comorbilidad, influyendo a su vez, en un mayor riesgo de presentar otra patología.

3.2.1. Rasgos de personalidad

Se ha observado que los rasgos de personalidad más relacionados cuando se habla de trastornos adictivos son los de control, bienestar y tradicionalismo. Así, se establece una asociación negativa entre ellos, puesto que a menores niveles de control/bienestar/tradicionalismo en jugadores patológicos hay mayor riesgo de presentar trastorno por consumo de alcohol, específicamente, menores puntuaciones en estas características se asocian con un 10%, 7% y 12% más de probabilidades de la ingesta de esta sustancia, respectivamente, pudiendo verse esto en la Figura 3. Se añade que tradicionalismo hace referencia a la aceptación de las normas sociales y morales (Lister et al., 2015). Estos bajos niveles pueden suponer la experimentación de emociones negativas, que tienden a gestionarse mediante el juego y el consumo, es decir, las personas utilizan las conductas adictivas como medio para mejorar su estado de ánimo, aumentando de esta manera la dificultad de disminuir la problemática adictiva (Lister et al., 2015).

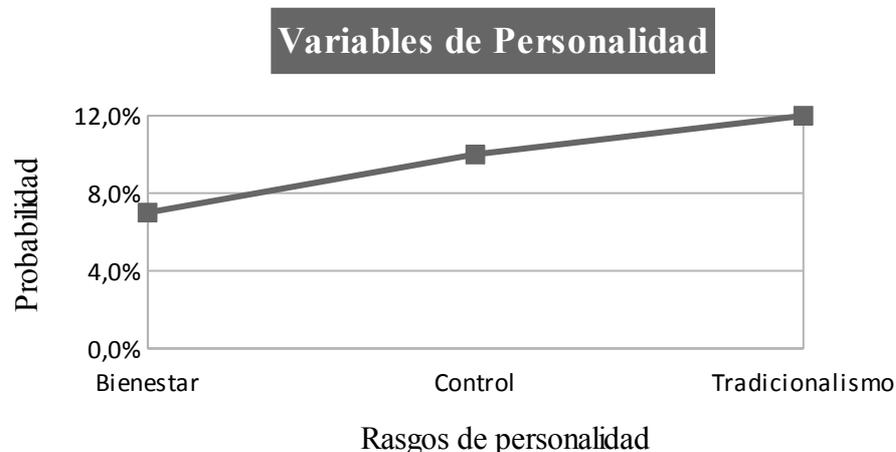


Figura 3. Características de personalidad relacionadas con la problemática adictiva. A menores niveles de las mismas, mayor es la probabilidad de presentar trastorno del juego y consumo de alcohol. Información basada en la obra de Lister et al. (2015).

Las personas con comorbilidad entre trastorno del juego y consumo de sustancias, además de presentar puntuaciones menores en los rasgos de control, bienestar y tradicionalismo, tienen puntuaciones

mayores en los rasgos de urgencia negativa, falta de premeditación, búsqueda de sensaciones, falta de perseverancia y urgencia positiva, perteneciendo estos a la dimensión de impulsividad (Boothby Kim, Romanow, Hodgins y McGrath, 2017). No obstante, la dimensión más característica cuando se estudia la comorbilidad entre trastorno del juego y tabaquismo es la urgencia negativa siendo ésta más elevada en estos sujetos que en aquellos que no presentan patología adictiva. Así, estos niveles tan altos de urgencia en jugadores patológicos con problemas de tabaquismo suponen un riesgo a que apuesten más dinero o a que acudan a sustancias psicoactivas como el tabaco o el alcohol con el fin de gestionar esos estados negativos (Boothby et al., 2017), siendo esto congruente con lo hallado en el estudio anterior (Lister et al., 2015). Esta estrecha relación entre la impulsividad y las conductas adictivas también se manifiesta en la obra de Grant y Chamberlain (2014).

Destacan trabajos como el de Albein, Pilatti, Lozano, Martínez y Verdejo (2014) en el que se encuentra que la variable de bienestar está relacionada con el trastorno del juego y con el consumo de cocaína, es decir, la ausencia de bienestar puede influir en las conductas adictivas. Además, Carlotta et al. (2015) defienden que los sujetos con comorbilidad de trastorno del juego y adicciones tóxicas presentan puntuaciones más elevadas en los siguientes rasgos de personalidad: hostilidad, insensibilidad, engaño, manipulación e irresponsabilidad, siendo esto congruente con los criterios del DSM-5 de trastorno del juego y adicción a sustancias, donde se explica que estas personas pueden llegar a mentir con el fin de conseguir dinero que le permita seguir apostando y consumiendo.

3.2.2. Trastornos de personalidad

Al igual que se han estudiado los rasgos que más se relacionan con las patologías adictivas, es importante conocer si existe relación entre la comorbilidad de trastorno del juego y consumo de sustancias con los trastornos de personalidad, y en el caso de ser así, saber cuáles son los más comunes. De esta forma, Abdollahnejad et al. (2014) demuestran que las personas con dicha comorbilidad tienen más probabilidades de tener un trastorno de personalidad, destacando especialmente los del clúster A y B. En el estudio de Fernández et al. (2012) se aprecia que los sujetos con comorbilidad de ambas patologías adictivas presentan puntuaciones más elevadas que las personas sin esta problemática en las escalas de trastorno esquizoide, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, pasivo-agresivo, autodestructivo y límite, siendo especialmente elevada la puntuación en la escala pasivo-agresiva. En cambio, Cowlshaw y Hakes (2015) encontraron que los trastornos del eje II más característicos en jugadores patológicos que habían recibido tratamiento por consumo de sustancias son el trastorno antisocial, obsesivo-compulsivo, histriónico y evasivo. En la misma línea van los hallazgos de Grant et al. (2015) y de Giotakosa et al. (2016), quienes encuentran que es el trastorno de la personalidad antisocial el más relacionado con la patología adictiva.

3.3. Juegos más empleados

En el estudio de ambos trastornos no solo es importante conocer la comorbilidad, las variables sociodemográficas y de personalidad que tienen en común, sino que también se hace necesario el estudio de aquellos juegos de azar que tienen más probabilidades de compartir esta comorbilidad, con el fin de observar si hay diferencias en la evolución de estas conductas en función del juego escogido. No obstante, no hay acuerdo a la hora de decir cuál es el juego más prevalente, puesto que hay estudios que presentan evidencia para el bingo, otros para la lotería y algunos para el casino.

3.3.1. Bingo

El estudio americano de Himelhoch et al. (2016) muestra que el juego más utilizado entre los jugadores patológicos con consumo de sustancias es el bingo, con una probabilidad del 81,1%, seguido de los boletos de rasca y gana, con una proporción del 72,8%. Por lo que respecta al empleo de máquinas electrónicas, solo el 44% de la muestra con comorbilidad entre trastorno del juego y uso de tóxicos refirió utilizarlas, especialmente en bares, no obstante, el dinero gastado en estos juegos supera el invertido en los juegos anteriores. A diferencia, los juegos menos utilizados y en los que hay menos gasto son los relacionados con el casino (blackjack, ruleta), ya que solo los utiliza un 9,2% de la muestra. Finalmente, se encuentra el uso de Internet para acceder a juegos de destreza, máquinas online, blackjack en línea, con un 6,4% de los participantes empleando este medio.

3.3.2. Lotería

En consonancia con el experimento anterior, Braun, Ludwig, Slecza, Bühringer y Kraus (2014) encuentran que el juego menos empleado en muestras comórbidas de trastorno del juego y uso de sustancias es aquel relacionado con los casinos, con una prevalencia del 0,6%, a diferencia, defiende que el que más destaca es la lotería con un 69,5%. Estos resultados se encuentran también en la obra de Assanangkornchai et al. (2016), donde se observa que el juego más utilizado en una muestra de jugadores patológicos con consumo de tóxicos es la lotería con una prevalencia del 91,4%, al igual que lo expresan Himelhoch et al. (2015), pero en este caso la prevalencia es del 76,6%.

3.3.3. Juegos de azar de casino

Los datos aportados por Sherba et al. (2015) distan de los presentados anteriormente, ya que la actividad que más destaca en este estudio es la de apuestas deportivas y juegos de azar del casino con un 36,7% para ambas. A continuación, se encuentran los juegos de póquer con un 34,2% y el bingo con un 31,6%, mientras que Himelhoch et al. (2016) encontraron que era la actividad principal. Además, Sherba et al. (2015) muestran un porcentaje de 21,5% para los juegos de Internet, probabilidad mucho más elevada que en el primer estudio. Finalmente, distinguen las carreras de

caballos con un 8,9%. La obra de Sinclair et al. (2015) es congruente con la de Sherba et al. (2015), puesto que esta también pone de relieve el uso de juegos de casino cuando se habla de trastorno del juego.

3.3.4. Cohesión de los juegos más empleados

Wardell, Quilty, Hendershot y Bagby (2015) aportan datos uniendo los resultados contrarios expuestos hasta el momento, ya que en esta muestra de jugadores problemáticos con historia de consumo de sustancias el juego más frecuente es el de la lotería con una probabilidad del 45%, tal y como indican Assanangkornchai et al. (2016) y Braun et al. (2014), pero a su vez, enfatiza el papel de los juegos del casino como muestran los artículos de Sherba et al. (2015) y el de Sinclair et al. (2015), en este caso con una probabilidad del 13%. Añadir que la proporción que encuentran Wardell et al. (2015) para el bingo es la más inferior de las presentadas hasta el momento, siendo de un 8%. Estos datos se reflejan en la Figura 4.



Figura 4. Representación de los juegos más destacados en una muestra con comorbilidad entre trastorno del juego y consumo de sustancias. Extraída a partir del estudio de Wardell et al. (2015).

3.3.5. Número de juegos

Es necesario tener presente que la mayoría de jugadores patológicos con consumo de sustancias (46,6%) declaran jugar a más de dos tipos de juegos (Sherba et al., 2015), habiendo un 7,7% que juega al menos una vez por semana (Assanangkornchai et al., 2016). Además, las personas con esta problemática adictiva invierten de cinco a diez veces más dinero en dichos juegos que aquellas personas que juegan sin llegar a desarrollar un trastorno del juego (Himmelhoch et al., 2016).

3.3.6. Tipo de juego en función del sexo

Hasta el momento se ha expuesto el tipo de juego que predomina en las muestras con comorbilidad

entre trastorno del juego y consumo de sustancias, sin embargo, se ha comprobado que si se distingue por sexo, se pueden encontrar elecciones diferentes. Así, en un primer momento es necesario tener presente que el curso de la enfermedad varía en función del sexo puesto que los varones comienzan antes en el mundo de las apuestas, pero tardan más en cumplir los criterios de trastorno de juego, mientras que las mujeres, a pesar de tener inicios más tardíos, unos 6 años más tarde en relación a los varones, cumplen en relativamente poco tiempo los criterios de esta patología llegando a buscar ayuda antes que ellos (Sinclair et al., 2015). Además, los motivos que les llevan a jugar también tienden a ser distintos, destacando en el caso de los varones el problema con el control de impulsos y el deseo de ganar dinero, frente a los sentimientos de depresión y ansiedad que sienten las mujeres, haciendo así que vean el juego como el modo de evadirse de esta sintomatología negativa (Edgerton et al., 2015).

Los varones con comorbilidad entre ambas patologías adictivas suelen seleccionar juegos relacionados con la competencia y la estrategia, a diferencia de las mujeres que escogen aquellas prácticas en las que haya cooperación e interacciones sociales positivas, por ello, entre ellos destacan juegos como el póquer, frente al bingo que eligen las mujeres (Gainsbury et al., 2014), además, se ha visto que en los varones destacan también los juegos de azar en eventos deportivos y el blackjack. Ranson, Wallace, Holub y Hodgind (2013) hallan que es la lotería con una prevalencia del 60%, junto con el bingo con una del 12%, una de las elecciones predominantes en el caso de las mujeres, a pesar de que esta primera opción no incluya interacciones sociales. Estos resultados también los describen Sinclair et al. (2015). Sin embargo, Rennert et al. (2014) observan que en el caso de los varones son los juegos de casino su primera elección con una prevalencia del 77,4% seguido de la lotería con un 71,3%.

3.4. Adicciones tóxicas predominantes

Del mismo modo que el tipo de juego es una variable a considerar en el estudio de la comorbilidad entre estas dos patologías, es importante tener presente cuáles son las adicciones tóxicas predominantes. Así, la evidencia sugiere que son el alcohol y la nicotina las sustancias más comórbidas con el trastorno del juego, siendo la prevalencia de 57,4% para el consumo de alcohol y de 49,5% para el tabaquismo (Assanangkornchai et al., 2016), estando esto representado en la Figura 5. Además, Gainsbury et al. (2014) añaden que esta prevalencia es más elevada en los casos de juego a través de Internet en comparación con el juego en lugares físicos. Andrade et al. (2013) enfatizan que el consumo de estas dos sustancias está muy ligado, llegando a observarse en un estudio que el 91% de una muestra de jugadores con problemas con el alcohol, presentaba también problemas con el tabaco.

Adicciones tóxicas predominantes

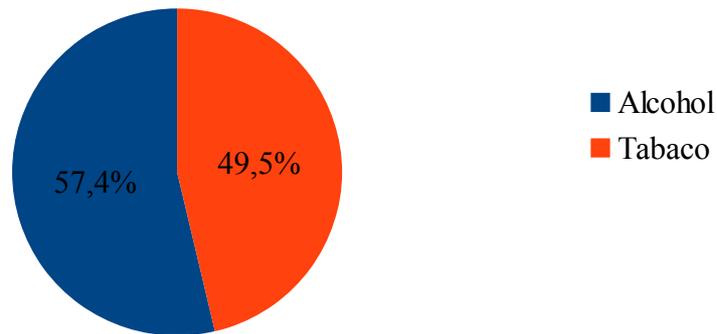


Figura 5. Sustancias principales en muestras de jugadores patológicos con consumo de sustancias. Gráfica realizada a partir de la información de Assanangkornchai et al. (2016).

3.4.1. Alcohol

Por lo que respecta al alcohol, Lister et al. (2015) observan que las personas con trastorno de juego presentan un 8,1% más de probabilidades de desarrollar dependencia al alcohol, es decir, son seis veces más propensas que la población sin problemática adictiva a consumir esta sustancia (Sinclair et al., 2015). Los autores Lee et al. (2014) publican un estudio donde también se establece que el consumo de alcohol es más elevado entre personas jugadoras que aquellas personas sin presencia de esta conducta. Rennert et al. (2014) encuentran, a su vez, esta relación entre los varones con conductas de juego y el consumo de alcohol. Añadir que la presencia de ambos trastornos simultáneamente supone un factor de riesgo para el desarrollo de otras patologías (Abdollahnejad et al., 2014). No obstante, Edgerton et al. (2015) afirman que la ingesta de alcohol se relaciona de forma positiva con el inicio del juego, pero no con la trayectoria del mismo.

Investigaciones como la llevada a cabo por Wardell et al. (2015) apoya que la sustancia más consumida en sujetos con conductas de juego es el alcohol, siendo la prevalencia del 85%, seguido de un 27% para cannabis, 18% para cocaína, 12% para alucinógenos, 7% para otros estimulantes, 7% en el caso de opioides, 7% para sedantes o ansiolíticos y un 4% para otras sustancias. Estos resultados los aportan también Fernández et al. (2012) refiriendo que el porcentaje de cocaína en jugadores patológicos es aproximadamente el mismo, un 19,3%. Estos autores defienden que es el alcohol la sustancia más consumida en los contextos de juego, no obstante, la prevalencia de dicha comorbilidad es inferior a la presentada anteriormente, siendo en este caso de un 23,4%. Rash et al. (2016) también hacen énfasis en la comorbilidad existente entre trastorno de juego y consumo de alcohol, y Pilver et al. (2013) añaden que la relación entre estas variables es destacada en los varones, pero no en mujeres, con una incidencia del 1,08%. Sin embargo, Sinclair et al. (2015) encuentran que la prevalencia de

consumo de alcohol en jugadores patológicos es muy similar a la observada en personas sin problemática adictiva, siendo esta del 5,5% aproximadamente.

3.4.2. Tabaco

A pesar de la evidencia existente para afirmar que es el alcohol la sustancia más comórbida con el trastorno del juego, se encuentra evidencia también que apoya que es el tabaquismo la adicción a tóxicos más común con este trastorno. Así, se ha visto que la prevalencia de trastorno del juego y tabaquismo es de 60,1% (Sinclair et al., 2015). Además, Wulfert, Harris y Broussard (2016) indican que es el tabaco la sustancia más relacionada con el juego.

3.4.3. Otras drogas

Sherba et al. (2015) han hallado que los consumos significativos de otras sustancias eran los referentes a la marihuana y al éxtasis, así, en una muestra de jugadores con probabilidad de desarrollar trastorno del juego la prevalencia de consumo de marihuana era del 72,2% frente a un 57,4% para aquellos jugadores que no mostraban una conducta patológica. En el caso del éxtasis se encuentra una prevalencia del 17,7% para posibles jugadores patológicos y del 8,6% para aquellos que probablemente no desarrollen el trastorno.

3.4.4. Número de sustancias

Al igual que sucedía con el juego, más de la mitad de las personas con problemas por consumo de sustancias (50,8%) refiere haber tenido dichos problemas con una o más de una sustancia. Así, un 29,8% explica tener problemas con una sola sustancia, un 13,1% con dos y finalmente un 7,9% con tres o más tóxicos (Konkolý et al., 2016), estableciéndose una media de un consumo de 1,7 sustancias (Wardell et al., 2015). No obstante, Sherba et al. (2015) informan de resultados de usos más elevados, puesto que defienden que el 61% de los jugadores patológicos usaban entre dos y seis drogas distintas, llegando incluso a destacar un consumo de más de siete tóxicos en un 16,3% de la muestra.

4. CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

Este trabajo tiene como objetivo estudiar la relación entre dos conductas adictivas, el consumo de sustancias y el trastorno del juego, patologías que suelen presentarse de forma comórbida, influyendo una en el transcurso de la otra. Además, se ha observado que la población con este tipo de trastornos presenta unas características sociodemográficas comunes, a pesar de que existe poco consenso al detallar las mismas. Si bien es cierto que el sexo masculino es el que parece estar más relacionado con estas enfermedades, no hay acuerdo a la hora de decir si el consumo de sustancias y el trastorno del juego se dan más en personas con estudios superiores o sin ellos, dado que hay evidencia que apoya

ambas alternativas. Por lo que respecta a la raza, se ha observado que son las razas no caucásicas las más propensas al desarrollo de estas patologías, no obstante, hay discrepancias en la especificación de qué raza, destacando la afroamericana, la nativa americana y la negra, tal y como muestran diferentes estudios americanos. En cuanto al estado civil se ha hallado un consenso, son los varones solteros y las mujeres divorciadas los más destacados entre esta población. Además, se ha comprobado que el trastorno de personalidad antisocial está muy presente en este tipo de sujetos. También se ha querido estudiar cuál es el juego más empleado por esta muestra, junto con la adicción tóxica predominante. Al igual que anteriormente, no hay consenso, pero la evidencia parece indicar que son el bingo, la lotería y los juegos de casino los más populares, junto con un elevado consumo de alcohol y tabaquismo.

Actualmente, se han incrementado las oportunidades de juego (Carlotta et al., 2015), y se ha visto que el dinero destinado a este ha aumentado (Grant et al., 2015). No obstante, en la actualidad no siempre se tiene en cuenta la comorbilidad del trastorno del juego con el consumo de sustancias, lo que supone que no se proporcione una intervención integrada que trabaje aspectos de ambas enfermedades (Konkolý et al., 2016). El hecho de que no se tenga presente la comorbilidad de ambas patologías es algo que llama la atención dado que se ha observado que los jugadores patológicos con comorbilidad por consumo de sustancias tienen 2,68 veces más probabilidades de recaer en conductas adictivas que aquellos sujetos que solo muestran trastorno del juego (Leavens et al., 2014). Además, algunos autores añaden que uno de los peligros de no ofrecer tratamientos integrados, es la intensificación de una conducta adictiva, es decir, el hecho de trabajar una única problemática, como por ejemplo el consumo, puede hacer que el sujeto aumente el tiempo y el dinero invertido en el juego con el fin de sustituir una conducta por otra, llamándose esto dependencia sustitutiva (Fernández et al., 2012). Al igual que puede suceder que no tener en cuenta el consumo de sustancias cuando se trabaja con personas con trastorno del juego, haga que a medida que se trate el juego y se intente disminuir esta conducta, aumente el consumo de tóxicos con el fin de aliviar el malestar que supone la abstinencia, en este caso del juego (Fernández et al., 2012). Esto pone de manifiesto la importancia de realizar una intervención conjunta, es decir, elaborar un tratamiento que contemple tanto aspectos del trastorno del juego como del consumo de sustancias.

Una vez explicada la importancia de realizar intervenciones conjuntas, es importante conocer cuáles son las técnicas psicológicas que han resultado más efectivas en este tipo de población. Grant et al. (2015) defienden que son la entrevista motivacional y el enfoque cognitivo conductual los ejemplos más adecuados para trabajar con estos sujetos, dado que con estas se puede evaluar la disposición de la persona a cambiar y modificar los pensamientos y actitudes que dificulten dicho cambio (Richard et al., 2017). A diferencia, Lister et al. (2015) entienden que se deben enfatizar las técnicas centradas en

el desarrollo de emociones positivas y la planificación de actividades agradables, ya que se ha comprobado que las personas que tienen trastorno de juego o trastorno por consumo de sustancias tienden a realizar estas conductas ante emociones negativas con el fin de escapar de ellas, de manera que técnicas restrictivas como el juego y el consumo controlado no serían adecuadas para este tipo de población. Además de emplear técnicas que sean eficaces, Babor et al. (2010) explican que puede ser beneficioso controlar la edad tanto en el juego como en el consumo, ya que se ha comentado anteriormente que los inicios tempranos en estas conductas suponen un mayor riesgo de desarrollar adicción. Se ha visto, también, que con la prohibición de venta de alcohol a menores de 18 años ha habido una disminución de la ingesta y de los daños asociados a la misma. A su vez, puede ser óptimo controlar las horas de apertura de los establecimientos donde se desarrollan estas conductas, regular el precio y la legalidad de los mismos, junto con medidas más educativas como proporcionar información a los padres que les ayuden a comunicarse con sus hijos acerca de estas adicciones y sus riesgos. Son todas estas medidas las defendidas por Gainsbury et al. (2014).

No solo es importante conocer qué técnicas se consideran más eficaces a la hora de tratar el trastorno y las medidas que ayudan al abordaje del mismo, sino también la población que acude al tratamiento. Así, de forma más específica se ha comprobado que solo el 10% de los jugadores patológicos con consumo de sustancias solicitan ayuda por el juego (Braun et al., 2014), o el 15% si nos centramos en la cifra aportada por Leavens et al. (2014). Las cifras proporcionadas por Sherba et al. (2015) son inferiores, dado que encuentran que solo el 1,43% ha intentado obtener ayuda alguna vez y solo un 1,7% ha participado en tratamientos para dejar de jugar. A pesar de la reducida población que busca ayuda ante esta patología, se ha observado que alrededor del 30% es consciente del problema que puede suponer esta conducta en sí misma y en otras, así, son conocedores ya no solo de lo que implica el juego en sí, sino de lo que este puede implicar en otras problemáticas, como por ejemplo en el consumo de sustancias, ya que son conscientes de que exponerse en los contextos de juego puede ser un riesgo en lo que a consumo de drogas se refiere (Sherba et al., 2015). A diferencia de lo anterior, las cifras de personas con juego y uso de drogas que han acudido a servicios para dejar de consumir son más elevadas, siendo de un 40,1% para el caso de especialistas privados como psicólogos o psiquiatras, 38,1% en clínicas ambulatorias, 27,9% para comunidades de salud mental y finalmente 26,5% para programas de desintoxicación en una clínica, sabiendo que si se concreta en el ejemplo del alcohol, las cifras aumentan en todos los casos (Cowlshaw et al., 2015).

A pesar de la discrepancia que existe en las tasas de demanda de tratamiento en muestras comórbidas entre trastorno del juego y consumo de sustancias, se ha comprobado que las personas que lo solicitan muestran características comunes (Braun et al., 2014). Así, Torild et al. (2013) explican que se trata de

una muestra predominantemente masculina, con una edad media de 42,5 años, con estudios básicos, la mayoría con empleo (75% de la muestra), con pareja estable (50% de la muestra) y además, había presencia de familiares con antecedentes de juego. Resultados similares muestran Cowlishaw et al. (2015), ya que encuentran una muestra compuesta mayoritariamente por hombres, con empleo (al rededor del 50%) y que no informaba de problemas añadidos en su vida. Sin embargo, Braun et al. (2014) defienden que estar casado y contar con un empleo regular se asocia con menores probabilidades de estar en tratamiento, se extrae como posible explicación que el hecho de mostrar una estabilidad (seguir con la pareja y mantener el trabajo) hace que no se perciban tanto los daños asociados a las conductas adictivas, y por tanto, una menor búsqueda de ayuda. Se puede observar, por tanto, que al igual que lo visto anteriormente en la literatura, la comorbilidad entre trastorno del juego y adicción a sustancias destaca más en hombres pero no existe el mismo acuerdo a la hora de determinar el papel que tienen los estudios y la presencia o no de empleo en el transcurso de las patologías y en el hecho de acudir a tratamiento. Además, tal y como afirma la evidencia, contar con un familiar con trastorno del juego o con historia de consumo de drogas, influye en el desarrollo de estas patologías, y a su vez, es una variable relacionada con la búsqueda de ayuda para tratar estas adicciones (Sherba et al., 2015).

El estudio exhaustivo de la población que acude a tratamiento se realiza para conseguir la máxima adherencia posible, es decir, el hecho de conocer el reducido porcentaje de personas que solicitan ayuda, informa sobre la necesidad de trabajar la concienciación del problema y la motivación al cambio con el fin de favorecer la aceptación de su problemática y la demanda de ayuda. Además, saber las variables sociodemográficas comunes en este tipo de muestra permite adaptar el tratamiento a las necesidades de esta población, es decir, si se ha visto que el sexo y la cultura, por ejemplo, son factores que influyen en la evolución del problema, se hace necesario presentar tratamientos que tengan en cuenta dichas particularidades. Así, se ha comprobado que en la cultura asiática hay más presencia de vergüenza y problemas con la aceptación, esto implica diseñar un tratamiento que incluya más componentes para trabajar estos aspectos (Richard et al., 2017).

Lo expuesto hasta el momento hace hincapié en diseñar un tratamiento conjunto que permita trabajar con población con comorbilidad, consiguiendo de esta forma la máxima mejora. No obstante, para alcanzar este objetivo se hace indispensable realizar un seguimiento a esta población, pues se ha observado que las tasas de recaída son muy elevadas, llegando a alcanzar porcentajes del 80% y 90% (Ashley et al., 2012).

4.1. Propuesta de tratamiento

Es importante que las políticas de salud pública no solo inviertan sus esfuerzos en minimizar el consumo de sustancias, como se ha conseguido con las reformas de la prohibición de fumar en lugares cerrados, o con algunas medidas como los controles de alcoholemia (Gainsbury et al., 2014), sino que amplíen su foco de atención, trabajando también el trastorno del juego, adicción que algunos expertos denominan “la adicción oculta” debido a la dificultad para detectarla, ya que no hay tantas evidencias físicas como en el caso de las drogas, es decir, no hay presencia de ojos rojos, pupilas dilatadas, olor en el aliento, suponiendo esto un hándicap a la hora de conseguir una detección precoz del problema para poder trabajarlo (Ashley et al., 2012). Es más, si se observan los datos aportados a lo largo de la revisión, lo más adecuado para los pacientes sería proporcionar un tratamiento con evaluación de ambas patologías y en el caso de que sea necesario, con intervención para el consumo y para el juego, consiguiendo de esta forma una mejora completa. Además, teniendo presente la información aportada por la literatura científica, es necesario tener en cuenta que en una muestra con comorbilidad entre trastorno del juego y uso de drogas, hay probabilidades de que destaque más de un juego y más de una sustancia, lo cual también merece atención. Así, lo que se propone es que se realicen protocolos de actuación donde se contemple la comorbilidad entre ambas adicciones y las diferencias individuales de cada persona con el objetivo de trabajar los aspectos más deteriorados de cada sujeto y conseguir de esta forma que el sujeto evolucione. A su vez, para alcanzar este mismo objetivo se hace necesario que en este protocolo se tenga presente la intervención de un equipo multidisciplinar, puesto que estas enfermedades afectan diferentes ámbitos, los cuales deben ser tratados por los respectivos especialistas, es decir, el consumo tiene dolencias a nivel físico que debe tratar un médico, mientras que la afectación de la esfera social y el aprendizaje del curso que siguen estos trastornos recae más sobre el psicólogo.

Lo propuesto hasta el momento hace referencia a las implicaciones que tiene la comorbilidad entre el trastorno del juego y el consumo de sustancias en las terapias tradicionales. Sin embargo, actualmente destaca una sociedad predominantemente tecnológica donde cada vez Internet está ganando más peso, siendo este, por ejemplo, una vía capaz de facilitar las conductas del juego y del consumo (Giotakosa et al., 2016). No obstante, Internet se puede utilizar para el fin contrario, es decir, se puede usar como herramienta para intervenir con las personas que tienen esta problemática adictiva. Así, este tipo de tratamientos cuentan con una serie de ventajas como mayor flexibilidad que las intervenciones cara a cara, anonimato y confidencialidad, ayudando así a los participantes a ganar seguridad y poder explicar sus experiencias sin sentir vergüenza (Chebli1, Blaszczynski1 y Gainsbury, 2016). A su vez, fomentan la disponibilidad y pueden resultar más cómodos que los tradicionales, eliminando de esta forma algunos de los problemas que conllevan las intervenciones en persona, como puede ser el

desplazamiento, de forma que pueden aumentar las tasas de personas que buscan ayuda, es más, se ha comprobado que las tasas de abandono en este tipo de tratamientos son inferiores a las intervenciones cara a cara. Además de estos beneficios, es una opción más económica que permite proporcionar servicios a más población y que han resultado ser eficaces a la hora de cambiar la conducta adictiva, puesto que reducen los comportamientos problemáticos y el malestar asociado a los mismos (Chebli1, Blaszczynski1 y Gainsbury, 2016).

Lo que se propone, por tanto, es aprovechar los recursos y las herramientas con las que se cuentan para poder dar el mejor servicio posible a esta población. Así, sabiendo la elevada comorbilidad que hay entre el trastorno del juego y el consumo de sustancias, donde destacan especialmente el alcohol y el tabaco, se hace necesario elaborar tratamientos conjuntos que contengan técnicas para trabajar aspectos comunes en ambas adicciones, como puede ser la impulsividad, la gestión emocional, la planificación de actividades agradables incompatibles con el consumo, es decir, cuando se trabaja con personas con problemas adictivos no solo se interviene sobre el consumo o el juego en sí, sino sobre todas las variables que influyen en la enfermedad y que, por tanto, están deteriorando la calidad de vida del sujeto, es decir, las intervenciones en adicción deben ir orientadas a tratar el consumo y el juego, junto con una modificación del estilo de vida. Este trabajo, posteriormente, se puede adaptar para llevarlo a cabo mediante las intervenciones tradicionales o mediante intervenciones *on line*, en función de cómo prefiera el paciente, puesto que el objetivo que se persigue en todo momento es la máxima mejora de este.

5. LIMITACIONES Y FORTALEZAS

5.1. Limitaciones

La presente revisión sistemática cuenta con algunas limitaciones, como por ejemplo, no incluir en la bibliografía aquellas investigaciones de una naturaleza más neurológica con el fin de conocer qué implican estas patologías a nivel cerebral. Además, se ha comentado a lo largo del estudio el riesgo que supone empezar con el consumo o con el juego a temprana edad, debido a que facilita que haya más tiempo de práctica de estas conductas, y a su vez, porque en esas edades aún se están desarrollando funciones cerebrales. El hecho de escoger obras con una muestra mayor de 18 años ha supuesto no poder estudiar los efectos de la droga y del juego en adolescentes.

Por otra parte, se han analizado de forma exhaustiva variables sociodemográficas como el sexo, la edad, la raza, el nivel de formación o el estado civil, y a pesar de ello, no se ha llegado a una conclusión clara ya que hay discrepancias en las numerosas investigaciones. Además, la literatura referente a la raza predominante cuando se habla de muestra comórbida entre trastorno del juego y

consumo de sustancias, es mayoritariamente americana, por tanto, algunas de las razas comentadas no se adaptan a las observadas en España, de manera que este aspecto no se ha podido estudiar en esta revisión.

5.2. Fortalezas

Al igual que hay aspectos a mejorar, hay puntos positivos de la revisión que se deben recalcar. En un primer momento se ha hecho un trabajo exhaustivo donde se han incluido numerosas investigaciones con el fin de conocer mejor lo que dice la literatura sobre estas adicciones. Además, se han empleado dos bases de datos con el objetivo de hacer uso de los beneficios que aportan cada una de ellas. Como se ha comentado, Scopus ha permitido una búsqueda más general con numerosos estudios, a la par que Web of Science ha supuesto la obtención de obras específicas sobre el tema a tratar.

Es un trabajo que presenta las comunalidades acerca del perfil de los sujetos con comorbilidad entre trastorno del juego y adicción a sustancias, a la vez que muestra el juego más utilizado y la adicción tóxica predominante. Proporciona, también, el perfil de las personas que buscan ayuda por estas patologías. A su vez, reflexiona sobre las necesidades de tratamiento para tratar a esta muestra, enfatizando las implicaciones que tiene la comorbilidad entre ambas conductas adictivas a la hora de diseñar un tratamiento.

Con el objetivo de mejorar el presente trabajo de revisión, se proponen algunas líneas futuras a seguir. Así, sería positivo estudiar el papel de la variable apoyo social en el desarrollo del trastorno del juego y del consumo de sustancias. A su vez, sería recomendable investigar la influencia del consumo en el juego, o del juego en el consumo, es decir, establecer si primero aparece el abuso de sustancias y es esto lo que promueve conductas de juego, o por el contrario, si son los ambientes de juego los que incitan a comenzar a consumir. Añadir que resultaría muy útil estudiar el perfil de personas con comorbilidad entre trastorno del juego y adicción a sustancias en muestras adolescentes con el fin de conocer el si el perfil hallado en adultos se muestra también en menores de edad, o si por el contrario, las variables relacionadas con la problemática adictiva son distintas en función de la etapa evolutiva en la que nos situemos. De esta manera, habría un conocimiento más profundo de ambas adicciones y de la relación que se establece entre ellas, pudiendo reflejarse este conocimiento en el diseño de tratamientos adaptados a cada sujeto que contemplen la presencia de comorbilidad entre trastorno del juego y consumo de sustancias.

BIBLIOGRAFÍA

*Abdollahnejad, R., Delfabbro, P., y Denson, L. (2014). Psychiatric co-morbidity in problem and pathological gamblers: Investigating the confounding influence of alcohol use disorder. *Addictive Behaviors, 39*(3), 566-572.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.11.004>

Abdollahnejad, R., Delfabbro, P., y Denson, L. (2014). Understanding the relationship between pathological gambling and gambling-related cognition scores: the role of alcohol use disorder and delusion proneness. *International Gambling Studies, 14*(2), 183-195.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/14459795.2014.886711>

*Albein, N., Pilatti, A., Lozano, O., Martínez, J.M. y Verdejo, A. (2014). The Value of Impulsivity to Define Subgroups of Addicted Individuals Differing in Personality Dysfunction, Craving, Psychosocial Adjustment, and Wellbeing: A Latent Class Analysis. *Archives of Clinical Neuropsychology, 29*(1), 38-46.

DOI: <https://doi.org/10.1093/arclin/act072>

American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Washington, EE.UU: American Psychiatric Publishing.

Amir, S., y Hussain, M. (2012). Reviewing the types of Addiction-Pathological Gambling and Substance Use. *Indian Journal of Psychological Medicine, 34*(1), 5-11.

DOI: 10.4103/0253-7176.96147

*Andrade, L., Alessi, S., y Petry N. (2013). The Effects of Alcohol Problems and Smoking on Delay Discounting in Individuals with Gambling Problems. *Journal of Psychoactive Drugs, 45*(3), 241-248.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/02791072.2013.803645>

Ashley, L., y Boehlke, K. (2012). Pathological Gambling: A General Overview. *Journal of Psychoactive Drugs, 44*(1), 27-37.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/02791072.2012.662078>

*Assanangkornchai, S., Mcneil, E., Tantirangsee, N., y Kittirattanaaiboon, P. (2016). Gambling disorders, gambling type preferences, and psychiatric comorbidity among the Thai general population: Results of the 2013 national mental health survey. *Journal of Behavioral Addictions, 5*(3), 410-418.

DOI: 10.1556/2006.5.2016.066

Bischof, A., Bischof, G., Martin, F., Lucht, M., Meyer, C., John, U., Thon, N., y Juergen, H. (2016). Type of Gambling as an Independent Risk Factor for Suicidal Events in Pathological Gamblers. *Psychology of Addictive Behaviors, 30*(2), 263-269.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/adb0000152>

Blanco, C., Hanania, J., Petry, N., Wall, M., Wang, S., Jin, C., y Kendler, K. (2015). Towards a comprehensive developmental model of pathological gambling. *Addiction, 110*(8), 1340-1351.

DOI: 10.1111/add.12946

*Blanco, C., Myers, J., y Kendler, K. (2012). Gambling, disordered gambling and their association with major depression and substance use: a web-based cohort and twin-sibling study. *Psychological Medicine, 42*(3), 497-508.

DOI: 10.1017/S0033291711001401

- Bodor, D., Tomic, A., Ricijas, N., Zoričić, Z., y Filipčić, I. (2016). Impulsiveness in Alcohol Addiction and Pathological Gambling. *Alcoholism and Psychiatry Research*, 52(2), 149-158.
DOI: 10.20471/apr.2016.52.02.05
- *Boothby, C., Kim, H., Romanow, N., Hodgins, D., y McGrath, D. (2017). Assessing the role of impulsivity in smoking & non-smoking disordered gamblers. *Addictive Behaviors*, 70, 35-41.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.02.002>
- *Braun, B., Ludwig, M., Slezcka, P., Bühringer, G., y Kraus, L (2014). Gamblers seeking treatment: Who does and who doesn't? *Journal of Behavioral Addictions*, 3(4), 189-198.
DOI: 10.1556/JBA.3.2014.3.7
- *Carlotta, D., Robert, K., Markon, K., Borroni, S., Frera, F., Somma, A.,...Fossati, A. (2015). Adaptive and maladaptive personality traits in high-risk gamblers. *Journal of Personality Disorders*, 29(3), 378–392.
- Chebli1, J., Blaszczyński1, A., y Gainsbury, S. (2016). Internet-Based Interventions for Addictive Behaviours: A Systematic Review. *Journal of Gambling Studies*, 32(4), 1279-1304.
DOI: 10.1007/s10899-016-9599-5
- Conrod, P., y Nikolaou, K. (2016). Annual Research Review: On the developmental neuropsychology of substance use disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 371-394.
DOI: 10.1111/jcpp.12516
- *Cowlshaw, S. y Hakes, J. (2015). Pathological and Problem Gambling in Substance Use Treatment: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *The American Journal on Addictions*, 24(5), 467–474.
DOI: 10.1111/ajad.12242
- Cowlshaw, S., Merkouris, S., Chapman, A., y Radermacher, H. (2014). Pathological and problem gambling in substance use treatment: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46, 98-105.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.08.019>
- Crozier, M., y Hillock, C. (2013). Codependence with hypersexual and gambling disorder. *Journal of Behavioral Addictions*, 2(1), 10-16.
DOI: 10.1556/JBA.1.2012.013
- *Edgerton, J., Melnyk, T., y Roberts, L. (2015). Problem Gambling and the Youth-to-Adulthood Transition: Assessing Problem Gambling Severity Trajectories in a Sample of Young Adults. *Journal of Gambling Studies*, 31(4), 1463-1485.
DOI: 10.1007/s10899-014-9501-2
- *Fernández, J., López, J.J., y Artega, A. (2012). Prevalence of pathological gambling in treatment-seeking addicted patients: An exploratory study with the South Oaks Gambling Screen. *Anales de Psicología*, 28(2), 344-349.
DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.28.2.147611>
- Flórez, G., Saiz, P., Santamaría, E., Álvarez, S., Nogueiras, L., y Arrojo, M. (2016). Impulsivity, implicit attitudes and explicit cognitions, and alcohol dependence as predictors of pathological gambling. *Psychiatry Research*, 245, 392-397.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.08.039>

*Gainsbury, S., Russell, A., y Hing, N. (2014). An investigation of social casino gambling among land-based and Internet gamblers: A comparison of socio-demographic characteristics, gambling and co-morbidities. *Computers in Human Behavior*, 33, 126-135.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.01.031>

Gainsbury, S., Blankers, M., Wilkinson, C., Schelleman, K., y Cousijn, J. (2014). Recommendations for International Gambling Harm-Minimisation Guidelines: Comparison with Effective Public Health Policy. *Journal of Gambling Studies*, 30(4), 771-788.

DOI: 10.1007/s10899-013-9389-2

*Giotakosa, O., Tsouvelasa, G., Spourdalakia, E., Janikianb, M., Tsitsikab, A., y Vakirtzis, A. (2016). Internet gambling in relation to Internet addiction, substance use, online sexual engagement and suicidality in a Greek sample. *International Gambling Studies*, 17(1), 20-29.

DOI: 10.1080/14459795.2016.1251605

Goodie, A., y Fortune, E. (2013). Measuring Cognitive Distortions in Pathological Gambling: Review and Meta-Analyses. *Psychology of Addictive Behaviours*, 27(3), 730-743.

DOI: 10.1037/a0031892

Granero, S., Fernández, F., Aymamí, N., Gómez, M., Beatriz, A., Sauchelli, S.,...Jiménez, S. (2014). Subtypes of Pathological Gambling with Concurrent Illegal Behaviors. *Journal of Gambling Studies*, 31(4), 1161-1178.

DOI: 10.1007/s10899-014-9499-5

*Grant, J., y Chamberlain, S. (2014). Impulsive action and impulsive choice across substance and behavioral addictions: Cause or consequence? *Addictive Behaviors*, 39(11), 1632-1639.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.04.022>

*Grant, J., y Chamberlain, S. (2015). Gambling Disorder and Its Relationship with Substance Use Disorders: Implications for Nosological Revisions and Treatment. *American Journal on Addictions*, 24(2), 126-131.

DOI: 10.1111/ajad.12112

*Himelhoch, S., Miles, H., Medoff, D., Kreyenbuhl, J., Rugle, L., Bailey, M.,...Brownley, J. (2015). Evaluation of Brief Screens for Gambling Disorder in the Substance Use Treatment Setting. *The American Journal on Addictions*, 24(5), 460-466.

DOI: 10.1111/ajad.12241

*Himelhoch, S., Miles, H., Medoff, D., Kreyenbuhl, J., Rugle, L., Brownley, J., Bailey, M., Potts, W., y Welsh, C. (2016). Twelve-Month Prevalence of DSM-5 Gambling Disorder and Associated Gambling Behaviors Among Those Receiving Methadone Maintenance. *Journal of Gambling Studies*, 32(1).

DOI: 10.1007/s10899-015-9524-3

Kertzman, S., Vainder, M., Aizer, A., Kotler, M., y Dannon, P. (2016). Pathological gambling and impulsivity: Comparison of the different measures in the behavior inhibition tasks. *Personality and Individual Differences*, 107, 212-218.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.11.042>

- *Konkolý, B., Hodgins, D., y Wild, C. (2016). Co-occurring substance-related and behavioral addiction problems: A person-centered, lay epidemiology approach. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(4), 614-622.
DOI: 10.1556/2006.5.2016.079
- *Leavens, E., Marotta, J., y Weinstock, J. (2014). Disordered gambling in residential substance use treatment centers: an unmet need. *Journal of Addictive Diseases*, 33(2), 163–173.
DOI: 10.1080/10550887.2014.909697
- *Lee, G., Ghandour, L., Takache, A., y Martins, S. (2014). Investigating the Association between Strategic and Pathological Gambling Behaviors and Substance Use in Youth: Could Religious Faith Play a Differential Role? *The American Journal on Addictions*, 23(3), 280–287.
DOI: 10.1111/j.1521-0391.2014.12101.x
- *Lister, J., Milosevic, A., y Ledgerwood, D. (2015). Personality traits of problem gamblers with and without alcohol dependence. *Addictive Behaviors*, 47, 48-54.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.02.021>
- Luijten, M., Machielsen, M., Veltman, D., Hester, R., Haan, L., y Franken, I. (2014). Systematic review of ERP and fMRI studies investigating inhibitory control and error processing in people with substance dependence and behavioural addictions. *Journal of PsychiatryNeuroscience*, 39(3), 149-169.
DOI: 10.1503/jpn.130052
- McLachlan, A., y Starkey, N. (2012). The Classification of Substance and Behavioural Addictions: A Preliminary Investigation. *New Zealand Journal of Psychology*, 41(1), 7-18.
- Mann, K., Fauth, M., Higuchi, S., Potenza, M., y Saunders, J. (2016). Pathological Gambling: A Behavioral Addiction. *World Psychiatry*, 15(3), 297-298.
DOI: 10.1002/wps.20373
- *Pilver, C., Libby, D., Hoff, H., y Potenza, M. (2013). Gender differences in the relationship between gambling problems and the incidence of substance-use disorders in a nationally representative population sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 133(1), 204-211.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.05.002>
- *Ranson, K., Wallace, L., Holub, A., y Hodgind, D. (2013). Eating Disorders, Substance Use Disorders, and Impulsiveness among Disordered Gamblers in a Community Sample. *European Eating Disorders Review*, 21(2), 148-154.
DOI: 10.1002/erv.2207
- *Rash, C., Weinstock, J., y Van, R. (2016). A review of gambling disorder and substance use disorders. *Dovepress*, 7, 3-13.
DOI: 10.2147/SAR.S83460
- *Rennert, L., Denis, C., Peer, K., y Lynch, K. (2014). DSM-V Gambling Disorder: Prevalence and Characteristics in a Substance Use Disorder Sample. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 22(1), 50-56.
DOI: 10.1037/a0034518
- *Richard, K., Baghurst, T., Faragher, M., y Stotts, E. (2017). Practical Treatments Considering the Role of Sociocultural Factors on Problem Gambling. *Journal of Gambling Studies*, 33(1), 265-281.
DOI: 10.1007/s10899-016-9625-7

Scholes-Balog, K., y Hemphill, S. (2012). Relationships Between Online Gambling, Mental Health, and Substance Use: A Review. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 15(12), 688-692.
DOI: 10.1089/cyber.2012.0232

*Sherba, T., y Martt, N. (2015). Overall Gambling Behaviors and Gambling Treatment Needs Among a Statewide Sample of Drug Treatment Clients in Ohio. *Journal of Gambling Studies*, 31(1), 281-293.
DOI: 10.1007/s10899-013-9406-5

*Sinclair, H., Pasche, S., Pretorius, A., y Stein, D. (2015). Clinical Profile and Psychiatric Comorbidity of Treatment-Seeking Individuals with Pathological Gambling in South-Africa. *Journal of Gambling Studies*, 31(4), 1227-1243.
DOI: 10.1007/s10899-014-9516-8

Stevens, L., Verdejo-García, A., Goudriaan, A., Roeyers, H., Dom, G., y Vanderplasschen, W. (2014). Impulsivity as a vulnerability factor for poor addiction treatment outcomes: A review of neurocognitive findings among individuals with substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47, 58-72.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2014.01.008>

*Torild, L., y Skutle, A. (2013). After the Ban of Slot Machines in Norway: A New Group of Treatment-Seeking Pathological Gamblers? *Journal of Gambling Studies*, 29(1), 37-50.
DOI: 10.1007/s10899-011-9287-4

Yeon, J., Shin, Y., Lim, S., Youn, H., Young, N., Hwan, J.,...Soo, J. (2012). Multidimensional Comparison of Personality Characteristics of the Big Five Model, Impulsiveness, and Affect in Pathological Gambling and Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Gambling Studies*, 28(3), 351-362.
DOI: 10.1007/s10899-011-9269-6

*Wardell, J., Quilty, L., Hendershot, C., y Bagby, R.M. (2015). Motivational Pathways From Reward Sensitivity and Punishment Sensitivity to Gambling Frequency and Gambling-Related Problems. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(4), 1022-1030.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/adb0000066>

*Wilde, B., Goudriaan, A., Sabbe, B., Hulstijn, W., y Dom, G. (2013). Relapse in pathological gamblers: A pilot study on the predictive value of different impulsivity measures. *Journal of Behavioral Addictions*, 2(1), 23-30.
DOI: 10.1556/JBA.2.2013.1.4

*Wulfert, E., Harris, K., y Broussard, J. (2016). The Role of Cross-Cue Reactivity in Coexisting Smoking and Gambling Habits. *Journal of Gambling Issues*, 2016(32), 28-43.
DOI: <https://doi.org/10.4309/jgi.2016.32.3>

ANEXOS

Sinónimos encontrados de “pathological gambling”:

“Behavioural addiction”, “addictive behaviours”, “pathological disorder”, “Gambling” , “gambling addiction”, “disordered gambling”, “gambling disorder”, “DSM-5 Gambling disorder”, “problem gambling”, “gambling development”, “gambling severity”, “pathological gamblers”, “disordered gamblers”, “gamblers” y “problem gamblers”.

Sinónimos encontrados de “substance addiction”:

“Illegal substance use”, “substance use”, “substance dependence”, “substance abuse”, “substance use disorder”, “substance abuse disorders”, “substance use comorbidity”, “substance use status”, “DSM-5 substance use disorders”, “polysubstance use disorders”, “drug addiction”, “drug abuse”, “drug dependence”, “addiction in illicit substances” y “psychoactive substances with abuse risk”

Secuencia de la búsqueda en la base de datos de Scopus:

(TITLE-ABS-KEY (pathological AND gambling) OR TITLE-ABS-KEY (gambling AND disorder) OR TITLE-ABS-KEY (gambling AND addiction) AND TITLE-ABS-KEY (substance AND addiction) OR TITLE-ABS-KEY (substance AND use AND disorder) OR TITLE-ABS-KEY (drug AND addiction)) AND PUBYEAR > 2011 AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "PSYC ")) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar ") OR LIMIT-TO (DOCTYPE , " re ") OR LIMIT-TO (DOCTYPE , " ip "))

Secuencia de la búsqueda en la base de datos Web of Science:

TI=(pathological gambling OR gambling addiction OR gambling disorder) AND TI=(substance addiction OR substance use disorder OR drug addiction).