

## ORIGINAL

# Detección precoz de conductas adictivas en atención primaria: utilización del MULTICAGE CAD-4

M. Teresa Rodríguez Monje<sup>a,\*</sup>, Eduardo J. Pedrero Pérez<sup>b</sup>, Mercedes Fernández Girón<sup>a</sup>, Fernando Gallardo Alonso<sup>a</sup> y Teresa Sanz Cuesta<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud M, Ángeles López Gómez, Área 9 de Madrid, Salud Madrid, Leganés, Madrid, España

<sup>b</sup>Centro de Atención a Drogodependencias, CAD 4. San Blas, Instituto de Adicciones, Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid, Madrid, España

<sup>c</sup>Técnico de Salud, Área 9, Servicio Madrileño de Salud, Leganés, Madrid, España

Recibido el 16 de enero de 2008; aceptado el 21 de abril de 2008

## PALABRAS CLAVE

Trastornos del control de los impulsos;  
Comportamientos adictivos;  
Cuestionario;  
Detección precoz;  
Atención primaria

## Resumen

**Objetivo:** conocer las frecuencias de determinados trastornos de control de los impulsos con riesgo adictivo en la población consultante en atención primaria.

**Diseño:** estudio descriptivo transversal.

**Emplazamiento:** centro de salud urbano del Área 9 del Servicio Madrileño de Salud.

**Participantes:** 457 pacientes que acudieron a consultas de atención primaria (AP) seleccionados mediante muestreo consecutivo.

**Mediciones principales:** autocumplimentación de la encuesta MULTICAGE-CAD4 (que mide ocho escalas correspondientes a los comportamientos de riesgo que se estudian).

**Resultados:** el 46,4% tenía al menos una de las escalas alterada. Mostró comportamiento de riesgo en la escala del alcohol el 17,3% (13,7-20,9) y en la de otras drogas, el 9% (6,2-11,7); en el juego, el 4,4% (2,4-6,4); en la de internet, el 9,4% (6,6-12,2) y en los videojuegos, el 4,8% (2,7-6,9); en la conducta alimentaria, el 18,8% (15,1-22,5); en el gasto compulsivo, el 16% (12,5-19,4) y en el sexo compulsivo, el 5,5% (3,3-7,7). Las escalas de alcohol, ludopatía y adicción al sexo están más frecuentemente alteradas entre los varones y los trastornos de la alimentación más entre las mujeres.

**Conclusiones:** los comportamientos de riesgo adictivo son frecuentes en la población consultante; casi la mitad de la muestra tiene puntuaciones con criterio para estimar como problemática al menos una de las conductas exploradas. Las conductas de riesgo más frecuentes fueron los trastornos de la alimentación, el consumo de alcohol y el gasto compulsivo. Entre los jóvenes menores de 25 años, el gasto compulsivo y el abuso de internet.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [maitelias@hotmail.com](mailto:maitelias@hotmail.com) (M.T. Rodríguez Monje).

**KEYWORDS**

Primary health care;  
Control of impulses;  
Risky behaviour;  
Survey;  
Early detection

**Early Detection of Addictive Behaviour in Primary Health Care. Use of MULTICAGE CAD-4****Abstract**

**Objective:** To find out the frequency of specific disorders within the general population using primary healthcare relating to the control of impulses with addictive risk.

**Design:** A cross-sectional descriptive study.

**Location:** Urban health centre, Area 9 of the Madrid Health Service (Spain).

**Participants:** A total of 457 patients who came to primary care (PA) were selected by consecutive sampling.

**Method:** Self-completion of the MULTICAGE-CAD4 survey (which measure eight scales for the risky behaviour being studied).

**Results:** There was a risk in at least one of the scales in 46.4% of the sample, of which 17.3% (13.7-20.9) showed risky behaviour on the alcohol scale; 9% (6.2-11.7) for other drugs; 4.4% (2.4-6.4) for gambling; 9.4% (6.6-12.2) for addiction to the Internet; 4.8% (2.7-6.7) for addiction to videogames; 18.8% (15.1-22.5) for eating disorders; 16% (12.5-19.4) for compulsive shopping and 5.5% (3.3-7.7) for addiction to sex. The occurrence of addiction to alcohol, gambling and sex were higher for men, while eating disorders were more prevalent in women.

**Conclusions:** We are facing a widespread set of problems related to addictions that are often hidden; this study shows that these addictions can be detected within primary healthcare by effective screening tools such as MULTICAGE CAD-4, which is both economic, and easy to implement within primary healthcare centres.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

Muchas personas acuden a las consultas de atención primaria (AP) por estados depresivos recurrentes, que motivan elevadas tasas de absentismo laboral, mala calidad de vida e importantes repercusiones en su ambiente familiar y social. Detrás de estos estados, en muchas ocasiones, se ocultan hábitos de índole adictiva, como consumo de sustancias (alcohol u otras drogas), juego patológico u otros, menos estudiados, como el uso compulsivo de internet y videojuegos, el gasto o el sexo compulsivos. Estos comportamientos potencialmente perjudiciales pueden pasar inadvertidos tras una imagen social de «normalidad».

Por otro lado, los trastornos del control de los impulsos se relacionan con el desarrollo de adicciones múltiples y no es rara la coexistencia con otros procesos psicopatológicos, fundamentalmente trastornos de la personalidad y del estado de ánimo<sup>1</sup>. La investigación indica que tratamientos dirigidos a una conducta no son tan efectivos como aquellos que son más amplios en su enfoque<sup>2</sup>.

La prevalencia de estas conductas no es bien conocida (salvo en juego patológico y adicción a sustancias) debido a la heterogeneidad de los diferentes estudios<sup>3-21</sup> (tabla 1). Sólo hay criterios diagnósticos tipificados para los trastornos por abuso de sustancias (drogas y alcohol) y el juego patológico<sup>22</sup>; el trastorno por atracones se ha propuesto para su estudio en el DSM-IV-TR. No hay criterios consensuados para los que se relacionan con tecnologías emergentes en los últimos años (videojuegos o internet), aunque hay propuestas para su futura consideración como categoría clínica<sup>23</sup>.

Las actividades recomendadas sobre hábitos tóxicos por el programa de actividades preventivas de AP (PAPPS) se

limitan al cribado del consumo de alcohol y tabaco cada dos años. Si se sospecha un consumo de alcohol excesivo, se valora la posible dependencia mediante el CAGE, test breve, con una alta sensibilidad, validado para la población española<sup>24</sup> y ampliamente utilizado en AP.

Disponemos de encuestas para la detección de ludopatía (Cuestionario Breve de Juego Patológico<sup>25</sup> y South Oaks Gambling Screen<sup>26</sup>), trastornos de la alimentación (Bulimic Investigatory Test Edinburgh<sup>27</sup> y SCOFF, este último validado en España en el ámbito de la AP<sup>28</sup>), adicción a Internet<sup>29</sup>, consumo de drogas (Composite International Diagnostic Interview – Substance Abuse Module<sup>30</sup>), en su mayor parte, complejas y largas. Hay escalas útiles no estandarizadas para la detección de adicción a videojuegos (Problem Video-game Playing<sup>31</sup>), compras compulsivas (Compulsive Buying Scale<sup>14</sup>) o la adicción al sexo.

Por su aplicabilidad, se ha intentado reproducir el esquema del CAGE para la detección de otras conductas adictivas, como consumo de drogas<sup>32</sup> o juego patológico<sup>33</sup>. Recientemente se ha desarrollado una encuesta, el MULTICAGE CAD-4, también basada en el esquema CAGE, cuyas propiedades psicométricas han resultado aceptables<sup>34</sup>, y que estudia ocho comportamientos de riesgo: abuso/dependencia de alcohol, juego patológico, adicción a sustancias, trastornos de la alimentación, adicción a internet, adicción a videojuegos, gasto compulsivo y adicción al sexo.

El objetivo principal de nuestro estudio es conocer las frecuencias de estas conductas en la población consultante en atención primaria. Los objetivos secundarios son comparar estas frecuencias según la edad y el sexo, y estudiar las correlaciones entre las distintas conductas problemáticas.

**Tabla 1** Prevalencias de conductas adictivas encontradas en la literatura

Escala	Autor, año de publicación	Población	Instrumento	Resultados
Alcohol	Martínez Vizcaíno et al <sup>3</sup> , 1992	n = 499, pacientes > 18 años. CAP urbano. Cuenca	CAGE	6,7% (IC del 95%, 4,2-9,1); 13,63% V; 1,33% M
	Álvarez et al <sup>4</sup> , 1994	n = 2.500, población general, 14-70 años. Castilla-León	CAGE	5,4%; 14,3% V; 3,6% M
	Escobar et al <sup>5</sup> , 1993	n = 698, pacientes > 15 años. CAP Albacete	CAGE	17,18% (el 90% V)
Ludopatía	Welte et al <sup>6</sup> , 2001	n = 2.638, población general > 18 años. Estados Unidos	SOGS	1,9%
	Becoña <sup>7</sup> , 1993	n = 1.028, población > 16 años. Galicia	SOGS	1,36% juego patológico; 2,04% juego problema
	Legarda et al <sup>8</sup> , 1992	n = 598, población adulta. Ciudad de Sevilla	SOGS	1,67% juego patológico; 5,18% juego problema
Drogas	Estudio EDADES <sup>9</sup>	n = 13.906, población española, 15-64 años	Cuestionario con dos secciones: oral y escrita	Cannabis, 11,2%; cocaína, 3%; éxtasis, 1,2%
Alimentación	Toro <sup>10</sup> , 2000	12-25 años, población general. Madrid, Zaragoza, Navarra	Criterios DSM-IV	4,5%
	Luck et al <sup>11</sup> , 2002	Mujeres, 18-50 años. CAP Londres	SCOFF	3,8%
Internet	Ha et al <sup>12</sup> , 2006	455 niños+836 adolescentes	Escala de Young	13,8% niños; 20,3% adolescentes
	Leal Quiñones et al <sup>13</sup>	n = 316, población universitaria de Cádiz	Escala de Young	3,1%
	Petry <sup>14</sup> , 2006	n = 1.414, adultos. Sala de espera de clínica médica y dental	SOGS+Short Form 12	2,8% jugadores regulares (65% patológicos)
Videojuegos	Griffiths et al <sup>15</sup> , 1998	387 adolescentes, 12-16 años	Escala adaptada de los criterios para ludopatía del DSM-III-R	20%
	Append <sup>16</sup> 2001	Población adulta de Álava	Cuestionario confeccionado y validado por la Fundación Bartolomé de Carranza de Pamplona	14,4% de población adulta; 37,2% de 18-29 años
	Phillips et al <sup>17</sup> , 1995	429 chicos+387 chicas, 11-16 años. Reino Unido		5,7% patrones adictivos
Gasto compulsivo	Tejeiro Salguero et al <sup>18</sup> , 2002	n = 223, 13-18 años. Granada y Algeciras	PVP	56% una vez/semana
	Koran et al <sup>19</sup> , 2006	n = 2.513, población general adulta. Estados Unidos	CBS	5,8% (6% M y 5,5% V)
	Faber et al <sup>20</sup> , 1992	Población general adulta. Estados Unidos	CBS	2-8% (80-95% M)
Sexo	Schaffer et al <sup>21</sup> , 1990	Población general. Estados Unidos		5-6%

CAP: centro de atención primaria; CBS: Compulsive Buying Scale; IC: intervalo de confianza; M: mujeres; PVP: Problem Video game Playing; SOGS: South Oaks Gambling Screen; V: varones.

## Material y método

### Diseño

Estudio descriptivo transversal en un centro de salud (CS) urbano del Área 9 del Servicio Madrileño de Salud. Se incluyó, por muestreo consecutivo, a todos los usuarios mayores de 14 años que acudían a consulta médica durante el período de noviembre de 2006 a febrero de 2007 y que aceptaban participar. El cuestionario, disponible en un espacio habilitado en la sala de espera, se autocomplimentaba de forma anónima.

Se calculó el tamaño muestral para una proporción esperada del 8% (obtenida en estudio piloto), seguridad del 95% y precisión del 2,5%; la muestra necesaria mínima fue 453 pacientes.

El MULTICAGE CAD-4<sup>34</sup> se cumplimenta en 1-3 min, tiene una elevada fiabilidad (todas las subescalas presentan una alfa de Cronbach > 0,7) y validez (el análisis factorial muestra una solución de 8 componentes que explican el 63,8% de la variancia total del test). La sensibilidad diagnóstica también fue alta para las escalas en que se pudo estudiar: alcohol (92,4%) y otras drogas (heroína, 100%; cocaína, 94,1% y cannabis, 100%). Cada escala se compone de 4 ítems que se responden en forma dicotómica sí/no. En caso de dos o más respuestas afirmativas por escala, se considera puntuación criterio de comportamiento problema.

Se recogen las variables demográficas edad y sexo.

### Estrategia de análisis

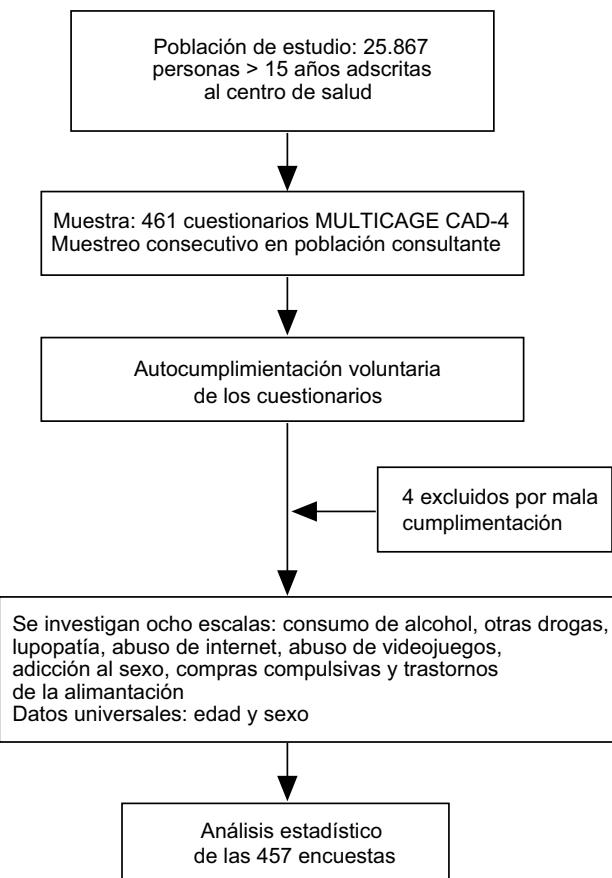
Se describen las variables cuantitativas mediante la media y el intervalo. Se calculan los intervalos de confianza del 95%. Para valorar la relación entre variables se ha utilizado la prueba de la  $\chi^2$  de Pearson o el test exacto de Fisher en los casos que no se cumplían las condiciones de aplicación del primero. Para las correlaciones entre las distintas escalas se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman (esquema 1).

## Resultados

Se recogieron 461 cuestionarios, de los que 4 no se incluyeron por estar incompletos. De los 457 sujetos que cumplimentaron correctamente el cuestionario, el 38,1% eran varones y el 61,9%, mujeres, cuya media de edad fue de 46 (intervalo, 14-84) años y de 39 (intervalo, 14-90) años, respectivamente. En la tabla 2 se expone la distribución de los sujetos estudiados por edad y sexo.

El porcentaje de sujetos que presentan puntuaciones criterio para cada uno de los comportamientos problema se presenta en la tabla 3. En el 46,4% hay al menos una escala alterada y más de una en el 22,8%. Las conductas adictivas que presentan mayores frecuencias son los trastornos de la alimentación, el consumo de alcohol y el gasto compulsivo. En la misma tabla se describe la distribución de frecuencias por grupos de edad, con diferencias estadísticamente significativas para drogas, internet y gasto compulsivo.

Teniendo en cuenta el sexo, el comportamiento más frecuente en los varones es el consumo de alcohol y en las mujeres, los trastornos de la alimentación (fig. 1); son



**Esquema 1** Esquema general del estudio Estudio descriptivo, transversal, de población atendida en un centro de salud para realizar una aproximación a la prevalencia de los trastornos del control de impulsos mediante el cuestionario MULTICAGE CAD-4.

**Tabla 2** Distribución de los sujetos estudiados según edad y sexo

Edad, años	Varones, n (%)	Mujeres, n (%)	Total, n (%)
<18	3 (1,7)	4 (1,4)	7 (1,5)
18-24	17 (9,8)	31 (11)	48 (10,5)
25-34	31 (17,8)	89 (31,4)	120 (26,3)
35-44	22 (12,6)	61 (21,6)	83 (18,2)
45-54	36 (20,7)	52 (18,4)	88 (19,3)
55-64	47 (27)	39 (13,8)	86 (18,8)
>64	18 (10,3)	7 (2,5)	25 (5,5)
Total	174 (100)	283 (100)	457 (100)

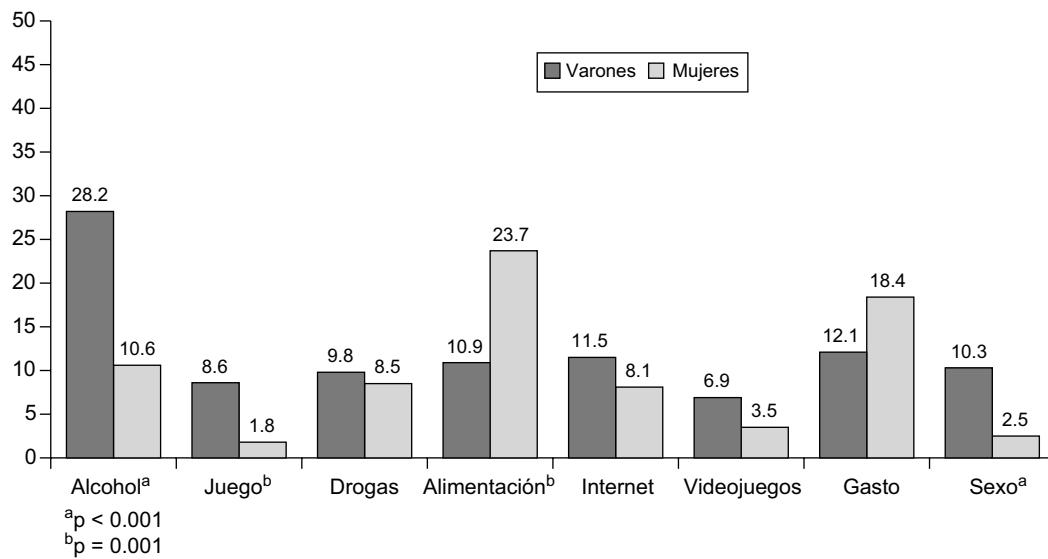
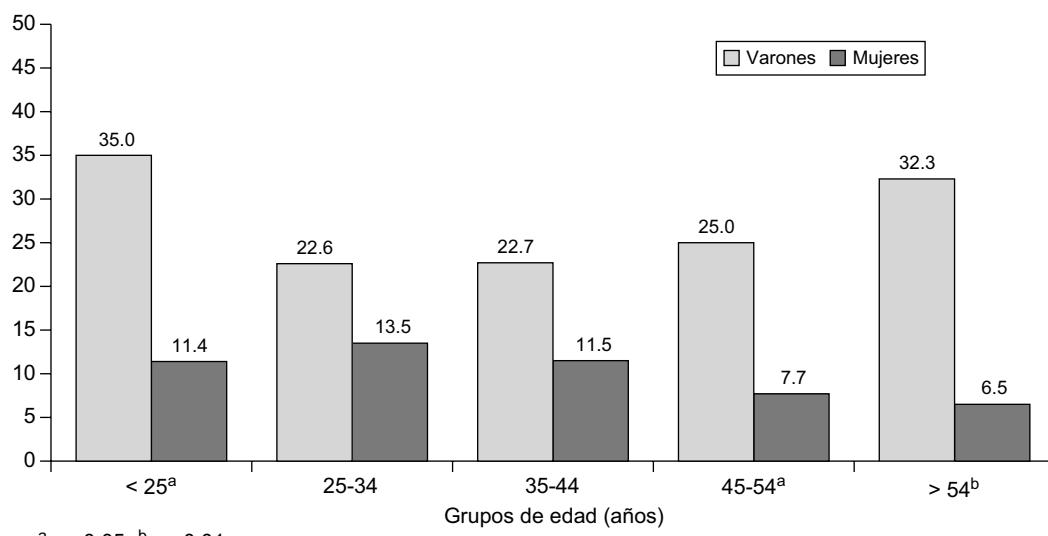
significativas las diferencias en las escalas de alcohol, ludopatía, adicción al sexo (más frecuentes entre los varones) y trastornos de la alimentación (más frecuentes en las mujeres).

La figura 2 muestra la distribución de la frecuencia de alteración de la escala de alcohol por edad y sexo.

**Tabla 3** Frecuencia de sujetos con puntuación criterio para el total y según grupos de edad

	Total		Grupos de edad (años), n (%)					p
	n (%)	IC del 95%	< 25	25-34	35-44	45-54	> 54	
Alcohol	79 (17,3)	13,7-20,9	11 (20)	19 (15,8)	12 (14,5)	13 (14,8)	24 (21,6)	0,597
Juegos	20 (4,4)	2,4-6,4	3 (5,5)	2 (1,7)	2 (2,4)	7 (8)	6 (5,4)	0,199
Drogas	41 (9)	6,2-11,7	11 (20)	14 (11,7)	3 (3,6)	9 (10,2)	4 (3,6)	0,003
Alimentación	86 (18,8)	15,1-22,5	12 (21,8)	30 (25)	17 (20,5)	15 (17)	12 (10,8)	0,081
Internet	43 (9,4)	6,6-12,2	16 (29,1)	14 (11,7)	4 (4,8)	8 (9,1)	1 (0,9)	<0,001
Videojuegos	22 (4,8)	2,7-6,9	6 (10,9)	7 (5,8)	5 (6)	2 (2,3)	2 (1,8)	0,077
Gasto	73 (16)	12,5-19,4	17 (30,9)	26 (21,7)	16 (19,3)	7 (8)	7 (6,3)	<0,001
Sexo	25 (5,5)	3,3-7,7	5 (9,1)	6 (5)	3 (3,6)	3 (3,4)	8 (7,2)	0,498
Al menos 1 escala alterada	212 (46,4)	41,7-51,1	40 (72,7)	57 (47,5)	37 (44,6)	38 (43,2)	40 (36)	<0,001
2 o más escalas alteradas	104 (22,8)	18,8-26,7	22 (40)	33 (27,5)	16 (19,3)	16 (18,2)	17 (15,3)	0,003

IC: intervalo de confianza.

**Figura 1** Frecuencia de alteración de las escalas de conductas adictivas según sexo.<sup>a</sup>p < 0.05   <sup>b</sup>p < 0.01**Figura 2** Frecuencia de alteración de la escala de adicción al alcohol por edad y sexo.

**Tabla 4** Coeficiente de correlación de Spearman entre las distintas escalas de conductas adictivas

	Juegos	Drogas	Alimentación	Internet	Videojuegos	Gasto	Sexo
Alcohol	0,38 <sup>a</sup>	0,38 <sup>a</sup>	0,28 <sup>a</sup>	0,17 <sup>b</sup>	0,20 <sup>a</sup>	0,23 <sup>b</sup>	0,23 <sup>a</sup>
Juegos		0,36 <sup>a</sup>	0,14 <sup>b</sup>	0,14 <sup>a</sup>	0,19 <sup>b</sup>	0,14 <sup>a</sup>	0,21 <sup>a</sup>
Drogas			0,18 <sup>a</sup>	0,15 <sup>b</sup>	0,20 <sup>a</sup>	0,25 <sup>a</sup>	0,23 <sup>a</sup>
Alimentación				0,19 <sup>a</sup>	0,14 <sup>a</sup>	0,36 <sup>a</sup>	0,21 <sup>b</sup>
Internet					0,48 <sup>a</sup>	0,20 <sup>a</sup>	0,18 <sup>a</sup>
Videojuegos						0,20 <sup>a</sup>	0,18 <sup>a</sup>
Gasto							0,21 <sup>a</sup>
Sexo							

<sup>a</sup>p<0,01.<sup>b</sup>p<0,05.

Las frecuencias son mayores para los varones en todos los grupos de edad. Las diferencias encontradas en los menores de 25 años y los mayores de 45 años han resultado estadísticamente significativas.

Al analizar la correlación entre las distintas escalas, aunque muchos coeficientes resultaron significativos desde el punto de vista estadístico, su magnitud en la mayoría de los casos es baja (tabla 4). La relación más alta se encuentra entre internet/videojuegos, alcohol/drogas, alcohol/ludopatía, drogas/ludopatía y gasto compulsivo/trastornos de la alimentación.

## Discusión

En el presente trabajo se encuentra que las escalas más frecuentemente alteradas son la conducta alimentaria, el consumo de alcohol y el gasto compulsivo; así se aprecia que el 17,3% de la población encuestada presenta alteración en la escala del alcohol, tasa similar a la del estudio de Albacete, la más elevada de las encontradas en la literatura (17,2%)<sup>5</sup>. Ocurre en todos los grupos de edades en porcentajes elevados. Es más frecuente en varones, y es llamativo en que se dé en intervalos de edad extremos: hasta el 35% de los varones menores de 25 años y más del 32% de los mayores de 50 años.

Sorprende la alta prevalencia de trastornos de la alimentación (19%) en relación con otros estudios (4,5-3,8%)<sup>10,11</sup> que además suelen limitarse a población en la que la prevalencia sería mayor (adolescentes y/o mujeres); esta elevada prevalencia ocurre en todos los intervalos de edad. Un estudio más pormenorizado reveló que el ítem 13 (provocación del vómito), más relacionado con anorexia-bulimia, es más frecuente en mujeres de 15 a 30 años, mientras que los ítems 14 y 16 (pérdida de control en la ingestión de la comida y obsesión por las dietas), que exploran culpabilidad, son más frecuentes en varones de mayor edad, lo que podría estar relacionado con la dificultad que experimentan estos sujetos para cumplir las dietas específicas del tratamiento de sus enfermedades crónicas; por lo tanto, no serían indicativos de un trastorno del control de los impulsos.

El hecho de que los comportamientos relacionados con internet y videojuegos sean menores que en otros trabajos (el 13,8% de los niños y el 20,3% de los adolescentes coreanos<sup>12</sup>, para internet, y entre el 20%<sup>15</sup> y el 37%<sup>16</sup>, para los videojuegos) se justifica porque la mayoría de los estudios se realizan en jóvenes<sup>10-12,15</sup>, mientras que en nuestra muestra sólo el 1,8% es menor de 18 años. Además, la falta de criterios estandarizados para el estudio de estos comportamientos los hace poco comparables. No obstante, si analizamos a la población menor de 25 años, el abuso de internet mostró una frecuencia más cercana a los otros estudios (29%).

La prevalencia de gasto compulsivo es alta (16%) en comparación con los estudios identificados (hasta el 8%)<sup>19,20</sup>, realizados en Estados Unidos; no hemos encontrado estudios de ámbito español.

Casi la mitad de la muestra tiene puntuaciones criterio para estimar como problemática al menos una de las conductas exploradas.

Como conclusión, se ha realizado un estudio para explorar una serie de problemas que, aunque afectan de forma importante a la calidad de vida, son infradiagnosticados o difícilmente detectados al permanecer ocultos o ser considerados «normales». Quizá por este motivo, o por la relativa novedad de algunos de ellos, los pocos estudios que existen son muy heterogéneos. Hay que tener en cuenta que se ha estudiado a la población consultante, y que ésta podría no ser representativa de la población general en los aspectos estudiados. Los datos obtenidos en el presente trabajo parecen indicar que nos encontramos frente a una problemática frecuente, oculta y potencialmente abordable, que puede ser detectada mediante el MULTICAGE CAD-4, instrumento de cribado eficaz, económico, fácil y rápido de administrar, capaz de generar un proceso diagnóstico en la consulta médica o de enfermería de atención primaria, cuyos profesionales desempeñan un papel crucial en la detección de estos trastornos.

Tendría interés investigar si el consejo médico podría ayudar a la reconducción de estas conductas potencialmente disfuncionales en la misma medida que ocurre con el consumo de alcohol<sup>35</sup>. Son necesarios nuevos estudios para el conocimiento más ajustado de la prevalencia de estos problemas en la población general.

## Lo conocido sobre el tema

- En muchas de las consultas por cuadros depresivos subyacen problemas de índole adictivo (trastornos del control de impulsos).
- De los trastornos del control de los impulsos, sólo hay criterios diagnósticos tipificados para los trastornos por abuso de sustancias (drogas y alcohol) y el juego patológico.
- La prevalencia de este tipo de trastornos no es bien conocida, si exceptuamos aquellos que se encuentran tipificados por la heterogeneidad de los criterios en los estudios y la tendencia a ser ocultados.

## Qué aporta este estudio

- Se realiza una aproximación a las frecuencias de conducta de riesgo adictivo en población consultante en atención primaria.
- Pone de manifiesto que nos encontramos frente a una problemática frecuente y oculta.
- Presenta un instrumento para la detección de algunos de los trastornos del control de los impulsos (el cuestionario MULTICAGE CAD-4) aplicable desde la atención primaria por su facilidad de uso y brevedad.

## Bibliografía

1. Erickson L, Molina CA, Ladd GT, Pietrzak RH, Petry NM. Problem and pathological gambling are associated with poorer mental and physical health in older adults. *Int J Eat Disord.* 2005; 20:754-9.
2. Pallanti S, Bernardi S, Quercioli L. The Shorter PROMIS Questionnaire and the Internet Addiction Scale in the assessment of multiple addictions in a high-school population: prevalence and related disability. *CNS Spectr.* 2006;11:966-74.
3. Martínez Vizcaíno V, Jarabo Crespo Y, Salcedo Aguilar F, Ordoño Domínguez JF, Santiago Pérez S, Monreal Redondo D. Prevalencia de alcoholismo en la población atendida en un centro de salud urbano. *Aten Primaria.* 1992;10:872-4.
4. Alvarez FJ, Del Rio MC. Screening for problem drinkers in a general population survey in Spain by use of the CAGE scale. *J Stud Alcohol.* 1994;55:471-4.
5. Escobar F, Espí F, Canteras M. Problems related to alcohol consumption in primary health care: prevalence and clinical profile. *Fam Pract.* 1993;10:424-30.
6. Welte J, Barnes G, Wieczorek W, Tidwell MC, Parker J. Alcohol and gambling pathology among US adults: prevalence, demographic patterns and comorbidity. *J Stud Alcohol.* 2001;62:706-12.
7. Becoña E. Prevalencia del juego patológico en Galicia mediante el NODS. ¿Descenso de la prevalencia o mejor evaluación del trastorno? *Adicciones.* 2004;16:173-84.
8. Legarda JJ, Babio R, Abreu JM. Prevalence estimates of pathological gambling in Seville (Spain). *Br J Addict.* 1992;87: 767-70.
9. Reitox National Focal Point Estudio EDADES. New Development, Trends and in-depth information on selected issues. Spain. 2006 National Report (2005 data) to the EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) [citado 24 Nov 2007]. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>.
10. Toro J. La epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. *Med Clin (Barc).* 2000;114:543-4.
11. Luck AJ, Morgan JF, Reid F, O'Brien A, Brunton J, Price C, et al. The SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: comparative study. *BMJ.* 2002;325:755-6.
12. Ha JH, Yoo HJ, Cho IH, Chin B, Shin D, Kim JH. Psychiatric comorbidity assessed in Korean children and adolescents who screen positive for Internet addiction. *J Clin Psychiatry.* 2006; 67:821-6.
13. Leal Quiñones A, Leal Quiñones F, Velázquez Martínez. Estudio piloto sobre uso normal y patológico de Internet en la población universitaria de Cádiz [citado 28 Nov 2007]. Disponible en: <http://www.azajer.com/azajer-archivos/20020916174750349210/UCA.doc>.
14. Petry NM. Internet gambling: an emerging concern in family practice medicine? *Family Practice.* 2006;23:421-6.
15. Griffiths MD, Hunt N. Dependence on computer games by adolescents. *Psychol Rep.* 1998;82:475-80.
16. Estudio sobre la prevalencia de la adicción al juego en Alava. Vitoria: Diputación Foral. Para ASAJER (Asociación Alavesa de Jugadores en Rehabilitación); 2001. Disponible en: <http://www.append.es/es/estudios.asp>.
17. Phillips C, Rolls S, Rouse A, Griffiths M. Home video game playing in school: children. A study of incidence and patterns of play. *J Adolesc.* 1995;18:687-91.
18. Tejeiro Salguero R, Bersabé Morán R. Measuring problem video game playing in adolescents. *Adiction.* 2002;97:1601-6.
19. Koran LM, Faber RJ, Aboujaoude E, Large MD, Serpe RT. Estimated prevalence of compulsive buying behavior in the United States. *Am J Psychiatry.* 2006;163:1670-2.
20. Faber RJ, O'Guinn TC. A clinical screener for compulsive buying. *J Consumer Res.* 1992;19:459-69.
21. Schaffer SD, Zimmerman ML. The sexual addict: a challenge for the primary care provider. *Nurse Pract.* 1990;15: 25-6, 28, 33.
22. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (versión española). 4.<sup>a</sup> ed. Primary care version (DSM-IV-PC). Barcelona: Masson; 1997.
23. Pedrero EJ. Recursos de tratamiento en Internet para conductas adictivas. *Trastornos Adictivos.* 2002;4:69-82.
24. Rodríguez-Martos A, Navarro R, Vecino C, Pérez R. Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohol.* 1986;11:132-9.
25. Fernández J, Echeburúa E, Báez C. El Cuestionario Breve de Juego Patológico (CBJP): un nuevo instrumento de "screening". Análisis y Modificación de Conducta. 1995;21:211-23.
26. Lesieur HR, Blume SB. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry.* 1987;144:1184-8.
27. Henderson M, Freeman CP. A self-rating scale for bulimia. The 'BITE'. *Brit J Psychiat.* 1987;50:18-24.
28. García-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Ibañez JA, Lou S, Solano V, Alda M. Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for screening of eating disorders in primary care. *J Psychosom Res.* 2005;59:51-8.
29. Young KS. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychol Behav.* 1998;1:237-44.
30. Brown R, Leonard T, Saunders LA, Papasouliotis O. A Two-item conjoint screen for alcohol and other drug problems. *J Am Board Fam Pract.* 2001;14:95-106.
31. Tejeiro Salguero RA, Morán RM. Measuring problem video game playing in adolescents. *Addiction.* 2002;97:1601-6.
32. Brown RL. Identification and office management of alcohol and drug disorders. En: Fleming MF, Barry KL, editores. *Addictive Disorders.* San. Luis: Mosby; 1992. p. 28.
33. Bombín B. El tono menor de las adicciones. *Adicciones.* 1994;6: 131-4.

34. Pedrero Pérez E, Rodríguez Monje MT, Gallardo Alonso F, Fernández Girón M, Pérez López M, Chicharro Romero J. Validación de un instrumento para la detección de trastornos de control de impulsos y adicciones: el MULTICAGE CAD-4. *Trastornos Adictivos*. 2007;9:269–78.
35. López-Marina V, Pizarro Romero G, Alcolea García R, Beato Fernández P, Galindo Montané E, Montellà Jordana N. Evaluación del cribado y la efectividad de una intervención breve en bebedores de riesgo atendidos en consultas de atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;36:261–8.