

LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN ADICCIONES: EFICACIA, LIMITACIONES Y PROPUESTAS PARA MEJORAR SU IMPLANTACIÓN

Emilio Sánchez Hervás

Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana

El uso de alcohol y drogas es hoy en día uno de los factores de riesgo más importantes en la mortalidad y la morbilidad en el mundo, en especial en los países de Europa y América. El tratamiento de los trastornos adictivos ha experimentado importantes cambios en los últimos 25 años, y en la actualidad, diferentes alternativas de tratamiento pueden utilizarse para aquellas personas con problemas derivados del uso de sustancias psicoactivas. Los afectados tienen a su vez, el derecho a recibir el mejor de los tratamientos disponibles. En este contexto surge la necesidad de la validación empírica de los tratamientos psicológicos en conductas adictivas, un área donde el tratamiento psicofarmacológico utiliza desde hace años terapéuticas basadas en el conocimiento científico. Los resultados de las investigaciones son suficientemente claros en cuanto a la capacidad de ciertas modalidades de tratamiento, de lograr que los sujetos tratados reduzcan el uso de sustancias psicotrópicas y mejoren otros aspectos de su vida. El conocimiento de una mayor evidencia empírica en algunos tratamientos psicológicos, ha tenido como consecuencia la publicación de guías y manuales de tratamiento eficaces. Se exponen algunas de las dificultades que a juicio del autor plantea la utilización de estas guías y manuales en el tratamiento de los trastornos adictivos: patología dual, adhesión a los tratamientos, presión asistencial, formación de los psicólogos, etc. Se concluye que la utilización de tratamientos que han demostrado eficacia es una obligación para los profesionales, aunque no obstante haya que considerar que en el ámbito de las conductas adictivas, muchos casos no puedan ser tratados en base a ellas, ya que las necesidades de los pacientes exigen a menudo métodos flexibles y personalizados. Finalmente se señala la necesidad de fomentar más investigación en contextos reales, mediante la colaboración entre la Universidad, el Colegio de Psicólogos y los profesionales, lo que permitiría mejorar la calidad y la utilidad de las intervenciones en esta área.

The use of alcohol and drugs is nowadays one of the more important factors of risk in mortality and morbidity in the world, in special in the countries of Europe and America. The treatment of the addictive disorders has experienced important changes in the last 25 years, and at the present time, different alternatives from treatment can be used for those people with problems derived from the use of psychoactive substances. The affected ones have as well, the right to receive the best one of the treatments available. In this context the necessity arises from the empirical validation of the psychological treatments in addictive behaviours, an area where the pharmacological treatment has been using for therapeutic years based on the scientific

knowledge. The results of the investigations are sufficiently clear as far as the capacity of certain modalities of treatment to obtain that the treated subjects reduce the use of psychoactive substances and improve other aspects of their life. The knowledge of a greater empirical evidence in some psychological treatments has had as consequence the publication of effective manual guides of treatment. Some of the difficulties are exposed, that in opinion of the author the use creates these manual guides and for the treatment of the addictive disorders: dual pathology, adherence to the treatment, welfare pressure, formation the psychologist, etc. One concludes that the use of treatments that have demonstrated effectiveness is an obligation on the part of the professionals, although despite is necessary to consider that in the scope of the addictive behaviours, many of the cases cannot be treated on the basis of them, since the necessities of the patients often demand flexible and customized methods. Finally which is indicated, that necessary to foment more investigation in real contexts, by means of the collaboration between the University, the Psychologists Association and the professionals, would allow to improve the quality and the utility of the interventions in this area.

[Imprimir] [Ver pdf en Español]

Correspondencia: Emilio Sánchez Hervás. Unidad de Conductas Adictivas – Centro de Salud. Avd. Rambleta, 63. CP 46470. Catarroja. Valencia. E-mail: uca.catarroja@gva.es

INTRODUCCIÓN

Tal y cómo los conocemos en la actualidad, los trastornos relacionados con el uso de sustancias son relativamente nuevos. Aunque existen abundantes datos en la historia relacionados con la inadecuada utilización de diversas sustancias psicotrópicas, la magnitud que ha alcanzado en los últimos años la problemática en relación al abuso y la dependencia a drogas y otros comportamientos adictivos, era algo impensable hasta años recientes¹. El desconocimiento de muchos de los mecanismos implicados en el inicio y el mantenimiento de los procesos adictivos, ha tenido gran influencia en el desarrollo de los tratamientos psicológicos (y también de los farmacológicos) en conductas adictivas.

En la actualidad las drogodependencias y otros trastornos adictivos son reconocidos por la ley como enfermedades comunes, de alta prevalencia, elevado coste personal, familiar y social, en especial en la franja de edad más productiva de la población (18-35 años). Suponen la segunda causa de muerte en este segmento de edad después de los accidentes y, están considerados como

objetivos prioritarios de salud en los planes de salud de distintas Comunidades Autónomas. Las tasas de prevalencia de consumo entre la población española aumentan año tras año², por lo que se les considera uno de los principales problemas de salud.

El devenir de los tratamientos psicológicos en conductas adictivas ha seguido un camino paralelo al desarrollo de pautas y hábitos de consumo de la población. Desde las iniciales formulaciones basadas en los modelos "pseudoterapéuticos" norteamericanos³, inicialmente concebidas para tratar los problemas relacionados con el uso de opiáceos y, los dispensarios antialcohólicos en psiquiatría, hasta la asunción en la actualidad de un modelo de atención multidisciplinar, en el que los problemas derivados del consumo se entienden y explican desde una vertiente biopsicosocial, la atención psicológica siempre ha estado presente (COP, 1993; 1998), a pesar de que ahora, se reivindique desde algunas especialidades "la exclusividad asistencial"⁴ para el tratamiento de los trastornos adictivos.

De igual forma que para otros problemas de salud, los usuarios afectados por estos trastornos, deben tener la mayor garantía de que sus problemas son atendidos de la mejor manera posible. Los planteamientos en la línea del "todo vale", no pueden ser aceptados. Tal y como indican Labrador, Echeburúa y Becoña (2000), sólo una evaluación rigurosa de los que se está haciendo y de los resultados, puede garantizar esta información. En este sentido, sólo los tratamientos empíricamente validados deben ser utilizados, los más eficaces y, en igualdad de condiciones, los más breves.

La evidencia sugiere que los profesionales valoran la validez científica, pero que sin embargo las prácticas clínicas no están en muchos casos apoyadas por la evidencia empírica. Los clínicos se apoyan frecuentemente en su experiencia personal, en sus creencias, y en su fe en los procedimientos que conocen y utilizan (Beutler, 2000). Los psicólogos clínicos declaran en muchos casos adscribirse a orientaciones teóricas que no cuentan con terapias validadas (Santolaya, Berdullas y Fernández, 2001) y, utilizar procedimientos de evaluación con escaso apoyo científico (Muñiz y Fernández, 2000). El profesional de la clínica no puede basar su ejercicio profesional sólo en su experiencia personal sin tener una prueba científica que apoye su aplicación práctica⁵. Dentro del área de la intervención clínica, la toma de decisiones terapéuticas requiere conocer la "mejor" evidencia empírica disponible, permitiendo con ello seleccionar la técnica psicológica que haya demostrado tener las mejores pruebas de su efecto⁶ (Frías y Pascual, 2003). Las mayores garantías de eficacia en la intervención psicológica parecen depender de que la intervención se formule e investigue como aplicación rigurosa de la psicología científica, es decir, de que se considere a todos los efectos como una práctica científica (Rodríguez-Naranjo, 2000).

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EFECTIVOS EN CONDUCTAS ADICTIVAS

La mayoría de las personas que sufren problemas adictivos no reciben ayuda alguna, sin embargo, las pruebas demuestran claramente que las que reciben ciertas formas de tratamiento reducen su consumo de sustancias psicoactivas y mejoran otros aspectos de su vida. En general, los tratamientos producen mejores resultados cuando se tratan los problemas adicionales del individuo. Además de disminuir (o eliminar) el uso de sustancias, los objetivos de los tratamientos se dirigen a procurar que los individuos vuelvan a funcionar productivamente dentro de la familia, el trabajo y la comunidad. Las formas de medir la eficacia de los tratamientos incluyen el funcionamiento de la persona a nivel laboral, legal, familiar, social y su condición médica y psicológica. En general, el tratamiento de la adicción a drogas es tan efectivo como el tratamiento de otras enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión y el asma (NIDA, 1999).

Aunque los tratamientos en adicciones se abordan desde una perspectiva multidisciplinar, el tratamiento psicológico es fundamental en los resultados de las intervenciones. El National Institute for Drug Abuse de Estados Unidos (NIDA), propuso unas directrices básicas (Principios de Tratamiento Efectivo), que deben de guiar a los profesionales que trabajan en dicho ámbito. En uno de estos principios se señala: "El consejo psicológico (individual o en grupo), y otras terapias conductuales son componentes críticos para el tratamiento efectivo de la drogodependencia" (NIDA, 1999). El NIDA recoge así, las recomendaciones realizadas por la Asociación Psicológica Americana con base a los estudios de evaluación sobre efectividad de los tratamientos realizados en los últimos años (Task Force, 1993; Task Force, 1995; Chambless et al, 1996; Chambless y Hodson, 1998; APA, 2000).

Ciertas modalidades de tratamiento parecen ser particularmente prometedoras respecto a su influencia en el consumo de sustancias psicoactivas y los problemas relacionados con su uso, y en general los resultados mejoran cuando también se proporciona un apoyo adicional para otros problemas del sujeto (laborales, legales, educativos, médicos, etc). Sin embargo, las características de los pacientes antes y después de los tratamientos, así como su entorno social, influyen en el éxito del tratamiento. Los individuos que sufren de trastornos psíquicos graves y los que carecen de apoyo social para alcanzar un estado de abstinencia o disminuir su consumo, por lo general no obtienen tan buenos resultados como los otros (Roberts, Ogborne, Leigh y Adam, 1999). En general, es conveniente favorecer el tratamiento grupal y ambulatorio, las intervenciones de corta duración, y la aplicación de los tratamientos por parte de terapeutas con sólidas cualidades de comunicación interpersonal (con empatía y capacidad para forjar una buena alianza terapéutica) (NIDA, 1999).

Las principales orientaciones de psicoterapia que se han estudiado en pacientes con trastornos por consumo de sustancias son la terapia conductual, la terapia cognitivo-conductual, la terapia motivacional, y la terapia psicodinámica/interpersonal. Además se ha evaluado la efectividad de las terapias de grupo, la terapia familiar/conyugal, y la asistencia a grupos de autoayuda. Los datos empíricos existentes junto con la experiencia clínica, sugieren que los tratamientos psicológicos son útiles si se adaptan a las necesidades especiales de este tipo de pacientes.

Se ha comprobado que la terapia conductual individual y la terapia conyugal conductual son tratamientos eficaces en los pacientes con trastornos por consumo de alcohol (Holder, Longabaugh, Miller y Rubonis, 1991; Miller y Hester, 1986). Entre los tratamientos mejor establecidos por su efectividad en el tratamiento de la dependencia a cocaína se encuentra el Programa de Refuerzo Comunitario más Terapia de Incentivo (Budney y Higgins, 1998; Higgins, Budney, Bickel, Hughes, Foerg y Badger, 1993); y el Tratamiento Cognitivo-Conductual (PR) (Carroll, Rousanville y Kleber, 1991; Carroll, Rousanville, Nich, Gordon, Whirt y Gawin, 1994). En la dependencia a opiáceos, se ha argumentado evidencia a favor del manejo de contingencias (Jones, Haugh, Stizer, y Svikis, 2000; Gruber, Chutuape y Stizer, 2000). Se ha evidenciado también eficacia en diversos procedimientos para el tratamiento de la dependencia a la nicotina: Programas Conductuales Multicomponentes (Baker, Fox y Hasselbald, 2000; Sánchez-Meca, Olivares y Alcazar, 2000; APA 1995; USDHSS, 1996). Recientes revisiones (Gil, 2003), señalan que las intervenciones en las que se utiliza un solo componente de tratamiento (saciación, reducción gradual, etc) son igual de efectivas que las Terapias Conductuales Multimodales.

Se mencionado también en la literatura la conveniencia de utilizar la terapia de grupo (Vannicelli, 1992; Lowinson, Ruiz y Millman, 1997) y así como la terapia familiar (Stanton, 1982; Kristen, 1999), como estrategias específicas de tratamiento con menor coste en el caso de la terapia de grupo, y como intervenciones adicionales al tratamiento individualizado en el caso de la terapia familiar.

Entre las adicciones comportamentales destacan los estudios sobre juego patológico, en los que se ha encontrado eficacia para la terapia conductual (Echeburua, Baez y Fernández-Montalvo, 1994; Echeburua et al, 1996); en la terapia cognitivo-conductual con un componente de prevención de recaídas (Bujold, Ladoucer, Sylvain y Boisvert, 1994), y en la terapia cognitiva (Toneato, 1999). Respecto a otras adicciones comportamentales (sexo, comida, compra, trabajo, internet, etc) cabe señalar que los procedimientos de intervención psicológica giran en torno al concepto de pérdida de control, por lo que los procedimientos utilizados consisten en establecer estrategias de control sobre el comportamiento adictivo y el entrenamiento en habilidades con un componente adicional de prevención de recaídas (Echeburua, 1999). De entre todo este tipo de adicciones comportamentales conviene mencionar un programa de tratamiento grupal de corte cognitivo-

conductual desarrollado en nuestro país (Rodríguez, Otero-Lopez y Rodríguez, 2001), para utilizar con personas con problemas de adicción a la compra.

Otros comportamientos relacionados con el uso de sustancias psicoactivas, con menor prevalencia de uso entre la población, pero importantes desde el punto de vista clínico son los comportamientos de uso y/o abuso de drogas recreativas⁷, para los que no existe una intervención claramente definida, debido a la escasa investigación que en la actualidad existe sobre su tratamiento.

Además de las modalidades específicas de tratamiento que se han mencionado, existen algunas variables que pueden influir en la eficacia de éstos. Waltman (1995), señala algunas de las cualidades que debe de poseer un programa para ser eficaz: facilidad de acceso, flexibilidad del tratamiento, participación de la familia, buen nivel de competencia de los terapeutas, considerar las particularidades de los pacientes (grupos específicos), y seguimiento tras el tratamiento.

Actualmente el producto final de los estudios sobre eficacia y efectividad de los tratamientos, son las guías de tratamiento o los manuales de tratamientos eficaces o efectivos. La pretensión de estas guías no es tanto que los clínicos sean gobernados por ellas, sin apenas margen de libertad, cuanto que éstas sirvan de base para tomar decisiones en la intervención. Los resultados que se obtienen en la investigación representan una estrategia "favorita" para la mayoría de los pacientes en una categoría dada, pero existe la necesidad de modificar el plan asignado, ya que puede existir la posibilidad de que un paciente concreto presente características que contraindicarían el tratamiento recomendado (Pérez, Fernández, Fernández y Amigó, 2003).

DIFICULTADES Y LIMITACIONES EN EL TRATAMIENTO DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS: IMPLICACIONES SOBRE LA EFICACIA Y LA EFECTIVIDAD

En general, conviene ser prudentes al hacer generalizaciones de los resultados antes de aplicarlos a situaciones de tratamiento típicas, ya que un buen número de estudios se han realizado en el marco de clínicas universitarias con la participación de terapeutas muy competentes y con sujetos seleccionados. Por lo general, los individuos con problemas múltiples y socialmente inestables son excluidos de estudios controlados, y los que son seleccionados deben aceptar las condiciones que imponga la investigación. Esto incluye la aceptación de ser asignados de manera aleatoria al tratamiento, de modo que quedarían excluidos los que quisieran recibir un tratamiento en particular y los que desearan participar en la planificación de su tratamiento (Roberts et al, 1999).

En nuestro país, las personas con problemas adictivos son tratados fundamentalmente en el sistema socio-sanitario público. Al margen de la consideración de que la mayor parte de estudios sobre eficacia provienen de la investigación anglosajona (donde los sistemas de asistencia socio-sanitaria son considerablemente diferentes al nuestro), la asistencia a este tipo de pacientes presenta una serie de dificultades que es preciso considerar a propósito de la eficacia y de la aplicación de los tratamientos eficaces:

1. Patología Dual⁸. En conductas adictivas la presentación de varios diagnósticos no es infrecuente. Lo habitual es encontrarse con individuos que presentan varios diagnósticos de abuso y/o dependencia, y además con mucha frecuencia diagnósticos adicionales de trastornos distintos al trastorno adictivo. Es conocido que la presentación de varios diagnósticos ensombrece el pronóstico y dificulta la intervención. Además de disponer de tratamientos validados para trastornos adictivos, es preciso que los terapeutas posean habilidades específicas para manejar estos casos, pues seguramente se trata de las patologías comórbidas de más difícil manejo⁹.

2. Adhesión al tratamiento. Muchas personas con problemas adictivos tienen dificultades para adherirse a los tratamientos. Por un lado las dificultades derivadas de la propia naturaleza de los trastornos (en muchos casos crónicos y con tendencia a provocar recaídas frecuentes), lo que provocan que muchos de los pacientes hayan sido tratados por diversos recursos asistenciales con escaso éxito. En otros casos la expectativa que tienen muchos pacientes y en especial de muchas familias de recibir un tratamiento fundamentalmente de tipo farmacológico, con escasas implicaciones en un trabajo más laborioso como el que requiere un programa de tratamiento psicológico. Además, diversas barreras todavía siguen dificultando un buen cumplimiento de los tratamientos: disponibilidad para asistir a las sesiones (en muchos casos teniendo que ausentarse del puesto de trabajo), estigma social (los problemas relacionados con sustancias-drogas generan todavía ciertas reticencias entre la población), etc. Facilitar el acceso a los servicios, ofrecer una amplia oferta de alternativas de tratamiento, considerar y facilitar el acceso a servicios adicionales, asesoramiento, apoyo y tratamiento si se precisa para familiares, son algunas de las variables que mejoran la retención en los programas.

3. Apareamiento de sujetos con tratamientos y terapeutas. El concepto de que ciertos sujetos responden mejor a ciertos tratamientos y a ciertos terapeutas es un tema que ha suscitado interés desde hace tiempo. En general, son poco convincentes las actuales pruebas a favor del apareamiento de pacientes con el método de tratamiento. Sin embargo, esto no significa que un tratamiento servirá para todos. Las diversas necesidades de los pacientes exigen un método flexible y personalizado. Algunos pacientes necesitan servicios para sus problemas psiquiátricos,

otros necesitan ayuda para problemas de desempleo y otros para diversos problemas sociales. Es importante prestar atención a estos problemas si el objetivo es que los pacientes modifiquen de forma permanente su consumo de sustancias, por lo que es adecuado mantener un constante nivel de coordinación con otros recursos asistenciales (p.ejem. servicios sociales, laborales, educativos, jurídicos, etc).

4. Presión asistencial. En conductas adictivas, prácticamente todos los casos son considerados "urgentes". La demanda para problemas por uso de drogas aumenta cada año y, uno de las variables que determina la eficacia de los tratamientos es el grado de motivación por parte de los pacientes al inicio y durante el proceso de tratamiento (NIDA, 1999), por lo que la inmediatez de la asistencia es un factor clave. Ya se sabe que las personas con problemas adictivos presentan con frecuencia gran ambivalencia respecto a la necesidad de cambiar sus comportamientos adictivos, lo que implica el evitar las listas de espera y atender lo antes posible cualquier demanda que se realice, en detrimento de algunas de las sesiones "programadas".

5. Duración de los tratamientos. Una de las cuestiones que preocupa a los clínicos es la duración de los tratamientos. Los pacientes indican con frecuencia que la asistencia postratamiento resulta útil para mantener la abstinencia después del tratamiento primario (Maisto et al, 1989). Por ejemplo, en el caso del alcoholismo, se ha encontrado que la participación en programas de asistencia postratamiento era un predictor más potente de la evolución final, que la duración de la hospitalización, la función neuropsicológica, las medidas del consumo de alcohol, la estabilidad social previas al tratamiento (Walker et al, 1983), y las recaídas en el consumo de sustancias (McLatchie y Lopm, 1988). El deterioro cognitivo y el bajo nivel cultural de algunos pacientes, son algunos de los factores que dificultan la aplicación de terapias estructuradas limitadas en el tiempo.

6. Conocimientos de los profesionales. Además de los conocimientos (y la especialidad) de psicología clínica de los psicólogos de conductas adictivas, es preciso que exista una preparación específica en adicciones, que cubra la formación en distintas áreas de conocimiento implicadas en el abordaje de estos trastornos: programas y estrategias de prevención, estrategias y programas de reducción de daños, legislación en materia de drogodependencias y delitos relacionados, farmacología básica y neuroquímica de las sustancias de abuso, epidemiología clínica, metodología de la investigación, gestión de equipos de salud, habilidades de comunicación y negociación, manejo adecuado del estrés (burnout profesional), etc. La formación universitaria actual dista mucho de cumplir tales necesidades de formación para los psicólogos que trabajan en conductas adictivas, por lo que la formación de postgrado es la única alternativa en muchos casos. Bien es cierto que los procedimientos de intervención utilizados en adicciones no son muy diferentes de los utilizados en psicología clínica, pero los trastornos adictivos presentan una serie de

particularidades que hacen necesaria una formación específica en el área. Habida cuenta de que un buen número de psicólogos desarrollan su labor en esta área de trabajo, cabría esperar una mayor atención formativa en el currículo universitario.

7. Investigación y efectividad de los tratamientos. Uno de los tradicionales problemas con los que se ha enfrentado la psicología en general, y en particular la psicología de las conductas adictivas es la escasa colaboración entre la investigación (centrada fundamentalmente en el ámbito universitario) y la práctica clínica, lo que dificulta el avance necesario de los conocimientos en el área. Debería de potenciarse la relación entre el ámbito universitario y el ámbito clínico, facilitando los recursos de investigación de este último a través de la colaboración entre los investigadores universitarios y los clínicos que desempeñan su labor día a día con casos reales. Dicha colaboración es escasa (en algunos casos inexistente), lo que dificulta enormemente un conocimiento de la realidad, e impide los ajustes necesarios en los tratamientos. La Universidad y el Colegio de Psicólogos deberían de potenciar dicha colaboración. Los clínicos a su vez, deberían de acreditarse como investigadores (formación en doctorado y suficiencia investigadora).

8. Trabajo en equipo y actualización. No olvidemos que el abordaje de estos trastornos se basa en una atención integral. La falta de comunicación entre los distintos profesionales y el desconocimiento de los distintos enfoques es absurdo e inoperativo. La interacción entre las distintas intervenciones (psicológica y farmacológica) potencia los resultados terapéuticos. Las sesiones clínicas, de coordinación (intra-entre servicios y unidades), la formación continuada, la actualización a través de la participación en sociedades científicas relacionadas, y la asistencia a reuniones profesionales son indispensables para la puesta al día, y para el adecuado conocimiento de los avances en el área.

En el día a día con las personas afectadas, surgen con frecuencia diversas dificultades para las que resulta difícil encontrar soluciones, es entonces cuando hay que contar con la habilidad y experiencia del profesional y con el sentido común. En definitiva, los problemas reales con los que trabajan los clínicos, distan en muchos casos de esos mismos problemas cuando se estudian y analizan a nivel teórico. Algunos autores (Denis, 1996), sugieren la necesidad de desarrollar sistemas de control que permitan comprender y evaluar mejor a los pacientes, las intervenciones y los problemas organizacionales y financieros tal y cómo se presentan en la realidad. Este planteamiento difiere de la investigación experimental, en el sentido de que se aborda la eficacia del tratamiento en un contexto real y no en un contexto predeterminado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Por ser considerados trastornos crónicos y ante la ausencia de tratamientos que ofrecieran ciertas garantías de eficacia, los profesionales han rehusado tradicionalmente tratar a personas con problemas adictivos. La bien merecida fama de "pacientes difíciles" con los que era poco probable conseguir éxitos en el tratamiento, ha tenido como consecuencia que el tratamiento de las conductas adictivas haya estado durante años marginado por instituciones, organismos y profesionales, siendo por ello relegado en muchos casos al ámbito del "voluntarismo" y el voluntariado. Y aunque no cabe duda de que muchas personas y organizaciones han desarrollado (y desarrollan en algunos casos) una importante labor para prestar ayuda a las personas afectadas, no es menos cierto que tal situación ha provocado un retraso importante en el desarrollo de estrategias basadas en el conocimiento científico, y en la aplicación de los tratamientos por verdaderos profesionales. Afortunadamente en los últimos años la situación ha cambiado de forma sustancial, al considerarse a las drogodependencias y otros trastornos adictivos como enfermedades comunes¹⁰ que deben ser tratadas en el sistema sanitario público¹¹.

Los resultados de las investigaciones son suficientemente claros en cuanto a la capacidad de ciertas modalidades de tratamiento de lograr que los sujetos tratados reduzcan el uso de sustancias psicotrópicas y mejoren otros aspectos de sus vidas. Si bien las mejoras de conducta respecto al uso de estas sustancias se asocian por lo general a las mejoras que se dan en otros aspectos de la vida de la persona, no siempre sucede de esa manera. Lo mismo que tampoco se puede decir que las mejoras en otras áreas están supeditadas a la abstinencia. Ciertos resultados presentarán un mayor valor que otros, según los intereses y, parece necesario que la decisión sobre el éxito del tratamiento se tome a la luz de múltiples criterios que se inscriben en un medio continuo. Las medidas dicotómicas de resultados (p.ej. abstinencia vs recaída) encubren las ventajas progresivas del tratamiento y no tienen en cuenta el funcionamiento del sujeto tratado en otros aspectos de su vida (Roberts et al, 1999). El tratamiento para el uso de drogas reduce el uso de éstas en un 40-60%, aunque estas estadísticas de eficiencia generalmente se mantienen, los resultados de los tratamientos individuales dependen de la naturaleza y el alcance de los problemas presentes en los pacientes, de que los componentes del tratamiento y los servicios relacionados usados para tratar esos problemas sean apropiados, y del grado de motivación de los pacientes durante el tratamiento (NIDA, 1999).

Los factores que resumen el interés por la evaluación de la eficacia o la efectividad terapéutica pueden resumirse en: la evolución de la ciencia psicológica; el incesante desarrollo de los tratamientos psicofarmacológicos en dura competencia con los tratamientos psicoterapéuticos y, el acceso creciente de los ciudadanos de los países avanzados a los servicios sanitarios, junto con la necesaria contención del gasto por parte de los pagadores (Pérez et al, 2003). En la actualidad se dispone de tratamientos psicológicos de contrastada eficacia, no obstante, no todos los tratamientos psicológicos tienen el mismo valor, al parecer también existen tratamientos

psicológicos ineficaces. El progreso de la psicoterapia en conductas adictivas requiere de la delimitación de las intervenciones específicas eficaces para este tipo de trastornos¹². La evaluación de la eficacia y la efectividad de las intervenciones es pues, una necesidad. Los criterios de economicismo presentes en la sociedad actual no son ajenos al ámbito de trabajo en el que se enmarcan actualmente las intervenciones en conductas adictivas (sistema sanitario fundamentalmente). Los terceros pagadores han generado una dinámica de racionalización de los medios terapéuticos que obligatoriamente lleva a la justificación de la efectividad y la eficiencia de las intervenciones (Santolaya, 2003). Además, el concepto de eficiencia terapéutica ha propiciado el auge de procedimientos que tienden a abaratar y hacer más accesible el tratamiento. El desarrollo de manuales de autoayuda en los que el propio paciente y/o personas próximas pueden aplicar el tratamiento de forma más autónoma y, en especial las psicoterapias breves (Sánchez-Hervás y Tomás, 2001; Sánchez-Hervás, 2003), son sin duda uno de los retos de futuro.

Tal y cómo señalan Pérez et al (2003), la evaluación de la eficacia, efectividad y eficiencia de los tratamientos psicológicos se ha convertido en un tema de capital importancia, sea cual sea el ámbito de aplicación de la intervención psicológica. En todos los casos debe demostrar una utilidad razonable, según criterios científicos, que justifique su aplicación. No obstante, algunos autores han señalado que el objetivo de mejorar la eficacia de los tratamientos puede presentar un dilema para los investigadores, los clínicos y los encargados de formular las políticas relacionadas con la asistencia a las personas con adicciones. Existe el peligro de que, por alcanzar tal objetivo, algunos servicios fijen criterios de admisión más estrictos que contribuirían a aumentar las tasas de éxito, pero a la vez les negarían los servicios a los que más lo necesitan. Los servicios que favorecen a los que más lo necesitan estarían trabajando con candidatos poco favorables para la obtención de buenos resultados en los estudios (Roberts et al, 1999).

Las guías y manuales de tratamiento efectivo aunque necesarias, plantean algunas limitaciones (ninguna de ellas insalvable), que en el caso de las conductas adictivas están relacionadas fundamentalmente con las dificultades propias de los trastornos, que en muchos casos obligan a flexibilizar y personalizar los tratamientos, y con la formación de los profesionales. La normalización en el sistema sanitario de la plena cobertura asistencial y, la unificación de los criterios formativos de los psicólogos (no hay que olvidar que muchas de las limitaciones en nuestro quehacer profesional proceden de las tensiones que tradicionalmente han existido en el mismo seno de la Psicología), deben de constituirse en los pilares básicos que permitan una actuación rigurosa y científica.

Finalmente nos gustaría concluir señalando que a pesar de la aceptación de un modelo de intervención en conductas adictivas de naturaleza biopsicosocial, todavía existen desde algunos sectores profesionales algunas reticencias a aceptar dicho modelo. Intereses corporativos

dificultan la normalización y el estatus laboral de los psicólogos (no puede olvidarse el bloqueo realizado a la aprobación de la especialidad y a la actual situación generada tras la publicación de la LOPS y el Real Decreto sobre Acreditación de Centros). La utilización en la práctica clínica de procedimientos psicológicos validados, ayudará a alcanzar el reconocimiento profesional a la importante labor que los psicólogos realizan en el ámbito de las conductas adictivas. Conviene recordar que la labor asistencial de los equipos de tratamiento de las adicciones en el sistema sanitario (del que forman parte los psicólogos), ha permitido reducir la importante presión asistencial que sobre la atención primaria ejercían los casos relacionados con el uso de sustancias, la reducción de la alta morbi-mortalidad de ellos derivada, y de los costes sociales y sanitarios generados por los mismos. Además, y esto es lo más importante, ha permitido ofrecer a los usuarios una atención integral, integrada y especializada para sus problemas relacionados con el uso de sustancias.

1. American Psychiatric Association (1996). Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 153: 1-31.
2. APA, (1992). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. American Psychological Association. Referencia en Internet: <http://apa.org/ethics/code.html>.
3. APA, (2000). Society of Clinical Psychology. A Guide to Beneficial Psychotherapy. Empirically Supported Treatments. American Psychological Association.
4. APA, (2001a). Guía Clínica para el tratamiento de la dependencia a nicotina. Ars Médica. Traducción al castellano de la Practice Guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. American Psychiatric Association. Washington. 1999.
5. APA, (2001b). Guía Clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias. Alcohol, cocaína y opiáceos. Ars Médica. Traducción al castellano de la Practice Guideline for the treatment of patients with substance use disorders. American Psychiatric Association. Washington. 1999.
6. Baker, T. Fox, B. Hasselbald, V. (2000). Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Rockville. US Department of Health and Human Services. Public Health Service

7. Becoña, E. (1996). Tratamiento del juego patológico. En M. Buceta y M. Bueno (ed). Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades. Madrid. Pirámide.
8. Becoña, E. (1997). Programa para dejar de fumar. Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales.
9. Beutler, L. (2000). Empirically Based Decisión Making in Clinical Practice. Prevention & Treatment, vol 3, article 27.
10. Budney, AJ. Higgins, ST. (1998). A Community Reinforcement Approach: Treating Cocaine Addiction. Rockville, MD. Institute of Drug Abuse.
11. Bujold A, Ladouceur R, Sylvain C, boisvert JM. (1994). Treatment of pathological gamblers: An experimental study. J Behav Ther Exp Psychiatry; 25 (4): 275-282.
12. Carroll KM, Rounsaville BJ, Nich C, Gordon LT, Wirth PW, Gawin FH. (1994). One year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: delayed emergence of psychotherapy effects. Arch Gen Psychiatry; 51:989-998.
13. Carroll, K. (2001). Un enfoque cognitivo-conductual: el tratamiento de la adicción a la cocaína. FAD. CITRAN, Barcelona. Traducción al castellano de: A cognitive-behavioral approach: treating cocaine addiction. National Institute on Drug Abuse (NIDA), 1998.
14. Carroll, K. Rousanvilee, B. Kleber, D. (1991). Relapse prevention strategies for the treatment of cocaine abuse. Am. J. of Drug and Alcohol Abuse, 17: 249-265.
15. Cervera, G. Bolinches, F. Valderrama, J. (1999). Trastornos de personalidad y drogodependencias. Trastornos Adictivos, 1(2): 91-102.

16. Chambless, D. Hodson, S. (1998). Defining empirically supported therapies. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 66: 3-18.
17. Chambless, D. Sanderson, W. Shoham, V. Bennet-Jhonson, S. Pope, K. Cris-Cristoph, P. Baker, M. Jhonson, B. Woody, S. Sue, S. Beutler, L. Williams, D. McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49: 5-22.
18. Comas, D. (1987). El tratamiento del drogodependiente: las Comunidades Terapéuticas. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
19. COP, (1993). Código Deontológico del Psicólogo. Colegio Oficial de Psicólogos.
20. COP, (1993). Práctica Profesional de la Psicología en Drogodependencias. Colegio Oficial de Psicólogos.
21. COP, (1998). Perfiles Profesionales del Psicólogo. Colegio Oficial de Psicólogos
22. Decreto Legislativo 1/2003 de 1 de Abril del Consell de la Generalitat Valenciana por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos. (DOGV nº4473 de 3 de Abril de 2003).
23. Denis, M (1996). Drug outcome monitoring sistem (DOMS). Developing a new paradigm for Health Services Research. Bloomington, Illinois. Chesnut Health Systems.
24. Echeburua, E. (1999). ¿Adicciones....sin droga?. Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo e internet. Bilbao. DDB.
25. Echeburua, E. (2001). Abuso de alcohol. Ed. Síntesis. Madrid.

26. Echeburua, E. Baez, C. Fernandez-Montalvo, J. (1994). Efectividad diferencial de diversas modalidades terapéuticas en el tratamiento del juego patológico. *Analisis y Modificación de Conducta*, 20: 617-643.
27. Echeburúa, E. Baez, C. Fernandez-Motalvo, J. (1996). Comparative effectiveness of three therapeutics modalities in the psychological treatment of pathological gambling: longterm outcome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24: 51-72.
28. Fernández-Alba, A. Labrador, J. (2002). *Juego patológico*. Ed. Síntesis. Madrid.
29. Fernandez-Montalvo, J. Echeburua, E. *Manual práctica del juego patológico*. Madrid, Pirámide, 1997.
30. Firts, M. B. Gladis, M. M. (1993). Diagnosis and diferencial diagnosis in dual patients. En: *Dual Diagnosis: Evaluation, Treatment, Training and Program Development*. Solomon, J Zimberg, S. y Shollar, E. (eds). New York. Plenum Press.
31. Frías, M. Pascual, J. (2003). Psicología clínica basada en pruebas: efecto del Tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, nº 85: 11-18.
32. Gil, J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en tabaquismo. En: *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la salud*. Pérez, M. Fernández, R. Fernández, C. Amigó, I. (cor). Ed. Pirámide.
33. Gruber, K Chutuape, MA, Stitzer, ML. (2000). Reinforcemnt based intensive outpatient tratment for inner city opiate abusers: a short-tern evaluation. *Drug and Alcohol Dependence*, 57: 211-223.
34. Higgins ST, Budney AJ, Bickel WK, Hughes JR, Foerg F, Badger G. (1993). Achieving cocaine abstinence with a behavioral approach. *Am J Psychiatry*; 150: 763-769

35. Holder HD, Longabaugh R, Miller WR, Rubonis AV. (1991). The cost effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation J. Stud Alcohol; 52:517-540
36. Jones, HE, Haug, NA. Stitzer, ML. Svikis, DS. (2000). Improving treatment outcomes for pregnant drug dependent women using low magnitude voucher incentives. Addictive Behaviors, 7: 285-290.
37. Kristen, B. (1999). Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse. Centre for Substance Abuse Treatment. Rockville: US Department of Health and Human Services.
38. La Enciclopedia (2003). Salvat Editores. Madrid.
39. Labrador, J. Echeburua, E. Becoña, E. (2000). Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Ed. Dykinson. Madrid.
40. Ladouceur, R. Sylvain, C. Boutin, C. Lachance, S. Doucet, C. Leblond, J. Jacques, C. (2001). Cognitive treatment of pathological gamblers. J. Nerv. Ment. Dis, 189(11): 774-780.
41. Ley 14/1986 de 25 de Abril. Ley General de Sanidad (BOE de 29 de Abril de 1986).
42. Ley 3/1997 de 16 de Junio de la Generalitat Valenciana Sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos (DOGV nº 3016 de 18-06-97).
43. Lorenzo, P. Lizasoain, I. (2003). Características de las drogas recreativas. En Monografía Drogas Recreativas. Bobes, J. y Saiz, P. (ed). Adicciones, vol 15, sup 2.
44. Lowinson, J. Ruiz, P. Millman, R. (1997). Substance abuse: A comprehensive textbook. Baltimore: W. Wilkins.

45. Maisto SA, O'Farrell TJ, McKay JR, Connors GJ, Pelcovits M (1989). Factors in Maintaining sobriety following alcohol treatment. Alcohol Treatment Quarter. 6:143-150
46. Mc Latchie BH, Lomp KG. (1988). And experimental investigation of the influence of aftercare on alcohol relapse. Br J Addict; 83: 1045-1054
47. McGrady, B. Rodríguez, R. Otero-Lopez, J. (1998). Los problemas de la bebida: un sistema de tratamiento paso a paso. Ed Pirámide. Madrid.
48. Miller WR, Hester RK. (1986). Inpatient treatment for alcoholism: Who benefits? Am Psychol; 41:794-805.
49. Muñiz Fernandez, J. y Fernandez Hermida, J.R.(2000). La utilización de los tests en España. Papeles del psicólogo, 76, 41-49.
50. Nathan, P. Gorman, J. Salkind, N. (2002). Tratamiento de trastornos mentales: una guía de tratamientos que funcionan. Ed Alianza. Traducción al castellano de Treating Mental Disorders: a guide to what works. Osford University Press. 1999.
51. Navajits, L. (2001). Helping "difficult" patients. Psych. Research, 11: 131-152.
52. NIDA (1999). Principles of Drug Addiction Treatment. A Research-Based Guide. National Institute of Drug Abuse. Referencia en Internet: <http://www.nida.nih.gov/PODAT/PODATTindex.html>.
53. ODCCP (2002). Tendencias mundiales de las drogas ilícitas. Oficina de las Naciones Unidas de Fiscalización de Drogas y Prevención del Delito.
54. OED (2002). Informe nº5. Observatorio Español sobre Drogas. Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.

55. Pérez, M. Fernández, R. Fernández, C. Amigó, I. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Ed. Pirámide.
56. PNSD, (2001). Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas. Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
57. Real Decreto 1911/99 de 17 de Diciembre por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2000-2008. Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior, 2000.
58. Roberts, G. Ogborne, A. Leigh, G. Adam, L. (1999). Mejores prácticas: alcoholismo y toxicomanías, tratamiento y rehabilitación. Office of alcohol, drugs and dependency issues. Health Canada. Minister of Public Work and Government Services.
59. Rodríguez, R. Otero-Lopez, J. Rodríguez, R. (2001). Adicción a la compra: análisis, evaluación y tratamiento. Ed. Pirámide. Madrid.
60. Rodriguez-Naranjo, C. (2000). De los principios de la psicología a la práctica clínica. Ed. Pirámide, Madrid.
61. Sackett, D. Rosenberg, V. Gray, J. Richardson, W. (1996). Evidence Based Medicine. What it is and what it isn't. Bri. Med. Journal, 312: 71-72.
62. Sánchez-Hervás, E. (2002). Psicoterapia en los trastornos por consumo de sustancias. Anales de Psiquiatría, vol 18, nº 4: 180-188.
63. Sánchez-Hervás, E. (2003). Psicoterapia breve y conductas adictivas. Conductas Adictivas, vol 3, nº 3. Referencia en Internet: <http://www.conductasadictivas.org/conductas/html/articulos/psicoCond01.htm>.

64. Sánchez-Hervás, E. Tomás, V. (2001). Intervención psicológica en conductas adictivas. *Trastornos Adictivos*, 3(1): 21-27.
65. Sánchez-Hervás, E. Tomás, V. (2002). Terapia breve en la adicción drogas. *Papeles del Psicólogo*, nº 83: 49-54.
66. Sánchez-Meca, J. Olivares, J. Alcazar, A. (1998). El problema de la adicción al tabaco: metaanálisis de las intervenciones conductuales en España. *Psicothema*, 10: 535-549.
67. Santolaya, F. (2003). Presentación. En: *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Pérez, M. Fernández, R. Fernández, C. Amigó, I. (cor). Ed. Pirámide.
68. Santolaya, F. Berdullas, M. Fernández, J. (2001). The decade 1989-1998 in Spanish Psychology: an análisis of development of profesional psychology in Spain. *The Spanish Journal of Psychology*, 4(2): 237-289.
69. Secades, R. Fernandez-Hermida, J. (2003). Guía de tratamientos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína. En: *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Pérez, M. Fernández, R. Fernández, C. Amigó, I. (cor). Ed. Pirámide.
70. SEP, (2000). Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras adicciones. Sociedad Española de Psiquiatría.
71. SEP, (2003). Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras adicciones. Sociedad Española de Psiquiatría.
72. SEPYS. Sociedad Española para el avance de la Psicología Clínica y de la Salud (2002). La eficacia de los tratamientos psicológicos. *Infocop*, nº 17: 25-30.

73. Stanton MD, Thomas TC. (1982). Family Therapy of Drug abuse and Addiction. New York, Guilford Press.
74. Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1993). A report adpted by the APA Division 12 Board. October, 1993, 1-12.
75. Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures.(1995). Training and dissemination of empirically-validated psychological treatments. Report and recommendations. The Clinical Psychology, 48: 3-29.
76. Toneatto T. (1999). Cognitive Psycopatology of problem gambling. Subst Use Misuse;34 (11):1593-1604.
77. Turner, S. Beidel. D. Spalding, S. Browun, J. (1975). The practice of behavior therapy. A national survey of cost and methods. The Behavior Therapist, 18: 1-4.
78. USDHHS (1996). Clinical practice guideline nº 18: smoking cessation. Washington DC. US Department of Health and Human Services. Public Health Service
79. Vannicelli M. (1992). Removing Roadblocks: Group psychotherapy with substance abusers and family members. New York , Guilford Press.
80. Walker RD, Donovan DM, Killahan DR, O'Leary MR. (1983). Length of stay, neuropsychological perfomance and aftercare: influences on alcoholism treatment outcome. J Clin Consult Psycol, 51: 900-911
81. Waltman, D. (1995). Key ingredients to effective addiction treatment. J. of Substance Abuse Treatmen, 12(6): 429-439.

NOTAS

1 El abuso de sustancias tiene una tasa de prevalencia más alta que cualquier otro trastorno psiquiátrico, su coste (cuidados de salud, pérdida de productividad y cumplimiento de la ley) es mayor que el del resto de trastornos psiquiátricos juntos y, su prevalencia continua creciendo año tras año (Navajits, 2001)

2 Aunque las admisiones a tratamiento notificadas por abuso o dependencia a sustancias psicoactivas (excluidos el alcohol y el tabaco) han descendido ligeramente en los últimos indicadores (OED, 2002), debido al impacto de los programas de sustitutivos opiáceos, el consumo de sustancias distintas a la heroína parece ir en aumento. Según la última encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas en el período comprendido entre 1995-2001, ha aumentado el porcentaje de consumidores diarios de tabaco, alcohol y cannabis; también ha aumentado el consumo habitual de cocaína y éxtasis (PNSD, 2001). La tendencia en el consumo de drogas ilícitas también parece aumentar en el resto del mundo (OCDDP, 2002).

3 La creación en 1958 de la Fundación Synanon (y la versión posterior Daytop), constituyó el inicio en EE.UU de la terapia institucional para drogodependientes a cualquier tipo de droga. Se trataban de grupos de autoayuda que no admitían ningún tipo de personal cualificado y no poseían ningún método de tratamiento formalizado (Comas, 1987). Estas iniciativas servirían posteriormente en Europa como modelos de los centros de la fundación Le Patriarche y Proyecto Uomo.

4 Para la Sociedad Española de Psiquiatría, el alcoholismo y la dependencia a drogas siempre han pertenecido y siguen perteneciendo al ámbito clínico, terapéutico y asistencial de la psiquiatría (SEP, 2000; 2003).

5 Los psicólogos se basaran en el conocimiento científico y profesional cuando formulen juicios científicos o profesionales, o cuando estén implicados en tareas académicas o profesionales (Código Ético de la APA. Art. 1.06. APA, 2000). El psicólogo no utilizará medios o procedimientos que no se hallen suficientemente contrastados, dentro de los límites del conocimiento científico (Código Deontológico del Psicólogo. Art. 18. COP, 1993).

6 La práctica de la Psicología Clínica Basada en Pruebas (PBP) supone integrar la experiencia del profesional clínico con la mejor evidencia obtenida de la investigación sistemática. La PBP promueve la recogida, interpretación e integración de la evidencia válida e importante derivada de la investigación, del juicio clínico y de la opinión del paciente (Frías y Pascual, 2003). La

formulación de la PBP (o también Psicología Basada en la Evidencia), proviene del concepto de Medicina Basada en la Evidencia acuñado por Sackett, Rosenber, Gray y Richardson (1996) .

7 La expresión "drogas recreativas" fue introducida en los años 60 para referirse a un conjunto de nuevas drogas de abuso obtenidas con fines recreativos y diseñadas y elaboradas clandestinamente para escapar de restricciones legales (Lorenzo y Lizasoain, 2003). En la actualidad se utilizan tanto las expresiones "drogas recreativas" como "drogas de diseño", siendo las de consumo más frecuente la MDMA, la Ketamina, el GHB, y el LSD.

8 El término "patología dual" (también "diagnóstico dual") no está reconocido oficialmente en la nomenclatura de los sistemas de clasificación diagnóstica actuales (DSM y CIE). De forma general, podríamos decir que se refiere a aquellos sujetos que se ajustan a los criterios de dos trastornos psiquiátricos diferentes. De forma más específica, el término se ha convertido en la actualidad en sinónimo de un tipo específico de comorbilidad diagnóstica, concretamente la comorbilidad de los trastornos psiquiátricos y por uso de sustancias (First y Gladis, 1993).

9 La complejidad de la relación entre varios diagnósticos en el Eje I, aumenta cuando en el caso de los trastornos adictivos se presentan además, varios diagnósticos en el Eje II. Se estima que el 70% de los pacientes con trastorno de personalidad tienen más de uno (dos o tres diagnósticos por término medio) (Cervera, Bolinches y Valderrama, 1999); mientras que las prevalencias de comorbilidad entre trastornos adictivos y otros trastornos del Eje I oscilan dependiendo de la metodología utilizada en los estudios entre un 40-60%.

10 La Ley 3/1997 sobre Drogodependencia y otros Trastornos Adictivos de la Comunidad Valenciana, establece la consideración de enfermos/as a las personas drogodependientes o que padezcan otros trastornos adictivos, por lo que éstos/as disfrutan de todos los derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico vigente para los usuarios/as de los servicios sanitarios y sociales de la Comunidad Valenciana (Ley 3/1997; Decreto Legislativo 1/2003). La Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 (Real Decreto 1911/1999), traduce la difusión de dicho modelo a otras CC.AA.

11 La Ley General de Sanidad (Ley 14/1985 de 15 de Abril) obliga al diagnóstico y tratamiento, a la asistencia y el consejo y, reconoce el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución.

12 Eficaz=que logra hacer efectivo un intento o propósito. Efectivo= real y verdadero, en oposición a lo quimérico, dudoso o nominal. Eficiente=que tiene eficiencia, que tiene virtud para lograr un efecto determinado. (La Enciclopedia, 2003). Los tratamientos psicológicos utilizados tienen que demostrar que son eficaces (beneficiosos para los pacientes en investigaciones clínicas controladas), efectivos (útiles en la práctica clínica habitual) y eficientes (de mayores beneficios y menor coste que otro tipo de terapias) (Turner, Beidel, Spalding y Brown, 1995).