

Indicaciones de terapia grupal para alcohólicos

MONRAS, M.

Unidad de Alcoholología de la Generalitat de Catalunya. Hospital Clínico de Barcelona. Institut Clínic de Malalties Digestives.

Indications of group psychotherapy for alcoholism

Resumen

Introducción: Existe una necesidad general de mejorar la eficacia de la psiquiatría y la psicología basándonos más en la evidencia e individualizando los tratamientos. Las terapias grupales (TG) para alcohólicos se usan extensamente y en la mayoría de centros españoles especializados, indicándose muchas veces de forma rutinaria e indiscriminada. A pesar de ello están escasamente evaluadas y no existen criterios homogéneos, contrastados y objetivos acerca de su indicación.

Material y método: Seguimiento hasta el final del tratamiento grupal o su abandono de una cohorte de 329 pacientes alcohólicos incluidos consecutivamente en cinco grupos de terapia.

Resultados: Las mujeres muestran menores tasas de abandono de la TG (51% a los dos años) que los hombres (61%) y lo hacen significativamente más tarde (98 vs. 34 semanas de media). En los pacientes más jóvenes se da el caso contrario: se retienen menos y abandonan antes a pesar de contar con grupos específicos para ellos. Sujetos con niveles educativos medios abandonan más pronto que los de niveles altos o bajos. De todos los antecedentes psicopatológicos, alcoholológicos o sociodemográficos, sólo la presencia de celotipia o de alucinosis empeora significativamente el pronóstico grupal.

Discusión: Se plantea la conveniencia de evitar indicaciones de TG cuando exista peor pronóstico grupal y de minimizarlas en pacientes jóvenes o varones, o bien extremar los cuidados terapéuticos en ellos durante la fase crítica de los dos primeros meses. Otra alternativa es identificar las características personales y psicológicas de las mujeres y los adultos que favorecen la adherencia para elaborar estrategias terapéuticas para maximizarlas en el resto de pacientes.

Palabras clave: Alcoholismo. Terapia grupal. Abandono. Adherencia. Rechazo del tratamiento. Supervivencia.

Summary

Introduction: It exist a general need of improving the efficiency of psychiatry and psychological treatment based on evidence and individualized treatments. Group psychotherapy (GP) for alcoholics are used extensively in most specialized centers of Spain, but in our knowledge they are mostly indicated by routine and in a indiscriminate way. Furthermore, this therapies are scarcely evaluated and they do not exist homogeneous and objective criteria about their indication.

Material and method: A cohort of 329 alcoholic patients was followed up until they finish the group psychotherapy treatment or either they drop out.

Results: Women show smaller drop out rates of the GP (51% to 2 years) that men (61%) and abandoned significantly afterwards (98 vs. 34 average weeks). In the younger patients is given the otherwise: they are retained less and they abandon before in spite of counting with specific groups for them. Subjects with medium educational level abandon sooner than those of high or low educational levels. Of all the psychiatric, alcoholological and demographic antecedents only the presence of jealousy or of alcoholic hallucinations worsens significantly the outcome of GP.

Discussion: It is outlined the convenience of avoiding indications of GP when exist one of these worsening indicators and of minimizing indications of GP in younger patients or male patients, or otherwise to improve the therapeutic cares given to them during the critical phase of the first two months. Other alternative are to identify the personal and psychological characteristic of women and adults that favor the GP adherence to elaborate therapeutic strategies to maximize them in the other patients.

Key words: Alcoholism. Group psychotherapy. Patient compliance. Patient dropouts. Treatment refusal. Survival.

INTRODUCCIÓN

La eficacia de la terapia grupal

Las terapias de grupo (TG) se emplean abundantemente en el campo de la salud mental y las toxicomanías en particular. Dentro de éstas destaca el caso del alcoholismo,

en cuyo tratamiento intervienen las técnicas grupales de forma pionera desde los años veinte, siendo usadas en la mayoría de los centros públicos de tratamiento del alcoholismo en España (1).

Su eficacia ha sido objeto de debate entre detractores, que ven las TG como un método más voluntarista que científico, y adeptos, que tienden a otorgarle propiedades casi mágicas.

Hasta ahora los conocimientos eran escasos y parciales y dependían de las propias experiencias (2, 3). Sólo recientemente empezamos a entender mejor la evolución de los pacientes dentro de los grupos de terapia (4) y las fases más problemáticas que se presentan (5).

También empezamos a saber que las resistencias que suscita en muchos enfermos su indicación tienen origen en unos rasgos estructurales y permanentes en el tiempo (6). Ello sugiere la factibilidad de hallar un perfil de enfermo con características idóneas para la TG.

Igualmente existen una serie de indicadores de baja eficacia de la TG, entre los que el más claro es la existencia de experiencias grupales previas fracasadas (6).

La individualización de los tratamientos

En el campo de las drogodependencias existe una alta frecuencia de fracasos terapéuticos y una gran heterogeneidad entre casos que tienen el mismo diagnóstico de dependencia a sustancias. Ello está llevando a estudiar intensamente la identificación de subgrupos y tipologías de pacientes y recientemente la presencia de comorbilidad asociada.

Todos estos fenómenos junto a la aparición de nuevos tratamientos psicológicos (7-9) y farmacológicos (10, 11), favorecen en los últimos años la necesidad y la posibilidad de individualizar tratamientos (12) que hasta ahora no siempre se ha logrado con éxito: un tratamiento idóneo para cada tipo de enfermo y un grupo de enfermos destinatarios de cada estrategia terapéutica.

En este contexto los grupos de terapia, usados unas veces de forma indiscriminada y otras con muchas reticencias, también deben someterse al examen de las preguntas acerca de su eficacia terapéutica: ¿son útiles?, si lo son ¿a quién, para qué y en qué momento?

Es intención del presente estudio aportar algunas respuestas.

Objetivo

Analizar las características socio-demográficas y clínicas de los enfermos alcohólicos que mejor predicen la adherencia al tratamiento grupal.

Señalar alternativas terapéuticas en función de los hallazgos.

MATERIAL Y MÉTODO

Setting

La Unidad de Alcoholología de la Generalitat de Catalunya en el Hospital Clínico de Barcelona (UA-HCB) sólo trata pacientes que presentan abuso o dependencia al alcohol, aunque puedan existir también abuso y/o dependencia a drogas como cocaína, cannabis, BZD u otros psicofármacos.

La utilización de la terapia grupal (TG) se remonta a más de treinta años y forma parte básica en sus programas de tratamiento. Sus características ya han sido anteriormente descritas (4, 5, 13) y son el tipo de terapia grupal más habitualmente empleado en España (1) en el tratamiento del alcoholismo.

Los grupos de terapia empleados en la UA-HCB son de tipo semiabierto lento, con una periodicidad semanal y una hora de duración por sesión, que se centran en la discusión de problemas relacionados y/o derivados del consumo de bebidas alcohólicas. El número de pacientes oscila entre 8 y 12 y son conducidos por dos coterapeutas que utilizan un estilo de liderazgo poco autoritario, del tipo definido como de «*self-convincing approach*» (14, 15) siguiendo un método que puede calificarse de «Grupo de Discusión», de «autoconocimiento e introspección interpersonal y situacional» (15), de «autoconocimiento y apoyo» (16), y «orientado a los problemas personales» (17). Todo el modelo terapéutico de la UA-HCB y los grupos de terapia especialmente, se halla fuertemente influido por las técnicas de entrevista motivacional desarrolladas por Miller y Rollnick (18).

Procedimiento

Seguimiento de una cohorte de 329 pacientes que consecutivamente iniciaron TG en la UA-HCB durante un periodo de cinco años y medio.

Los únicos criterios de inclusión eran el propio diagnóstico de dependencia alcohólica según criterios DSM-III-R y haber sido asignado de forma equilibrada a uno de los cinco grupos de terapia estudiados. No se incluyen en TG pacientes con consumo activo de otras drogas, trastornos psiquiátricos o déficits cognitivos, sensoriales o motores graves.

Se han excluido las segundas indicaciones de TG a enfermos que habían abandonado anteriormente un grupo de terapia durante el periodo estudiado o los pacientes que a pesar de la indicación, asignación y compromiso verbal no llegan a asistir nunca.

Criterios de eficacia

Aunque la reanudación de las ingestas alcohólicas es el evento crítico en el tratamiento del alcoholismo, ésta no siempre puede objetivarse debido a la ocultación y sobre todo a la alta frecuencia de abandonos del tratamiento.

Sin embargo, la adherencia al tratamiento se considera un indicador muy fiable de su éxito y del mantenimiento de la abstinencia (19-21). En las normas de la terapia grupal existe el compromiso de acudir abstinente, que junto a la asistencia semanal hacen muy poco probable que quien acuda beba, con lo que las recaídas se concentran en su inmensa mayoría entre los pacientes que abandonan. Por otra parte, el paciente que acude a terapia grupal tiene prácticamente siempre una buena evolución.

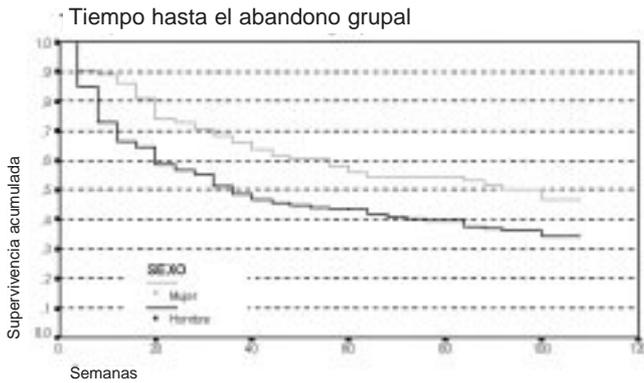


FIG. 1.—Comparación del tiempo hasta el abandono en función del sexo.

Por ello se utilizará el abandono como criterio, más estricto que la propia recaída, de fracaso terapéutico, medido de tres maneras distintas:

- Tiempo hasta el abandono grupal. Se entiende por abandono la inasistencia consecutiva a ocho sesiones semanales sin justificación con el envío de dos cartas de recordatorio.
- Situación al final de la permanencia en el grupo de terapia. Las situaciones pueden ser el alta o el abandono, pero existe una tercera posibilidad de baja terapéutica del tratamiento antes de su finalización por causas justificadas.
- Porcentaje de sesiones asistidas sobre el total de las esperadas (porcentaje de cumplimiento).

Análisis estadístico

Análisis de supervivencia hasta el abandono según el método de Kaplan-Meier. Comparaciones de la supervivencia entre grupos según el estadístico de Mantel-Cox (Log Rank).

T de Student o ANOVA para comparación de medias entre dos o más grupos y Chi cuadrado para comparaciones entre variables cualitativas.

RESULTADOS

Descripción de la muestra

La proporción de mujeres es del 28,6%. La edad media es de $41,3 \pm 10$ años, sin diferencias entre ambos sexos.

El 66% está casado, el 18% soltero, el 14% separado y el resto viudo. El 52% sólo tiene estudios primarios, pero un 14,6% había iniciado estudios universitarios. El resto se reparte entre formación profesional o estudios de grado medio. Un 83% tiene alguna actividad laboral.

Un 43% ya había realizado algún tratamiento alcohólico previo, pero sólo el 16% había asistido a alguna te-

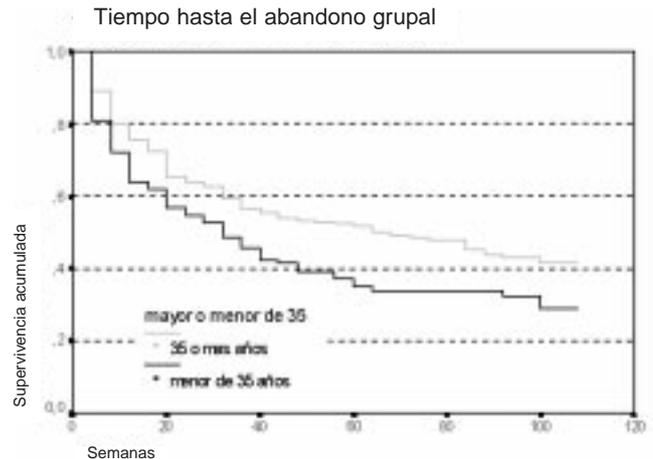


FIG. 2.—Comparación del tiempo hasta el abandono en función de la edad.

rapia grupal. En el 28% de casos se reporta alcoholismo paterno confirmado y en el 6% materno.

Situación al final del tratamiento

La tercera parte de pacientes ($N=110$) logran el alta terapéutica (aproximadamente a los 2 años), mientras que abandona prematuramente un 58,7% ($N=193$). Los restantes 26 pacientes (7,9%) se dieron de baja por causas más o menos justificadas, que abarcaban desde cambios de domicilio, hasta cambios a otros grupos o tratamientos distintos.

El tiempo medio hasta el abandono fue de 84 semanas y la mediana de 46.

Diferencias de adherencia en función de edad y sexo

Aunque el abandono de la TG se da en un 61,7% de los hombres y un 51,1% de las mujeres las diferencias no son significativas. En cambio, la edad media de los que abandonan es significativamente menor que la de los que consiguen el alta o son dados de baja ($40,1 \pm 10$ vs. $42,9 \pm 9$ vs. $43,8 \pm 8$ años; $F=3,3$; $p=0,03$).

No hay tampoco diferencias en el porcentaje de sesiones asistidas respecto de la edad o el sexo. Las mujeres en cambio son acompañadas a sesiones grupales por un familiar en una proporción mucho menor que los hombres (17% vs 27%; $t=2,5$; $p=0,01$). Los jóvenes, por el contrario, sólo acuden acompañados el 16,7% de sesiones frente al 28% de los mayores de 35 años ($t=2,9$; $p=0,004$).

La mediana de semanas de supervivencia hasta el abandono grupal es mayor en las mujeres que en los hombres (98 vs. 34 semanas; Log Rank= 6,26; $p=0,01$) (Fig. 1).

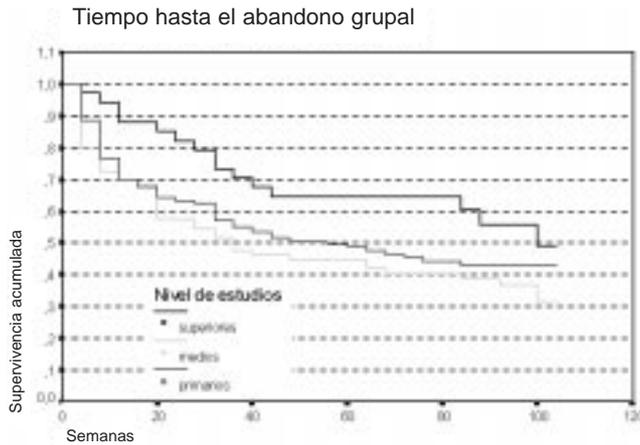


FIG. 3.—Comparación del tiempo hasta el abandono en función del nivel de estudios.

Las diferencias en la adherencia ya empiezan al inicio del tratamiento: desde las 4-8 semanas se mantiene el porcentaje más alto de las mujeres en tratamiento grupal.

También se comprueba que los pacientes menores de 35 años abandonan más pronto que los mayores de esa edad (mediana de 29 vs. 66 semanas y media de 74 vs. 88 semanas respectivamente; Log Rank= 5,6; $p= 0,01$) (Fig. 2).

Para comprobar este hallazgo hemos comparado uno de los grupos de terapia, en el que tendemos a concentrar a los pacientes más jóvenes, con los cuatro restantes. El resultado confirma la peor adherencia a los dos años de tratamiento de los pacientes incluidos en el grupo de terapia para jóvenes (Log Rank= 3,98; $p= 0,04$).

Cabe la posibilidad de que sea una variable relacionada con la edad y no ésta la causante de la peor adherencia. Para ello se ha analizado la severidad de la dependencia alcohólica en función de la edad, mediante la suma de cada uno de los nueve criterios del DSM-III-R valorados de 0 (no existencia) a 2 (habitual). El resultado es que los pacientes menores de 35 años tienen una dependencia más grave que los mayores ($14,3 \pm 2,3$ vs. $13,4 \pm 2,9$; $t= 2,3$; $p= 0,01$).

Otras posibilidades analizadas han sido la frecuencia de antecedentes paternos de alcoholismo o la proporción de sexos, pero los resultados no encuentran diferencias entre mayores y menores de 35 años.

Diferencias en función del historial previo, antecedentes, nivel socio-educativo o situación social

Ningún antecedente familiar psiquiátrico o de alcoholismo, de tratamientos previos, o la severidad de éste según los criterios DSM-III-R, guarda relación con el resultado del tratamiento. Tampoco los estudios, el nivel o la situación laboral o civil o el estatus social.

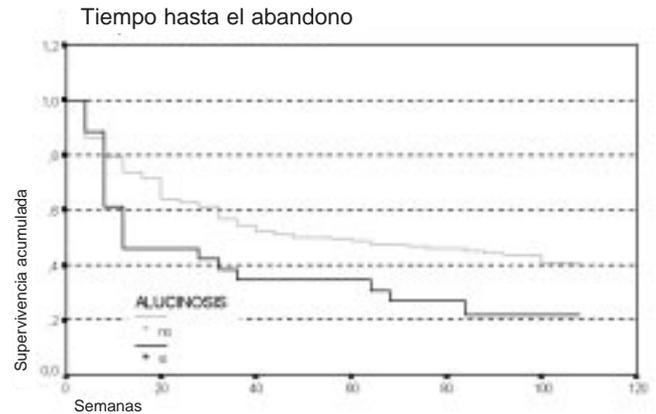


FIG. 4.—Comparación del tiempo hasta el abandono en función de los antecedentes de alucinosis alcohólica.

Entre todas ellas la única variable que tiene una ligera relación con el tiempo hasta el abandono es el nivel de estudios, siendo los pacientes con más estudios los que más tardan en abandonar, mientras que los que abandonan más y más pronto son precisamente los de nivel medio (Fig. 3). La relación sólo es significativa utilizando el estadístico de Breslow (Breslow= 6,3; $p= 0,04$).

En el caso de tener antecedentes psiquiátricos familiares la tendencia a una peor adherencia no llega a la significación estadística (Log Rank= 3,1; $p= 0,07$).

El porcentaje de sesiones asistidas efectivamente no guarda relación con la situación social o educacional o con los antecedentes psiquiátricos o de alcoholismo.

Diferencias de adherencia en función del patrón de consumo y las alteraciones psicopatológicas asociadas

Los antecedentes de alucinosis alcohólica predicen un abandono grupal más rápido (Fig. 4) (Log Rank= 5,19; $p= 0,02$), así como la celotipia alcohólica (Log Rank= 5,79; $p= 0,01$).

No se ha hallado ninguna relación del tiempo de adherencia con la presencia de déficits mnésicos, black-outs, delirium tremens, crisis convulsivas, o tentativas de suicidio, ni con ninguna característica específica del patrón de consumo alcohólico.

El porcentaje final de pacientes que logra el alta terapéutica vuelve a ser inferior en caso de haber padecido celotipia (28,9% vs. 46,4%; Pearson= 6,9; $p= 0,008$) o alucinosis (23,1% vs. 41,7%; Pearson= 3,3; $p= 0,06$).

La única diferencia en la frecuencia de sesiones asistidas en función del patrón de consumo o de las variables psicopatológicas es un mayor porcentaje de acompañamiento si la tolerancia está aumentada que si lo está disminuida o si no tienen ($70\% \pm 22$ vs. $64\% \pm 19$ vs. $61\% \pm 33$; $F= 3,07$; $p= 0,04$).

Hay también el dato curioso de que acuden en menor frecuencia acompañados a la TG los pacientes que pre-

sentan pérdidas de control al beber (21,3% vs. 35%; $t=2,6$; $p=0,009$) o los que tienen tentativas de suicidio previas (27% vs. 15%; $t=2,2$; $p=0,02$).

DISCUSIÓN

La TG es más eficaz en las mujeres que en los hombres, y ello puede generalizarse muy probablemente al resto de centros de tratamiento de España, habida cuenta de las similitudes que presentan con la UA-HCB en la utilización de técnicas grupales (1). Además estos resultados coinciden con los hallados en otra cohorte de enfermos más amplia y anterior en el tiempo (4).

Las mujeres marcan las diferencias ya de entrada: desde los primeros dos meses su porcentaje de adherencia es superior y lo mantienen hasta el final del tratamiento. Ello plantea el punto crítico de los primeros 60 días, superado el cual aumenta mucho la probabilidad de finalizar el tratamiento con éxito. Los hombres presentan una especial dificultad para superar este obstáculo inicial.

Las causas son variadas, pero el hecho de que las mujeres funcionen mejor, a pesar de que dentro de los grupos hay menos mujeres que hombres y de que asisten acompañadas de un familiar con menor frecuencia, indica probablemente una búsqueda de apoyo externo superior a la de los hombres. Posiblemente también se explica por una serie de diferencias psicológicas que en este estudio no se han analizado, entre las que la presencia de sentimientos de culpa puede ser importante.

Los sujetos menores de 35 años son peores candidatos. Esto es así a pesar de que en la UA-HCB existen grupos específicos para «jóvenes» con la intención precisamente de mejorar su adherencia por medio de una mayor identificación con el resto de pacientes del grupo.

Se ha descartado la posibilidad de que fuera debido a un mal funcionamiento concentrado en los grupos de jóvenes, ya que el mayor abandono se da también entre los pacientes menores de 35 años que asisten a otros grupos de terapia mezclados con pacientes de edades mayores.

La explicación podría encontrarse en la mayor gravedad de la dependencia alcohólica, aunque por otra parte los antecedentes familiares son similares. También es posible que los más jóvenes tengan una menor motivación, ya que aunque asisten menos acompañados, como les sucede a las mujeres, no lo compensan con una mayor adherencia al grupo, o que toleren peor este menor soporte o control externo.

Otro tema son las deficiencias de socialización y la inmadurez de estos pacientes, que les dificulta la interacción con otras personas cuando los temas a tratar implican una carga y compromiso emocional y que puede facilitar las conductas impulsivas de abandono por una menor tolerancia a las frustraciones.

El nivel social no influye en la adherencia grupal. En cambio parece que la TG favorece tanto a enfermos con un nivel educativo alto como bajo, mientras que los intermedios son los que abandonan antes.

Es interesante apuntar la posibilidad de que existan diferentes estrategias personales para obtener un beneficio de la TG: pacientes con inteligencia elevada son más capaces de conectar y comprender sus sentimientos y sus conductas, mientras que los pacientes con aparentemente menores capacidades cognitivas utilizan la TG para abordar temas que les preocupan, a un nivel muy básico, pero en un espacio que de otra forma no tendrían.

Ello coincide y apoya de hecho el que la UA-HCB realice desde hace unos nueve años un grupo de terapia específico para pacientes con bajo nivel cognitivo, cuyos resultados cualitativos y cuantitativos creemos positivos.

Queda la duda de cómo es posible que las técnicas grupales empleadas precisamente vayan peor a la población más normativa cognitivamente, mientras los casos «extremos» son los mejores candidatos. ¿Quizás estos por sentirse más «atípicos» valoran más la pertenencia a un espacio grupal?

Respecto de las características psicopatológicas hay que tener en cuenta que se filtran en los criterios de inclusión en TG a los enfermos que tienen niveles de psicopatología elevados y que sabemos que interferirán en el proceso terapéutico del grupo. A pesar de ello existen una serie de alteraciones consecuentes al abuso de alcohol que no habíamos considerado hasta ahora interferidoras.

Entre ellas la alucinosis y la celotipia se han revelado como indicadores de abandono más precoz. La explicación podría venir porque la presencia previa de distorsiones paranoides en la percepción y la representación mental de las personas del entorno debe tener alguna consecuencia duradera en el grado de sociabilidad y cohesión en un grupo de terapia.

Hay que señalar que alteraciones igual de graves, pero sin tanta relación con las relaciones interpersonales y situadas más en el campo racional, como los trastornos mnésicos, los black-outs, o el deterioro cognitivo leve, o incluso en el campo orgánico, como los delirium tremens o las crisis convulsivas, no tienen relación con una menor adherencia.

Cuenta más, por tanto, la propia actitud personal que toda la serie de antecedentes psiquiátricos personales o familiares, de tratamientos previos, o las características del patrón de consumo alcohólico.

Los datos obtenidos sugieren tres estrategias para optimizar la TG, que no son excluyentes:

- Indicarla preferentemente a mujeres y a sujetos mayores de 35 años, descartando, además de los criterios psicopatológicos habituales de exclusión, a pacientes que han tenido alucinosis o celotipia. Ello no significa ni mucho menos excluir a hombres y personas jóvenes, pero hay que contar con que existirá en ellos mucho más riesgo de abandono durante los dos primeros meses.

- Extremar los cuidados terapéuticos precisamente de los pacientes con mayor riesgo de abandono (jóvenes y hombres) especialmente los primeros meses. El método habría de evaluarse, pero podría comportar entrevistas o sesiones previas (individuales o colectivas) de preparación grupal.

– Identificar qué características femeninas y de los pacientes adultos intervienen en la mayor adherencia a la TG. Si estos rasgos existen también en el resto de pacientes, estudiar la forma de potenciarlos terapéuticamente.

BIBLIOGRAFÍA

- Gual A, Martínez M, Ortega L, Bach L. Utilización de técnicas grupales en el tratamiento de enfermos alcohólicos. Estudio de las características de los grupos terapéuticos realizados en los centros asistenciales especializados del estado español. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y Socidrogalcohol, 1992.
- Sanderson SC. Group Therapy with Alcoholic Clients: A Review. *Adv Alcohol Substance Abuse* 1982;2:23-40.
- Solomon SD. Individual versus group therapy: Current status in the treatment of alcoholism. *Adv Alcohol Substance Abuse* 1982;2:69-86.
- Monras M, Freixa N, Martínez M, Bach L. Abandono de la terapia grupal en pacientes alcohólicos. Seguimiento de diez grupos. *Adicciones* 1990;2:93-104.
- Monras M, Gual A. Attrition in group therapy with alcoholics: a survival analysis. *Drug Alcohol Rev* 2000; 19:55-63.
- Monras M, Gual A, Freixa N. Situaciones especiales de la terapia grupal para alcohólicos: el paciente reacio a iniciar tratamiento. *Adicciones* 1998;10:33-41.
- Cooney NL, Kadden RM, Litt MD, Getter H. Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: two-year follow-up results. *J Consult Clin Psychol* 1991;59:598-601.
- Litt MD, Babor TF, DelBoca FK, Kadden RM, Cooney NL. Types of alcoholics, II. Application of an empirically derived typology to treatment matching. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:609-14.
- Getter H, Litt MD, Kadden RM, Cooney NL. Measuring treatment process in coping skills and interactional group therapies for alcoholism. *Int J Group Psychother* 1992;42:419-30.
- Paille FM, Guelfi JD, Perkins AC, Royer RJ, Steru L, Parrot P. Double-blind randomized multicentre trial of acamprosate in maintaining abstinence from alcohol. *Alcohol Alcohol* 1995;30:239-47.
- Volpicelli JR, Alterman AI, Hayashida M, O'Brien CP. Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:876-80.
- Project Match Research Group. Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH Posttreatment Drinking Outcomes. *J Stud Alcohol* 1997;58:7-29.
- Monras M, Freixa N, Ortega L, Lligoña A, Mondon S, Gual A. Eficacia de la terapia de grupo para alcohólicos. Resultados de un ensayo clínico controlado. *Med Clinica (Barc)* 2000;115(4):126-31.
- Vannicelli M. Dilemmas and countertransference considerations in group psychotherapy with adult children of alcoholics. *Int J Group Psychother* 1991; 41:295-312.
- Levine B, Gallogly V. Group Therapy with Alcoholics. Outpatient and inpatient approaches. Beverly Hills, California: Sage Pub Inc; 1985.
- Kinney J, Leaton G. Group work. A Loosening the grip. St. Louis: Times Mirror/Mosby College Publishing; 1987. p. 236-41.
- Blume S. Group psychotherapy in the treatment of alcoholism. En: Zimberg S, et al. A practical approaches to alcoholism psychotherapy. New York: Plenum Press; 1985. p. 73-86.
- Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing. Nueva York: The Guilford Press; 1991.
- Hu T, Hunkeler EM, Weisner C, Li E, Grayson DK, Westphal J, McLellan AT. Treatment participation and outcome among problem drinkers in a managed care alcohol outpatient treatment program. *J Ment Health Adm* 1997;24:23-34.
- Mattson ME, Del Boca FK, Carroll KM, Cooney NL, DiClemente CC, Donovan D, et al. Compliance with treatment and follow-up protocols in project MATCH: Predictors and relationship to outcome. *Alcoholism Clin Exp Res* 1998;22:1328-39.
- Connors GJ, Carroll KM, DiClemente CC, Longabaugh R, Donovan DM. The therapeutic alliance and its relationship to alcoholism treatment participation and outcome. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65:588-98.

Correspondencia:
 Miquel Monras Arnau
 Hospital Clínico de Barcelona
 Unidad de Alcohología
 Villarroel, 170, sótano, escalera 6B
 08036 Barcelona
 E-mail: mmonras@clinic.ub.es