

VALIDACIÓN EMPÍRICA DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL ¹

EMPIRICAL VALIDATION OF THE MOTIVATIONAL INTERVIEW

Claudio Valeria*

Médico Psiquiatra, Unidad de Adicciones, Departamento de Psiquiatría, Pontificia Universidad Católica de Chile

Artículo recibido el 2 de noviembre, 2006. Aceptado en versión corregida el 10 de diciembre, 2006

RESUMEN

*La aproximación a individuos con problemas adictivos cuya motivación al cambio es escasa o nula, puede ser realizada de diversas formas. Algunas de ellas pueden ser poco adecuadas, en especial para aquellos individuos que no aprecian la necesidad de dichos cambios o los beneficios que puedan obtener de estos. La Entrevista Motivacional brinda la posibilidad de obtener mejores resultados en la aproximación al individuo que requiere atención, ya que provoca modificaciones en el estadio del Proceso de Cambio. El manejo convencional de un paciente ingresado a un programa de tratamiento incluye procedimientos como la información verbal o escrita, educación, entrevistas informativas o confrontacionales, métodos que no se acercan a los resultados obtenidos con la Entrevista Motivacional. Estos últimos son comparables a otras técnicas de manejo para pacientes adictos como la Terapia de Prevención de Recaídas u otras Técnicas Cognitivo-Conductuales. Es también aplicable al tratamiento de pacientes consumidores de distintas sustancias como alcohol, tabaco y otras drogas de abuso, así como en diversos tipos de encuadre (internación y ambulatorio), con todo tipo de gravedad de consumo y con diferentes características de los clientes. Se concluye que aquellos resultados que se correlacionan con los atributos del terapeuta son posibles de entrenar y que la técnica tiene utilidad en sí misma, o como intervención previa a otras modalidades de tratamiento. El objetivo del siguiente artículo es revisar, mediante el análisis de los escasos trabajos publicados, la validez de los resultados de este tipo de técnica en pacientes adictos. **Palabras clave:** Entrevista motivacional, entrevista psicológica, drogas ilícitas, trastornos relacionados con sustancias.*

ABSTRACT

*Approaching individuals with addictive problems, whose motivation for change is scarce or non-existent, can be done in various manners. Some of these may be inappropriate, especially for those individuals that do not perceive the need for change or benefits that could be obtained from it. The Motivational Interview offers the possibility of obtaining better results when approaching the individual requiring attention as it induces modifications in the phases of the Change Process. The conventional management of a patient admitted to a treatment program includes procedures using verbal or written information, education, informative or confrontational interviews, all methods which are not able to obtain the same results as the Motivational Interview. Those methods are comparable to other techniques for addictive patient management such as Prevention Therapy for Relapse and other Cognitive-Behavioral Techniques. It is also applicable for those patients with multi-substance abuse, such as alcohol, tobacco, and other drugs, as well as in different treatment modalities (internal or ambulatory), with varying degrees of severity and different client characteristics. It is concluded that those results which are correlated with these attributes are possible to teach and the technique itself is useful, possibly as an intervention to be used previous to treatment. The objective of the following article is to review, analyzing the few articles published, the validity of the results of this technique in patients with addictions. **Key Words:** Motivational Interview, psychological interview, street drugs, substance related disorders.*

¹ Conferencia dictada en el II Congreso Iberoamericano de Trastornos Adictivos. Santiago de Chile, septiembre de 2005

* Correspondencia e-mail: cvaleriaa@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

Dentro de la salud en general es tal vez el ámbito de los trastornos adictivos, una de las situaciones clínicas en que más claramente se pone de manifiesto la oposición entre el legítimo deseo del clínico de promover comportamientos más saludables y el también legítimo derecho de los pacientes de elegir respecto de sus vidas.

La elección, no obstante, debiese ser ejercida en un contexto de conocimiento acerca de la mayor cantidad de consecuencias y repercusiones de la opción. Este conocimiento puede ser logrado a través de la información y la educación. Aún así, la mayor parte de las conductas, encierran no solo el conocimiento intelectual sobre el tema, si no que también conllevan aspectos emocionales que muchas veces, tienen incluso más peso que la información teórica conocida.

Frecuentemente, las personas tienen algún tipo de deseo de cambio respecto de conductas que considera más o menos desadaptativas. Si no existe ese deseo, el individuo puede potencialmente llegar a tenerlo, si se dan ciertas condiciones particulares y especiales en la vida.

En el ámbito clínico, particularmente en el de manejo y tratamiento de las adicciones, es muy frecuente encontrar que la motivación al cambio a la que se hacía referencia previamente, es escasa o nula en la mayoría de los individuos. Frente a este escenario, el acercamiento a la persona puede realizarse de formas muy diversas, cobrando vital importancia entonces, la implementación de los recursos que generen en el paciente el deseo de llevar a cabo dicho cambio. Para muchos de estos individuos, las formas de acercamiento pueden ser poco o nada adecuadas, en especial aquellos que no pueden apreciar la necesidad de dicho cambio o los beneficios que el este puede significar.

En razón de lo anterior, el modo de acercarse a quien tiene problemas con el consumo de sustancias puede variar desde la información, la argumentación y la persuasión, hasta incluso medidas como la coerción. No obstante, cada una de estas formas puede ser de utilidad al considerar las característi-

cas de un determinado caso o en momentos particulares de la vida de un sujeto. En ambos escenarios se mantiene la premisa básica que cada individuo tiene el derecho de elegir la forma que le parezca más adecuada para orientar su vida y que de todas formas, el cambio debe originarse y ser llevado adelante por el mismo individuo.

De acuerdo a lo anterior, cobran vital importancia todas aquellas instancias que permitan potenciar las motivaciones propias del individuo y aquellas que fomenten paulatinamente estilos de vida más saludables, en este caso, abandonando el consumo problemático de sustancias.

Se plantea entonces la interrogante de si la Entrevista Motivacional otorga al individuo con consumo problemático de sustancias, la posibilidad de acceder al cambio al mismo tiempo que potencia las propias motivaciones, por lo que el objetivo del presente artículo es evaluar la validez de los resultados de este tipo de entrevista en los pacientes adictos, mediante una revisión acerca del soporte empírico de este tipo de intervención, considerando que la existencia de trabajos publicados en el tema es limitada.

El material revisado pertenece a 14 artículos de revistas científicas y 3 textos especializados en los temas de Consumo de Sustancias y de Entrevista Motivacional, publicados entre los años 1993 y 2005.

ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Las técnicas motivacionales se basan principalmente en el respeto al paciente, a sus creencias y a su escala de valores.

Este tipo de "entrevista", haciendo especialmente énfasis en que no la llamaremos "tratamiento", "terapia" o "consejería", es una metodología que se centra en el paciente, es decir, centrando los objetivos de intervención en el mismo sujeto para aumentar la propia motivación a través de la exploración y resolución de sus ambivalencias. Se acepta en consecuencia, que en muchos casos la motivación no tendrá cercanía a la motivación existente del terapeuta, que será en general activa respecto a que abandone el consumo de sustancias.

Principios Generales de la Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 2002)

Los principios fundamentales en que se basa la Entrevista Motivacional se originan en las características que para Carl Rogers (1966) se definían como “decisivas”, es decir, aquellas que deben estar presentes en un terapeuta centrado en el cliente, estas son, la empatía, la calidez emocional y la autenticidad. Los principios que derivan de los conceptos anteriormente señalados, son para la Entrevista Motivacional:

Expresar empatía: Significa aceptar y respetar al paciente, aunque eso no signifique compartir sus puntos de vista o aprobarlos. Implica por tanto, cierta solidaridad emocional intentando ponerse en el lugar de aquel para comprender el predecible dolor que significa el cambio para el paciente y que este sienta que tendrá un apoyo para enfrentarlo.

Apoyar la autoeficiencia: Parte fundamental del Proceso de Cambio implica una evolución desde el concepto de “querer cambiar” al de “creer en que se puede cambiar”. Este proceso puede ser exitoso en el paciente realizando una potenciación de las metas parciales, las que en conjunto llevarán a metas más globales, aumentando la sensación de auto eficacia en el individuo. Fundamental en el trabajo del terapeuta es el hecho que no se debe olvidar que es el paciente el responsable de escoger entre las distintas opciones y de realizar o llevar a cabo su propio cambio.

Desarrollar las discrepancias: Implica llevar al paciente a reconocer dónde se encuentra y dónde desea estar, aumentando el conflicto entre su situación real y su situación ideal. Es importante trabajar la incomodidad que genera la duda y la mejor técnica para lograrlo es la verbalización de estas discrepancias.

Trabajar las resistencias: Esto se realiza evitando argumentar o discutir con el paciente sobre la conveniencia del cambio, hechos que desencadenan inevitablemente un aumento de la resistencia. No es necesario intentar convencer ni informar al paciente, por el contrario, lo recomendable

es preguntar en qué quisiera ser informado y cuanta es la información que está dispuesto a recibir. Mejor aún es dejar al paciente buscar y encontrar su propia necesidad de cambio y ante esto mostrar, por ejemplo, la inconveniencia y angustia generada por la indecisión y el no cambio.

Modelo Teórico y Técnicas de la Entrevista Motivacional (Hettema, Steele & Miller, 2005)

El modelo y la teoría detrás de la Entrevista Motivacional surgen solo después de los principios de esta misma entrevista.

La teoría, desarrollada por William Miller y por Stephen Rollnick en el año 2002, se basa principalmente en los principios teóricos de Rogers (1966) antes mencionados, pero incluye además los de James Prochaska, J. Norcross y Carlo Di Clemente (1995) respecto a los Estados del Cambio.

Las técnicas comúnmente utilizadas, y que solo mencionaremos, son:

Preguntas Abiertas: Descritas como aquellas que no pueden ser contestadas solo con afirmaciones o negaciones, o solo con un par de palabras. Estimulan al paciente a elaborar la información y las emociones asociadas a lo explicitado.

Escucha Reflexiva: Disposición activa del terapeuta que utiliza la repetición de frases o palabras mencionadas por el mismo paciente, reconstruye frases con las mismas palabras o sinónimos de estas, muestra al paciente sus sentimientos (o lo que en ese momento proyecta ante determinados temas) y usa cuidadosamente y de manera entrenada del silencio como estimulador de la autorreflexividad.

Reestructuración Positiva: Se hacen explícitos sus logros al paciente, mostrando la comprensión desde el terapeuta. Esta técnica también aumenta la propia autoescucha, la autocomprensión y el sentido de autoconfianza que desarrolle el paciente.

Resumir: Intenta destacar del relato expresado por el paciente, lo que parece más crucial y lo que mejor permita entender su problema.

Afirmaciones de automotivación: Requiere que el terapeuta esté siempre atento a indagar por la intencionalidad del cambio y el sentimiento que este motiva al paciente, lo que puede ayudar en el proceso.

El Modelo del Proceso de Cambio desarrollado por Prochaska et al. (1995), ampliamente conocido, establece distintas etapas que se pueden describir desde una ceguera total en la Etapa Precontemplativa, a la Contemplación del problema, la Decisión de Cambio, la Acción e Implementación del mismo y el Mantenimiento, incluyendo en el proceso las Recaídas, que pueden estar insertas en cada una de las descritas anteriormente. En consecuencia, las sucesivas etapas describen, en vez del círculo del cambio, una espiral del cambio, en que cada Recaída, se realiza en una etapa que ya no es igual que la anterior.

No debe olvidarse, que el terapeuta tendrá un Proceso de Cambio muy diferente al del paciente, ya que siempre estará decidido y proactivo respecto al cambio, y sus fugas temporales o permanentes del Proceso, se deben a la frustración de que su propio Proceso de Cambio es muy diferente al del paciente. El que cambia es el paciente, y por tanto es al Proceso de Cambio del paciente al que se debe estar atento.

¿Es útil la Entrevista Motivacional?

El número de publicaciones sobre Entrevista Motivacional ha aumentado notablemente en la última década, tanto en publicaciones acerca de la técnica, como en estudios sobre los resultados de esta (Hettema et al., 2005).

Al indagar acerca del soporte empírico de este tipo de intervención, se encuentra literatura que hace referencia a una serie de sustancias de abuso:

Alcohol

Hasta mediados del año 2005, se habían publicado alrededor de 31 estudios acerca de la eficacia de técnicas de Entrevista Motivacional respecto a otras técnicas que diferentes o no, contemplen los principios

fundamentales del modelo propuesto por Miller y Rollnick (2002).

La Mayoría de los estudios evaluaron la eficacia de técnicas de Entrevista Motivacional como única intervención, mientras que solo una minoría la evaluaron como proceso previo a otras técnicas terapéuticas (Miller & Rollnick, 2002).

En estos estudios que utilizaron la Entrevista Motivacional como técnica previa a otro tipo de intervención, se encuentra que las Técnicas de Potenciación de la Motivación fueron superiores al "Tratamiento como es usual" (denominándose de esta forma a la comparación con los procedimientos habituales seguidos en un determinado lugar, por ejemplo: una sesión de descripción del programa de tratamiento, una sesión informativa, un control médico de rutina o incluso la lista de espera propia de un determinado sitio).

Entre estas investigaciones se encuentra el estudio clínico randomizado de Bien, Miller y Boroughs del año 1993, que incluyó a 32 pacientes adultos alcohólicos severos en un encuadre ambulatorio. En él se comparó los resultados obtenidos a 3 y luego a 6 meses posteriores al alta. Estos pacientes recibieron dos sesiones de Entrevista Motivacional o dos breves sesiones de información y retroalimentación acerca del Programa de Alcoholismo. Los resultados describieron que la Entrevista Motivacional obtuvo resultados superiores al "Tratamiento como es usual" cuando el seguimiento es realizado en un corto período de tiempo (3 meses), pero no cuando la evaluación se realiza a un plazo más prolongado de 6 meses (Bien, Miller & Boroughs, 1993).

En el estudio, también randomizado, de Brown y Miller del mismo año (1993), se evaluó en 28 adultos la Entrevista Motivacional *versus* el "Tratamiento como es usual" (Entrevista Informativa), como etapa previa a la internación. Se encontró que en el seguimiento a 3 meses, los pacientes que recibieron Entrevista Motivacional presentaban una significativa reducción de la cantidad estandarizada de alcohol ingerido respecto al grupo que solo recibió

información acerca del tratamiento que siguió a continuación (Brown & Miller, 1993).

Respecto a 3 estudios realizados en pacientes con consumo abusivo de alcohol que recibieron Entrevista Motivacional *versus* pacientes no tratados, encontramos que:

El estudio de Borsari y Carey del año 2000, incluyó a 60 estudiantes con consumo compulsivo de alcohol, los cuales recibieron una sesión de Entrevista Motivacional o ninguna intervención. Se observó que a 6 semanas de seguimiento, los estudiantes que habían recibido la Entrevista Motivacional tuvieron reducción tanto del número total de consumos, como del número de consumos compulsivos y de la frecuencia de consumo (Borsari & Carey, 2000).

El estudio de Heather, Rollnick, Bell y Richmond del año 1996, evaluó a 174 adultos hospitalizados, catalogados como "bebedores duros". En ellos se comparó una sesión de Entrevista Motivacional, una sesión breve de Consejería en Habilidades o un "control" durante la hospitalización sin intervención. Se observó que existía una reducción del consumo en los dos grupos con intervención a 6 meses, pero una notoriamente más significativa en el grupo de Entrevista Motivacional respecto al que recibió Consejería en Habilidades, grupo de pacientes que el autor describió como no estar listos aún para el cambio (Heather et al., 1996).

El estudio de Glen Marlatt del año 1998, que incluyó a 348 estudiantes también considerados grandes bebedores, evaluó una sesión de Entrevista Motivacional *versus* la sola evaluación y se encontró que en el seguimiento a largo plazo de 2 años, había una notoria diferencia en los que recibieron Entrevista Motivacional, tanto en el consumo y frecuencia, como en los problemas asociados al consumo de alcohol (Marlatt et al., 1998).

Otros estudios en el tema compararon sesiones de Entrevista Motivacional respecto a otros tipos de tratamiento, como la entrega de información verbal y escrita:

El estudio de Monti del año 1999 comparó a 94 adolescentes consultantes a distintos

servicios de urgencia, a los que se les realizó una sesión de Entrevista Motivacional de 30 a 40 minutos de duración, *versus* los cuidados habituales de la sala de urgencias con información acerca del consumo perjudicial de alcohol. Se encontró a 6 meses una significativa reducción de conducción bajo efectos de alcohol, violaciones de tránsito y daños relacionados al alcohol. (Monti et al, 1999).

Handmaker, Miller y Manicke (1999) realizaron un seguimiento a 42 embarazadas bebedoras en las que se comparó una sesión de Entrevista Motivacional *versus* una carta sobre riesgos del beber en el embarazo. Se encontró una reducción no significativa por muestra pequeña a 2 meses, tanto en abstinencia y *peaks* de alcoholemia como en el consumo estandarizado de etanol. Las mayores diferencias ocurrían en bebedoras más graves (Handmaker et al., 1999).

El estudio de Miller del año 1993, de tipo clínico randomizado, incluyó a 42 bebedores problema autorreferidos, y comparó una sesión de evaluación más una sesión de Entrevista Motivacional *versus* sesiones de Consejería Confrontacional o Lista de Espera de 6 semanas. El seguimiento fue realizado por 12 meses y los resultados también fueron mejores con la Entrevista Motivacional tanto en los beber/día o beber/semana, como en las alcoholemias positivas y frecuencia de consumo (Miller, Benefield & Tonigan, 1993).

El Proyecto Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity [MATCH: Emparejar Tratamientos del Alcoholismo a la Heterogeneidad del Cliente] comparó Terapia de Potenciación de la Motivación, Terapia Cognitivo-Conductual y Terapia de Facilitación de 12 pasos, en un estudio randomizado que incluyó a 1.726 pacientes de distintos sitios. Cada una de las técnicas tuvo una duración de 12 sesiones y se realizó un seguimiento de 15 meses, para concluir con una evaluación a un año de la intervención (Project MATCH, 1997a, 1997b).

Los resultados de este estudio demostraron que al evaluar qué tipo de trata-

miento tenía mejores resultados respecto a las características del cliente, el único indicador en que había diferencias entre las 3 técnicas fue la severidad psiquiátrica, en las que resultaba más efectiva la Terapia de Facilitación de 12 pasos, seguida por la Terapia Cognitivo Conductual (Project MATCH, 1997a, 1997b).

A diferencia del primero de ellos, en el estudio de 1998 se evaluó la importancia que ejercía el terapeuta en los resultados obtenidos. Se observó que, independiente de la técnica, de la severidad basal del paciente y de las diferencias entre los sitios del estudio, los atributos específicos del terapeuta eran predictivos del progreso del paciente. Sin embargo, el mayor efecto en las diferencias observadas se debía a los pobres resultados de los terapeutas menos exitosos (Project MATCH, 1998).

Tabaco

Si bien a la fecha hay seis estudios de Entrevista Motivacional en tabaquismo, aún no se cuenta con evidencia lo suficientemente sólida como la acumulada respecto del alcohol, ya que el número de pacientes estudiados sigue siendo escaso.

En el estudio de Colby del año 1998, se realizó una comparación entre la Información (estilo breve y autoritario) y Entrevista Motivacional a tres meses. La Entrevista Motivacional es superior en todas las mediciones, pero no en forma estadísticamente significativa (Colby et al., 1998).

Otras Drogas de Abuso

A la fecha existen solo 14 estudios del efecto de la Entrevista Motivacional en otras drogas de abuso. La gran mayoría de ellos estudiaron el uso de Entrevista Motivacional como metodología previa a otros tipos de tratamiento.

Se obtuvieron resultados significativamente superiores al comparar Técnicas Motivacionales respecto al no tratar o al uso de técnicas menos consistentes como solo Información o solo Educación (Baker, Boggs & Lewin, 2001).

Los resultados de la Entrevista Motivacional fueron comparables a otras técnicas de mayor consistencia como Terapia de Reducción del Daño o Prevención de Recaídas Grupal (Baker et al., 2001; Stephens, Roffman & Curtin, 2000).

DISCUSIÓN

La Entrevista Motivacional o técnicas similares (Terapia de Potenciación de la Motivación u otras técnicas basadas en los principios de la Entrevista Motivacional), obtienen mejores resultados que no tratar o hacer el manejo usual de pacientes ingresados a programas de tratamiento en los que se emplean técnicas como la Información verbal o escrita, educación, entrevistas informativas o confrontacionales.

La Entrevista Motivacional presenta resultados comparables a otras técnicas conocidamente adecuadas para el manejo de pacientes adictos como son la Terapia de Prevención de Recaídas, Terapia Reducción de Daños, Terapia Cognitivo-Conductual, Entrenamiento en Habilidades y Terapia de Facilitación de 12 Pasos.

La Entrevista Motivacional obtiene buenos resultados en estudios de pacientes consumidores de alcohol, tabaco y otras drogas de abuso, existiendo también un estudio considerado positivo en Juego Patológico, no mencionado en esta revisión.

Además, presenta utilidad en diversos tipos de encuadre, tanto en la internación como en el tratamiento ambulatorio, con todo tipo de gravedad de consumo y con diferentes características de los clientes.

Por otra parte, las sesiones son breves (en promedio 30 a 40 minutos) y se requieren pocas intervenciones (habitualmente 1 ó 2), con resultados cuantificables a corto y largo plazo, llegando incluso hasta 4 años. Es importante destacar que la técnica tiene utilidad en sí misma o como intervención previa a otras modalidades de tratamiento.

Los resultados que tienen importante correlación con atributos del terapeuta son entrenables, tales como la calidez, la empatía y la autenticidad, los que desarrollados positivamente mejorarían los resultados obtenidos por los pacientes.

Por último, y tal vez lo más importante de destacar, es que esta técnica provoca modificaciones en el estado del Proceso de Cambio del Paciente.

Debido a lo relativamente simple de aplicar y a sus buenos resultados, se propone esta técnica, como un procedimiento eventualmente posible de agregar a otras técnicas e intervenciones de programas de tratamiento de adicciones. La técnica es breve, fácilmente entrenable y fácilmente combinable con otras intervenciones pudiendo servir para aumentar globalmente la efectividad del tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baker, A., Boggs, T. & Lewin, T. (2001). Randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions among regular users of amphetamine. *Addiction*, 96, 1279-1287.
- Bien, T., Miller, W. & Borouhgs, J. (1993). Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 21, 347-356.
- Borsari, B., & Carey, K. (2000). Effects of a brief motivational intervention with college student drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 728-733.
- Brown, J. & Miller, W. (1993). Impact of motivational interviewing on participation in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7, 211-218.
- Colby, S., Monti, P., Barnett, N., Rohsenow, D., Weissman, K., Spirito, A. et al. (1998). Brief motivational interviewing in a hospital setting for adolescent smoking: a preliminary study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 574-578.
- Handmaker, N., Miller, W. & Manicke, M. (1999). Finding of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 285-287.
- Heather, N., Rollnick, S., Bell, A. & Richmond, R. (1996). Effects of brief counseling among heavy drinkers identified on general hospital wards. *Drug and Alcohol Review*, 15(1), 29-38.
- Hettema, J., Steele, J. & Miller, W. (2005). A Meta-Analysis of Research on Motivational Interviewing Treatment Effectiveness. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111.
- Marlatt, G., Baer, J., Kivlahan, D., Dimeff, L., Larimer, M., Quijigley, L. et al., (1998). Screening and brief intervention for high-risk college student drinker: Results from a 2-year follow-up assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 604-615.
- Miller, W., Benefield, R. & Tonigan, S. (1993). Enhancing motivation in problem drinking: A controlled comparison of two Therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 455-461.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for change*. (2nd ed.): The Guilford Press.
- Monti, P., Colby, S., Barnett, N., Spirito, A., Rohsenow, D., Myers, M. et al (1999). Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 989-994.
- Prochaska, J., Norcross, J. & DiClemente, C. (1995) *Changing For Good*. (Reprint Edition): Collins.
- Project Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity Research Group. Posttreatment drinking outcomes. (1997). *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7-29.
- Project Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity Research Group. Project Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity secondary a priori hypotheses. (1997). *Addiction*, 92, 1671-1698.
- Project Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity Research Group. Therapist effects in three

- treatments for alcohol problems. (1998). *Psychotherapy Research*, 8, 455-474.
- Rogers, C. (1966). *Psicoterapia centrada en el cliente: práctica, implicaciones y teoría*. Buenos Aires: Paidós.
- Stephens, R., Roffman, R. & Curtin, L. (2000). Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 898-908.