

# Nuevas tendencias en el tratamiento del alcoholismo

Antoni Gual



Cap de la Unitat  
d'Alcoholologia de la Generalitat  
Hospital Clínic. Barcelona

# Cambios en el entorno social

- Mayor información
- Mayor educación
- Mayor bienestar
- Mayor poder adquisitivo
- Mayor participación social

# Cambios en el tratamiento del alcoholismo. Perspectiva histórica

- Magnuss Huss (1849)
- British Journal of Inebriety (1892)
- A A (1935) - Julius Metztl (1927)
- Jellinek (1960)
- Edwards (1982)
- Vaillant (1983)
- Prochaska & Di Clemente (1986)
- Miller & Rollnick (1991)

# Cambios en la década de los 90

- Cambios en las características clínicas de los pacientes
- Aparición de las entrevistas motivacionales
- Introducción de fármacos dirigidos específicamente a disminuir el deseo de beber (anticraving)
- Demostración de la efectividad de las intervenciones breves en los bebedores de riesgo

# Características clínicas de los pacientes

- Consumos mas ‘anglosajones’
- Menor predominio de varones
- Menor deterioro psicosocial
- Menor rechazo social
- Mayor conciencia de la toxicidad del alcohol y de su potencial adictivo
- Mayor interés en recibir información y participar activamente en el tratamiento

# Cambios en la década de los 90

- Cambios en las características clínicas de los pacientes
- **Aparición de las entrevistas motivacionales**
- Introducción de fármacos dirigidos específicamente a disminuir el deseo de beber (anticraving)
- Demostración de la efectividad de las intervenciones breves en los bebedores de riesgo

# EVOLUCIÓN DEL MODELO TERAPÉUTICO

**INFORMATIVO** → **MOTIVACIONAL**

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• da consejos expertos</li><li>• intenta persuadir</li><li>• repite los consejos</li><li>• actúa con autoridad</li><li>• es rápido</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• estimula la motivación</li><li>• favorece el posicionamiento</li><li>• incorpora los puntos de vista del paciente</li><li>• aproximación colaboradora</li><li>• aplicación progresiva</li></ul> |
|--|---|

Miller & Rollnick, 1991

# MOTIVACIÓN

La motivación puede ser definida como la probabilidad de que una persona comience y continúe adhiriéndose a una determinada estrategia de cambio

Miller & Rollnick, 1991

# IMPLICACIONES PARA LA PRAXIS CLÍNICA

Es obligación del profesional no solo aconsejar, sino también motivar: aumentar la probabilidad de que un paciente siga nuestras recomendaciones para cambiar

**“Generalmente las personas se convencen más por las razones que descubren ellas mismas, que no por las que les explican los demás”**

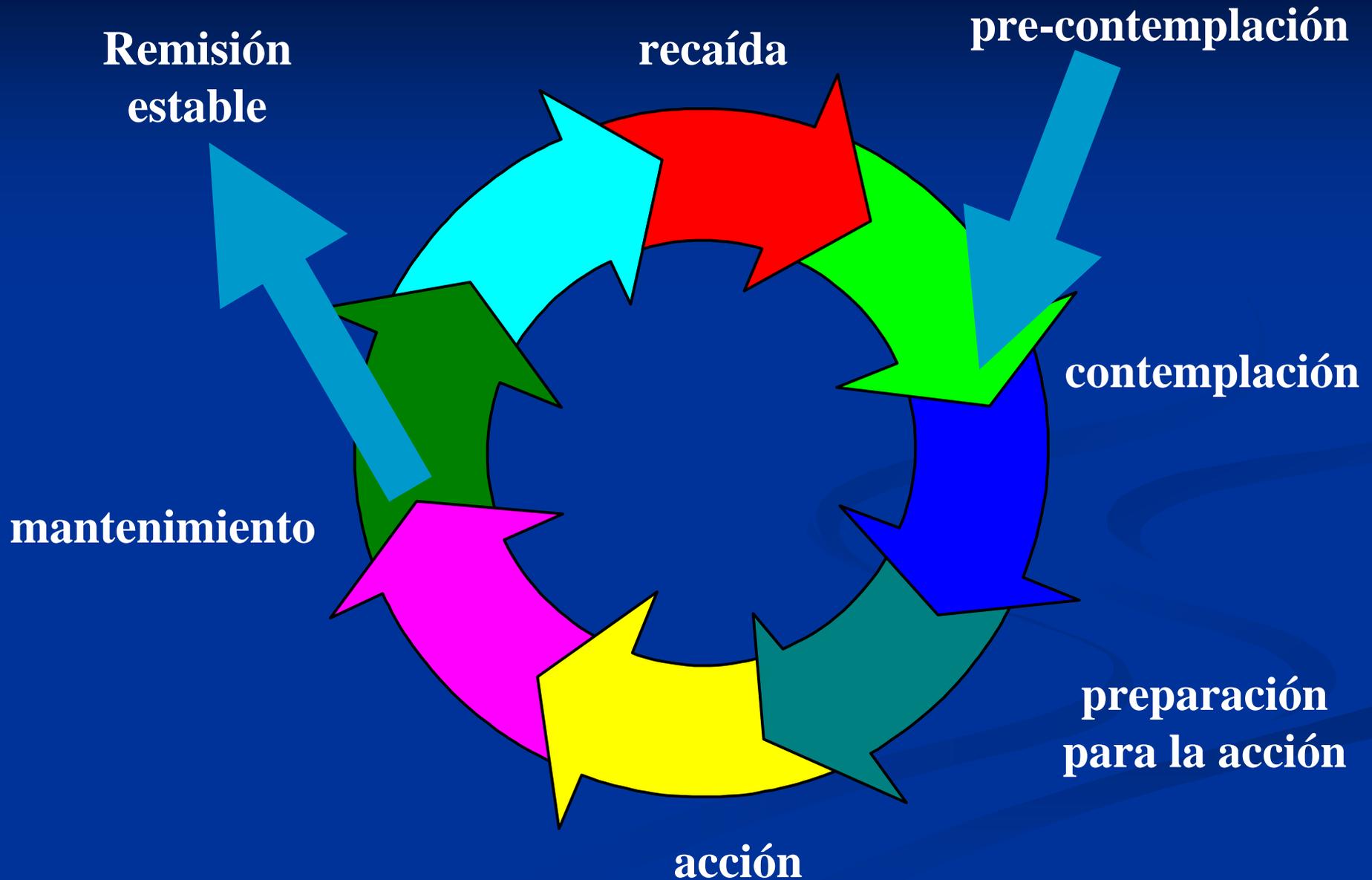
**Blaise Pascal (1623-1662)**

# ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La entrevista motivacional es un estilo de asistencia directa, centrada en el cliente, que pretende provocar un cambio en el comportamiento, ayudando a explorar y resolver ambivalencias

Miller & Rollnick, 1991

# RUEDA DEL CAMBIO



Prochaska & DiClemente, 1986

# TERAPIA DE GRUPO

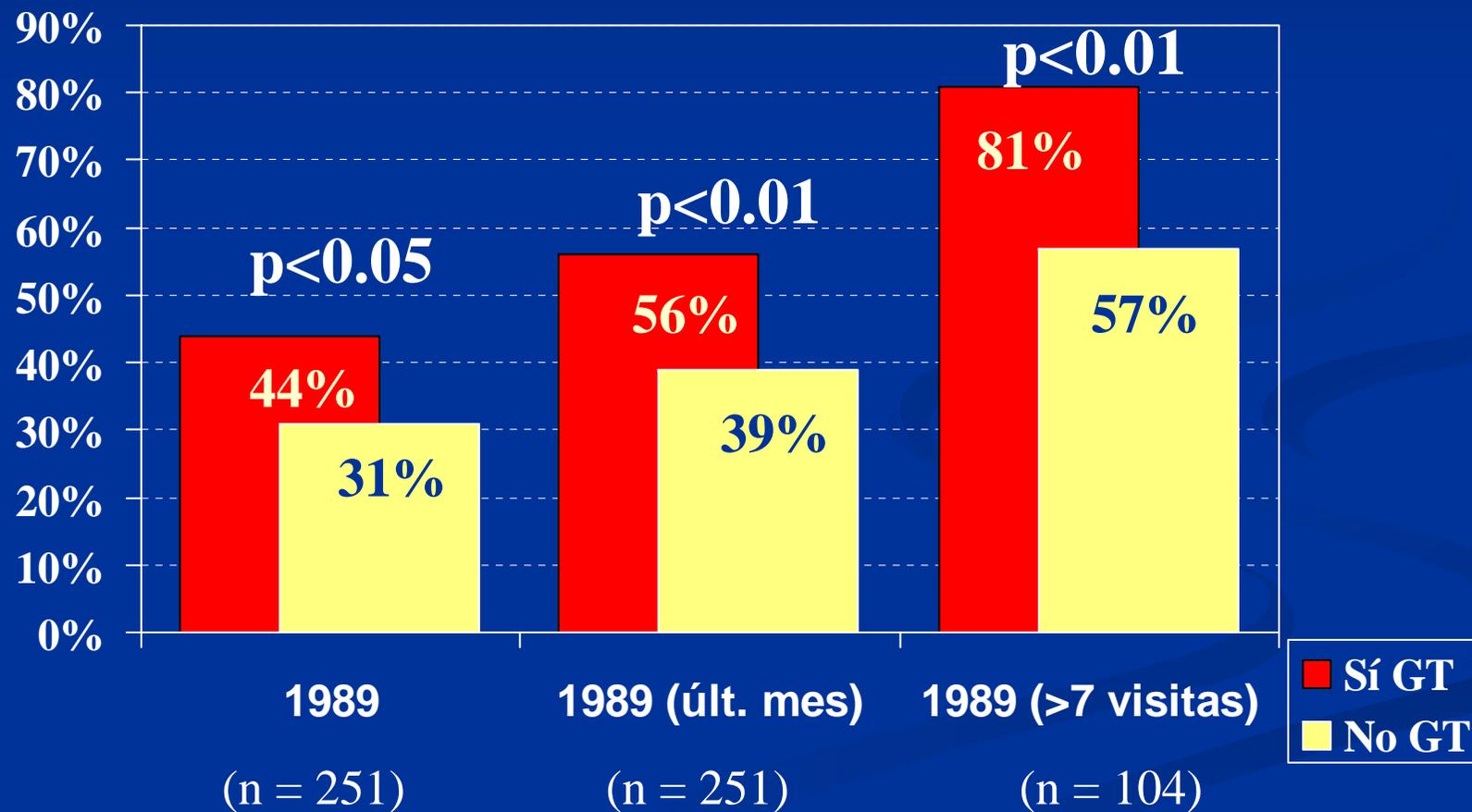
- Dirigida por profesionales
- Limitada en el tiempo
- Participación de familiares
- Modelo de abordaje:  
“Self convincing approach” (Levine, 1982)

# Demostración de la eficacia de las técnicas grupales. Características básicas del diseño experimental

- Tratamiento estándar con terapia grupal versus tratamiento estándar sin terapia grupal
- Estudio prospectivo, aleatorizado mediante asignación secuencial a las dos modalidades de tratamiento (proporción 2 a 1) de 308 primeras visitas consecutivas
- Pacientes entre 18 y 65 años, diagnosticados de dependencia alcohólica.
- Los pacientes fueron controlados los días 0, 365 y a los 10 años.

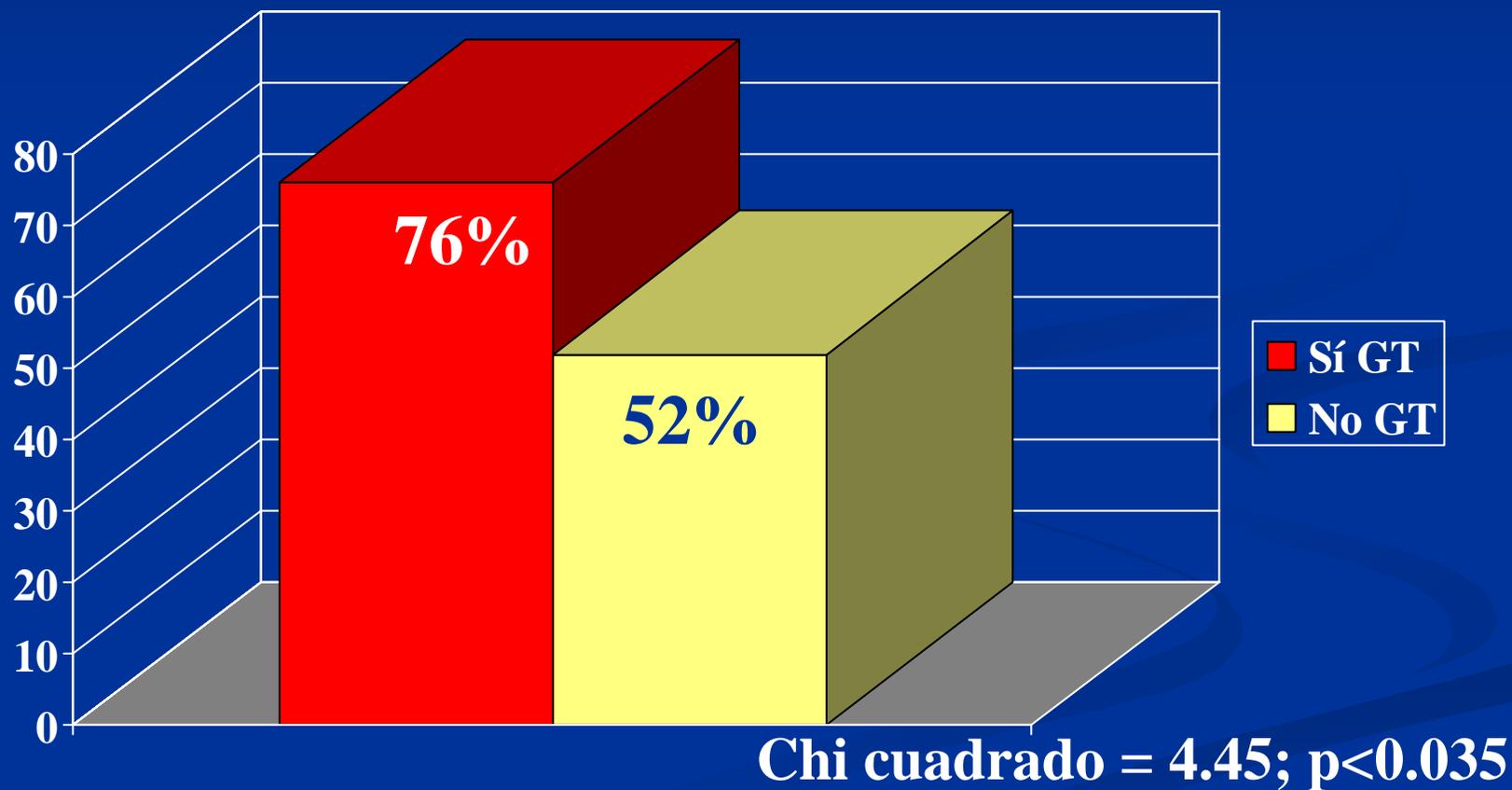
Gual et al., 1998

# Tasas de abstinencia en las diferentes submuestras



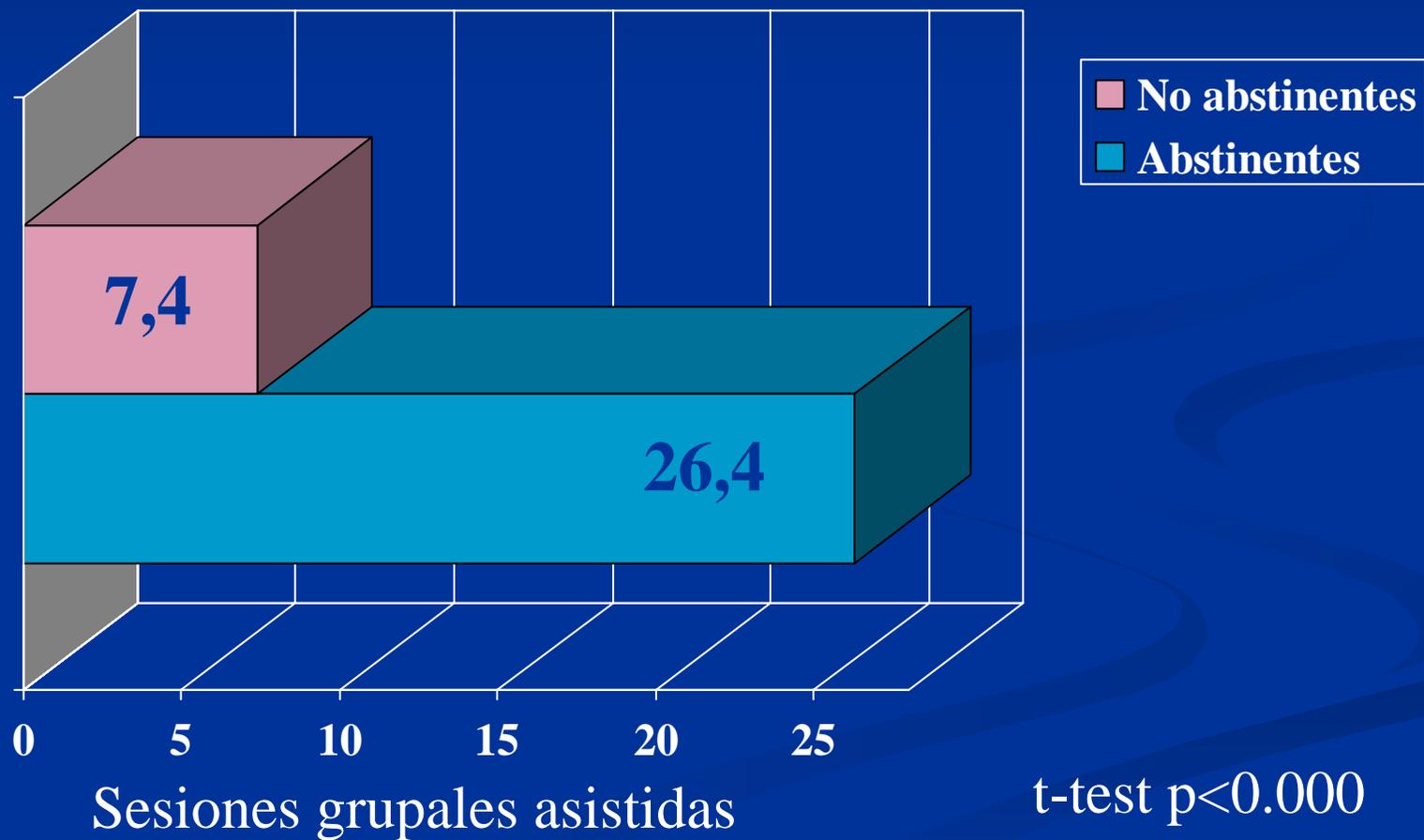
Gual et al., 1998

# Tasa de abstinencia en 1996 (o en el último año de vida)



Gual et al., 1998

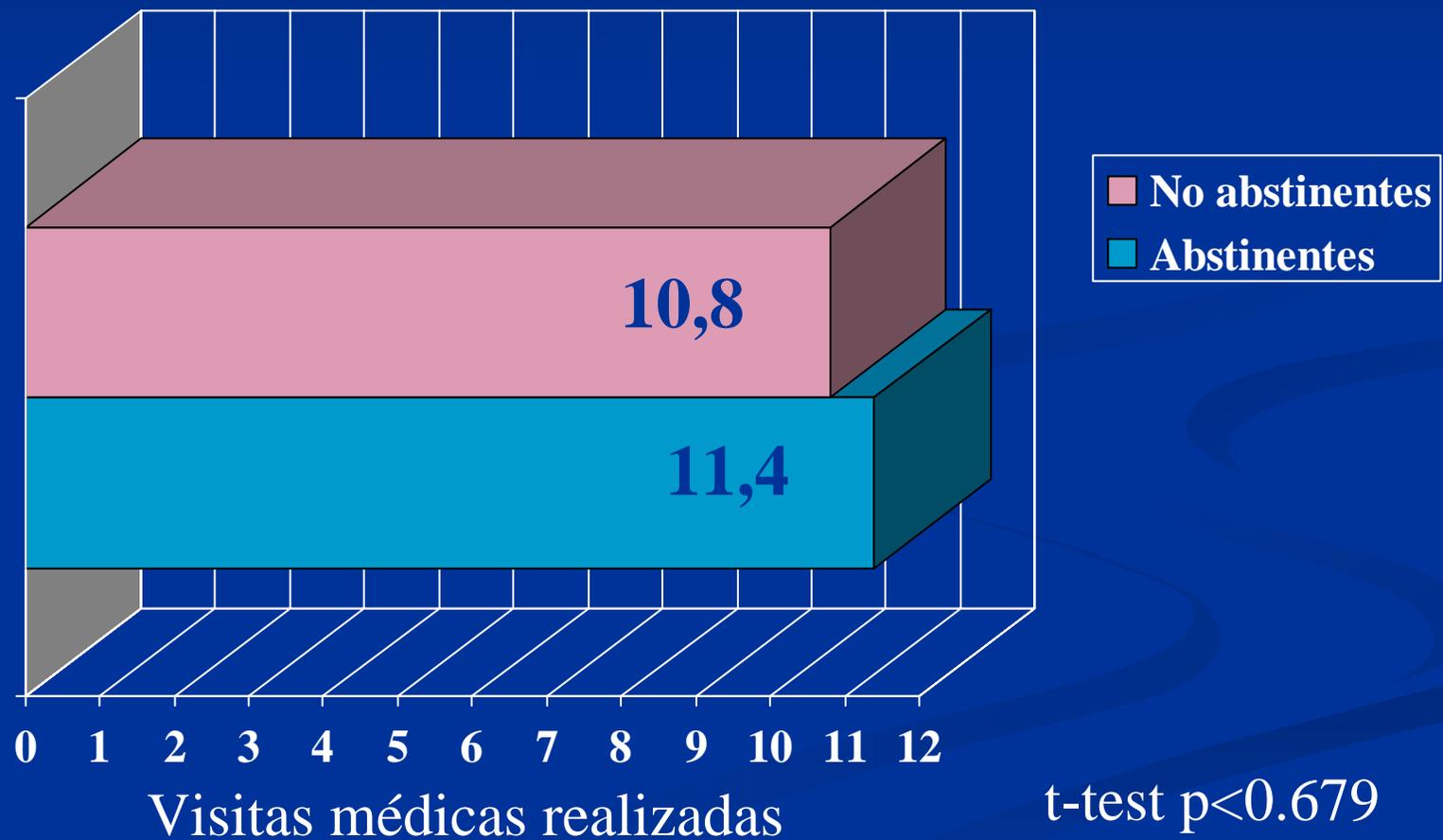
# Consumo en 1996 y número de sesiones grupales asistidas en el 1º año de tratamiento



t-test  $p < 0.000$

Gual et al., 1998

## Consumo en 1996 y número de visitas médicas en el 1º año de tratamiento



t-test  $p < 0.679$

Gual et al., 1998

# Cambios en la década de los 90

- Cambios en las características clínicas de los pacientes
- Aparición de las entrevistas motivacionales
- **Introducción de fármacos dirigidos específicamente a disminuir el deseo de beber (anticraving)**
- Demostración de la efectividad de las intervenciones breves en los bebedores de riesgo

# Fármacos en la rehabilitación del SDA

- Disulfiram
- Naltrexona
- Acamprosato
- Topiramato

# Eficacia del disulfiram: resumen

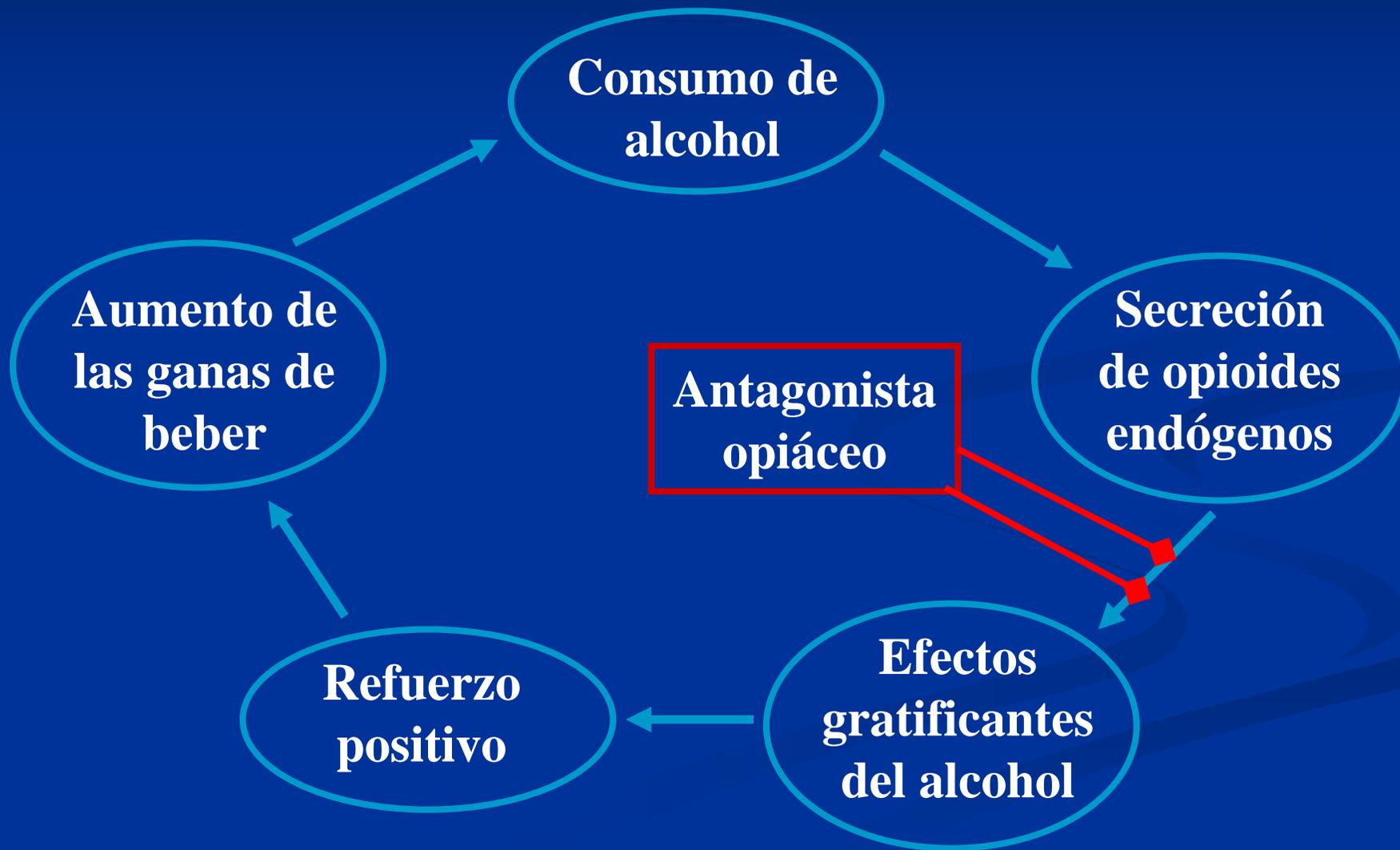
- No debe utilizarse de forma sistemática
- Reduce el número de días de consumo y las cantidades consumidas.
- No modifica las tasas de abstinencia
- Debe administrarse bajo supervisión y en el marco de un programa terapéutico
- Los implantes subcutáneos no son eficaces

# Antagonistas opiáceos

## Justificación de su uso en alcohólicos

- Los animales de experimentación aumentan su consumo de alcohol si toman morfina
- Las áreas cerebrales relacionadas con los mecanismos de refuerzo positivo (hipotálamo, septum y nucleus accumbens) son ricas en opiáceos endógenos
- La ingesta de alcohol aumenta los niveles plasmáticos de beta-endorfinas de forma dosis-dependiente
- En alcohólicos abstinentes se han demostrado niveles basales de endorfinas inferiores a los controles

# Mecanismo de acción de los antagonistas opiáceos en la dependencia alcohólica

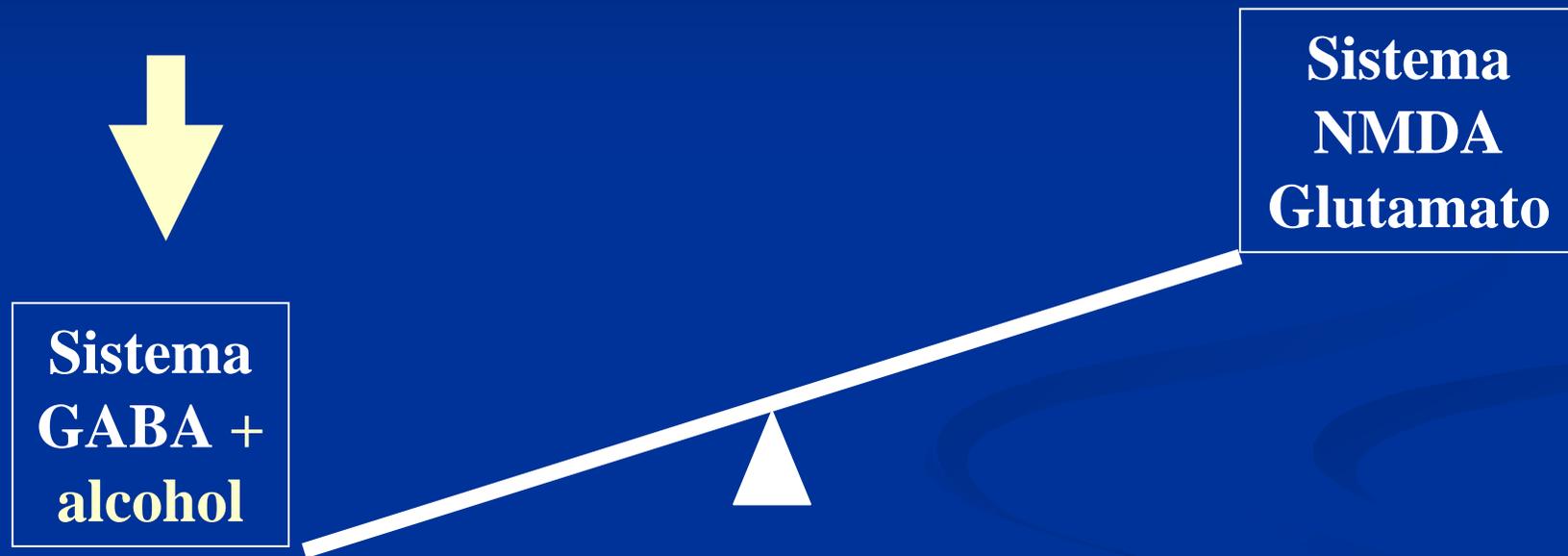


# Mecanismo de acción de acamprosato en la dependencia alcohólica (1)



Equilibrio entre los sistemas GABA y  
NMDA glutamato en condiciones basales

# Mecanismo de acción de acamprosato en la dependencia alcohólica (2)



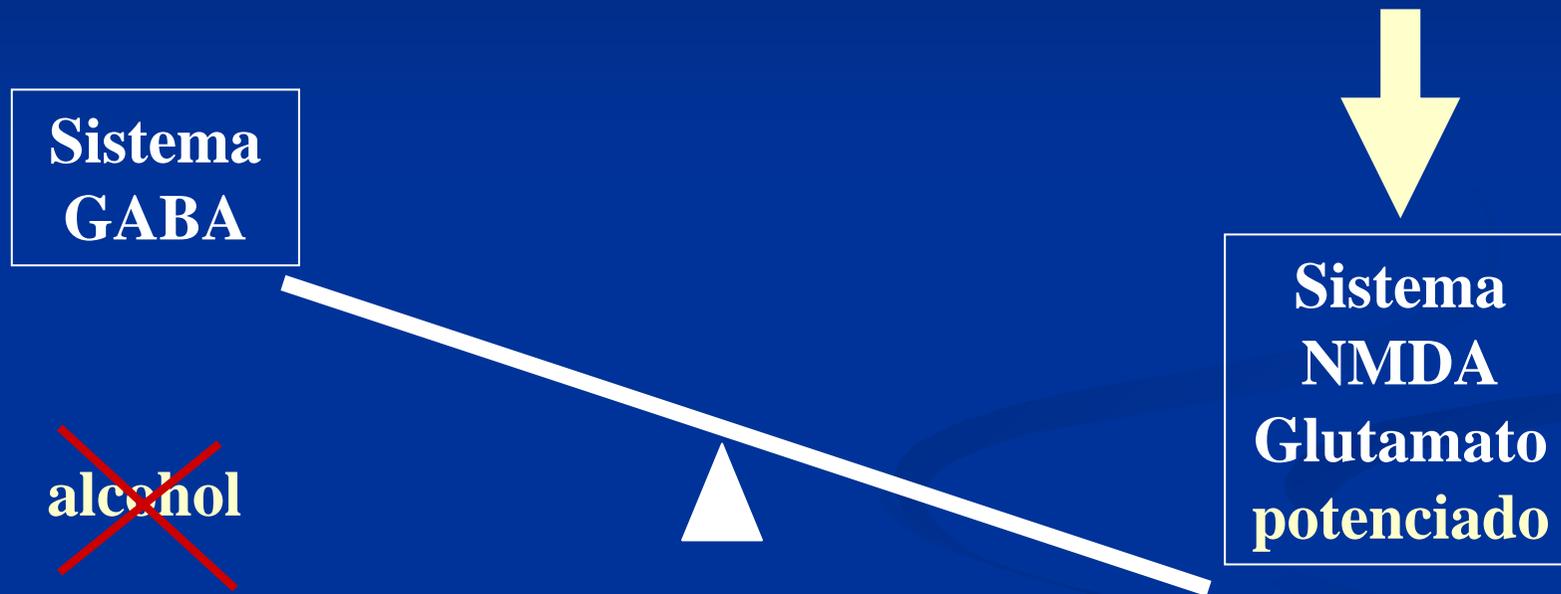
Predominio del sistema GABA  
por ingesta aguda de alcohol

# Mecanismo de acción de acamprosato en la dependencia alcohólica (3)



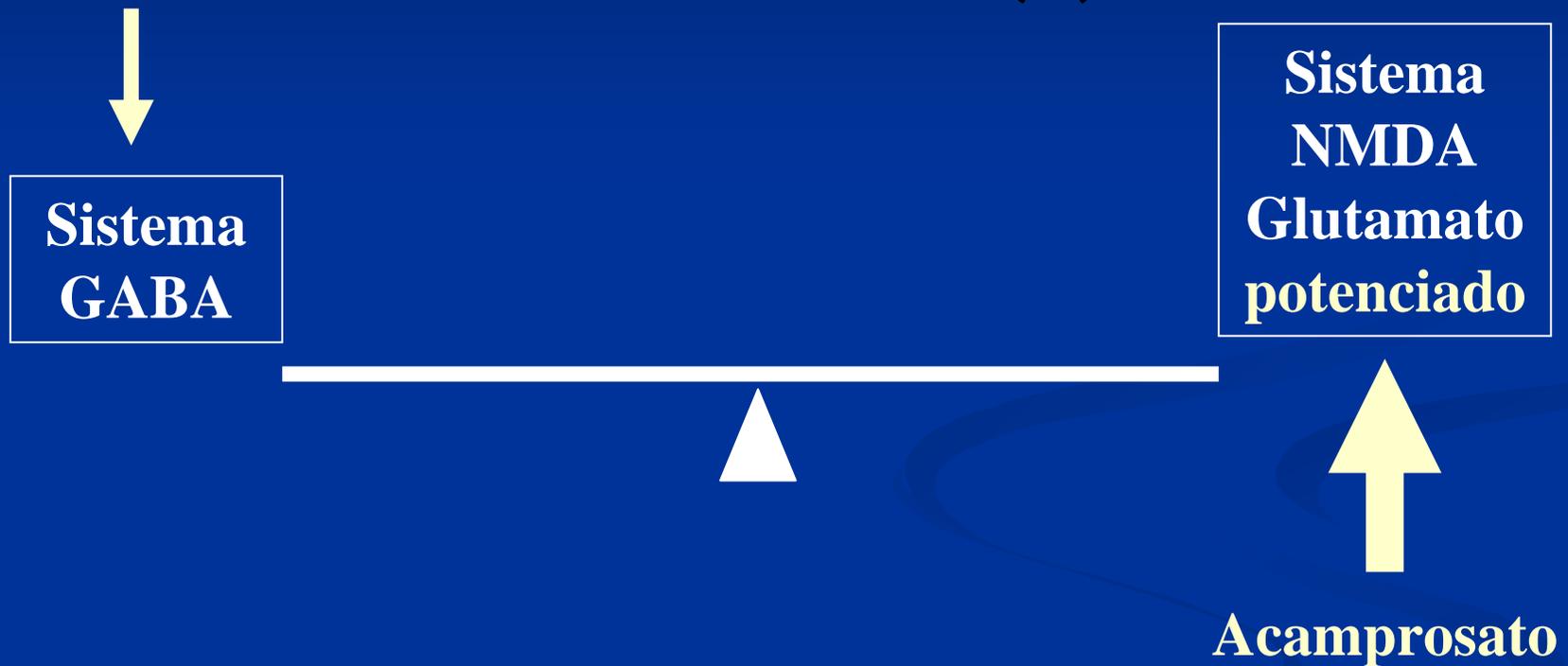
Con la ingesta crónica de alcohol se restablece el equilibrio

# Mecanismo de acción de acamprosato en la dependencia alcohólica (4)



Síndrome de abstinencia por deprivación de alcohol y predominio del sistema NMDA glutamato

# Mecanismo de acción de acamprosato en la dependencia alcohólica (5)



Acamprosato restablece el equilibrio

**Alcohol and Alcoholism Advance Access published February 8, 2006**

*Alcohol & Alcoholism* Page 1 of 7

doi:10.1093/alcalc/agl007, available online at [www.alcalc.oxfordjournals.org](http://www.alcalc.oxfordjournals.org)

COMBINED ACAMPROSATE AND NALTREXONE, WITH COGNITIVE BEHAVIOURAL  
THERAPY IS SUPERIOR TO EITHER MEDICATION ALONE FOR ALCOHOL ABSTINENCE:  
A SINGLE CENTRES' EXPERIENCE WITH PHARMACOTHERAPY

GERALD F. X. FEENEY<sup>1,\*</sup>, JASON P. CONNOR<sup>2</sup>, ROSS McD. YOUNG<sup>3</sup>, JANE TUCKER<sup>1</sup>  
and ANNIE McPHERSON<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Alcohol and Drug Assessment Unit, Princess Alexandra Hospital, Brisbane, Queensland 4102, Australia, <sup>2</sup>Department of Psychiatry, The University of Queensland, Brisbane, Queensland 4102, Australia, <sup>3</sup>School of Psychology and Counselling, Faculty of Health, Queensland University of Technology, Queensland 4034, Australia.

*(Received 14 July 2005; first review notified 19 August 2005; in revised form 3 November 2005; accepted 17 January 2006)*

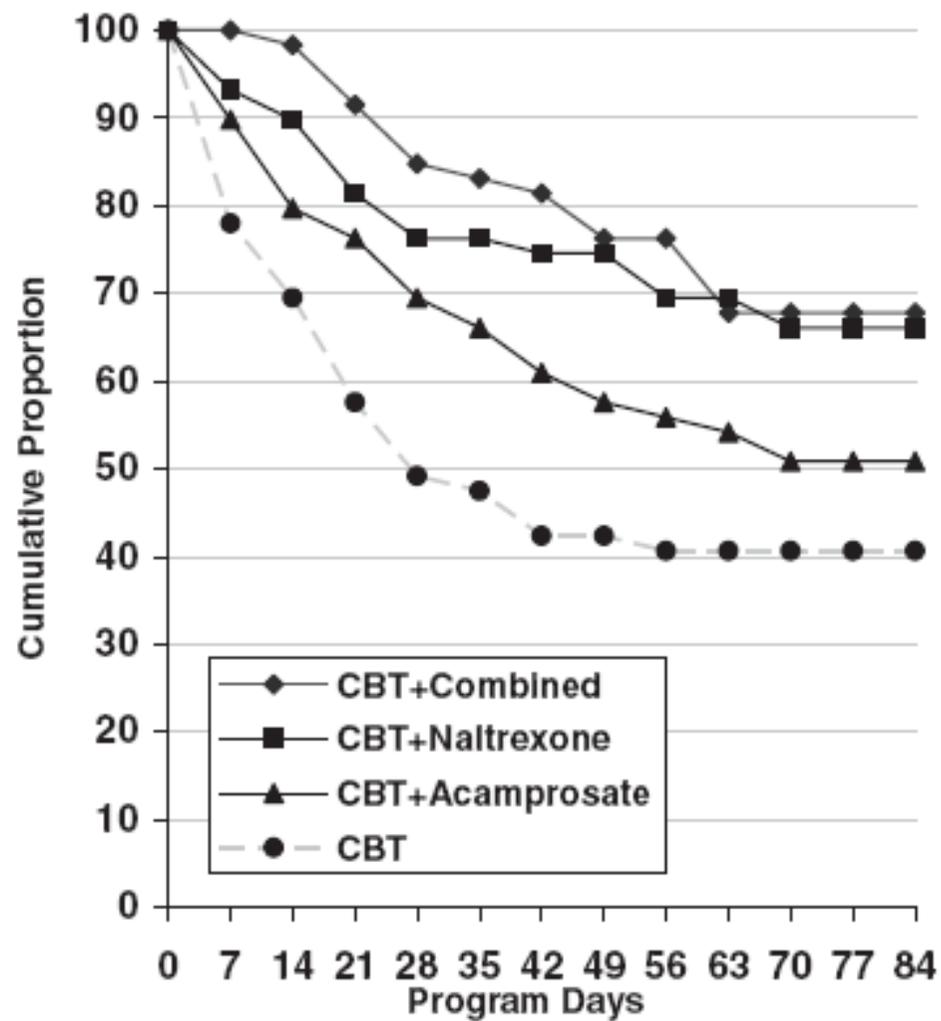


Fig. 3. The comparative cumulative proportion of relapse during the 12-week abstinence based programme by treatment group.

COMBINED EFFICACY OF ACAMPROSATE AND NALTREXONE

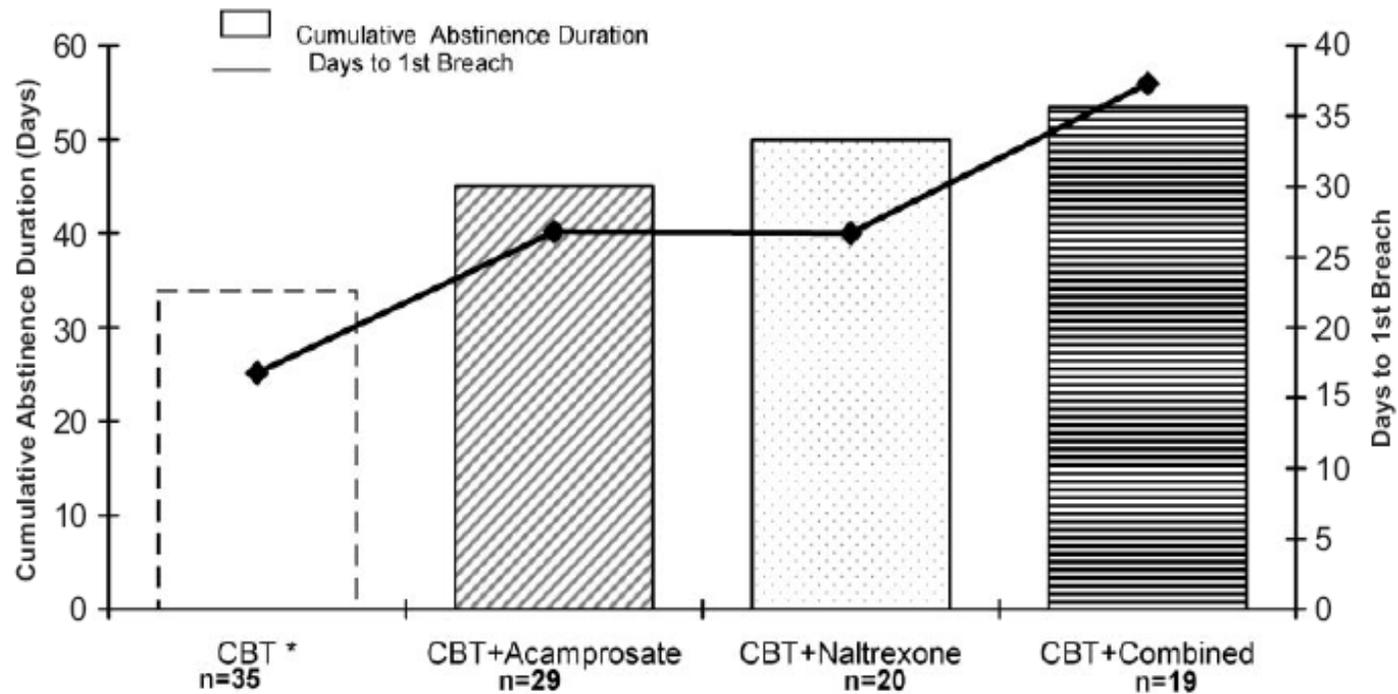


Fig. 2. Alcohol relapse: cumulative abstinence duration (CAD) by Treatment Group. Significance difference to focal group (Combine + CBT). \* = <0.05.

Separata  
en español

Sábado 17 de mayo de 2003  
Vol. 361 No. 9270  
Págs: 1677-1686 y 1688-1697

THE LANCET

Topiramato oral para el  
tratamiento de la dependencia  
alcohólica: un ensayo  
controlado y aleatorizado

Bankole A Johnson

John D Roache

Nassima Ait-Daoud

Kevin Lawson

Charles L Bowden

Martin A Javors

Carlo C DiClemente

Jennie Z Ma

COMENTARIO

Topiramato para el tratamiento de  
la dependencia alcohólica: inicio  
de la abstinencia

Robert M Swift

This report is distributed as a professional courtesy and is offered by THE LANCET Publishing Group solely for educational purposes and does not constitute an endorsement or service by THE LANCET Publishing Group. Copyright © 2003 Elsevier Science Ltd, 22, James Clerk Road London NW1 7BY UK

# Topiramato oral para el tratamiento de la dependencia alcohólica: Un ensayo controlado y aleatorizado

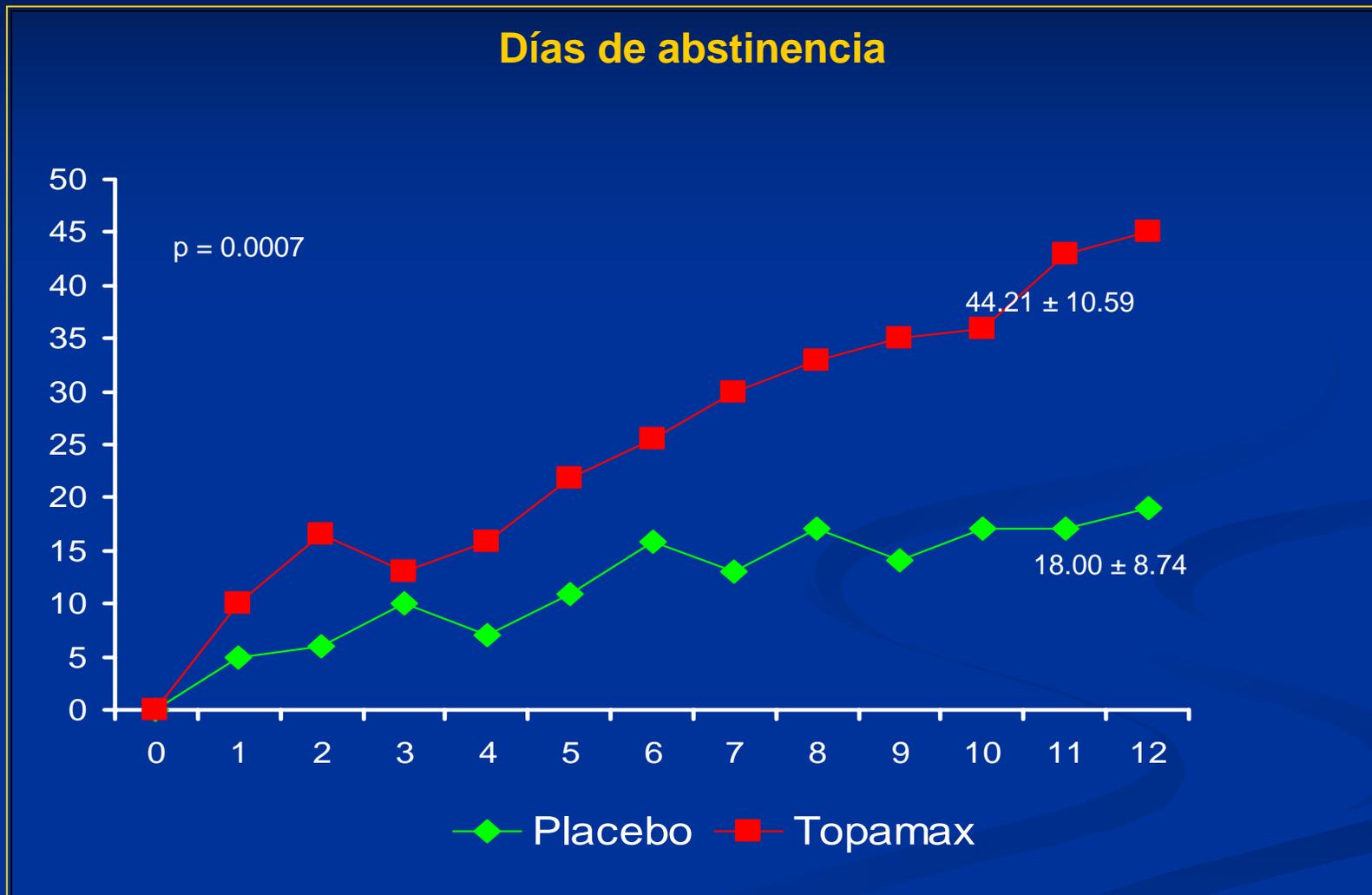
Bankole A. Johnson,  
Nassima Ait-Daoud, *et al.*;  
Lancet 2003; 361: 1677-85

# Oral topiramate reduces the consequences of drinking and improves the quality of life of alcohol-dependent individuals .A randomized controlled trial.

Johnson BA et al. Arch Gen Psychiatry 61: 905-912, 2004

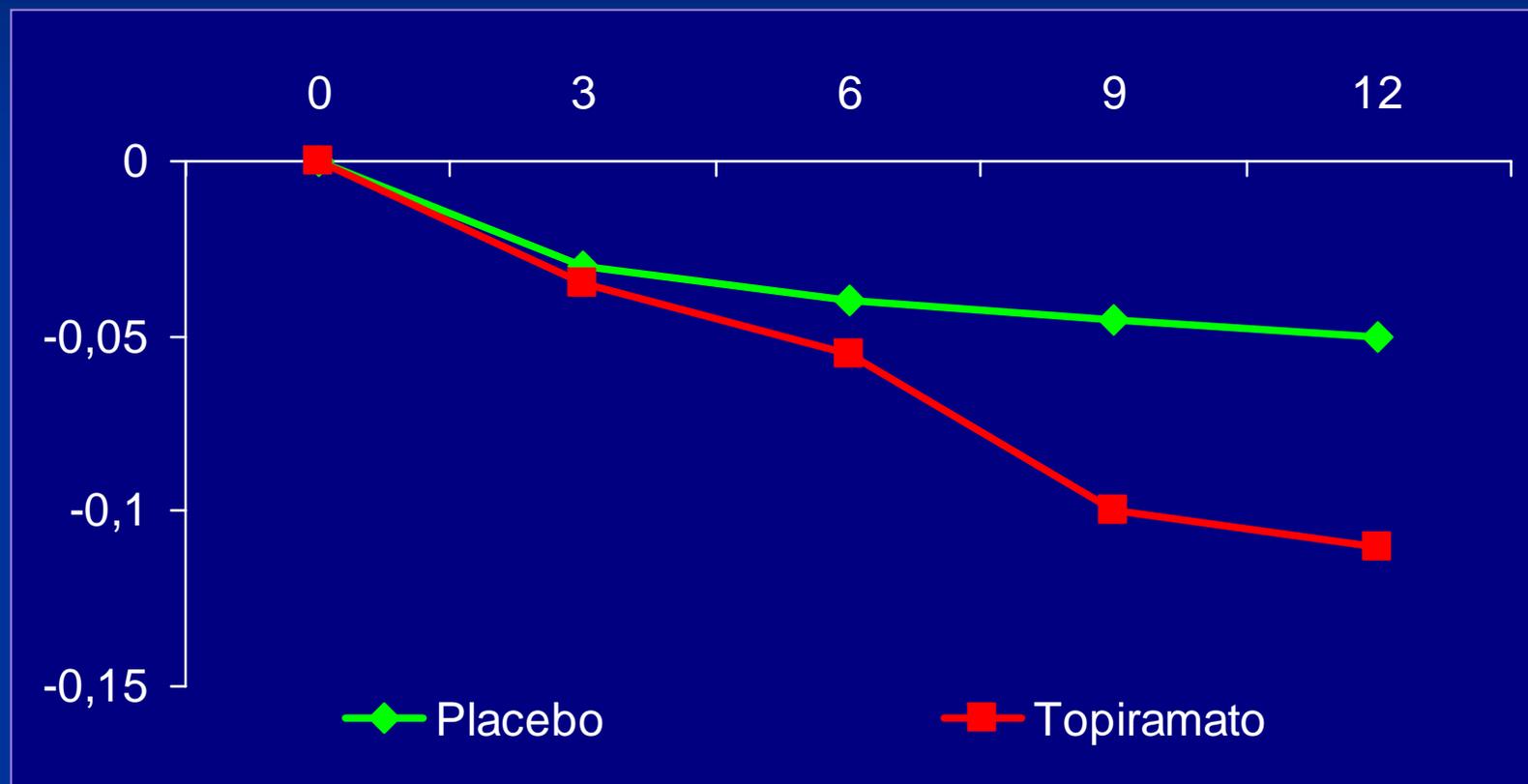
- Ensayo doble ciego, randomizado
- 12 semanas
- Topiramato vs Placebo
- N=150 pacientes (21-65 años) con dependencia de alcohol (DSM-IV)
  - 75 topiramato
  - 75 placebo
- Revisión semanal del cumplimiento del tratamiento

# Resultados



*Bankole A. Johnson, Nassima Ait-Daoud, et al., Lancet 2003; 361: 1677-85*

# Tasa logarítmica de GGT



$p < ,011$

¿Qué aprendimos  
del Proyecto  
MATCH?

# El proyecto Match

## Objetivo general

Valorar los beneficios que comporta asignar pacientes alcohólicos a tres modalidades terapéuticas diferentes, en función de sus características personales y clínicas

# El proyecto Match

## Descripción del estudio

### Dos muestras paralelas, independientes:

- Tratamiento ambulatorio (N=952)
- Seguimiento después de hospitalización o tratamiento en hospital de día (N=774)

### Randomización en 3 tipos de terapia:

- Terapia cognitivo-conductual (TCC)
- Terapia motivacional (TM)
- Terapia orientada a los 12 pasos (TOAA)

# El proyecto Match

## Resultados globales

- dos tercios de los tratamientos fueron administrados (68%-66%)
- Los días de abstinencia aumentan:
  - del 20% antes de iniciar el tratamiento
  - al 80-90% un mes después de acabarlo
- 35-40% de los pacientes se mantuvieron abstinentes todo el tiempo estudiado

# El proyecto Match

## Validez de las hipótesis

- No se observaron diferencias en cuanto a la eficacia de las 3 modalidades de tratamiento
- Ninguna de las variables predictoras lo fue en realidad
- Sólo se evidenció que en los pacientes con poca severidad psiquiátrica y en tratamiento ambulatorio, la TOAA fue mas eficaz

# El proyecto Match. Interpretación de los resultados (Limitaciones del diseño)

- Tratamiento de 3 meses
- Abordaje exclusivamente individual
- No utilización de fármacos
- Se permitía la asistencia a grupos de Alcohólicos Anónimos

# ¿Qué hemos aprendido del proyecto Match?

- No podemos definir perfiles de pacientes respondedores a una determinada modalidad terapéutica
- El criterio clínico sigue siendo fundamental
- Debemos concebir el tratamiento como un traje a medida



# ¿Qué aporta el Proyecto COMBINE?

 ORIGINAL CONTRIBUTION

## Combined Pharmacotherapies and Behavioral Interventions for Alcohol Dependence

The COMBINE Study: A Randomized Controlled Trial

JAMA, May 3, 2006—Vol 295, No. 17

# Autores

---

Raymond F. Anton, MD

---

Stephanie S. O'Malley, PhD

---

Domenic A. Ciraulo, MD

---

Ron A. Cisler, PhD

---

David Couper, PhD

---

Dennis M. Donovan, PhD

---

David R. Gastfriend, MD

---

James D. Hosking, PhD

---

Bankole A. Johnson, MD, PhD

---

Joseph S. LoCastro, PhD

---

Richard Longabaugh, EdD

---

Barbara J. Mason, PhD

---

Margaret E. Mattson, PhD

---

William R. Miller, PhD

---

Helen M. Pettinati, PhD

---

Carrie L. Randall, PhD

---

Robert Swift, MD

---

Roger D. Weiss, MD

---

Lauren D. Williams, MD

---

Allen Zweben, DSW

---

for the COMBINE Study Research  
Group

---

# Características del proyecto

- 1383 alcohólicos desintoxicados (28% de los 4965 que fueron cribados)
- 11 centros
- Evaluación: 16 semanas → 1 año
- Objetivos: evaluar la eficacia de los tratamientos farmacológicos, psicológicos, de su combinación y el efecto del placebo
- 9 grupos experimentales

# Grupos experimentales

- Medical management (MM) (n=607)
  - + Placebo (n=153)
  - + Acamprosato (n=152)
  - + Naltrexona (n=154)
  - + Naltrexona + Acamprosato (n=148)
- MM + Terapia conductual combinada (n=619)
  - + Placebo (n=156)
  - + Acamprosato (n=151)
  - + Naltrexona (n=155)
  - + Naltrexona + Acamprosato (n=157)
- Terapia conductual combinada (n=157)

# Efectos adversos

**Table 2.** Adverse Events During Treatment by Medication Group

Event	No. (%)				P Value*
	Placebo (n = 309)	Acamprosate (n = 303)	Naltrexone (n = 309)	Acamprosate + Naltrexone (n = 305)	
Nausea	65 (21)	72 (24)	101 (34)	125 (42)†	<.001
Vomiting	26 (9)	27 (9)	45 (15)‡	52 (18)§	<.001
Diarrhea	108 (35)	193 (65)†	92 (31)‡	165 (56)†	<.001
Decreased appetite	41 (13)	57 (19)	63 (21)	75 (25)†	.002
Somnolence	72 (24)	94 (31)§	112 (37)†	91 (31)‡	.003
AST or ALT 5 times upper limit normal	0	1 (0)	6 (2)‡	5 (2)‡	.02
Serious adverse events					
Alcohol detoxification	3 (1)	11 (4)‡	6 (2)	11 (4)‡	.58
Other	5 (2)	7 (2)	4 (1)	6 (2)	.80
Withdrawals due to adverse events	4 (1)	9 (3)	12 (4)	13 (4)‡	.09

# Porcentaje de días de abstinencia

**Table 3.** Adjusted Mean Percent Days Abstinent Through End of Treatment\*

	Mean (SD)		<i>P</i> Value
	Control	Intervention	
	Main Effects		
	Placebo (n = 616)	Acamprosate (n = 605)	
Acamprosate	77.6 (25.32)	78.4 (25.31)	.61
	Placebo (n = 610)	Naltrexone (n = 611)	
Naltrexone	77.2 (25.42)	78.8 (25.46)	.25
	No CBI (n = 609)	CBI (n = 614)	
CBI	77.8 (25.36)	78.2 (25.52)	.82

# Dias de consumo excesivo

**Table 4.** Participants With  $\geq 1$  Heavy Drinking Day During Treatment\*

	No. (%)		<i>P</i> Value
	Control	Intervention	
	Main Effects		
	Placebo (n = 618)	Acamprosate (n = 608)	
Acamprosate	433 (70.1)	423 (69.6)	.23
	Placebo (n = 612)	Naltrexone (n = 614)	
Naltrexone	437 (71.4)	419 (68.2)	.02
	No CBI (n = 607)	CBI (n = 619)	
CBI	423 (69.7)	433 (70.0)	.16

# Resultados a las 16 semanas

**Table 5.** Drinking Outcomes Through End of Treatment

Drinking Outcomes*	No. (N = 1383)†	Medical Management (No CBI)				CBI + Medical Management				CBI Only
		Placebo (n = 153)	Naltrexone (n = 154)	Acamprosate (n = 152)	Naltrexone + Acamprosate (n = 148)	Placebo (n = 156)	Naltrexone (n = 155)	Acamprosate (n = 151)	Naltrexone + Acamprosate (n = 157)	No Pills (n = 157)
Percent days abstinent, mean (SD)‡	1376	73.8 (25.98)	80.0 (26.06)	75.6 (26.01)	80.5 (25.91)	79.8 (25.94)	75.9 (26.02)	78.2 (25.93)	77.6 (25.94)	66.6 (27.14)
Return to heavy drinking, No. events (%)§	1383	115 (75.2)	104 (67.5)	108 (71.1)	96 (64.9)	111 (71.2)	103 (66.5)	103 (68.2)	116 (73.9)	124 (79.0)
Good clinical outcome, No. events (%)	1294	71 (58.2)	87 (73.7)	79 (60.8)	91 (78.4)	92 (71.3)	99 (74.4)	93 (74.4)	97 (73.5)	80 (60.6)

Abbreviation: CBI, combined behavioral intervention.

\*All drinking measures are adjusted for baseline drinking.

†A total of 1383 patients were randomly assigned. Other numbers represent all patients who have data available for analysis.

‡Percent days abstinent is computed monthly for the treatment period. At least 5 days of data per month were required to compute percent days abstinent; otherwise, it was considered missing.

§A heavy drinking day is defined as  $\geq 4$  drinks/d for women and  $\geq 5$  drinks/d for men.

||See "Methods" section for definition.

# Resultados al año (% de días de abstinencia)

**Table 7.** Adjusted Mean Percent Days Abstinent Through the End of Follow-up

	Mean (SD)		P Value
	Control	Intervention	
	<b>Main Effects</b>		
	Placebo (n = 567)	Acamprosate (n = 563)	
Acamprosate	65.8 (31.67)	65.0 (31.80)	.85
	Placebo (n = 567)	Naltrexone (n = 563)	
Naltrexone	64.0 (31.67)	66.7 (31.80)	.42
	No CBI (n = 557)	CBI (n = 573)	
CBI	63.8 (31.63)	66.9 (31.84)	.08

# Resultados al año (% de días de consumo excesivo)

**Table 8.** Participants With  $\geq 1$  Heavy Drinking Day Over 1 Year Posttreatment\*

	No. (%)		P Value
	Control	Intervention	
	<b>Main Effects</b>		
	Placebo (n = 618)	Acamprosate (n = 608)	
Acamprosate	498 (80.6)	485 (79.8)	.40
	Placebo (n = 612)	Naltrexone (n = 614)	
Naltrexone	495 (80.9)	488 (79.5)	.04
	No CBI (n = 607)	CBI (n = 619)	
CBI	495 (81.5)	488 (78.8)	.13

# Cambios en la década de los 90

- Cambios en las características clínicas de los pacientes
- Aparición de las entrevistas motivacionales
- Introducción de fármacos dirigidos específicamente a disminuir el deseo de beber (anticraving)
- **Demostración de la efectividad de las intervenciones breves en bebedores de riesgo**

# Atención primaria de salud (WHO Collaborative Study)

- Fase I Creación de un instrumento de cribado (AUDIT)
- Fase II Eficacia de las intervenciones breves: 20-25% reducción consumos de riesgo
- Fase III Formas de implementación de las intervenciones breves
- Fase IV Diseminación generalizada de las intervenciones breves

# Eficacia de las entrevistas motivacionales

**Alcohol and Alcoholism Advance Access published March 17, 2006**

*Alcohol & Alcoholism* Page 1 of 8

doi:10.1093/alcalc/agl016, available online at [www.alcalc.oxfordjournals.org](http://www.alcalc.oxfordjournals.org)

## THE EFFICACY OF MOTIVATIONAL INTERVIEWING AS A BRIEF INTERVENTION FOR EXCESSIVE DRINKING: A META-ANALYTIC REVIEW

EIRINI I. VASILAKI, STEVEN G. HOSIER and W. MILES COX\*

University of Wales, Bangor, UK

*(Received 11 July 2005; first review notified 24 July 2005; in revised form 13 February 2006; accepted 16 February 2006)*

Table 2. The characteristics of the studies reviewed

Study	N/gender	Mean age	Design	Duration	Therapist	Training	Outcome	Drinker status
Agostinelli <i>et al.</i> (1995)	26/FM	NR	MI/NT	Mail	Researcher	NR	MI > NT	Abuse
Baer <i>et al.</i> (1992)	134/FM	21	MI/CT	60	PhD Student	No	MI = CT	Abuse
Baer <i>et al.</i> (2001)	348/FM	19	MI/NT	60	NR	NR	MI > NT	Abuse
Bien <i>et al.</i> (1993)	32/M	44.5	MI/TAU	60	PhD Student	Yes	MI > TAU	Dependence
Borsari and Carey (2000)	60/FM	18.7	MI/NT	60	Clinician	Yes	MI > NT	Abuse
Brown and Miller (1993)	28/FM	37	MI/NT	30/40	Clinician	No	MI > NT	Dependence
Gentilello <i>et al.</i> (1999)	762/M	36	MI/NT	30	PhD Student	Yes	MI > NT	Dependence
Handmaker <i>et al.</i> (1999)	42/F	24	MI/CT	60	PhD Student	NR	MI > CT	Abuse
Heather <i>et al.</i> (1996)	174/M	34.4	MI/CT/NT	30/40	Student	Yes	MI > CT/NT	Dependence
Kelly <i>et al.</i> (2000)	32/F	43.7	MI/NT	360	Clinician	Yes	MI > NT	Abuse
Longabaugh <i>et al.</i> (2001)	539/FM	27.3	MI/SC	40/60	Clinician	Yes	MI > SC	Abuse
Maisto <i>et al.</i> (2001)	301/FM	21	MI/BA/SC	30/45	Student	Yes	MI = BA,SC	Abuse
Marlatt <i>et al.</i> (1998)	348/FM	19	MI/NT	60	Student	Yes	MI > NT	Abuse
Miller <i>et al.</i> (1988)	42/FM	40	MI/NT	60	Student	Yes	MI > NT	Abuse
Miller <i>et al.</i> (1993)	42/FM	40	MI/NT/CT	60	Student	Yes	MI > NT,CT	Abuse
Monti <i>et al.</i> (1999)	94/FM	19	MI/SC	35	Student	Yes	MI > SC	Abuse
Murphy <i>et al.</i> (2001)	99/FM	19.6	MI/SC/NT	50	Student	Yes	MI > CT/NT	Abuse
Project MATCH (1997)	1726/FM	40.5	MI/CT	240	Clinician	Yes	MI = CT	Dependence
Roberts <i>et al.</i> (2000)	348/FM	NR	MI/NT	120	Student	Yes	MI > NT	Abuse
Sellman <i>et al.</i> (2001)	122/FM	36	MI/CT/NT	240	Therapist	Yes	MI > CT/NT	Mild
Shakeshaft <i>et al.</i> (2002)	115/FM	NR	MI/CT	90	Staff	Yes	MI = CT	Abuse
Smith <i>et al.</i> (2003)	151/FM	24	MI/TAU	15	Nurse	Yes	MI > TAU	Abuse

CT, comparison treatment; NT, no treatment; SC, standard care; BA, brief advice; NR, not reported; Mail: in this study personalized non-labeling feedback was sent to participants by post; TAU, treatment as usual.

# Entrevista motivacional breve vs otros tratamientos

Study	Mean (SD) MI group	Mean (SD) other treatments	Between-groups effect sizes <sup>a</sup> (CI)	Aggregate effect size (CI)
Bien <i>et al.</i> (1993)	12.9 (26.4) <sup>a</sup>	272.2 (528.9) <sup>a</sup>	0.70 (-0.09, 1.49)	
Handmaker <i>et al.</i> (1999)	NR	NR	0.60 (-1.34, 2.54)	
Maisto <i>et al.</i> (2001)	44.4 (48.6) <sup>a</sup>	51.6 (52.2) <sup>a</sup>	0.14 (-0.18, 0.47)	
Murphy <i>et al.</i> (2001)	22.5 (5.8) <sup>a</sup>	26.8 (17.2) <sup>a</sup>	0.33 (-0.20, 0.85)	
Longabaugh <i>et al.</i> (2001)	1.6 (1.1) <sup>b</sup>	1.7 (1.1) <sup>b</sup>	0.07 (-0.16, 0.30)	
Smith <i>et al.</i> (2003)	27.1 (28.3) <sup>a</sup>	27.3 (24.1) <sup>a</sup>	0.01 (-0.33, 0.35)	
Heather <i>et al.</i> (1996)	27.6 (20.6) <sup>a</sup>	35.5 (24.7) <sup>a</sup>	0.35 (-0.07, 0.76)	
Miller <i>et al.</i> (1993)	15.1 (23.1) <sup>a</sup>	22.2 (30.1) <sup>a</sup>	0.26 (-0.49, 1.00)	
Shakeshaft <i>et al.</i> (2002)	15.1 (23.3) <sup>a</sup>	12.3 (23.7) <sup>a</sup>	-0.03 (-0.24, 0.18)	
				0.43** (0.17,0.70)

Duración media de las intervenciones breves: 53 min.

# Componentes de las IB

**Comunicar  
empatía**



**Promover  
autoeficacia**



**Dar feedback sobre estado de  
salud y riesgos**

**Evaluar Estadio de Cambio**

**Dar consejo**

**Negociar objetivos y estrategias**

**Monitorizar el progreso**



**Enfatizar  
responsabilidad**

# Conclusiones

- El disulfiram sigue teniendo un lugar en el arsenal terapéutico en administración supervisada
- La Naltrexona facilita una disminución de consumos
- El topiramato aparece como una molécula interesante que reduce el impulso a beber
- Algunos anticomiciales pueden facilitar la transición de la desintoxicación a la deshabituación
- Las entrevistas motivacionales están convirtiéndose en el estándar de intervención psicológica
- La medicalización del tratamiento favorece el pronóstico