

## EFECTO DE LAS INTERVENCIONES BREVES EN LA REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADULTOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Larissa Alves de Araújo Lima<sup>1</sup>   
Fernando José Guedes da Silva Júnior<sup>1</sup>   
Claudete Ferreira de Souza Monteiro<sup>1</sup>   
Giovanna Vitória Aragão de Almeida Santos<sup>1</sup>   
Ana Paula Cardoso Costa<sup>1</sup>   
Jaqueline Carvalho e Silva Sales<sup>1</sup> 

### ABSTRACT

**Objective:** to synthesize evidence on the effects of brief interventions on reducing alcohol consumption among adults. **Method:** systematic review study, protocol registered in the International Prospective Register of Systematic Reviews, registration no. CRD42020153034. The search was conducted in 2020, in electronic databases and randomized clinical trials that evaluated the effects of Brief Interventions in adult alcohol drinkers were included. **Results:** 11 articles were evaluated. All studies performed, in the control and experimental groups, a test to identify the pattern of alcohol consumption, with feedback offered to the user afterwards. The interventions use methodologies that encourage the user to make a decision, as well as maintain the decision made and avoid relapse. **Conclusion:** this research contributes to health care teaching and assistance, through reflections on the identification of alcohol abuse and compiled on the application and impact of Brief Interventions.

**DESCRIPTORS:** Systematic Review; Alcohol Abuse; Brief Psychotherapy; Treatment Outcome; Harm Reduction.

### CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Lima LA de A, Silva Júnior FJG da, Monteiro CF de S, Santos GVA de A, Costa APC, Sales JC e S. The effect of brief interventions on reducing alcohol consumption in adults: a systematic review. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2022 [accessed "insert day, month and year"]; 27. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.80768>.

## INTRODUCCIÓN

El consumo de bebidas alcohólicas se configura como un grave problema de salud pública, ya que provoca daños físicos, sociales, familiares y psicológicos al usuario, además de aumentar los casos de violencia, accidentes y muertes. El uso nocivo de esta sustancia se considera el séptimo factor de riesgo de mortalidad prematura y el primero del indicador Disability-Adjusted Life Year (DALY)-años de vida improductiva por discapacidad- y el principal factor de riesgo de la carga global de enfermedades en el mundo<sup>(1)</sup>.

En Brasil, cerca del 40% de la población ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses<sup>(2)</sup>. De la población mundial de adultos jóvenes, de entre 15 y 64 años, el 3,6% tiene trastornos por consumo de alcohol<sup>(3)</sup>.

Ante este panorama, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado el uso de las intervenciones breves (IB) como estrategia para proporcionar asistencia rápida a los consumidores de alcohol. Para llevar a cabo el IB, se utiliza una prueba de cribado, normalmente el Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), y luego los principios de retroalimentación, responsabilidad, provisión de información, opciones y motivación para cambiar la conducta de consumo excesivo de alcohol y siempre de forma empática; estos se representan con el acrónimo FRAMES (Feedback, Responsibility, Advice, Menu of option, Empathy y Self-efficacy)<sup>(4)</sup>.

Este estudio se basa en la premisa de la necesidad de realizar acciones para reducir el consumo de alcohol, por lo que se justifica por la importancia de sintetizar las pruebas sobre los efectos de las IB para evaluar la posibilidad de utilizarlas y, en consecuencia, el impacto en la conducta de riesgo/nociva de beber. Además, no se ha encontrado en la literatura ningún otro estudio que apunte a esta síntesis. Por lo tanto, el objetivo fue sintetizar las pruebas sobre los efectos de las intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol entre los adultos.

## MÉTODO

Estudio de revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios (ECA), elaborado según checklist Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)<sup>(5)</sup>. El protocolo de revisión se registró en el International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO), número de registro CRD42020153034. No hubo alteraciones en el protocolo.

Para formular el objetivo y la pregunta de la revisión, se utilizó la estrategia PICOS, en la que Población (P): consumidores adultos de alcohol; Intervención (I): intervención breve; Comparación/control (C): otras intervenciones; Resultado (O): reducción del consumo de alcohol; y, Diseño del estudio (S): ensayos clínicos aleatorios<sup>(6)</sup>. Así, se obtuvo la siguiente pregunta: ¿cuál es el efecto de las intervenciones breves en la reducción del consumo de alcohol entre los adultos?

Los criterios de inclusión establecidos fueron: estudios primarios cuyo diseño fuera un ensayo clínico aleatorizado y que evaluaran el uso de IB en adultos ( $\geq 18$  años y  $\leq 59$  años), en ambos sexos, para reducir el consumo de alcohol, sin limitaciones de seguimiento. Los criterios de exclusión fueron: estudios con adolescentes o ancianos; estudios que utilizaron más de una terapia complementaria en combinación con IB; estudios que evaluaron el uso de IB para reducir el consumo de otras sustancias psicoactivas; estudios que abordaron trastornos mentales asociados al consumo de alcohol.

La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos: Medical Literature Analysis

and Retrieval System on-line (MEDLINE) a través de Pubmed, Excerpta Medical database (Embase), CENTRAL Cochrane, Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS) y base de datos de enfermería a través de Virtual Health Library, Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) y Psychological Database (PsycINFO). Además, se realizó una investigación secundaria en otras fuentes: Registros de Ensayos Clínicos, por ejemplo, ClinicalTrials.gov (National Institutes of Health, NIH, USA) y The Brazilian Clinical Trials Registry (a través de la Plataforma Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos - ReBEC). No se aplicaron límites de temporalidad, idioma o escenario donde se desarrolló el estudio, con el fin de alcanzar el mayor número de artículos y no restringir la búsqueda. Cabe destacar que dos investigadores realizaron la estrategia de búsqueda en todas las bases de datos de forma independiente. Se utilizó el programa bibliográfico EndNote para almacenar, organizar y gestionar todas las referencias.

Inicialmente, la estrategia de búsqueda de los estudios se compuso de una combinación de descriptores controlados y palabras clave, según la indicación ofrecida en cada base de datos. Para ampliar la estrategia de búsqueda, se realizó una combinación de descriptores controlados y palabras clave mediante los operadores booleanos "AND" y "OR".

La búsqueda se realizó en diciembre de 2020, y fue llevada a cabo por dos revisores independientes, en caso de desacuerdo, se consultó a un tercer revisor y así ocurrió en todas las etapas de extracción y evaluación de los estudios. Inicialmente, se leyeron los títulos y los resúmenes, y posteriormente los textos completos. No se ha contactado con los autores para hacerles preguntas.

Para la extracción de datos se utilizó un formulario estandarizado basado en estudios anteriores<sup>(7-8)</sup>, que incluía: identificación del estudio (título, factor de impacto de la revista, país de los autores del estudio, año de publicación, institución de acogida, financiación); características metodológicas (diseño del estudio; objetivo; pregunta de investigación o hipótesis; características de la muestra, grupos experimental y de control, método de reclutamiento, pérdidas, duración del seguimiento y análisis estadísticos); principales resultados e implicaciones para la práctica clínica; y, conclusiones. También se clasificó el nivel de evidencia<sup>(9)</sup> de los estudios. Los datos se extrajeron y organizaron en un cuadro sinóptico para su análisis cualitativo.

La calidad metodológica de los ensayos clínicos aleatorios se evaluó mediante la Escala de Jadad<sup>(10)</sup>, cuya puntuación oscila entre cero y cinco, considerándose los estudios con puntuación <tres como de baja calidad y los estudios con puntuación ≥tres como de alta calidad. La validez interna y el riesgo de sesgo de los ECA (Ensayos Clínicos Aleatorizados) se evaluaron mediante la herramienta de riesgo de sesgo del Manual de la Colaboración Cochrane para Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, versión 5.1.0<sup>(11)</sup>, que evalúa siete dominios: I) Asignación de la secuencia aleatoria (sesgo de selección); II) Secreto de la asignación (sesgo de selección); III) Cegamiento de los participantes y del personal implicado (sesgo de actuación); IV) Cegamiento de los evaluadores de resultados (sesgo de detección); V) Resultados incompletos (sesgo de desgaste); VI) Información selectiva de los resultados (sesgo de publicación) y VII) Otras fuentes de sesgo. Sobre la base de estos dominios, los estudios se clasifican en riesgo de sesgo bajo, alto o incierto.

Teniendo en cuenta que la mayoría de los estudios evaluados presentaban diferencias metodológicas significativas (instrumentos de análisis y métodos de intervención), esta heterogeneidad impidió la realización del metaanálisis. Por ello, se optó por realizar una síntesis cualitativa de los datos en esta revisión sistemática.

## RESULTADOS

Se identificaron 2.071 estudios, sin embargo, después de todo el proceso de selección, como se describe en la Figura 1, este estudio se operacionalizó con 11 artículos.

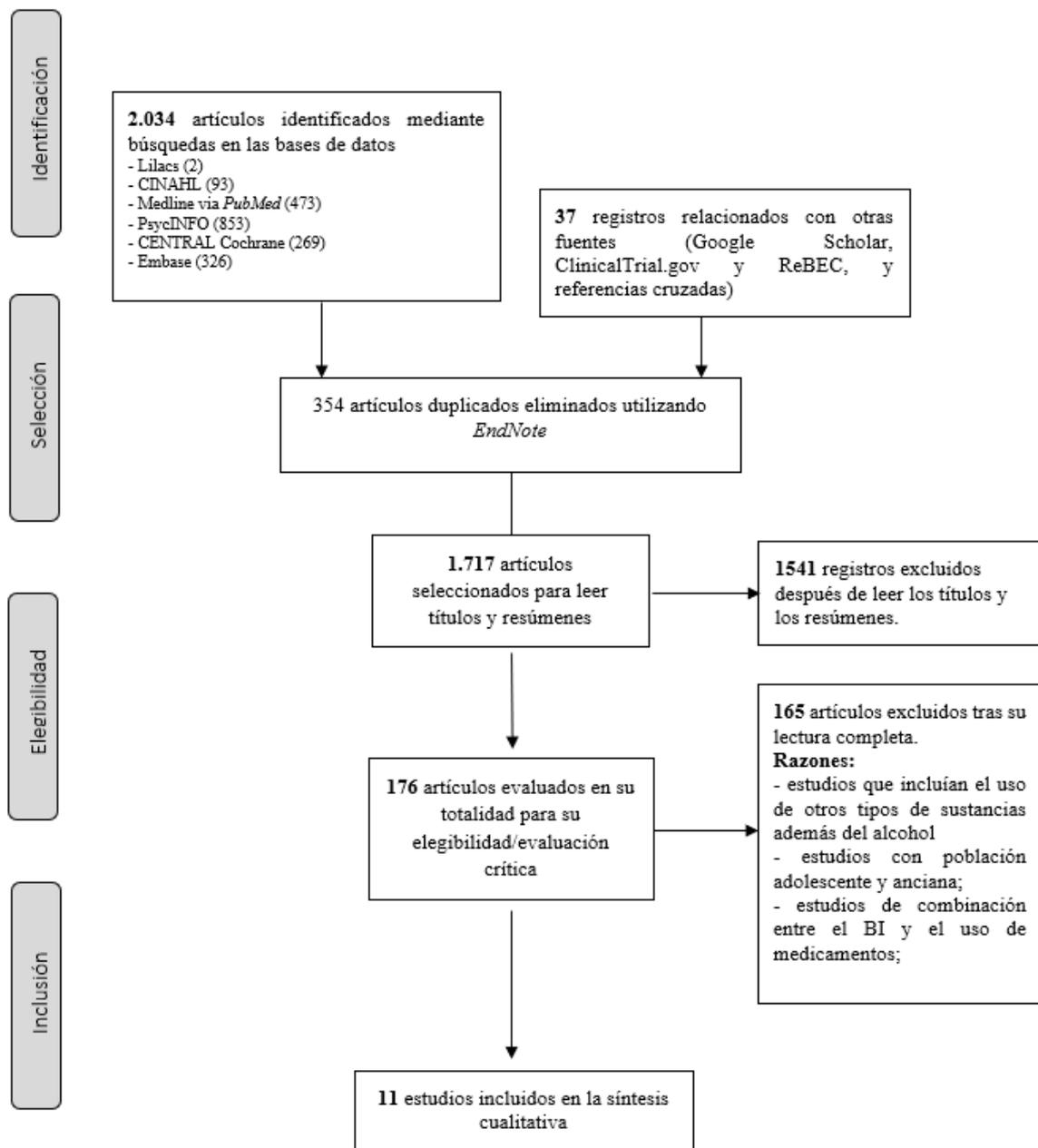


Figura 1 - Diagrama de flujo de la elegibilidad de los estudios encontrados según PRISMA. Teresina, PI, Brasil, 2021. Fuente: Autores (2021).

De los 11 estudios que operacionalizaron este artículo, cuatro se realizaron en Inglaterra y los demás en diversos países, como Corea del Sur, Suiza, India, Polonia, Sudáfrica y Estados Unidos de América. Siete de los estudios fueron publicados entre los años 2010 y 2019 (Cuadro 1).

Quadro 1 - Descrição dos estudos incluídos na Revisão Sistemática. Teresina, PI, Brasil, 2021 (continua)

Autores - Año (País)	Intervención		Resultados	Puntuación de Jadad
	Grupo experimental	Grupo de control		
Burnhams et al. 2015 <sup>(11)</sup> (Sudáfrica)	n=168 Conciencia de equipo (TA). Duración de la sesión: 8 h; Follow up: dos semanas y tres meses	n=157 Conferencia sobre el bienestar; Duración de la sesión: 1 h	Los resultados muestran que el TA tuvo el mayor impacto en las prácticas de consumo de riesgo y en los efectos de la resaca.	4
Clarke, Field, Rose 2015 <sup>(12)</sup> (Inglaterra)	n=52 Comentarios personalizados sobre el consumo de alcohol y el cuestionario relacionado con el alcohol. Duración: de 10 a 15 minutos; Follow up: dos semanas	n=51 Sólo completó el cuestionario relacionado con el alcohol en el sitio web Change4Life del Departamento de Salud del Reino Unido. Duración: 15 minutos.	Ambos grupos redujeron significativamente el consumo de alcohol y la frecuencia de las borracheras, pero no hubo diferencias significativas entre los grupos en ninguna de estas medidas.	4
Kaner et al. 2003 <sup>(13)</sup> (Inglaterra)	n=136 G1: formación de extensión (n=68); Duración: media de 8,6 minutos. G2: formación más apoyo telefónico (n=68); Duración: Cinco minutos de conexión. Follow up: tres meses	n=76 Pautas escritas, directrices.	ALas ratios de rentabilidad fueron similares entre los grupos de intervención, lo que demuestra que la eficacia de las intervenciones dependerá sobre si ese asesoramiento sobre el estilo de vida es una práctica habitual o una actividad adicional para la atención primaria.	4
Wood et al. 2007 <sup>(14)</sup> (EUA)	n=168 Intervención motivacional breve (IMB) seguida de Alcohol Expectancy Challenge (AEC). Duración: de 45 a 60 minutos. Follow up: uno, tres y seis meses.	n=167 ECA seguido de IMB. Duración: de 45 a 60 minutos.	El IMB produjo disminuciones significativas en el consumo excesivo de alcohol y en los problemas, mientras que el AEC produjo disminuciones significativas en el consumo excesivo de alcohol. No hubo pruebas de un efecto aditivo de la combinación de las intervenciones.	2
Korcha et al. 2012 <sup>(15)</sup> (Polonia)	n=152 Método SBIRT* con una sesión de 15 a 20 minutos;  Follow up: tres y 12 meses	n=147 Conversaciones con profesionales.	Los pacientes que mostraron una mayor motivación para cambiar su conducta de consumo de alcohol fueron significativamente más propensos a reducir la cantidad de alcohol que bebían en tres meses; sin embargo, a los 12 meses este cambio ya era significativo.	2

Pal et al. 2007 <sup>(16)</sup> (India)	n=45 Entrevista motivacional (BI) basada en el protocolo FRAMES. Duración: dos sesiones de 30 a 45 minutos;  Follow up: uno y tres meses	n=45 Recibieron asesoramiento sencillo (SA) con profesionales capacitados.	Hubo una significativa mejora en muchos parámetros de consumo y calidad de vida en los grupos de IB y SA. Se observaron diferencias significativas en con una disminución de la gravedad de la dependencia, medida por el consumo de alcohol en los últimos 30 días, y una mejora de la calidad de vida física y psicológica en los que recibieron BI en comparación con los que recibieron SA	5
Gaume et al. 2017 <sup>(17)</sup> (Suíça)	n=296 Intervención Motivacional Breve (IMB) Inmediata. Follow up: seis meses	n=276 Aplicación de AUDIT y feedback.	Entre los consumidores episódicos no intensos, hubo un efecto protector del IMC sobre el consumo semanal de alcohol ( $p<0,05$ ). Entre los consumidores episódicos intensos, no hubo efectos significativos del IMC.	5
Jo et al. 2019 <sup>(18)</sup> (Córrea do Sul)	n=748 Evaluación de la conducta de consumo de alcohol en tres etapas por parte de on-BEAM**. Duración: de 23 a 30 minutos Follow up: cuatro semanas	n=748 Evaluación con AUDIT sin feedback normativa.	On-BEAM fue eficaz para reducir el consumo de alcohol de los participantes. El grupo de intervención declaró haber consumido menos alcohol en la última semana que el grupo de control.	5
Allen et al. 2011 <sup>(19)</sup> (Londres)	n=221 La intervención comprendía hasta cuatro sesiones. Follow up: tres y 12 meses	n=220 Realización de un chequeo médico y promoción de la salud en general; feedback en forma de carta.	Fue posible involucrar a los hombres que beben peligrosamente en una breve intervención para reducir los daños relacionados con el alcohol. Sin embargo, el Los resultados en cuanto a la eficacia son ambiguos.	5
Dench, Bennet (2000) <sup>(20)</sup> 30-50 anos Reino unido	n=24 SOCRATES 8A y discusión sobre los efectos del alcohol y la reflexión de los sentimientos. Duración: dos sesiones de 10 a 15 minutos Follow up: seis semanas	n=27 Una ronda de conversación con el usuario, con el objetivo de que él mismo identifique el lado perjudicial de su consumo.	Una semana después de la intervención, los participantes motivados informaron significativamente niveles más altos de reconocimiento de problemas. Las puntuaciones del grupo de motivación después de la intervención grupo fueron	3

			significativamente más altos en la Escala de Ejecución y significativamente más bajos en la Escala de Ambivalencia.	
Finn, Andréasson, Hammarberg (2020) <sup>(21)</sup>	n=133 Pacientes en atención primaria. Máximo de cinco sesiones de 15 minutos; 30 minutos sólo en la primera debido a la retroalimentación; Método 15 Follow up: seis y doce meses después.	n=138 Pacientes en atención especializada. Feedback de la evaluación inicial, entregados por un médico. - Toma de decisiones; - tratamiento farmacológico y/o psicológico.	El cambio en el consumo se produjo desde el inicio hasta los seis meses de seguimiento, y se mantuvo hasta los 12 meses de seguimiento. Este estudio indica que el tratamiento breve de la dependencia del alcohol en atención primaria con el método 15 es un método viable.	3

\*Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment \*\*Evaluación en línea de la conducta de consumo de alcohol y retroalimentación normativa.

Fuente: Autores (2021).

El cuadro 2 muestra el riesgo de sesgo de los estudios, según la clasificación del Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones versión 5.1.0. De los 11 artículos que componen esta revisión, siete presentan bajo riesgo de sesgo, ya que describen de forma clara y objetiva cómo se produjo la asignación en los grupos control y experimental, las pérdidas y el resultado.

Cuadro 2 - Resumen del riesgo de sesgo de los diez estudios incluidos, según el Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones versión 5.1.0. Teresina, PI, Brasil, 2021 (continua)

Fuente	Generación de secuencias aleatorias (sesgo de selección)	Ocultación de la asignación (sesgo de selección)	Cegamiento de los participantes y del personal implicado (sesgo de rendimiento)	Cegamiento de los evaluadores de resultados (sesgo de detección)	Resultados incompletos (sesgo de deserción)	Informe de resultados selectivos (Sesgo de publicación)	Otras fuentes de sesgo	Clasificación	Nivel de evidencia <sup>(9)</sup>
	<b>Domínios de riesgo de viés</b>								
Burnhams et al. 2015 <sup>(11)</sup>	(+)*	(+)†	(?)†	(?)†	(+)‡	(+)*	(+)‡	Baixo	1B
Clarke et al. 2015 <sup>(12)</sup>	(+)†	(-)†	(+)†	(?)†	(+)*	(?)‡	(-)†	Baixo	1B
Kaner et al. 2003 <sup>(13)</sup>	(+)*	(-)*	(-)†	(-)*	(-)*	(-)‡	(-)‡	Alto	2B

Wood et al. 2007 <sup>(14)</sup>	(+)*	(+)*	(+)†	(+)*	(+)*	(-)*	(?)*	Baixo	1B
Korcha et al. 2012 <sup>(15)</sup>	(+)*	(+)*	(?)†	(?)‡	(+)†	(+)‡	(-)†	Baixo	1B
Pal et al., 2007 <sup>(16)</sup>	(+)*	(-)*	(-)†	(-)*	(-)*	(-)*	(?)*	Alto	2B
Gaume et al. 2017 <sup>(17)</sup>	(+)†	(+)‡	(+)†	(+)†	(+)*	(+)*	(?)†	Baixo	1B
Jo et al. 2019 <sup>(18)</sup>	(+)†	(+)‡	(+)†	(+)†	(+)*	(?)*	(?)†	Baixo	1B
Allen et al. 2011 <sup>(19)</sup>	(+)†	(+)‡	(+)†	(+)†	(+)*	(?)*	(?)†	Baixo	1B
Dench, Bennet 2000 <sup>(20)</sup>	(+)†	(-)‡	(+)†	(-)†	(?)*	(+)*	(?)†	Alto	2B
Finn, Andréasson, Hammarberg 2020 <sup>(21)</sup>	(+)	(-)	(-)	(-)	(+)	(+)	(+)	Alto	2B

\*(+)- Bajo riesgo de sesgo; †(-) - Alto riesgo de sesgo. ‡(?) - Riesgo de sesgo incierto.

Fuente: Autores (2021)

Entre las pruebas utilizadas para el cribado del consumo de alcohol, el AUDIT fue citado en cinco estudios, otros tres citaron su propio cuestionario, dos citaron el *Rapid Alcohol Problems Screen (RAPS4)* y uno utilizó el CAGE (*Cut down, Annoyed by criticism, Guilty y Eye-opener*).

Se utilizaron cuestionarios para comprobar los riesgos del consumo de alcohol, entre otros: Quick Drinking Screen; Rutgers Alcohol Problem Index (RAPI); Timeline Follow Back Questionnaire (TLFB); cuestionario relacionado con el alcohol del sitio web Change4Life del Departamento de Salud del Reino Unido; The 21-item Short Inventory of Problems; Addiction Severity Scale (ASI); The Drinker Inventory of Consequences (DrInC); y Socrates 8A.

Los estudios también verificaron la voluntad de cambio y el estadio de cambio por parte de los consumidores de alcohol, así como su calidad de vida y su rechazo al consumo, utilizando, respectivamente, las escalas *Readiness to Change Questionnaire (RCQ)*, *WHOQOL-bref* y *Drinking Refusal Self-Efficacy Questionnaire (DRSEQ)*. Además, se utilizaron cuestionarios elaborados por los propios autores para recoger datos sociodemográficos.

En todos los artículos se realizó una prueba para identificar el patrón de consumo de alcohol, ofreciéndole al usuario un feedback posterior, tal y como recomienda la OMS, acción que se realizó en los grupos de control y experimental. Las intervenciones se llevaron a cabo de diferentes maneras: un estudio adoptó el método de Cribado, Intervención Breve y Derivación a Tratamiento (SBIRT), cinco adoptaron la entrevista motivacional, uno citó que seguía los principios de FRAMES, uno utilizó la Concienciación en Equipo (AT), otro utilizó la Intervención Breve Personalizada (BPI), otro trabajo llevó a cabo la formación de extensión y el apoyo telefónico, otro llevó a cabo el método on-BEAM (evaluación de la conducta de consumo de alcohol y feedback normativo) y la discusión sobre el efecto del alcohol y la reflexión. Otro estudio utilizó el método 15, que se divide en tres fases: identificación de los problemas de alcohol y asesoramiento breve; evaluación, con una retroalimentación de 30 minutos; y farmacoterapia con uno de los cuatro fármacos: acamprosato, disulfiram, naltrexona o nalmefeno y/o cuatro sesiones basadas en la terapia cognitivo-conductual y la entrevista motivacional.

En cuanto a la duración de las sesiones de intervención, hubo variaciones: cinco estudios adoptaron un tiempo de cinco a 20 minutos, tres adoptaron de 30 a 60 minutos, y sólo un estudio adoptó un tiempo de ocho horas. Otros dos artículos no informaron de la duración de cada sesión.

Seis realizaron el follow up a los tres meses, dos estudios lo realizaron a los seis meses, un estudio realizó la reevaluación al mes, a los seis y a los 12 meses, otro estudio la realizó a los seis y a los 12 meses después del IB, y sólo un estudio no realizó el seguimiento, realizando una única sesión. Todos realizaron hasta cuatro sesiones. El método 15 demostró ser eficaz hasta 12 meses después de la aplicación del IB, y el IMB demostró ser eficaz hasta 30 días después para reducir el consumo de alcohol y mejorar la calidad de vida física y psicológica. El uso del método SBIRT mostró una mayor motivación para el cambio de comportamiento hasta los tres meses, y no se encontró 12 meses después de la IB. Los otros estudios no describieron las evaluaciones de seguimiento. En cuanto a los medios de comunicación utilizados, predominaron las entrevistas cara a cara (n=nueve) y sólo dos contactos por teléfono.

En cuanto a la eficacia, la TA, la retroalimentación personalizada, el método de discusión y el método 15 se mostraron eficaces para reducir el consumo de alcohol. Hubo divergencia entre los métodos motivacionales: tres estudios observaron una reducción del consumo de alcohol<sup>(14,16,21)</sup>, la eficacia de la IMB depende del asesoramiento<sup>(13)</sup>, un estudio encontró resultados ambiguos en cuanto a la eficacia<sup>(19)</sup>. El método SBIRT concluyó que la reducción del consumo de alcohol estaba directamente relacionada con la motivación para cambiar de hábitos.

## DISCUSIÓN

Las intervenciones utilizadas en los 11 estudios se centraron en la concienciación del usuario sobre su forma nociva de beber mediante el uso de cuestionarios y escalas con la consiguiente retroalimentación. Luego, la intervención propiamente dicha se realizó a través de técnicas y metodologías para ayudar a los usuarios a tomar una decisión (abstinencia, reducción del consumo), así como opciones de actividades que ayudaran a mantener la decisión tomada, con el fin de evitar recaídas<sup>(15,17)</sup>.

Estos estudios adoptaron importantes cuestionarios y escalas, que señalaban criterios significativos a evaluar, con el fin de agrupar argumentos sólidos para que el propio usuario tome conciencia de su patrón nocivo de consumo de alcohol<sup>(14-16)</sup>, tanto para él como para las personas que conviven con él.

En cuanto a los pasos de asesoramiento y el menú de opciones recomendado por la OMS, destacó la Intervención Motivacional Breve (IMB), que consiste en un asesoramiento centrado en la persona. La ayuda ofrecida pretende llevar al usuario a reflexionar sobre su comportamiento en el contexto de los valores y los objetivos, decidir si el cambio es necesario y, en caso afirmativo, cuál es la mejor manera de conseguirlo<sup>(14,19,21)</sup>.

La TA consiste en un programa de formación que aborda los riesgos de comportamiento entre los empleados, sus compañeros de trabajo e, indirectamente, sus familias, con el objetivo de promover la interacción social, facilitar la desestigmatización de la búsqueda de ayuda y fomentar comportamientos proactivos, como acercarse al usuario a personas que puedan apoyarle en momentos de ansiedad<sup>(11)</sup>. La aplicación de esta técnica demostró ser eficaz para reducir el consumo, principalmente debido al intercambio de experiencias, el desarrollo de la empatía, la confianza y la ayuda mutua entre los participantes. Destaca la importancia del facilitador en la creación de un entorno libre de juicios y acogedor.

El BMI consistía en un asesoramiento presencial con información sobre las consecuencias sanitarias y sociales, gráficos con estadísticas de los problemas de salud,

una lista de los beneficios que se derivarían de la reducción del consumo de alcohol y orientación sobre las técnicas que podrían ayudar a reducir el consumo de alcohol. Cada participante estableció su propio objetivo personalizado de reducción del consumo de alcohol<sup>(12)</sup> y algunos pudieron alcanzar sus objetivos, lo que demuestra que los BI son eficaces para reducir el consumo de alcohol.

Se utilizó la metodología SBIRT, una práctica basada en la evidencia que se utiliza para identificar, reducir y prevenir el uso, el abuso y la dependencia del alcohol y otras drogas<sup>(16)</sup>, y que ha demostrado ser una herramienta eficaz<sup>(22)</sup>. El SBIRT se ajusta al protocolo del Manual de Uso en Atención Primaria elaborado por la OMS<sup>(23)</sup>, esta metodología consiste en la realización de cribados con instrumentos de detección del consumo de drogas, la aplicación de BI para los usuarios de riesgo y la realización de derivaciones para los casos de probable dependencia. Ha mostrado resultados efectivos entre los participantes.

El uso de las BI se considera prometedor, ya que estas técnicas pueden aplicarse en un universo variado, como la atención primaria o los servicios de urgencia. Además, varios aspectos contribuyen a su uso a gran escala, como su bajo coste y su fácil aplicación. En el caso de los trastornos por consumo de alcohol, se han observado respuestas beneficiosas, especialmente a corto plazo<sup>(24)</sup>.

Otra estrategia planteada, el on-BEAM, se realiza en la web para consumidores de alcohol de alto riesgo, a través de la evaluación, la retroalimentación normativa y la planificación motivacional, con el objetivo de que los participantes determinen sus propios cambios de comportamiento<sup>(18)</sup>. Para llevar a cabo la planificación motivacional para el cambio de conducta, los participantes respondieron a varios cuestionarios, entre ellos: el Inventario de Consecuencias del Consumo de Alcohol (DrInC) - utilizado para evaluar los problemas derivados del consumo de alcohol<sup>(23)</sup>, el Cuestionario de Preparación para el Cambio (RTCQ) para verificar su preparación para el cambio<sup>(18)</sup>. Tras evaluar la autoeficacia de los participantes para controlar su deseo de beber en determinadas situaciones mediante el Cuestionario de Autoeficacia para Rehusar el Consumo de Alcohol<sup>(23)</sup>, se proporcionaron resultados personalizados y exhaustivos basados en sus respuestas a modo de feedback normativo. Un paso importante es la definición de objetivos por parte de los usuarios, y una vez más se destaca la importancia del mediador para facilitar que los usuarios reconozcan sus necesidades y elaboren sus objetivos<sup>(11,18)</sup>, ya que esto facilita la consecución de sus objetivos y garantiza los buenos resultados de la metodología.

El BI se basa en principios que destacan, entre algunos aspectos, la reducción de daños, las etapas de cambio y la motivación. Su uso no está restringido a entornos específicos, permitiendo, por tanto, su aplicación cuando hay una oportunidad<sup>(25)</sup>.

En cuanto a la realización de los BI, deben ser llevados a cabo por profesionales formados, no necesariamente con estudios superiores<sup>(13-14,19,21)</sup>. La duración de las sesiones varió en función del objetivo, los cuestionarios utilizados y los participantes. Sin embargo, la OMS recomienda que el tiempo de cada sesión sea limitado, centrado en el problema, con una duración de entre cinco minutos, como breve orientación, y de entre 15 y 40 minutos<sup>(23)</sup>.

En cuanto a la eficacia de las intervenciones, aunque los estudios no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de control y el grupo de intervención, debe considerarse que el objetivo de reducir el patrón de consumo de alcohol se logró en todos los estudios. Un estudio realizado en la India<sup>(16)</sup> encontró una reducción significativa de la gravedad de la dependencia en los que recibieron BI en comparación con el grupo de control, un resultado similar al de un estudio realizado en Corea del Sur<sup>(18)</sup>. Otro estudio encontró que la efectividad de la BI está relacionada con la capacidad de promover una disposición al cambio de conducta en el usuario, ya que aquellos usuarios de alcohol con mejor disposición al cambio de conducta redujeron más su consumo<sup>(18)</sup>.

Cabe destacar que los elementos clave para la aplicación efectiva y los resultados positivos de la BI en el contexto del consumo de alcohol consisten en la formación y la

cualificación de los profesionales, especialmente de las enfermeras. El impacto del uso de esta herramienta tiene el potencial de prevenir y reducir el consumo de alcohol, evitando así sus múltiples consecuencias<sup>(26)</sup>.

La principal limitación de este estudio fue la no delimitación del tiempo de follow up, para obtener muestras homogéneas que permitieran estipular la validez de las intervenciones, sin embargo, este no era el objetivo del estudio, por lo que no hubo pérdidas.

## CONCLUSIÓN

Los resultados de esta revisión apuntan a los efectos de las BI en la reducción del patrón de consumo de alcohol, sin embargo, no se puede juzgar si la reducción es puntual, lo que se consideró una limitación para este estudio.

Esta investigación contribuye a la docencia, la investigación y la asistencia sanitaria, a través de reflexiones sobre la importancia de la identificación precoz del abuso de alcohol y la aplicación de las BI, los resultados de su uso y, en consecuencia, el impacto entre quienes consumen bebidas alcohólicas. Por lo tanto, esta herramienta debería incorporarse a las prácticas de los profesionales de la salud, con vistas a los beneficios que se pueden adquirir, la modificación del consumo de alcohol y la minimización de sus daños.

En este sentido, se sugiere el desarrollo de nuevos ensayos clínicos aleatorios que realicen follow up con intervalos de tiempo regulares, así como el desarrollo de otras revisiones que realicen metaanálisis para comparar los resultados con el fin de verificar la durabilidad de las intervenciones. También se fomenta el desarrollo de sesiones de mantenimiento después de los intervalos de tiempo, para aumentar la durabilidad de las intervenciones y asegurar una mayor eficacia y consecución de objetivos por parte de los usuarios.

## REFERENCIAS

1. GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. [Internet]. 2018 [accessed 10 out 2019]; 392(10152):1015-1035. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2).
2. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva; 2018.
3. Instituto de Métricas e Avaliação em Saúde (IHME). Global burden of disease country profiles. Seattle, WA. IHME, Universidade de Washington, 2013.
4. Kaner EFS, Beyer FR, Muirhead C, Campbel F, Pienaar ED, Berthole N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*. [Internet]. 2018 [accessed 15 mar 2020]; 2(2):CD004148. Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004148.pub4>.
5. McInnes MDF, Moher D, Thombs BD, McGrath TA, Bossuyt PM; PRISMA-DTA Group. Preferred Reporting Items for a Systematic Review and Meta-analysis of Diagnostic Test Accuracy Studies The PRISMA-DTA Statement. *JAMA*. [Internet]. 2018 [accessed 05 jul 2020]; 319(4):388-396. Available from: <http://doi.org/10.1001/jama.2017.19163>.
6. Littlewood A, Kloukos D. Searching the literature for studies for a systematic review. Part 1: Identifying search concepts in a question. *AJO-DO*. [Internet]. 2019 [accessed 05 jul 2020]; 155(2):299-301. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2018.11.005>.

7. Gonçalves CA, Lopes-Júnior LC, Nampo FK, Zilly A, Mayer PCM, Pereira-da-Silva G. Safety, efficacy and immunogenicity of therapeutic vaccines in the treatment of patients with high-grade cervical intraepithelial neoplasia associated with human papillomavirus: a systematic review protocol. *BMJ Open*. [Internet]. 2019 [accessed 10 nov 2019]; 9(7):e026975. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026975>.
8. Lopes-Júnior LC, Rosa MA dos R de P, Lima RAG de. Psychological and Psychiatric Outcomes Following PICU Admission: a systematic review of cohort studies. *Pediatr Crit Care Med*. [Internet]. 2018 [accessed 05 jul 2020];19(1):e58-e67. Available from: <http://doi.org/10.1097/PCC.0000000000001390>.
9. Oxford Center for Evidence Based Medicine. Níveis de evidência científica segundo a Classificação de Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. [Internet]. 2001 [accessed 10 dez 2020]. Available from: <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/janeiro/28/tabela-nivel-evidencia.pdf>.
10. Clark HD, Wells GA, Huet C, McAlister FA, Salmi LR, Fergusson D, et al. Assessing the quality of randomized trials: reliability of the jadad Scale. *Controlled Clinical Trials*. [Internet]. 1999 [accessed 05 jul 2020]; 20(5):448-52. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0197-2456\(99\)00026-4](https://doi.org/10.1016/S0197-2456(99)00026-4).
11. Cumpston M, Li T, Page MJ, Chandler J, Welch VA, Higgins JPT, et al. Updated guidance for trusted systematic reviews: a new edition of the Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. *Cochrane Database Syst Rev*. [Internet]. 2019 [accessed 05 jul 2020]; 10: ED000142. Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.ED000142>.
12. Burnhams NH, London L, Laubscher R, Nel E, Parry C. Results of a cluster randomised controlled trial to reduce risky use of alcohol, alcohol-related HIV risks and improve help-seeking behaviour among safety and security employees in the Western Cape, South Africa. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. [Internet]. 2015 [accessed 10 jul 2020];10:18. Available from: <http://doi.org/10.1186/s13011-015-0014-5>.
13. Clarke NC, Field M, Rose AK. Evaluation of a Brief Personalised Intervention for Alcohol Consumption in College Students. *PLoS One*. [Internet]. 2015 [accessed 10 jul 2020];10(6):e0131229. Available from: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0131229>.
14. Kaner E, Lock C, Heather N, McNamee P, Bond S. Promoting brief alcohol intervention by nurses in primary care: a cluster randomised controlled trial. *Patient Educ Couns*. [Internet]. 2003 [accessed 05 fev 2020];51(3):277-84. Available from: [http://doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00242-2](http://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00242-2).
15. Wood MD, Capone C, Laforge R, Erickson DJ, Brand NH. Brief motivational intervention and alcohol expectancy challenge with heavy drinking college students: a randomized factorial study. *Addict Behav*. [Internet]. 2007 [accessed 15 fev 2020];32(11):2509-28. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.06.018>.
16. Korcha RA, Cherpitel CJ, Moskalewicz J, Swiatkiewicz G, Bond J, Ye Y. Readiness to change, drinking, and negative consequences among Polish SBIRT patients. *Addictive Behaviors*. [Internet]. 2012 [accessed 15 fev 2020];37:287-292. Available from: <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.11.006>.
17. Pal HR, Yadav D, Mehta S, Mohan I. A comparison of brief intervention versus simple advice for alcohol use disorders in a North India community-based sample followed for 3 months. *Alcohol Alcohol*. [Internet]. 2007 [accessed 05 dez 2019];42(4):328-32. Available from: <http://doi.org/10.1093/alcalc/agm009>.
18. Gaume J, Bertholet N, Daepfen J-B. Readiness to change predicts drinking: findings from 12-month follow-up of alcohol use disorder outpatients. *Alcohol Alcohol*. [Internet]. 2017 [accessed 05 nov 2019]; 52(1):65-71. Available from: <http://doi.org/10.1093/alcalc/agw047>.
19. Jo S-J, Lee HK, Kang K, Joe KH, Lee S-B. Efficacy of a web-based screening and brief intervention to prevent problematic alcohol use in Korea: results of a randomized controlled trial. *Alcohol Clin Exp Res*. [Internet]. 2019 [accessed 05 jul 2020];43(10):2196-2202. Available from: <https://doi.org/10.1111/acer.14169>.
20. Allen E, Polikina O, Saburova L, McCambridge J, Elbourne D, Pakriev S, et al. The efficacy of a brief

- intervention in reducing hazardous drinking in working age men in Russia: the HIM (Health for Izhevsk men) individually randomised parallel group exploratory trial. *Trials*. [Internet]. 2011 [accessed 28 set 2019];12:238. Available from: <http://doi.org/10.1186/1745-6215-12-238>.
21. Dench S, Bennett G. The impact of brief motivational intervention at the start of an outpatient day programme for alcohol dependence. *Cogn. Behav. Ther* [Internet]. 2000 [accessed 05 out 2019]; 28(2):121-130. Available from: <http://doi.org/10.1017/S13524658000103X>.
22. Finn SW, Andréasson S, Hammarberg A. Treatment of alcohol dependence in primary care compared with outpatient specialist treatment: twelve-month follow-up of a randomized controlled trial, with trajectories of change. *J Stud Alcohol Drugs*. 2020 [accessed 24 nov 2020];81(3):300-310. Available from: <http://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.300>.
23. Hargraves D, White C, Frederick R, Cinibulk M, Peters M, Young A, et al. Implementing SBIRT (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment) in primary care: lessons learned from a multi-practice evaluation portfolio. *Public Health Rev*. [Internet]. 2017 [accessed 05 dez 2019];38:31. Available from: <http://doi.org/10.1186/s40985-017-0077-0>.
24. Babor TF, Higgins-Biddle JC. World Health Organization. Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol: un manual para la utilización em atención primaria. [Internet]. 2001. Available from: [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/en/BImanualSpanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/BImanualSpanish.pdf).
25. Sarkar S, Pakhre A, Murthy P, Bhuyan D. Brief interventions for substance use disorders. *Indian J Psychiatry*. [Internet]. 2020 [accessed 05 jul 2020];62(Suppl 2):S290-S298. Available from: [https://journals.lww.com/indianjpsychiatry/Fulltext/2020/62002/Brief\\_Interventions\\_for\\_Substance\\_Use\\_Disorders.17.aspx](https://journals.lww.com/indianjpsychiatry/Fulltext/2020/62002/Brief_Interventions_for_Substance_Use_Disorders.17.aspx).
26. Mattoo SK, Prasad S, Ghosh A. Brief intervention in substance use disorders. *Indian J Psychiatry*. [Internet]. 2018 [accessed 12 out 2019];60(Suppl 4):S466-S472. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5844156/>.

Recibido en: 27/04/2021

Aprobado en: 24/11/2021

Editor asociado: Susanne Elero Betiulli

Autor correspondiente:

Larissa Alves de Araújo Lima

Universidade Federal do Piauí – Teresina, PI, Brasil

E-mail: larissaaal@gmail.com

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - Lima LA de A, Silva Júnior FJG da, Santos GVA de A, Costa APC, Sales JC e S; Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - Lima LA de A, Silva Júnior FJG da, Santos GVA de A, Costa APC, Sales JC e S; Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - Lima LA de A. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).