








MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO EN EL CONSUMO DE ALCOHOL: LA INTERVENCIÓN BREVE COMO ESTRATEGIA MOTIVACIONAL

Nicole Teixeira Xavier Lima¹ 
Milena Riêra Lopes¹ 
Maria José Silva Souza¹ 
Ilka Afonso Reis² 
Amanda Márcia dos Santos Reinaldo¹ 
Juliana Lemos Rabelo³ 
Janaina Soares¹ 

RESUMEN

Objetivo: analizar el efecto de una intervención breve sobre la motivación para el cambio en el consumo de alcohol. **Método:** Estudio experimental, de seguimiento, realizado con 43 participantes en dos Unidades Básicas de Salud. Se aplicó el *Alcohol Use Disorders Identification Test*, la Regla de Disposición al Cambio y un cuestionario socioeconómico. **Resultados:** el grupo experimental mostró una mediana igual a 10 puntos (fase de mantenimiento) al principio y después de 30 días. En el segmento, la mediana era igual a ocho puntos (etapa de acción). El grupo de control tenía una mediana igual a ocho puntos al principio y después de 30 días (etapa de acción). En el segmento, la mediana es igual a siete puntos (fase de planificación). En la evaluación intermedia de 30 días, se observó que había una diferencia estadística en la motivación entre los dos grupos ($p=0,029$). **Conclusión:** se concluyó que la Intervención Breve fue eficaz para mantener la motivación en las etapas de acción y mantenimiento del cambio en el consumo de alcohol.

DESCRITORES: Motivación; Atención Primaria de Salud; Alcoholismo; Intervención en la Crisis (Psiquiatría); Conducta.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Lima NTX, Lopes MR, Souza MJS, Reis IF, Reinaldo AM dos S, Rabelo JL, et al. Motivación para el cambio en el consumo de alcohol: la intervención breve como estrategia motivacional. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2022 [acceso en "insertar fecha de acceso, día, mes y año abreviado"]; 27. Disponible: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.87710>.

¹Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, MG, Brasil.

²Universidade Federal de Minas Gerais, Instituto de Ciências Exatas, Belo Horizonte, MG, Brasil

³Universidade Federal de Minas Gerais, Hospital das Clínicas, Belo Horizonte, MG, Brasil.

INTRODUCCIÓN

La Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas (III LNUD) de 2017 mostró que más de 100 millones de personas de entre 12 y 65 años han consumido alcohol a lo largo de su vida, lo que corresponde al 66% de la población¹. Además, el mayor público consumidor se encuentra en el grupo de edad de 25 a 34 años, con un 74,5% que ha consumido a lo largo de su vida, un 38,2% que ha consumido en los últimos 30 días y un 23,3% que ha tenido un consumo compulsivo¹.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), existe una prevalencia del 4,8% de trastornos mentales relacionados con el consumo de alcohol², considerándose la causa del 0,7% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) perdidos en el mundo. En Brasil esta cifra se eleva al 1,67% y en Minas Gerais aumenta al 2,28% del total³.

El alcohol provoca daños considerables, aumentando el número de ingresos hospitalarios. En el período de junio de 2019 a junio de 2020, hubo 51.004 hospitalizaciones relacionadas con el consumo de alcohol, de las cuales, 19.446 hospitalizaciones (38% del total) ocurrieron sólo en la región Sudeste, y 6.461, sólo en el estado de Minas Gerais, (12,6% del total) de Brasil⁴.

La OMS recomienda la práctica de las Intervenciones Breves (IB) como estrategia para reducir el consumo de alcohol². Los estudios indican que las IB son una estrategia de corta duración, bajo coste y alta eficiencia para el cambio de comportamiento, y pueden realizarse individualmente o en grupo⁵⁻⁷.

Se dirigen a personas que presentan un consumo problemático de alcohol, con el fin de motivar el cambio de la conducta de riesgo de consumo de alcohol⁵⁻⁷. La investigación sobre la práctica de la Intervención Breve en el contexto de la Atención Primaria de Salud es importante para poner de relieve las necesidades y los problemas en el área de la detección de IB en diferentes contextos sociales, lo que puede orientar el diseño para el desarrollo de políticas públicas brasileñas mejor dirigidas al uso nocivo del alcohol, ya que tales resultados presentan una perspectiva positiva para la comunidad académica, junto con el hecho de que la IB es todavía poco explorada en el territorio brasileño, ya sea en la experiencia de los profesionales de la salud, ya sea en las prácticas de investigación, que requieren más evidencia científica⁸.

Así, considerando la motivación como un factor determinante para el éxito de los procesos de modificación de conducta y sus oscilaciones, conocer el estado de disposición al cambio se convierte en algo esencial para una práctica de IB dirigida y eficaz⁸.

El presente estudio pretendía analizar el efecto de la Intervención Breve sobre la motivación para cambiar el consumo de alcohol.

MÉTODO

Este es un estudio piloto, experimental y se basa en el estudio original: "Estrategias de atención contra el uso de riesgo y perjudicial del alcohol", con un seguimiento de tres meses, realizado en dos Unidades Básicas de Salud (UBS) de un municipio de la región metropolitana de Belo Horizonte - MG - BR, durante el período de octubre de 2019 a junio de 2020.

Se invitó a participar en el estudio a las personas mayores de 18 años que acudieron a los respectivos servicios sanitarios o que acompañaban a los pacientes en el momento de

la recogida de datos. Se excluyeron de la muestra las personas que estaban intoxicadas en el momento de la recogida, así como las que no pudieron responder a la encuesta.

Los instrumentos utilizados fueron: un cuestionario con preguntas sociodemográficas, clínicas y conductuales; el AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*)⁹; y la Regla de Disposición al Cambio (RPM)¹⁰⁻¹¹. Los investigadores prepararon un cuestionario sociodemográfico, clínico y conductual que contenía 18 preguntas sobre información sociodemográfica (edad, sexo, raza/etnia, estado civil, religión, educación, ocupación, familia e ingresos familiares); clínica (antecedentes personales) y conductual (actividad física y consumo de sustancias).

El AUDIT es un instrumento estandarizado utilizado para el cribado del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Consta de 10 preguntas que evalúan el consumo reciente de alcohol y los síntomas de dependencia, así como los problemas relacionados con el alcohol. Su puntuación final clasifica el consumo en nivel I, uso de bajo riesgo (0-7 puntos); nivel II, uso de riesgo (8-15 puntos); nivel III, uso perjudicial (16-19 puntos); o nivel IV, probable dependencia (20 puntos o más)⁹. El AUDIT fue validado en varios países, incluyendo Brasil, mostrando buenos niveles de sensibilidad (87,8%) y especificidad (81%) para detectar el uso nocivo del alcohol y su desempeño fue evaluado positivamente en los servicios de atención primaria de salud⁹. Además, en la validación brasileña, el AUDIT mostró una fiabilidad satisfactoria (0,8) y capacidad de respuesta a los cambios en el consumo de alcohol⁹.

El uso de la regla de disposición es un instrumento que evalúa de forma sencilla y rápida el estadio de disposición al cambio, ya que se trata de una estrategia de escalado que conceptualiza la disposición/motivación al cambio a lo largo de un continuo, en el que se pregunta al individuo sobre "¿cómo de preparado se siente para el cambio en una escala del uno al diez?", con el objetivo de investigar el estadio de cambio en el que se encuentra el individuo¹⁰⁻¹¹. En la RPM, las etapas del cambio se clasifican según las puntuaciones: Precontemplación (uno - dos), Contemplación (tres - cuatro) Planificación (cinco - seis), Acción (siete - ocho) y Mantenimiento (nueve - diez)¹⁰⁻¹¹.

El cribado se realizó mediante el AUDIT, que se aplicó a todos los individuos que estaban dispuestos a participar en el estudio. Los participantes con puntuaciones que los clasificaban en las zonas II, III y IV del AUDIT fueron incluidos en la muestra y, posteriormente, asignados aleatoriamente a uno de los dos grupos del estudio: grupo experimental (GE) y grupo de control (GC). Las tarjetas se colocaban en sobres cerrados y numerados, lo que impedía al aplicador ver su contenido. El participante fue asignado al grupo según la tarjeta extraída.

Los participantes del GC recibieron el instrumento RPM en el momento de entrar en el estudio, además de información sobre su puntuación en el AUDIT y orientación sobre los contactos telefónicos posteriores. Los participantes del GE pasaron por el mismo proceso que el GC y recibieron el BI en formato individual. La aplicación de BI siguió el modelo FRAMES² y se llevó a cabo en oficinas o en un lugar reservado, con sesiones de una duración media de 20 minutos. Tras la aceptación del participante, se realizó el *feedback* relacionado con el resultado del AUDIT y, después de hablar sobre la responsabilidad de la persona en querer más información sobre el consumo de alcohol y las posibilidades de cambio de conducta, se llevó a cabo el asesoramiento, en el que se enumeraron los pros y los contras de cambiar la conducta de consumo de alcohol, el acercamiento a los efectos de la sustancia en la vida y la reflexión con cada participante sobre un menú de opciones para cambiar la conducta de consumo. Por último, se trabajó la autoeficacia².

El seguimiento de los grupos se hizo por teléfono, con un contacto a los 30 días de la entrada en el estudio y otro contacto a los 90 días del primer contacto telefónico. En estos dos contactos se volvieron a aplicar los instrumentos AUDIT y RPM.

Se realizó un análisis descriptivo (mediana, porcentaje) de los datos recogidos y de la asociación entre las variables del perfil de los participantes y los estadios motivacionales

mediante la prueba de chi-cuadrado o exacta de Fisher y la corrección propuesta por MacDonal y Gardner (2003)¹². Se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis para analizar las diferencias entre el GE y el GC con respecto al estadio de preparación para el cambio (RPM) en los tres momentos (evaluación inicial, después de 30 días y a los 90 días de seguimiento). Para analizar las diferencias intragrupo, se utilizó la prueba de Wilcoxon emparejada. Los análisis se realizaron con el programa SPSS 20.0 para Windows y adoptando un nivel de significación del 5%.

Este estudio fue autorizado por la Secretaría Municipal de Salud del municipio de Sabará, ubicado en el estado de Minas Gerais (MG) - Brasil (BR) y aprobado por el Comité de Ética e Investigación bajo el protocolo número 3.586.888.

RESULTADOS

Se entrevistó a un total de 416 personas, de las cuales 327 (78,6%) tenían un consumo de alcohol de bajo riesgo y 89 personas (21,4%) fueron identificadas con patrones de consumo problemático. Un total de 43 sujetos (48,9%) fueron asignados aleatoriamente al GC (n=21) o al GE (n=22). Entre los 43 sujetos aleatorizados, 27 (62,8%) puntuaron en la zona II del AUDIT (consumo de riesgo); nueve (20,9%) puntuaron en la zona III (consumo perjudicial); y siete (16,3%) puntuaron en la zona IV (probable dependencia). 40 participaron en el seguimiento de 30 días, 20 del GC y 20 del GE. En el seguimiento de 90 días sólo participaron 26, 12 del GC y 14 del GE, como se muestra en la figura 1.

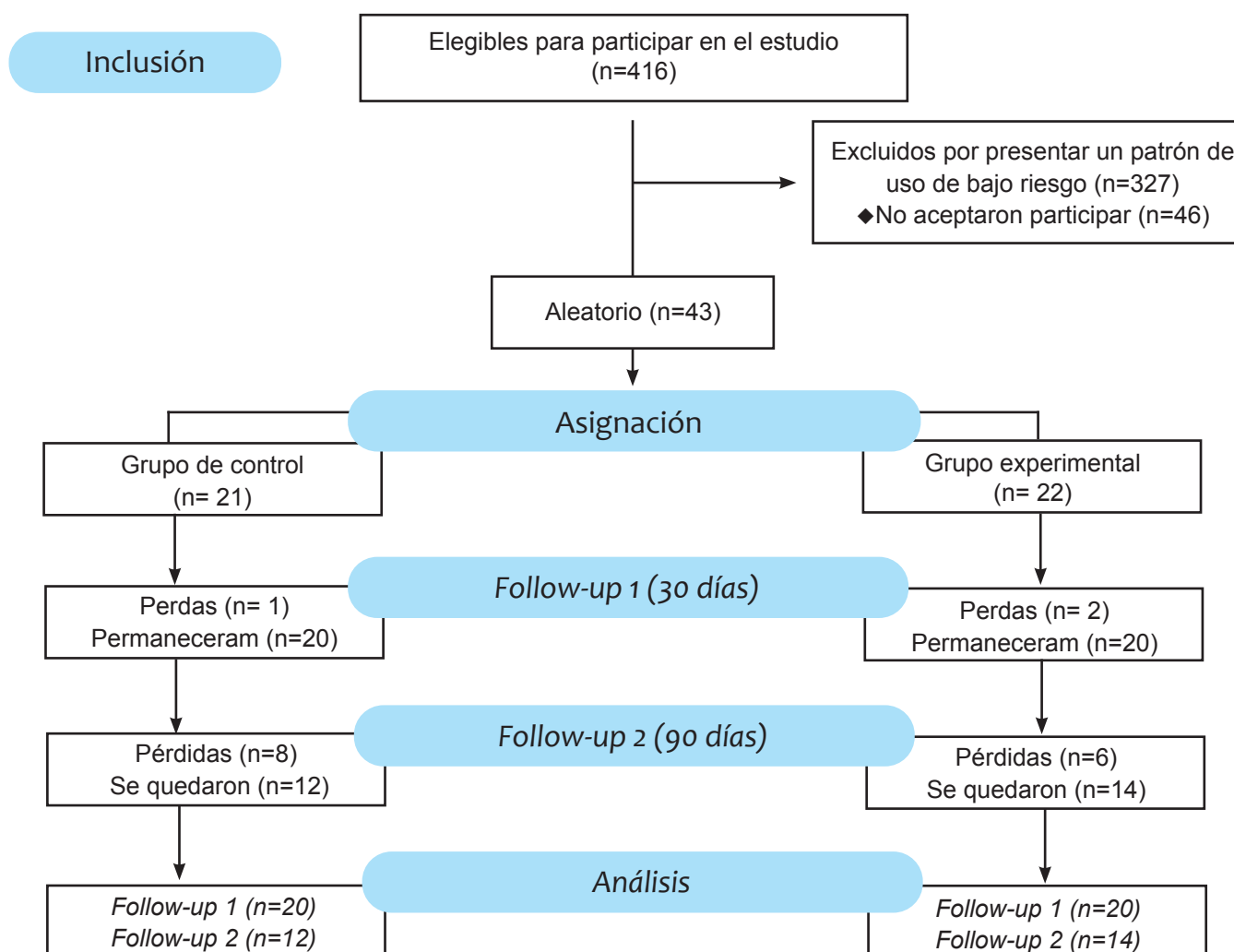


Figura 1 – Descripción de las etapas del estudio. Sabará, MG, Brasil, 2021

Fuente: Autores (2021).

Características sociodemográficas, clínicas y de comportamiento

De los 43 participantes asignados a los grupos de estudio, las edades oscilaban entre los 18 y los 71 años, con una edad media de 44,7 años, 18 (41,9%) eran mujeres, 23 (53,5%) eran morenos y en cuanto a las demás variables, 17 (39,5%) estaban casados, 16 (37,2%) eran católicos, 16 (37,2%) tenían estudios primarios incompletos y una media de 3,8 personas en la familia, 13 (30,2%) trabajaban en empleos formales y 20 (46,5%) a tiempo completo en los últimos 12 meses. Todos declararon vivir en casa propia o alquilada, y 27 (62,8%) pertenecían a la clase económica E.

En cuanto a las características clínicas, cinco (11,6%) personas informaron de que estaban en tratamiento clínico por Hipertensión Arterial Sistémica, y nueve personas (20,9%) informaron de que estaban en tratamiento por más de un problema de salud crónico. En las preguntas relacionadas con la salud mental, ocho (18,6%) declararon tener algún trastorno mental y cinco (11,6%) dijeron estar bajo tratamiento psiquiátrico. Entre los trastornos psiquiátricos, la ansiedad y la depresión fueron los más señalados, equivalentes a cinco (11,6%) del total.

Acerca de los patrones de comportamiento, sólo 14 (32,6%) informaron del hábito de practicar actividad física. Entre los analizados, tres (7%) informaron sobre el consumo de drogas, siendo la asociación de marihuana y cocaína las dos más denunciadas (4,7%). La frecuencia de consumo de drogas diaria o mensual fue la misma (2,3% cada una). En cuanto al consumo de tabaco, 11 participantes (25,6%) informaron de que consumían y siete (16,3%) lo hacían a diario. En cuanto al consumo de alcohol en los 30 días anteriores a la recogida de datos, 37 (86,0%) declararon haber consumido bebidas alcohólicas, y 24 (55,8%) las consumían semanalmente. Considerando la identificación del tipo de bebida más consumida, la cerveza fue la bebida más consumida en el mes, siendo mencionada por nueve (20,9%), la cerveza fue considerada la bebida consumida en el último mes, y 24 (55,8%) no especificaron, como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1 - Distribución de frecuencias de las variables sociodemográficas, clínicas y conductuales en el momento 0. Sabará, MG, Brasil, 2021

Variabes	Control n=21(%)	Experimental n=23(%)
Género		
Masculino	9 (42,9%)	6 (27,3)
Femenino	12 (57,1)	6 (27,3)
Color/Raza		
Marrón	9 (42,8)	14 (63,6)
Negra	8 (38,1)	5 (22,7)
Blanca	2 (9,5)	2 (9,1)
No declarada	1 (4,8)	1 (4,5)
Indígena	1 (4,8)	0
Estado Civil		
Casado/a	5 (23,8)	12 (54,5)
Solo	9 (42,9)	5 (22,7)
Vivir con el cónyuge	5 (23,8)	3 (13,6)
Divorciado/Separado	2 (9,5)	0

Viudo/a	0	2 (9,1)
Religión		
Católica	7 (33,3)	9 (40,9)
Evangélica	9 (42,9)	6 (27,3)
Ninguno/Agnóstico/No declaró	5 (23,8)	3 (13,6)
Espiritualismo y creencias similares	0	3 (13,6)
Cristiano no especificado	0	1 (4,5)
Educación		
Analfabeto	0	1 (4,5)
1° grado incompleto	8 (38,1)	8 (36,4)
1° grado completo	4 (19,0)	3 (13,6)
2° grado incompleto	1 (4,8)	3 (13,6)
2° grado completo	6 (28,6)	5 (22,7)
Educación superior incompleta	1 (4,8)	0
Educación superior completa	0	2 (9,1)
Otros	1 (4,8)	0
Ocupación		
Trabajo formal	8 (38,1)	5 (22,7)
Trabajo informal	5 (23,8)	6 (27,3)
Retirado/a	2 (9,5)	8 (36,4)
Ninguno	5 (23,8)	2 (9,1)
Estudiante	1 (4,8)	1 (4,5)
Trastorno mental		
Ninguno	18 (85,7)	17 (77,3)
Sí	3 (14,3)	5 (22,7)
Tratamiento del Trastorno mental		
No	20 (95,2)	18 (81,8)
Sí	1 (4,8)	4 (18,2)
Tipo de Trastorno mental		
Ninguno	18 (81,7)	17 (77,3)
Ansiedad	2 (9,5)	1 (4,5)
Otros/No especificados	1 (4,8)	2 (9,1)
Depresión	0	2 (9,1)
Actividad Física		
No	16 (76,2)	13 (59,1)
Sí	5 (23,1)	9 (40,9)
Tipo de actividad física		
Ninguna	16 (76,2)	13 (59,1)
Más de un tipo	1 (4,8)	4 (18,2)

Caminar/Correr	1 (4,8)	2 (9,1)
Deportes	1 (4,8)	1 (4,5)
Gimnasio	1 (4,8)	1 (4,5)
Otros	1 (4,8)	1 (4,5)
Consumo de drogas		
No	21 (100,0)	19 (86,4)
Sí	0	3 (13,6)
Tipo de medicamentos utilizados		
Ninguno	21 (100,0)	19 (86,4)
Marihuana y cocaína	0	2 (9,1)
Marihuana	0	1 (4,5)
Frecuencia de uso		
Ninguna	21 (100,0)	20 (90,9)
Diario	0	1 (4,5)
Mensualmente	0	1 (4,5)
Consumo de tabaco		
No	17 (81,0)	15 (68,2)
Sí	4 (19,0)	7 (31,8)
Frecuencia de uso		
Ninguno	17 (80,9)	15 (68,2)
Diario	3 (14,3)	4 (18,2)
No identificado	1 (4,8)	2 (9,1)
Mensualmente	0	1 (4,5)
Consumo de alcohol en los últimos 30 días		
Semanal	12 (57,1)	12 (54,5)
Mensualmente	5 (23,8)	4 (18,2)
Ninguno	3 (14,3)	3 (13,6)
Diario	1 (4,8)	3 (13,6)

Fuente: Autores (2021).

Evaluando la clasificación del AUDIT, se observó que 27 (62,8%) presentaban un patrón de uso de riesgo, nueve (20,9%) presentaban un uso perjudicial y siete (16,3%) presentaban puntuaciones sugestivas de probable dependencia. En cuanto al RPM, dos (4,7%) individuos estaban en la fase de pre-contemplación, uno (2,3%) en la fase de contemplación, cuatro (9,3%) en la fase de preparación, 13 (30,2%) en la fase de acción y 23 (53,5%) en la fase de mantenimiento.

Hubo una asociación entre la ocupación y el estadio motivacional ($p=0,02$). En todas las clases de ocupación, los encuestados se concentran en los estadios de motivación más altos, especialmente los jubilados, para quienes el 90% de los encuestados se encuentran en el estadio de motivación más alto. También hubo una asociación entre tener un trastorno

mental y la etapa motivacional, en la que tener un trastorno mental se asoció con la etapa de "mantenimiento" ($p \leq 0,01$), dado que los ocho participantes que declararon tener un trastorno mental estaban en la etapa motivacional más alta. No fue posible observar una asociación entre el estadio motivacional y las demás variables, como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2 - Prueba de asociación entre las variables y los estadios motivacionales en el momento inicial. Sabará, MG, Brasil, 2021

Variable	Pre-Contemplación n (%)	Contemplación n (%)	Planificación n (%)	Acción n (%)	Mantenimiento n (%)	P
Participantes						
General	2 (4,6)	1 (2,3)	4 (9,3)	13 (30,2)	23 (53,5)	
Grupo						0,625
Experimental	0	0	2 (9,1)	7 (31,8)	13 (59,1)	
Controle	2 (9,5)	1 (4,8)	2 (9,5)	6 (28,6)	10 (47,6)	
Edad						0,662
18-29	1 (11,1)	0	1 (11,1)	5 (55,6)	2 (22,2)	
30-39	0	0	1 (10)	3 (30)	6 (60)	
40-49	0	0	1 (12,5)	2 (25)	5 (62,5)	
≥50	1 (6,2)	1 (6,2)	1 (6,2)	2 (18,8)	10 (62,5)	
Sexo						0,524
Masculino	0	1 (4)	3 (12)	8 (32)	13 (52)	
Femenino	2 (11,1)	0	1 (5,6)	5 (27,8)	10 (55,6%)	
Color/Raza						0,335
Marrón	0	1 (4,3)	1 (4,3)	9 (39,1)	12 (52,2)	
Negro	2 (15,4)	0	3 (23,1)	2 (15,4)	6 (46,2)	
Blanco	0	0	0	2 (50)	2 (50)	
Indígena	0	0	0	0	1 (100)	
Estado Civil						0,517
Casado/a	1 (5,9)	0	1 (5,9)	5 (29,4)	10 (58,8)	
Solo	1 (7,1)	0	2 (14,3)	5 (35,7)	6 (42,9)	
Vivir con el cónyuge	0	1 (12,5)	0	1 (12,5)	6 (75)	
Separado/a / Divorciado/a	0	0	1 (50)	1 (50)	0	
Viudo	0	0	0	1 (50)	1 (50)	
Religión						0,371
Católica	1 (6,2)	1 (6,2)	0	6 (37,5)	8 (50)	
Evangélico	1 (6,7)	0	1 (6,7)	4 (26,7)	9 (60)	
Ninguno//No declaró	0	0	2 (25)	3 (37,5)	3 (37,5)	

Espiritualismo y afines	0	0	0	0	3 (100)
Cristiano No especificado	0	0	1 (100)	0	0
Educación	0,479				
Analfabeto	0	0	0	0	1 (100)
1° grado incompleto	1 (6,2)	0	0	6 (37,5)	9 (56,2)
1° grado completo	0	0	1 (14,3)	2 (28,6)	4 (57,1)
2° grado incompleto	0	0	0	3 (75)	1 (25)
2° grado completo	1 (9,1)	1 (9,1)	2 (18,2)	1 (9,1)	6 (54,5)
Superior incompleta	0	0	0	0	1 (100)
Superior completa	0	0	0	1 (50)	1 (50)
Otro	0	0	1 (100)	0	0
Ocupación	0,022				
Trabajo formal	1 (7,7)	0	3 (23,1)	4 (30,8)	5 (38,5)
Trabajo informal	0	0	0	4 (36,4)	7 (63,6)
Ninguna	1 (14,3)	0	1 (14,3)	4 (57,1)	1 (14,3)
Estudiante	0	0	0	1 (50)	1 (50)
Retirado	0	1 (10)	0	0	9 (90)
Ingresos familiares	0,712				
E	1 (3,7)	0	3 (11,1)	9 (33,3)	14 (51,9)
D	0	1 (9,1)	1 (9,1)	3 (27,3)	6 (54,5)
C	1 (33,3)	0	0	1 (33,3)	1 (33,3)
No tiene	0	0	0	0	1 (100)
No se sabe	0	0	0	0	1 (100)
Tratamiento de salud	0,334				
Ninguno	0	0	1 (9,1)	6 (54,5)	4 (36,4)
Más de un problema	1 (11,1)	0	0	2 (2,22)	6 (66,7)
Otros	0	1 (14,3)	0	2 (18,6)	4 (57,1)
Hipertensión	0	0	1 (20)	0	4 (80)
Diabetes Mellitus	0	0	0	0	1 (100)
Trastorno Mental	0,010*				
No	2 (5,7)	1 (2,9)	4 (11,4)	13 (17,1)	15 (42,9)
Sí	0	0	0	0	8 (100)
Tratamiento Trastorno Mental	0,358				
No	2 (4,7)	1 (2,3)	4 (9,3)	13 (30,2)	18 (53,5)
Sí	0	0	0	0	5 (100)
Tipo de Trantorno Mental	0,644				
Ninguno	2 (5,7)	1 (2,7)	4 (11,4)	13 (37,1)	15 (42,9)

Ansiedad	0	0	0	0	3 (100)
Otros/No Especificados	0	0	0	0	3 (100)
Depresión	0	0	0	0	2 (100)
Actividad física	0,768				
No	1 (3,4)	1 (3,4)	2 (6,9)	10 (34,5)	15 (51,7)
Sí	1 (7,1)	0	2 (14,3)	3 (21,4)	8 (57,1)
Tipo de Actividad Física	0,639				
Ninguna	1 (3,4)	1 (3,4)	2 (6,9)	10 (34,5)	15 (51,7)
Más de un tipo	0	0	2 (40)	1 (20)	2 (40)
Caminar/Correr	0	0	0	1 (33,3)	2 (66,7)
Deportes	0	0	0	1 (50)	1 (50)
Gimnasio	1 (50)	0	0	0	1 (50)
Otros	0	0	0	0	2 (100)
Tipo de Medicamento	0,215				
Ninguna	2 (5)	1 (2,5)	3 (7,5)	11 (27,5)	23 (57,5)
Marihuana	0	0	0	1 (100)	0
Marihuana y Cocaína	0	0	1 (50)	1 (50)	0
Frecuencia de Uso	0,2				
Ninguna	2 (4,9)	1 (2,4)	3 (7,3)	12 (29,3)	23 (56,1)
Diario	0	0	0	1 (100)	0
Mensualmente	0	0	1 (100)	0	0
Consumo de Tabaco	0,259				
No	2 (6,2)	0	2 (6,2)	11 (34,4)	17 (53,1)
Sí	0	1 (9,1)	2 (18,2)	2 (18,2)	6 (53,5)
Frecuencia de Uso	0,113				
Ninguna	2 (6,2)	0	2 (6,2)	11 (34,4)	7 (53,1)
Diario	0	1 (14,3)	1 (14,3)	1 (14,3)	4 (57,1)
Mensualmente	0	0	1 (100)	0	0
Consumo de alcohol en el mes	0,646				
Semanal	2 (8,3)	0	3 (12,5)	7 (29,2)	12 (50)
Mensualmente	0	0	1 (11,1)	4 (44,4)	4 (44,4)
Ninguno	0	1 (16,7)	0	2 (33,3)	3 (50)
Diario	0	0	0	0	4 (100)
Tipo de Bebida Consumida	0,655				
No Especificado	2 (8,3)	0	3 (12,5)	6 (25)	13 (54,2)
Cerveza	0	0	1 (11,1)	4 (44,4)	4 (44,4)
Ninguno	0	1 (16,7)	0	2 (33,3)	3 (50)

Destilados	0	0	0	0	3 (100)
Licor	0	0	0	1 (100)	0

Fuente: Autores (2021).

Efecto de la intervención breve en la motivación

El GE obtuvo una puntuación media en el RPM igual a 10, lo que indica la fase de mantenimiento. Después de la intervención, en el segmento de 30 días, la puntuación mediana se mantuvo en 10. En el segmento de 90 días, la puntuación mediana fue igual a ocho, lo que indica la etapa de acción. El GC obtuvo una mediana de RPM igual a ocho tanto en el momento del cribado como en el segmento de 30 días, lo que indica la fase de acción. En el segmento de 90 días, la mediana fue de siete, lo que indica la fase de planificación, como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3 - Comparación de la mediana de la motivación para el cambio en los grupos de control y experimental en los tres momentos de evaluación. Sabará, MG, Brasil, 2021

Grupo	Tiempo	RPM Mediano (IQ)	Mediana de las diferencias en relación con el tiempo inicial (IQ)	p*	p**
Experimental	Inicial	10 (8; 10)	---	---	0,281
	30 días	10 (8,25;10)	0 (0; 0)	0,579	0,029
	90 días	8 (7; 10)	-0,5 (-3; 0)	0,236	0,059
Controle	Inicial	8 (7; 10)	---	---	---
	30 días	8 (5; 10)	0 (-1; 0)	0,617	---
	90 días	7 (3; 8)	-1 (-7; 0)	0,08	---

*: comparación intragrupo (prueba de Wilcoxon emparejada) **: comparación intergrupo (prueba de Kruskal-Wallis)

Fuente: Autores (2021).

Además, al comparar la distribución de las puntuaciones de la RPM en los dos grupos, no se encontraron diferencias estadísticas entre los grupos en la evaluación inicial ($p=0,281$) ni en la evaluación final a los 90 días ($p=0,059$). Sin embargo, en la evaluación intermedia a los 30 días, se observó que había una diferencia estadística en la motivación de los dos grupos ($p=0,029$). En las comparaciones intragrupo (Tabla 3) no fue posible observar diferencias estadísticas en las puntuaciones de RPM al comparar los tiempos 30 y 90 con el inicio del estudio tanto para el GE (valores p iguales a 0,579 y 0,236, respectivamente) como para el GC (valores p iguales a 0,617 y 0,080, respectivamente).

DISCUSIÓN

La muestra analizada estaba compuesta mayoritariamente por varones. Un estudio de la OMS indica que, en las poblaciones mayores de 15 años, hay una mayor prevalencia de uso nocivo y dependencia del alcohol entre los varones (6,90%) en comparación con las mujeres (1,60%)², con una mayor prevalencia de atracones en los últimos 30 días (32,6%)². El III LNUD mostró datos similares, en los que un mayor número de hombres declararon haber consumido alcohol a lo largo de su vida (74,3%), así como beber en exceso (24%)¹. Los datos de Vigitel¹³ refuerzan que en los 30 días anteriores hubo más abusos por parte de los hombres (25,3%) que de las mujeres (13,3%).

Cuando se analizó la ocupación, los datos obtenidos diferían del perfil de los usuarios de UBS, que identificaba que el 53,8% de los usuarios no tenía una ocupación¹⁴. El alto estrés laboral se identificó como un factor asociado a comportamientos perjudiciales para la salud, incluyendo el consumo problemático de alcohol, lo que justifica el elevado número de personas cuya ocupación estaba dentro del grupo identificado con patrones de consumo problemático¹⁵⁻¹⁷.

En cuanto a las características clínicas, la hipertensión arterial sistémica y la diabetes mellitus fueron las principales comorbilidades. Los estudios muestran que el principal diagnóstico reportado por la población brasileña es la hipertensión arterial sistémica, que representa el 39,2% de la población que acude a la UBS, seguida de la Diabetes Mellitus con el 15,9%^{15,18-19}. La prevalencia de la presión arterial elevada era dos veces mayor en los individuos que consumían mucho alcohol que en los que lo consumían poco, o incluso en los que no consumían nada de alcohol, llamados abstemios²⁰.

La ansiedad fue el trastorno más presente en la muestra. Las personas con trastornos de ansiedad tienen un mayor riesgo de desarrollar un consumo problemático de sustancias, incluido el alcohol, y es más probable que recaigan más rápidamente en el tratamiento de la dependencia del alcohol²¹⁻²². En cuanto a los tratamientos para la ansiedad, hay que prestar especial atención a las interacciones farmacológicas entre el alcohol y las benzodiazepinas, ya que el alcohol aumenta el efecto sedante de la medicación²³.

En cuanto al consumo de sustancias ilícitas y tabaco, la mayoría declaró no consumir ambas cosas, pero entre los que sí lo hacen, el consumo concomitante de marihuana y cocaína fue el más declarado, así como el consumo diario de tabaco. La III LNUD señaló que sólo el 0,2% de la población había consumido marihuana y cocaína de forma concomitante en los 12 meses anteriores a la encuesta. Sin embargo, mostró que el 2,6% de los brasileños consumía alcohol y alguna sustancia ilícita, y el 11,7% consumía alcohol y tabaco¹. El PNS de 2019 señaló que el 12,8% de la población brasileña declara consumir tabaco, y en la III LNUD, el 33,5% de los encuestados declaró haber consumido cigarrillos industrializados en su vida^{1,20}. Los datos muestran que el consumo de tabaco sigue siendo elevado entre los brasileños, y el consumo concomitante de más de una sustancia, especialmente el alcohol, no se considera infrecuente en la población.

En cuanto al consumo de alcohol, el uso semanal fue el más encontrado, y entre las bebidas identificadas, la cerveza fue la más frecuente. En Brasil, el 26,4% de la población declaró consumir bebidas alcohólicas una vez a la semana o más²⁰. El III LNUD aporta que sólo la mitad de la población tenía una percepción de riesgo por beber en exceso al menos una vez a la semana¹. Esto puede sugerir una falta de conocimiento sobre los patrones de uso del alcohol y sus consecuencias reales para la vida de los que consumen alcohol de forma problemática, destacando la necesidad de intervenciones que sean educativas y motivacionales, para que haya una disminución en el número de brasileños que hacen este tipo de uso.

Es posible inferir que el hecho de que haya más personas jubiladas en la etapa motivacional de "mantenimiento" puede deberse a que el nivel de estrés es menor, ya

que el estresor "ocupación" desaparece de la vida de estos participantes, lo que les hace menos propensos a intentar reducir el estrés con la bebida. Además, la variable edad está relacionada con varias enfermedades crónicas, lo que hace que se preocupen más por su propia salud, lo que hace que estén dispuestos a cambiar su conducta de consumo de alcohol y a mantener un patrón de consumo de bajo riesgo²⁴⁻²⁵.

Al observar la asociación entre el trastorno mental y la etapa motivacional de "mantenimiento", las personas en tratamiento psiquiátrico utilizan más los servicios sanitarios, lo que las hace susceptibles de recibir orientación sobre sus medicamentos y su salud. Dicho esto, la orientación por parte de los profesionales sobre el uso de los medicamentos, aclarando los posibles efectos e interacciones, puede tener un efecto positivo en la motivación, fomentando así la reducción del consumo de alcohol y manteniéndolo dentro de un nivel aceptable, con el fin de evitar interacciones farmacológicas graves y/o el empeoramiento del estado de salud²⁶.

La IB es reconocida por su eficacia en los procesos de cambio de comportamiento⁸⁻²⁷. Para el cambio en el consumo de alcohol, los estudios indican resultados positivos sobre la disminución del consumo⁵⁻²⁸.

En cuanto a la motivación para el consumo, un estudio muestra que el comportamiento relacionado con la ingesta de bebidas alcohólicas surge de forma natural entre las diversas actividades y necesidades que se extienden desde el placer hasta el ocio, dando contornos únicos a las relaciones que se establecen en este contexto, ya que el alcohol es reconocido como una droga que conduce a la relajación y desinhibición social, lo que favorece la socialización. Sin embargo, el abuso del alcohol es un factor multidimensional, por lo que es importante considerar la relación con la sustancia según el contexto social y cultural, así como los valores y creencias de la persona²⁹.

En este sentido, se observa que el objetivo central del enfoque motivacional es movilizar la motivación intrínseca de la persona para que la extrínseca encuentre sentido con el fin de provocar el cambio, para lo cual el profesional tiene el papel de ayudar a las personas a identificar qué conductas consideran perjudiciales y, a partir de esta identificación, a pensar en nuevas formas de relacionarse con la sustancia, situando a la persona como sujeto activo en el cambio deseado y al profesional como facilitador de este proceso³⁰.

Los resultados de este estudio mostraron que había un efecto positivo y significativo de la IB sobre la motivación. Un estudio mostró resultados similares al utilizar la IB en grupo para cambiar el patrón de consumo de alcohol, ya que las personas que asistieron a las sesiones de intervención se mantuvieron motivadas durante los tres periodos evaluados, mientras que el GC tuvo un descenso en la motivación, lo que demuestra que la intervención tiene un efecto directo en la motivación de las personas²⁹.

Tales efectos demuestran que la IB puede y debe ser utilizada, con evidencia de sus efectos en la motivación del individuo al iniciar un proceso de cambio. Además, con la formación adecuada, cualquier profesional puede aplicar la intervención de forma eficaz. Teniendo en cuenta que el 83,6% de la población consulta en su UBS de referencia dos o más veces al año, el uso de la IB por parte de las enfermeras es adecuado debido al contingente profesional en los servicios, lo que facilitaría el vínculo y la disponibilidad para recibir la intervención¹².

Como limitaciones del trabajo, cabe mencionar las pérdidas asociadas a la pérdida de contacto, ya que muchos participantes cambiaron de número de teléfono durante la recogida de datos, y, debido a la falta de actualización del registro en la UBS, no fue posible realizar los segmentos siguientes. Además, el cribado de nuevos participantes se interrumpió debido a la pandemia de Sars-CoV-2, lo que contribuyó a reducir el número de participantes en la muestra final.

CONCLUSIÓN

La IB tuvo un efecto significativo sobre la motivación para cambiar el patrón de consumo de alcohol en los individuos que participaron en el estudio a los 30 y 90 días, respondiendo así al objetivo propuesto. La mayor parte de la muestra presentaba un consumo de riesgo, un patrón de uso poco percibido como problemático por la población y por los profesionales de la salud, que a veces se centran en el tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol sólo cuando se asocia a alguna enfermedad y/o presenta alguna dependencia. Esta percepción muestra que hay espacio para la aplicación de la práctica del cribado y la IB en las UBS.

Los resultados presentados demuestran la capacidad de los profesionales de la salud, incluyendo a las enfermeras, para realizar acciones en la atención primaria que influyen directamente en el comportamiento de los usuarios, aquí se especifica la IB en las personas que hacen un uso problemático del alcohol. Además, demuestra que las acciones que se practican en la atención primaria tienen un impacto directo en otros niveles de atención y en la red en su conjunto, por lo que es necesario realizar más estudios para demostrar dichos efectos.

REFERENCIAS

1. Bastos FIPM, Vasconcellos MTL, De Boni RB, Reis NB, Coutinho CFS. III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT. [Internet]. 2017 [acesso em 14 jan 2021]; 528. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>.
2. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. World Health Organization. [Internet]. 2018 [acesso em 14 jan 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603>.
3. Institute for Health Metrics and Evaluation. (IHME) Global Burden of Disease. [Internet]. [acesso em 14 jan 2021]. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.
4. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Morbidade Hospitalar no SUS. [Internet]. 2020 [acesso em 19 ago 2021]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6926&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/ni>.
5. Soares J, Vargas D de. Effectiveness of brief group intervention in the harmful alcohol use in primary health care. Rev. saúde pública [Internet]. 2019 [acesso 2022 maio 09];530:4. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000498>.
6. Babor TF, Higgins-Biddle JC. Intervenções Breves para o consumo de risco e nocivo de bebidas alcoólicas: guia para utilização em cuidados primários de saúde. Tradução de José Ramelhe. [Internet]. Organização Mundial de Saúde; 2001 [acesso em 14 jan 2021]; Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67210/WHO_MSD_MSB_01.6b_por.pdf?sequence=2&isAllowed=y.
7. Formigoni MLO de S, Duarte P do CAV (Org). Módulo 4: intervenção breve. [Internet]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP), Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); 2018 [acesso em 19 jul 2022]; Disponível em: https://www.supera.org.br/wp-content/uploads/2021/04/SUPERA13_modulo4_reduzido.pdf.
8. Soares J, Vargas D de. Group Brief Intervention: effectiveness in motivation to change alcohol intake. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2020 [acesso 10 maio 2022]; 73(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0138>.
9. Méndez EB. Uma versão Brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), 1999, 128p.

- Tese (Mestrado em Epidemiologia) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas. [Internet]. 1999 [acesso em 19 ago 2021]. Disponível em: <http://www.epidemiologia-ufpel.org.br/uploads/teses/Brod%20Mendez%201999%20Dissert.pdf>.
10. Organización Mundial de La Salud (OMS). Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol: um manual para la utilización em atención primaria. Valencia: Conselleria de benestar Social, Generalitat Valenciana; 2001.
11. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Entrevista motivacional no cuidado da saúde: ajudando pacientes a mudar o comportamento. Porto Alegre: Artmed; 2009.
12. Macdonald PL, Gardner RC. Type I error rate comparisons of post hoc procedures for I j chi-square tables. Educ. Psychol. Meas. [Internet]. Santa Barbara; 2000 [acesso em 28 jan 2021]; 50(5):735-754. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/00131640021970871>.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel): estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [Internet]. 2020 [acesso em 19 ago 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas. [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento, 2020a. [acesso em 19 ago 2021]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101758.pdf>.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil. [Internet]. Brasília: IBGE; 2019. [acesso em 19 ago 2021]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf.
16. Medisauskaitė A, Kamau C. Does occupational distress raise the risk of alcohol use, binge-eating, ill health and sleep problems among medical doctors? A UK cross-sectional study BMJ Open. [Internet]. 2019 [acesso em 19 ago 2021]; 9:e027362. Disponível em: <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027362>.
17. Gomes TB, Vecchia MD. Harm reduction strategies regarding the misuse of alcohol and other drugs: a review of the literature. Ciênc. Saúde Colet. [Internet]. 2018 [acesso em 2018 fev 21]; 23(7). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.21152016>.
18. Vidal JM, Abreu AM, Portela LF. Estresse psicossocial no trabalho e o padrão de consumo de álcool em trabalhadores offshore. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2019 [acesso em 19 ago 2021]; 33(6). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311Xe00116616>.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE. Coordenação do Trabalho e Desenvolvimento; 2020b. [acesso em 19 ago 2021]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>.
20. Guibu IA, Moraes JC de, Guerra Junior AA, Costa EA, Acúrcio F de A, Costa KS, et al. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. Rev Saude Publica. [Internet]. 2017 [acesso em 19 ago 2021]; 2:17s. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007070>.
21. Biddinger KJ, Emdin CA, Haas ME, Wang M, Hindy G, Ellinor PT, et al. Association of Habitual Alcohol Intake With Risk of Cardiovascular Disease. JAMA Netw Open. [Internet]. 2022. [acesso em 05 maio 2021]; 5(3):e223849. Disponível em: <http://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.3849>.
22. Anker JJ, Kushner MG. Co-occurring alcohol use disorder and anxiety: bridging psychiatric, psychological, and neurobiological perspectives. Alcohol Research: Current Reviews. [Internet]. 2019. [acesso em 06 fev 2021]; 30:40(1). Disponível em: <https://arcr.niaaa.nih.gov/alcohol-use-disorder-and-co-occurring-mental-health-conditions/co-occurring-alcohol-use-disorder-anxiety>.

23. Buckner JD, Morris PE, Abarno CN, Glover NI, Lewis EM . Biopsychosocial model social anxiety and substance use revised. *Curr Psychiatry* [Internet]. 2021 [acesso em 06 fev 2021]; 23(35). Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01249-5>.
24. Davis A, McMaster P, Christie DC, Yang A, Kruk JS, Fisher KA. Psychiatric comorbidities of substance use disorders: does dual diagnosis predict inpatient detoxification treatment outcomes?. *Int J Ment Health Addiction*. [Internet]. 2022 [acesso em 06 fev 2021]; 30(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00821-1>.
25. Silva JVF da, Silva EC da, Rodrigues APRA, Miyazawa AP. A relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública. *Ciênc. Biol. Saúde* [Internet]. 2015. [acesso em 07 fev 2021]; 2(3). Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/2079>.
26. Jacauna JSP, Rodrigues Junior OM. Pharmacological care in drug interaction: clonazepam with alcohol. *RSD* [Internet]. 2021 [acesso 2022 maio 10];10(15):e226101522771. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.22771>.
27. Fernandes AC, McIntyre T, Coelho R, Prata J, Maciel MJ. Impacto de uma intervenção psicológica no estilo de vida, fatores de risco e conhecimentos de doença durante a fase I da reabilitação cardíaca pós-síndrome coronária aguda. *Rev. Port. Cardiol.* [Internet]. 2019 [acesso em 07 fev 2021]; 38(5). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.09.009>.
28. Jo SJ, Lee HK, Kang K, Joe KH, Lee SB. 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 [acesso em 06 fev 2021]; 43(10). Disponível em: <https://doi.org/10.1111/acer.14169>.
29. Carmo DRP, Faria FL, Pelzer MT, Terra MG, Santos MA dos, Pillon SC. Motivações atribuídas por adultos ao consumo de bebidas alcoólicas no contexto social. *Psicologia: Teoria e Prática* [Internet]. São Paulo, SP, 2018 [acesso em 19 jul 2022]; 20(2), 225-239. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v20n2p240-253>.
30. Pechansky F, Baldisserotto. Tratamentos psicoterápicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias psicotrópicas. In: Duarte P do CAV, Formigoni MLO de. *Modalidades de tratamento e encaminhamento: módulo 6*. 11. ed. [Internet]. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017 [acesso em 19 jul 2022]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/198396/001097884.pdf?sequence=1>.

MOTIVATION FOR CHANGE IN ALCOHOL CONSUMPTION: BRIEF INTERVENTION AS A MOTIVATIONAL STRATEGY

ABSTRACT

Objective: to analyze the effect of brief intervention on motivation to change alcohol consumption. Method: experimental, follow-up study, conducted with 43 participants in two Basic Health Units. The Alcohol Use Disorders Identification Test, the Change Readiness Ruler, and a socioeconomic questionnaire were applied. Results: The experimental group showed a median equal to 10 points (maintenance stage) at the beginning and after 30 days. In the segment, the median was equal to eight points (action stage). The control group had a median equal to eight points at the beginning and after 30 days (action stage). In the segment, median equal to seven points (planning stage). In the 30-day intermediate evaluation, it was noted that there was a statistical difference in motivation between the two groups ($p=0.029$). Conclusion: it was concluded that the Brief Intervention was effective in maintaining motivation in the stages of action and maintenance of change in the consumption of alcoholic drinks.

DESCRIPTORS: Motivation; Primary Health Care; Alcoholism; Brief Interventions; Behavior

Recibido en: 10/01/2022

Aprobado en: 02/06/2022

Editor asociado: Dr. Gilberto Tadeu Reis da Silva

Autor correspondiente:

Janaina Soares

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênciã, Belo Horizonte, MG

E-mail: jana.soa@gmail.com/ janainas@ufmg.br

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 NTX, Lopes MR, Souza MJS, Reis IF, Reinaldo AM dos S, Rabelo JL, Soares, J; Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - Lima NTX, Lopes MR, Souza MJS, Reis IF, Reinaldo AM dos S, Rabelo JL, Soares, J; Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - Soares, J. 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/).