

Revisión clínica

Medwave 2018 Ene-feb;18(1):e7148 doi: 10.5867/medwave.2018.01.7148

Intervenciones breves para promover cambios conductuales en el ámbito de la atención primaria: revisión de su efectividad en consumo de tabaco, alcohol y sedentarismo

Brief interventions to promote behavioral change in primary care settings, a review of their effectiveness for smoking, alcohol and physical inactivity

Autores: Andrés Rosembaun[1], Pedro Rojas[1], María Victoria Rodríguez[2], Nicolás Barticevic[2], Solange Rivera Mercado[2]

Filiación:

[1] Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

[2] Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

E-mail: strivera@uc.cl

Citación: Rosembaun A, Rojas P, Rodríguez MV, Barticevic N, Rivera Mercado S. Brief interventions to promote behavioral change in primary care settings, a review of their effectiveness for smoking, alcohol and physical inactivity. *Medwave* 2018 Ene-feb;18(1):e7148 doi: 10.5867/medwave.2018.01.7148

Fecha de envío: 27/7/2017

Fecha de aceptación: 20/12/2017

Fecha de publicación: 29/1/2018

Origen: no solicitado

Tipo de revisión: con revisión por tres pares revisores externos, a doble ciego

Palabras clave: brief intervention, primary care, risk factors

Resumen

La intervención breve en salud es una estrategia terapéutica, sugerida para abordar cambios conductuales asociados a factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles. Existe amplia evidencia sobre su efectividad. Sin embargo, esta evidencia se sustenta en distintas definiciones de intervención breve, lo que dificulta su aplicación clínica. Este artículo de revisión de literatura, se propuso realizar una búsqueda de revisiones sistemáticas en la base de datos Epistemonikos con el fin de identificar factores comunes en su definición y resumir algunas estrategias de intervención breve usadas con frecuencia en la atención primaria de salud. Asimismo, se busca describir su efectividad en este contexto clínico, para tres factores de riesgo: tabaco, alcohol y actividad física.

Introducción

La prevención de enfermedades crónicas, y el control de los factores de riesgo asociados a éstas, son parte del enfoque preventivo y promocional que propone la Organización Mundial de la Salud para disminuir la creciente morbilidad relacionada a las enfermedades crónicas no transmisibles [1].

Las conductas de riesgo y el consumo de sustancias constituyen un tema de especial relevancia, principalmente

porque de estos hábitos deriva una parte importante de la carga de enfermedad medida como años de vida perdidos por discapacidad o muerte prematura [2]. Por ejemplo, si ponemos el foco en algunas conductas de riesgo podemos decir que el tabaco es la principal causa prevenible de mortalidad mundial, y constituye un factor de riesgo para seis de las ocho causas de mortalidad en el mundo [3]. El alcohol es el factor de riesgo que explica la mayor cantidad de años de vida saludable perdidos y con mayor carga de

enfermedad en Chile [1]. Por último, el sedentarismo, es el cuarto factor de riesgo de muerte más importante en todo el mundo, solo por detrás de la hipertensión arterial y el tabaquismo, al mismo nivel que la diabetes [1]. En Chile, más del 80% de la población es considerada como sedentaria [4].

A diferencia de otros factores de riesgo, el tabaquismo, el consumo de alcohol y el sedentarismo son conductas y estilos de vida modificables. Por lo tanto, las estrategias que impacten en éstos son de gran relevancia dentro del repertorio clínico. No hay duda de que el abordaje de dichos problemas de salud debe ser un tema de política pública e intersectorial. Sin embargo, es importante también que los equipos de salud que trabajan día a día con la población, tengan herramientas efectivas para promover estilos de vida saludable y evitar o disminuir conductas de riesgo en las personas con las que interactúan. En particular, los equipos de la atención primaria de salud realizan actividades orientadas a la prevención de factores de riesgo y promoción de estilos de vida saludable de sus usuarios.

La intervención breve es una de muchas estrategias estudiadas para abordar conductas de riesgo, que ha demostrado ser efectiva en este contexto clínico [5]. La evidencia sobre el uso de intervenciones breves en diversos escenarios clínicos en atención primaria en salud es amplia y depende del instrumento a aplicar. Una de las primeras revisiones sistemáticas sobre el tema identificó que no había diferencias estadísticamente significativas en cuanto a efectividad entre la intervención breve y otras herramientas más extensas [6], lo que le aporta eficiencia. Esto ha sido reforzado por nuevas revisiones, que demuestran que la intervención breve realizada por médicos de familia es costo-efectiva en un modelo de atención escalonado [7], y podría llevar a una mejora a corto plazo sin terapias adicionales [8].

El objetivo de este artículo es realizar una revisión de la literatura basada en la evidencia disponible sobre el concepto de intervención breve y su efectividad, en los tres factores de riesgo para enfermedades crónicas mencionados anteriormente: tabaco, alcohol y actividad física; todo esto en el contexto clínico de atención primaria de salud.

Metodología de la búsqueda de evidencia

Para el rastreo de evidencia sobre intervenciones breves en atención primaria de salud para tabaco, alcohol y actividad física, se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas en la base de datos Epistemonikos. Esta plataforma es actualmente la mayor base de datos de revisiones sistemáticas en salud y es mantenida mediante búsquedas en múltiples fuentes de información, incluyendo MEDLINE/PubMed, EMBASE y Cochrane, entre otras. Para cada factor de riesgo en enfermedades crónicas (tabaco, alcohol y actividad física), se utilizaron los siguientes términos de búsqueda: "*brief intervention*" OR *counseling* OR "*brief counseling*" OR "*motivational interviewing*". Se encontraron 299 publicaciones correspondientes a revisiones sistemáticas y metanálisis. Se consideraron sólo aquellos estudios publicados en el período de 2008 a 2017,

que incluyeran intervenciones breves en atención primaria de salud para población adulta midiendo cambios de conducta. Al menos dos personas evaluaron las revisiones potencialmente elegibles según su relevancia, seleccionando 23 en total, 11 de tabaco, 10 de alcohol y dos en actividad física, las cuales se muestran en la Tabla 1. Se analizaron los contenidos de las revisiones frente a población, intervención, comparación y desenlaces.

Definición de intervención breve

El concepto de intervención breve fue propuesto por primera vez en 1972, en Canadá, por Martha Sánchez-Craig y colaboradores, y consistía en una aproximación basada en la psicoterapia que buscaba motivar a los consumidores de alcohol a modificar sus hábitos de consumo en el corto plazo [9]. Sin embargo, el nombre actualmente se usa de manera más genérica y agrupa estrategias que nacen de distintos enfoques teóricos, pero que tienen como objetivo el cambio conductual en el corto plazo [5].

De lo anterior, se desprende que existe más de una definición de intervención breve. Asimismo, las intervenciones descritas en la literatura son variadas en relación al tiempo, que fluctúa entre cinco y 20 minutos por sesión; la cantidad de sesiones que oscila entre una y cuatro; y el enfoque conductual que define el contenido y modalidad de la intervención. A modo de simplificar el concepto, se podría describir como una "conversación guiada" con un individuo, sobre un problema de salud, que cumple con ciertas características [10]:

- Es breve.
- Tiene un modelo teórico de referencia.
- Es estructurada.
- Emplea un estilo comunicacional no enjuiciador.
- Busca motivar y apoyar al individuo a planificar un cambio de hábito.

Cabe destacar que la intervención breve tiene su fundamento en la prevención. Es decir, busca un cambio de conducta en relación a un hábito en pacientes con cierto nivel de riesgo, a diferencia de la terapia breve que tiene por objetivo el tratamiento de pacientes con un problema clínicamente detectable [10].

Durante los últimos años se ha buscado expandir el alcance de este tipo de intervenciones con el objetivo de llegar a población que no consulta habitualmente en la atención primaria de salud, como adolescentes y bebedores jóvenes, que por lo general no presentan problemas de salud crónicos que los lleven a consultar con profesionales. Para esto la intervención breve también ha sido estudiada en distintos escenarios comunitarios como colegios y universidades, así como también en otras áreas de la salud que incluyen servicios de urgencia y medicina hospitalaria, obteniendo resultados mixtos y evidencia poco concluyente respecto a su efectividad [11].

Del mismo modo, esta necesidad de expandir el alcance de la intervención breve ha llevado al desarrollo de tecnologías que incorporan esta estrategia con dispositivos electrónicos

de uso diario. Así, el concepto de intervención breve ha trascendido el formato clásico de la entrevista presencial [12]. Sin embargo, la intervención breve se ha estudiado y

considerado tradicionalmente como una estrategia propia del nivel primario de atención [13].

Autor	Año	Diseño	Factor de riesgo
Lindson Hawley y colaboradores [14]	2015	RS	Tabaco
Motillo y colaboradores [15]	2009	RS/MA	Tabaco
Cahill y colaboradores [16]	2010	RS	Tabaco
Cahill y colaboradores [17]	2014	RS	Tabaco
Barth y colaboradores [18]	2015	RS	Tabaco
Stead y colaboradores [19]	2013	RS	Tabaco
Rice y colaboradores [20]	2013	RS	Tabaco
Lancaster y colaboradores [21]	2017	RS	Tabaco
Taggart y colaboradores [22]	2012	RS	Tabaco
Fernández y colaboradores [23]	2007	RS	Tabaco
Aveyard y colaboradores [24]	2012	RS	Tabaco
Angus y colaboradores [25]	2014	RS	Alcohol
Pereira [26]	2013	RS	Alcohol
O'Donnell y colaboradores [27]	2013	RS	Alcohol
Tansil y colaboradores [28]	2016	RS	Alcohol
Gebara y colaboradores [29]	2013	RS	Alcohol
Derges y colaboradores [7]	2017	RS	Alcohol
Álvarez-Bueno [30]	2014	RS	Alcohol
Joseph y colaboradores [31]	2016	RS	Alcohol
Platt y colaboradores [32]	2016	RS/MR	Alcohol
Donoghue [8]	2014	RS	Alcohol
Lamming [33]	2017	RS	Actividad física
Gc [34]	2015	RS	Actividad física

RS: revisión sistemática.

MA: metanálisis

MR: meta-regresión

Tabla 1. Características de revisiones sistemáticas seleccionadas para evaluar la efectividad de la intervención breve en tabaco, alcohol y actividad física.

Estrategias de intervenciones breves en atención primaria

Existen diversas estrategias de intervención breve aplicables a la atención primaria de salud, dependiendo

del problema a intervenir y de las características del paciente. En la Tabla 2 se resumen y comparan estos aspectos según el enfoque:

Estrategia de intervención	Problema a abordar	Características del paciente
Modelo de las cinco A (Ask/preguntar, Advice/aconsejar, Assess/evaluar, Assist/apoyar, Arrange/organizar)	Conductas de riesgo para la salud.	Altamente receptivo al consejo médico por autoridad; beneficios de educación aislada con un plan concreto.
Modelo FRAMES	Conductas de riesgo para la salud.	Requiere evidencia objetiva para considerar el cambio; beneficios de soporte emocional y reconocimiento de fortalezas personales.
Etapas del cambio (modelo transteórico de cambio de Prochaska)	Conducta específica que se quiera promover o disminuir/erradicar.	Puede realizarse en varias etapas dependiendo de lo preparado para el cambio; requiere considerar pros y contras de cambiar.
Entrevista motivacional	Conducta específica que se quiera promover o disminuir/erradicar.	Altamente ambivalente, o cerca de cambiar. Sus valores fundamentales y comportamientos son con frecuencia inconsistentes y responden a la empatía.
Entrenamiento en resolución de problemas	Cualquier ámbito que pueda ser formulado como un "problema".	Capaz de ver las situaciones de la vida desde una perspectiva intelectual; no abrumado por expresión emocional; capaz de procesar información secuencialmente.

FRAMES: *Feedback, Responsibility, Advice, Menú of Options, Empathy and Self-efficacy* (retroalimentación, responsabilidad, consejo, opciones de cambio, empatía y autoeficacia).

Tabla 2. Estrategias para realizar intervenciones breves [5].

Una de las estrategias de intervención breve más estudiadas es la entrevista motivacional. En ella, la evidencia sugiere una ventaja comparativa moderada y que puede ser usada en un amplio rango de escenarios clínicos en atención primaria de salud [13],[14].

Efectividad en atención primaria

Tabaco

Entre los escenarios clínicos más estudiados se encuentra la intervención breve para la suspensión del tabaquismo. La evidencia en este ámbito muestra que, específicamente la entrevista motivacional y el modelo de "las cinco A", pueden ayudar a las personas a dejar de fumar [14].

La intervención médica breve ha demostrado, por sí sola [15], inducir abandono del hábito tabáquico comparado con no intervenir [16],[17], con un efecto que se mantiene a los seis, 12 y 24 meses de seguimiento, por lo que es una estrategia efectiva y de impacto clínico significativo [18]. Se estima que una intervención breve tendría una magnitud de aumento de abandono de tabaquismo entre 1 y 3% por sobre la tasa de abandono no asistida [19]. Este efecto es mayor al realizar la intervención y ofrecer apoyo a todos los pacientes fumadores, si se compara al realizarla solo en pacientes que manifiestan interés en dejar de fumar [24]. Incluso ha demostrado efectividad más allá del equipo médico, cuando los pacientes son intervenidos por enfermeras [24], psicólogos y educadores de salud [21]. El tiempo de intervención breve varía entre estudios, dependiendo de la definición utilizada. Pero la evidencia

muestra que la efectividad aumenta desde cerca de tres minutos a más de diez [22].

Es especialmente relevante el cese del hábito tabáquico para pacientes con enfermedad coronaria, donde existe evidencia sugerente de que la intervención breve es beneficiosa sobre la modificación de los factores de riesgo y, en consecuencia, sobre la progresión de la enfermedad coronaria [23].

Alcohol

Respecto al consumo de alcohol, la intervención breve ha demostrado ser costo-efectiva para los sistemas de salud [25], siendo su principal objetivo la reducción del consumo en pacientes bebedores de riesgo. A pesar de no haber una definición consistente de consumo problemático de alcohol al comparar guías internacionales, hay un consenso en que las intervenciones conductuales serían apropiadas para personas que presentan consumo crónico, consumo de riesgo y episodios de consumo intensivo de alcohol (*binge drinking*) [26],[27], [28], tanto en hombres como mujeres [29].

La implementación de tácticas de tamizaje e intervenciones breves en atención primaria de salud en relación con el consumo de alcohol presentan un desafío para los profesionales de la salud. Estudios muestran que la barrera para la implementación de estas tácticas corresponde principalmente a una falta de percepción de autoeficacia en el personal de salud, quienes ven esta tarea como una sobrecarga, asociado a que el sistema de salud no facilita

la capacidad de proporcionar un seguimiento en caso de requerir más intervenciones [11]. En estudios controlados y aleatorizados se ha visto que la intervención breve ha demostrado ser efectiva en reducir el consumo de alcohol en bebedores de riesgo, tanto en hombres como mujeres, principalmente cuando se implementa en una sesión de cinco a 15 minutos, con un mayor efecto cuando se asocia a sesiones de seguimiento (*odds ratio* 1,55, intervalo de confianza del 95%, 1,27 a 1,90, en reducción de bebedores de riesgo). Al medir el efecto en gramos de alcohol consumidos se observa una disminución media en 38 gramos de etanol por semana (intervalo de confianza del 95%: 23 a 54 gramos) [30]. Cabe destacar que se observa un efecto similar, o incluso mayor, cuando la intervención breve es realizada por profesionales no médicos [27],[31], y es independiente del contexto terapéutico en el que se realice [32].

Actualmente se encuentran en desarrollo otros métodos para proporcionar consejería, los que utilizan dispositivos electrónicos (como computador o algún dispositivo móvil). El método de tamizaje electrónico e intervención breve (e-SBI) busca identificar pacientes de riesgo y ofrecer consejería que va desde consejos generales para reducir el consumo de alcohol hasta recomendaciones personalizadas. Ha demostrado reducir la ingesta intensiva de alcohol en pacientes con consumo problemático [12], tanto en la cantidad ingerida (23,9%) como en la frecuencia de los episodios (16,5%). El efecto se mantendría a los 12 meses de seguimiento [28].

Actividad física

Si bien los estudios son heterogéneos en su metodología, una revisión sistemática reciente muestra que la intervención breve por sí sola podría aumentar la actividad

física realizada por los pacientes a corto plazo (de cuatro a doce semanas), medida como autorreporte. Sin embargo, no existe suficiente evidencia para su efectividad a largo plazo, su impacto sobre la actividad física medida con métodos objetivos y los factores que influyen en su efectividad, viabilidad y aceptabilidad [33]. Además, aunque existe gran variabilidad entre los estudios primarios, la intervención breve parece ser costo-efectiva [34].

Discusión

La literatura muestra resultados positivos del uso de intervenciones breves en pacientes fumadores, con un efecto que se mantiene a largo plazo, independiente de su interés en dejar el hábito tabáquico. En bebedores de riesgo los resultados son positivos para disminuir consumo de alcohol tanto en hombres como mujeres al utilizar intervenciones breves. Además, estas herramientas facilitan el seguimiento. En cuanto a la actividad física, falta evidencia para recomendar las intervenciones breves como una estrategia objetiva y a largo plazo, y se requieren más estudios para concluir sobre su costo-efectividad, dada la gran heterogeneidad de los estudios primarios incluidos en las revisiones sistemáticas.

Dados los resultados anteriores, nos parece recomendable para los equipos de salud intentar estructurar sus intervenciones breves. Presentamos, en la Tabla 3 las recomendaciones sugeridas por el *Preventive Services Task Force* (USPSTF), un panel independiente de expertos en atención primaria y prevención que revisa sistemáticamente la evidencia de efectividad y desarrolla recomendaciones para servicios clínicos preventivos [35],[36],[37].

<p>Recomendaciones para tabaquismo [35]</p> <p>Preguntar en la consulta de todo paciente mayor de 10 años y registrar el consumo en su ficha (recomendación A de la USPSTF).</p> <p>Los pacientes fumadores deben recibir un consejo claro y personalizado, ofrecerles apoyo para dejar de fumar y fijar un seguimiento durante las primeras semanas después de dejar de fumar (recomendación A de la USPSTF).</p>
<p>Recomendaciones para alcohol [36]</p> <p>Exploración sistemática del consumo de alcohol mediante encuesta semi estructurada de cantidad/frecuencia, en todo paciente mayor de 18 años y proporcionar intervención breve a las personas con consumo de riesgo para reducir el uso indebido de alcohol (recomendación B de la USPSTF)</p>
<p>Recomendaciones para actividad física</p> <p>Interrogar a todo paciente que acude a la consulta acerca de sus hábitos de actividad de física, mediante preguntas directas o cuestionarios estandarizados. En caso de realizar actividad física se debe valorar el tipo, frecuencia, duración e intensidad [35].</p> <p>Incorporar el consejo y prescripción de la actividad física en la consulta de atención primaria en salud, aunque este no sea el motivo de consulta, en pacientes sin obesidad, hipertensión, dislipidemia, resistencia a la insulina o diabetes, con un beneficio positivo pero pequeño para la prevención de la enfermedad cardiovascular en esta población (recomendación C de la USPSTF) [37].</p>

USPSTF: *US Preventive Services Task Force*.

Tabla 3. Recomendaciones de tamizaje sobre el estilo de vida.

Conclusiones

La intervención breve es una estrategia preventiva efectiva para generar cambios sobre factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles. A pesar de que su definición es diversa, la mayoría de los estudios la plantea como un abordaje de no más de 20 minutos, estructurado y que busca motivar y apoyar a las personas en su cambio conductual.

La evidencia de su impacto en un escenario ambulatorio de atención primaria de salud para el abordaje del tabaquismo y consumo riesgoso de alcohol es favorable. En cambio, si bien sus resultados para promover actividad física son prometedores, se requieren más estudios para evaluar su efectividad objetiva y a largo plazo.

Nos parece recomendable para los equipos de salud buscar de manera activa estos factores de riesgo, e intentar estructurar sus intervenciones breves en alguna de las estrategias que han sido mencionadas.

Notas

Declaración de conflictos de intereses

Los autores han completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE, y declaran no haber recibido financiamiento para la realización del reporte; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado. Los formularios pueden ser solicitados contactando al autor responsable o a la dirección editorial de la *Revista*.

Financiamiento

Los autores declaran que no hubo fuentes de financiación externas.

Referencias

- Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. OMS;2014. | [Link](#) |
- Informe final estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. Chile. 2007. Departamento de Salud Pública Pontificia Universidad Católica de Chile. [on line] | [Link](#) |
- Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008, [on line] | [Link](#) |
- Informe final Encuesta nacional de hábitos de actividad física y deportes en la población de 19 años y más. Ministerio del deporte, Santiago de Chile, 2006. [on line] | [Link](#) |
- Searight R. Realistic approaches to counseling in the office setting. *Am Fam Physician*. 2009 Feb 15;79(4):277-84. | [PubMed](#) |
- Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*. 1993 Mar;88(3):315-35. | [PubMed](#) |
- Andrade A, De Micheli D. *Innovations in the Treatment of Substance Addiction*. Switzerland: Springer International Publishing; 2016. | [Link](#) |
- Carels RA, Darby L, Cacciapaglia HM, Douglass OM, Harper J, Kaplar ME, et al. Applying a stepped-care approach to the treatment of obesity. *J Psychosom Res*. 2005 Dec;59(6):375-83. | [PubMed](#) |
- Sanchez-Craig M, Wilkinson DA. Brief treatments for alcohol and drug problems: Practical and methodological issues. En: *Addictive Behaviors: Prevention and Early Intervention*. Amsterdam/Lasse, Netherlands: Swets and Zeitlinger B.V; 1989:233-52. | [Link](#) |
- Lacey J. *Alcohol Brief Interventions and Motivational Interviewing: an exploratory overview*. North East London NHS Foundation Trust: Institute of Health Visiting; 2015. | [Link](#) |
- Derges J, Kidger J, Fox F, Campbell R, Kaner E, Hickman M. Alcohol screening and brief interventions for adults and young people in health and community-based settings: a qualitative systematic literature review. *BMC Public Health*. 2017 Jun 9;17(1):562. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- Donoghue K, Patton R, Phillips T, Deluca P, Drummond C. The effectiveness of electronic screening and brief intervention for reducing levels of alcohol consumption: a systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res*. 2014 Jun 2;16(6):e142. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- Morton K, Beauchamp M, Prothero A, Joyce L, Saunders L, Spencer-Bowdage S, et al. The effectiveness of motivational interviewing for health behaviour change in primary care settings: a systematic review. *Health Psychol Rev*. 2015;9(2):205-23. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Mar 2;(3):CD006936. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- Mottillo S, Filion KB, Bélisle P, Joseph L, Gervais A, O'Loughlin J, et al. Behavioural interventions for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur Heart J*. 2009 Mar;30(6):718-30. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- Cahill K, Lancaster T, Green N. Stage-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Nov 10;(11):CD004492. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- Cahill K, Moher M, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Oct 8;(4):CD003440. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- Barth J, Jacob T, Daha I, Critchley JA. Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jul 6;(7):CD006886. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 May 31(5):CD000165. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- Rice VH, Hartmann-Boyce J, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Aug 12;(8):CD001188. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Mar 31;3:CD001292. | [CrossRef](#) |

22. Taggart J, Williams A, Dennis S, Newall A, Shortus T, Zwar N, et al. A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. *BMC Fam Pract.* 2012 Jun 1;13:49. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
23. Fernandez R, Griffiths R, Everett B, Davidson P, Salamonson Y, Andrew S. Effectiveness of brief structured interventions on risk factor modification for patients with coronary heart disease: a systematic review. *Int J Evid Based Healthc.* 2007 Dec;5(4):370-405. | [CrossRef](#) |
24. Aveyard P, Begh R, Parsons A, West R. Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction.* 2012 Jun;107(6):1066-73. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
25. Angus C, Latimer N, Preston L, Li J, Purshouse R. What are the Implications for Policy Makers? A Systematic Review of the Cost-Effectiveness of Screening and Brief Interventions for Alcohol Misuse in Primary Care. *Front Psychiatry.* 2014 Sep 1;5:114. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
26. Pereira MO, Anginoni BM, Ferreira NC, Ferreira de Oliveira MA, Vargas D, Colvero LA. Effectiveness of the brief intervention for the use of abusive alcohol in the primary: systematic review. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(3):420-428. | [Link](#) |
27. O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, Schulte B, Schmidt C, Reimer J, et al. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol Alcohol.* 2014 Jan-Feb;49(1):66-78. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
28. Tansil KA, Esser MB, Sandhu P, Reynolds JA, Elder RW, Williamson RS, et al. Alcohol Electronic Screening and Brief Intervention: A Community Guide Systematic Review. *Am J Prev Med.* 2016 Nov;51(5):801-811. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
29. Gebara CF, Bhona FM, Ronzani TM, Lourenço LM, Noto AR. Brief intervention and decrease of alcohol consumption among women: a systematic review. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2013 Sep 10;8:31. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
30. Álvarez-Bueno C, Rodríguez-Martín B, García-Ortiz L, Gómez-Marcos MÁ, Martínez-Vizcaíno V. Effectiveness of brief interventions in primary health care settings to decrease alcohol consumption by adult non-dependent drinkers: a systematic review of systematic reviews. *Prev Med.* 2015 Jul;76 Suppl:S33-8. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
31. Joseph J, Basu D. Efficacy of Brief Interventions in Reducing Hazardous or Harmful Alcohol Use in Middle-Income Countries: Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Alcohol Alcohol.* 2017 Jan;52(1):56-64. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
32. Platt L, Melendez-Torres GJ, O'Donnell A, Bradley J, Newbury-Birch D, Kaner E, et al. How effective are brief interventions in reducing alcohol consumption: do the setting, practitioner group and content matter? Findings from a systematic review and meta-regression analysis. *BMJ Open.* 2016 Aug 11;6(8):e011473. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
33. Lamming L, Pears S, Mason D, Morton K, Bijker M, Sutton S, et al. What do we know about brief interventions for physical activity that could be delivered in primary care consultations? A systematic review of reviews. *Prev Med.* 2017 Jun;99:152-163. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
34. GC V, Wilson EC, Suhrcke M, Hardeman W, Sutton S; VBI Programme Team. Are brief interventions to increase physical activity cost-effective? A systematic review. *Br J Sports Med.* 2016 Apr;50(7):408-17. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
35. Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPs. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Atención Primaria.* 2016; 48(Supl 1): 27-38. | [CrossRef](#) |
36. Summary of Recommendations and Evidence. US Preventive Services Task Force, 2013. [on line]. | [Link](#) |
37. US Preventive Services Task Force, Grossman DC, Bibbins-Domingo K, Curry SJ, Barry MJ, Davidson KW, et al. Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Cardiovascular Risk Factors: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA.* 2017 Jul 11;318(2):167-174. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |

Correspondencia a:

[1] Avenida Libertador Bernardo O'Higgins 340
Santiago
Chile



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.