



Universidad de Oviedo  
Universidá d'Uviéu  
University of Oviedo



Facultad de Enfermería de Gijón  
Centro adscrito a la Universidad de Oviedo

## **TRABAJO DE FIN DE GRADO**

# **“Intervenciones de enfermería sobre los estilos de vida”**

*“Nursing care for lifestyles”*

**AUTORA: Cynthia de la Caridad Portero Gómez**

**TUTOR: Fernando Alonso Pérez**

**MAYO 2021**

## ÍNDICE

1. RESUMEN.....	2
2. INTRODUCCIÓN .....	2
3. OBJETIVOS .....	5
3.1. Objetivo general: .....	5
3.2. Objetivos específicos: .....	5
4. MÉTODO .....	6
5. DESARROLLO.....	8
5.1. RECOMENDACIONES GENERALES, ESTRATEGIAS E INTERVENCIONES.....	8
5.1.1. Modelos teóricos.....	8
5.1.2. Tipos de intervención llevados a cabo en la AP .....	9
5.1.3. Recomendaciones generales.....	10
5.2. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS SOBRE LOS ESTILOS DE VIDA.....	11
5.2.1. Recomendaciones consumo de tabaco.....	11
5.2.2. Recomendaciones consumo de riesgo y perjudicial de alcohol.....	11
5.2.3. Recomendaciones en alimentación .....	13
5.2.4. Recomendaciones de actividad física.....	14
5.2. Evidencias acerca de las intervenciones de enfermería sobre los estilos de vida .....	16
5.2.1. Resultados de las intervenciones .....	16
5.3. 2. Obstáculos para el desarrollo de las actividades preventivas.....	18
6. DISCUSIÓN.....	20
7. CONCLUSIONES .....	22
8. BIBLIOGRAFÍA .....	23
ANEXOS.....	27

## 1. RESUMEN

### **Introducción:**

Distintos estudios demuestran que determinados cambios en el estilo de vida son eficaces para mejorar la salud de las personas y disminuir la carga de enfermedad. Las intervenciones sobre los estilos de vida constituyen el núcleo de las actividades de promoción de la salud y de prevención primaria y se basan en distintos modelos teóricos y en recomendaciones de organismos y sociedades científicas.

### **Objetivo:**

Conocer el papel de la enfermera en las intervenciones sobre los estilos de vida desde el ámbito de la AP.

### **Método:**

Se realizó una revisión de la literatura científica utilizando Descriptores en Ciencias de la Salud Medical Subject Headings y operadores booleanos AND/OR. Las bases de datos consultadas fueron: electrónicas Medline/Pubmed, Biblioteca Cochrane, CUIDEN, Clinical Key, Scielo

### **Resultados/Desarrollo:**

Se constata la necesidad de utilizar modelos como el de los estadios del cambio, estrategias, como las de las cinco "a" y herramientas como el consejo y la educación, para prestar atención a los estilos de vida en la atención primaria. Se ha encontrado evidencia acerca de la efectividad de las intervenciones de enfermería para disminuir el riesgo cardiovascular, conseguir que las personas dejen de fumar o disminuir el consumo de alcohol entre los bebedores de riesgo.

### **Conclusiones:**

Existe evidencia de la efectividad del consejo breve y de los programas conductuales aplicados por las enfermeras intensivos para modificar los estilos de vida. Es preciso impulsar la investigación y la calidad metodológica de los trabajos para generar evidencia y apoyar las decisiones de los clínicos.

**Palabras clave:** Estilos de vida, enfermería, cese de hábito de fumar, dieta, consumo de alcohol "ejercicio físico

## 2. INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha intensificado el estudio de los estilos de vida en el ámbito de la salud. Este interés creciente responde a varias razones: en primer lugar, los cambios en el patrón epidemiológico que se producen en el mundo a partir de la segunda mitad del siglo XX, pasando de la predominancia de las enfermedades infecciosas o transmisibles a las crónicas, vinculadas en buena medida a los estilos de vida de las personas, y las evidencias que vinculan el comportamiento con el riesgo de morbilidad y mortalidad<sup>1</sup>.

Además, el informe Lalonde de 1974 introduce en la salud pública el concepto de determinantes de la salud, como el conjunto de factores personales, ambientales, conductuales y relacionados con el sistema sanitario, que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones<sup>2</sup>; los comportamientos de las personas serían, junto al ambiente físico y social, los que más peso tendrían, en la explicación de las diferencias de salud encontradas entre los canadienses. Este modelo constituye hoy en día el marco de referencia en el que se basan los organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) en lo referente a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

La OMS define los estilos de vida como una "forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales<sup>3</sup>". Estamos hablando, por tanto, de una conducta, y como tal, influida por una amplia gama de variables personales y ambientales.

De forma sinónima vienen a utilizarse los conceptos "hábitos de vida", "estilo de vida" y "estilo de vida relacionado con la salud" o "conductas de salud", refiriéndose, esta última acepción, a aquellas conductas habituales que se ha demostrado ejercen una influencia en la salud de los individuos (como el tabaquismo, la cantidad de actividad física habitual, alimentación, etc.). Estas conductas pueden ser protectoras de la salud o de riesgo; o, tal y como desde la psicología de la salud proponía Matarazzo<sup>4</sup> "inmunógenos o patógenos conductuales".

Distintos estudios demuestran que determinados cambios en el estilo de vida son eficaces para mejorar la salud de las personas y disminuir la carga de enfermedad<sup>5</sup>. Las intervenciones sobre los estilos de vida constituyen el núcleo de las actividades de promoción de la salud y de prevención primaria que se llevan a cabo dentro del ámbito de la Atención Primaria (AP). Hay que tener en cuenta que la AP es el nivel asistencial más accesible, al que llega la mayoría de la población: prácticamente el 95% de las personas acuden en alguna ocasión a su centro de salud en el plazo de 5 años<sup>6</sup>, y eso la sitúa en un lugar privilegiado para realizar la detección de las conductas de riesgo y proveer consejo.

El abordaje de la promoción y la prevención en el ámbito sanitario y específicamente en Atención Primaria, está recogido en el anexo II del RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, que reconoce a la Atención Primaria, como nivel básico e inicial de atención que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo del curso de vida<sup>7</sup>. Comprende entre sus actividades la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, dirigidas a la persona, la familia y la comunidad, en coordinación con otros niveles y sectores implicados tales como los dispositivos sociales y educativos. Como conjunto

de actividades, Atención Primaria debe incluir como mínimo la educación para la salud de los individuos y de la comunidad sobre la magnitud y naturaleza de los problemas de salud e indicar los métodos de prevención y control de estos problemas<sup>8</sup>.

Las principales herramientas empleadas en este contexto para influir sobre los estilos de vida ha sido tradicionalmente el consejo, con diferente nivel de intensidad. Las intervenciones de consejo o asesoramiento en el contexto de la Atención Primaria son aquellas acciones realizadas por el personal sanitario, con el objetivo de ayudar al paciente a adoptar, cambiar o mantener conductas o hábitos que afectan al estado de salud, incluyendo un rango amplio de actividades: valorar los conocimientos y la motivación, informar, modificar conductas inapropiadas, reforzar conductas deseadas y monitorizar el progreso a largo plazo<sup>8</sup>.

Dentro de la AP, este tipo de actividades constituyen, a su vez, una función propia de la enfermera. El propio programa de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria incluye, entre las competencias prioritarias de la enfermera especialista, las competencias dirigidas a “Diseñar y desarrollar estrategias de intervención y participación comunitaria, centradas en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad<sup>9</sup>. Las principales actividades preventivas se han centrado en el tabaco, el consumo de alcohol, la alimentación y la actividad física.

Para llevar a cabo este tipo de actividades, se dispone de guías de recomendaciones de actividades preventivas, modelos teóricos en los que basar las intervenciones, herramientas para la evaluación de las conductas de las personas, técnicas de distinta índole, etc.

A pesar de todas las evidencias disponibles acerca del impacto que sobre la reducción de las cargas de morbilidad y mortalidad tendría el promover un estilo de vida saludables, este tipo de actividades está desarrollado de una manera irregular.

Este trabajo tiene como objetivo revisar las evidencias disponibles acerca de las intervenciones de enfermería eficaces sobre los estilos de vida.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1. Objetivo general:

- Conocer el papel de la enfermera en las intervenciones sobre los estilos de vida.

#### 3.2. Objetivos específicos:

- Describir los modelos teóricos y las recomendaciones generales en las que se basan las intervenciones sobre los estilos de vida en AP.
- Describir las recomendaciones específicas para las conductas estudiadas: tabaco, alcohol, alimentación y ejercicio.
- Revisar las evidencias acerca de la efectividad de las intervenciones de enfermería sobre los estilos de vida.

## 4. MÉTODO

Se realizó una revisión de la literatura científica incluyendo en la estrategia de búsqueda combinaciones de palabras clave extraídas de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) (“Estilos de vida”, “enfermería”, “cese de hábito de fumar”, “dieta”, “consumo de alcohol”, “ejercicio físico”) y de los Medical Subject Headings (Mesh) (“lifestyle”, “nursing”, “smoking cessation”, “diet”, “alcohol drinking”, “exercise”). Se utilizó los operadores booleanos AND/OR

Se consultaron las bases de datos electrónicas Medline/Pubmed, Biblioteca Cochrane, CUIDEN, Clinical Key, Scielo. Posteriormente, se llevó a cabo una revisión manual de las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados con el fin de incluir otros estudios potencialmente válidos para la revisión.

Para los puntos 1 y 2 del desarrollo, donde se describieron los modelos teóricos y las recomendaciones de sociedades científicas y organizaciones, se utilizaron fuentes primarias, consultando manuales, guías, páginas web y la actualización de las recomendaciones de actividades preventivas que realiza el PAPPS.

Para la búsqueda de las evidencias se utilizaron las bases de datos antes mencionados, siguiendo en cada una de ellas la misma secuencia de palabras clave y booleanos.

En esta parte del trabajo, la que supuso un mayor esfuerzo de búsqueda y lectura de los artículos recuperados, se buscaron evidencias acerca de las intervenciones de enfermería sobre los estilos de vida en general, el consumo de tabaco, el consumo de alcohol y el ejercicio físico. Se descartó la alimentación por tratarse de un comportamiento implicado en múltiples grupos poblacionales (población sana, enfermos crónicos, niños, ancianos, etc.) y con una complejidad que justificaría la realización de una memoria específica dedicada a este tema.

Como ejemplo, en Pub Med la estrategia de búsqueda seguida ha sido la siguiente:

- (("Life Style"[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh]) OR ("Primary Care Nursing"[Mesh] OR "Family Nursing"[Mesh])
- (("Smoking Cessation "[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh])
- (("Alcohol Drinking"[Mesh]) AND "Alcohol Drinking/prevention and control"[Mesh]) AND "NursingCare"[Mesh]
- (("Smoking Cessation"[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh]) OR ("FamilyNursing"[Mesh] OR "Primary Care Nursing"[Mesh] OR "Advanced Practice Nursing"[Mesh])
- "Alcohol Drinking/nursing"[Mesh]
- (("alcohol drinking"[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh]) OR ("Family Nursing"[Mesh] OR "Primary Care Nursing"[Mesh] OR "Advanced Practice Nursing"[Mesh])
- (("exercise"[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh]) OR ("FamilyNursing"[Mesh] OR "Primary Care Nursing"[Mesh])

La búsqueda inicial generó 17.961 resultados en PubMed. Dada la dificultad y la falta de tiempo y espacio para manejar una gran cantidad de artículos, y puesto que el objetivo del

trabajo era presentar alguna evidencia de las intervenciones de enfermería en el contexto español y en otros países, en esta base de datos se utilizaron los filtros correspondientes, priorizando revisiones sistemáticas lo más actuales posibles.

Para la literatura española se seleccionaron todos los artículos sobre el tema publicados entre 2007 y 2021 (se incluyó un estudio de 1990 por su significación) en las bases de datos Cuiden y Clinical Key, y en los buscadores de las revistas de enfermería españolas Rol de Enfermería, Metas y Nursing...

Otros criterios de inclusión fueron: artículos escritos en inglés o español, que incluyesen población general o grupos específicos, preferentemente adultos, que evaluaran el impacto de las intervenciones enfermeras en atención primaria, hospitalaria o domicilio. Se excluyeron los estudios realizados en el ámbito escolar o laboral y estudios de baja calidad científico-técnica.

En total, para la revisión de las evidencias de las intervenciones de enfermería se seleccionaron 23 artículos, que fueron recuperados y leídos.

Se incluyeron dos referencias en la discusión: una revisión Cochrane acerca de la efectividad del modelo de los estadios de cambio en la deshabituación tabáquica (en la que se leyeron las conclusiones de la misma); y la guía *Treating Tobacco Use and Dependence*, en la que se consultó el modelo de las 5 "A" para comprobar las recomendaciones referentes a la evaluación de las personas en cada consulta.

En total, se incluyeron 42 referencias bibliográficas.

## 5. DESARROLLO

### 5.1. RECOMENDACIONES GENERALES, ESTRATEGIAS E INTERVENCIONES

Se han creado y desarrollado distintas instituciones que, desde los gobiernos o sociedades científicas, se han dedicado a publicar guías de recomendaciones basadas en la evidencia<sup>10</sup>. La primera iniciativa de esta naturaleza fue la creación, en el año 1976, de la Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC), que en 1979 publicó el primer informe a partir de criterios de revisión sistemática para identificar niveles de evidencia y fuerza de las recomendaciones en varias actuaciones preventivas. En 1984, en Estados Unidos, se creó el US Preventive Task Force (USPTF) que publicó su primer informe de recomendaciones en 1989. En el año 1988, La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria puso en marcha el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) como instrumento para potenciar la integración de estas actividades en las consultas de AP. En 1995 se crea el grupo EUROPREV, liderado por el PAPPS, cuyo objetivo es promover estas actividades en las consultas de AP europeas.

El PAPPS genera recomendaciones periódicas de prioridades y métodos preventivos en función de las evidencias científicas, datos de morbilidad de nuestro país, los recursos disponibles y la evaluación de las actividades preventivas que realizan los equipos de AP españoles. Estas recomendaciones se renuevan cada dos años, siendo la última revisión del año 2020<sup>5</sup>.

A partir de las distintas guías, se pueden extraer una serie de recomendaciones generales para desarrollar estas actividades, que se resumen a continuación:

#### 5.1.1. Modelos teóricos

Se ha evidenciado la utilidad de las estrategias cognitivo conductuales para las intervenciones sobre el cambio de conducta en AP<sup>5</sup>, existiendo, además, una relación dosis respuesta, de manera que las intervenciones más intensivas consiguen un mayor efecto.

Las distintas guías coinciden en recomendar basar estas intervenciones en el modelo de los estadios de cambio de Prochaska y Di Clemente. Este modelo fue propuesto inicialmente para explicar el proceso de abandono del tabaquismo, aunque posteriormente se ha ido ampliando a otras conductas. Es un modelo por etapas (tabla 1), cuyo principal valor es adaptar la intervención al estado motivacional de las personas. Si bien ha demostrado su utilidad en el tratamiento de fumadores, este modelo tiene limitaciones para abordar comportamientos complejos (actividad física, conducta alimentaria) o para intervenir sobre más de una conducta al mismo tiempo, y la evidencia sobre su efectividad en AP es controvertida<sup>5</sup>.

La mayoría de las recomendaciones internacionales proponen que las intervenciones conductuales y de consejo se basen en la estrategia de las cinco Aes. Esta estrategia también fue propuesta, en primera instancia, para implantar las intervenciones mínimas sistemáticas sobre fumadores en AP, y el nombre responde a la primera letra de los cinco pasos que se proponen para intervenir (*ask, advise, assess, assist, arrange*).

**Tabla 1 Estadios de cambio**

Estadio	Definición
<b>Precontemplación</b>	No tiene intención de cambiar su conducta en los próximos seis meses
<b>Contemplación</b>	Tiene intención de cambiar su conducta en los próximos seis meses
<b>Preparación</b>	Tiene intención de cambiar su conducta en el próximo mes
<b>Acción</b>	Comienza a cambiar de forma clara su conducta y mantiene cambio
<b>Mantenimiento</b>	Mantiene la nueva conducta más de seis meses
<b>Finalización</b>	Mantiene la nueva conducta cinco años y autoeficacia 100%

Fuente: elaboración propia

**Tabla 2. Estrategia de la 5 “aes”**

<b>Ask Averiguar</b>	Preguntar sobre las conductas y factores de riesgo en cada consulta
<b>Advise</b>	Dar consejos claros, específicos y personalizados, incluyendo información sobre riesgos/beneficios
<b>Assess</b>	Evaluar la disposición para cambiar su conducta en ese momento y ofrecer ayuda
<b>Assist</b>	Proveer ayuda a los pacientes que estén dispuestos a realizar el cambio. A los que no, dar consejo motivacional
<b>Arrange</b>	Concertar visitas de seguimiento, en el centro o en a través del teléfono.

Fuente: elaboración propia

### 5.1.2. Tipos de intervención llevados a cabo en la AP

En el ámbito de la AP, la estrategia de prevención primaria usualmente utilizada es la captación oportunista o *case finding*, aprovechando cualquier motivo de consulta <sup>10</sup>. Las intervenciones empleadas para modificar las conductas de las personas que presentan algún factor de riesgo han sido, de acuerdo a la guía sobre consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, el consejo breve, la educación individual y la educación grupal<sup>8</sup>.

El consejo breve es una intervención muy eficiente. De hecho, por ejemplo, se considera que el consejo antitabaco es la intervención preventiva más coste efectiva que se puede llevar a cabo en AP<sup>11</sup>. Se trata de una intervención de tipo oportunista, de 2 a 10 minutos de duración, que incluye información y una propuesta motivadora de cambio, aprovechando una consulta o encuentro profesional. El consejo sanitario es una modalidad con la que se puede hacer tanto promoción de la salud como prevención de enfermedades. Estas acciones educativas deberían estar orientadas a activar a las personas y aumentar su responsabilidad sobre el autocuidado, donde el fin último que se persigue es su empoderamiento y capacitación en salud, de tal forma que ésta sea más capaz de cuidarse por sí misma de una manera satisfactoria, disminuyendo de esta forma su relación de dependencia con instituciones y profesionales sanitarios.<sup>8</sup>

La educación individual consiste en una consulta educativa de al menos 20 minutos o serie organizada de consultas educativas programadas y pactadas entre profesional y usuario, en las que se trabajan las capacidades de este último sobre un tema, desde una perspectiva amplia.

Tradicionalmente, este tipo de intervención adoptó un modelo psicoeducativo, centrando sus actuaciones en la transmisión de información para incrementar los conocimientos y cambiar las actitudes de las personas. La educación ha ido evolucionando para incorporar las intervenciones de cambio de conducta, como las técnicas cognitivo conductuales recomendadas por el PAPPS<sup>5</sup>.

Educación grupal o colectiva suele adoptar el formato de taller de 2-3 horas o serie de sesiones programadas, dirigidas a un grupo de pacientes, usuarios o colectivos, con la finalidad de mejorar sus capacidades para abordar un determinado problema o tema de salud. La educación grupal intenta maximizar el tiempo al intervenir con varias personas en una misma sesión y, al mismo tiempo, aprovecha el efecto motivador y el apoyo social del grupo.

### 5.1.3. Recomendaciones generales

En base a los modelos descritos en el apartado anterior, la actualización de las recomendaciones PAPPS del año 2020 recoge una serie de recomendaciones que se resumen a continuación<sup>5</sup>:

- Se recomienda evaluar los diferentes riesgos para la salud presentes en un individuo, su disposición a cambiar una conducta, el apoyo social y el acceso a los recursos de la comunidad.
- Se debe intentar aumentar la motivación y autoeficacia del individuo.
- Se recomienda un asesoramiento personalizado, priorizando la conducta a cambiar según el riesgo, pero también según la disposición al cambio de la persona.
- Establecer metas factibles a corto y largo plazo, en una toma de decisiones compartida.
- Es importante repetir las intervenciones en los sucesivos contactos con el equipo.

## 5.2. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS SOBRE LOS ESTILOS DE VIDA

En general, las recomendaciones que se realizan para los estilos de vida siguen una misma estructura: se basan en la detección de los factores de riesgo y el consejo personalizado.

### 5.2.1. Recomendaciones consumo de tabaco

El tabaquismo es considerado en la actualidad el mayor problema de salud pública prevenible y la principal causa de muerte prematura en los países desarrollados, incluyendo España.

España es uno de los países de la Unión Europea que presentan una mayor prevalencia de consumo de tabaco, tanto en hombres como en mujeres. La Encuesta Sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) del año 2019 estimaba que el 38,8%% de la población de 15 a 64 años había consumido tabaco durante el último mes y un 34%% fumaba diariamente<sup>12</sup>. El número de muertes anuales atribuibles al tabaco en España es de casi 52.000, de las cuales la mitad son debidas a cáncer<sup>13</sup>. El 80,8% de las muertes por cáncer de pulmón y el 73% de las muertes por EPOC son atribuibles al hábito de fumar. En Asturias, se estima que cada año fallecen más de 2.250 personas por el consumo de tabaco.

El PAPPS, adaptando las recomendaciones USPSTF recomienda preguntar a todos los pacientes acerca de su estado de fumador, aconsejar el abandono a los fumadores y utilizar tanto intervenciones conductuales como farmacológicas. En este sentido, se consideran fármacos de primera línea los sustitutivos de nicotina, el bupropion y la vareniclina. La periodicidad mínima de la intervención debe ser dos años<sup>5</sup>.

### 5.2.2. Recomendaciones consumo de riesgo y perjudicial de alcohol

De acuerdo con la encuesta EDADES el alcohol es la sustancia más consumida en nuestro país entre la población de 15 a 64 años<sup>12</sup>. En concreto, el 91,2% de la población española afirma haber consumido alcohol alguna vez en la vida, el 79,2% en el último año, el 62,7% en el último mes, mientras que el 7,4% declara haber consumido alcohol diariamente en los últimos treinta días.

El alcohol está implicado en una muy amplia variedad de problemas de salud física y mental de manera dosis-dependiente, representando una gran carga social y familiar. Aunque la mayoría de los consumidores de alcohol no sufran efectos adversos por su consumo, una parte (que no se limita a las personas que desarrollan dependencia del alcohol) padece sus consecuencias, extendiéndose éstas a personas que no lo consumen (lesiones por accidentes de tráfico, agresiones, etc.). Por todo ello, el alcohol es un producto peculiar que, pese a su curso legal, debe ser objeto de regulación y de intervenciones sanitarias<sup>14</sup>.

El PAPPS recomienda hacer cribado del consumo de alcohol y proveer intervención conductual a los que hagan consumo de riesgo o problemático (tabla 5). El cribado debe hacerse como mínimo cada 2 años en toda persona de más de 14 años sin límite superior de edad. El Audit-C es el cuestionario de elección para el cribado de *consumos de riesgo* en el ámbito sanitario (Anexo 1). El Audit-10 es el cuestionario de elección para la detección del *síndrome de dependencia alcohólica*<sup>5</sup>(Anexo 2).

Las intervenciones breves son aquellas intervenciones condicionadas por un breve periodo de tiempo y corta duración en comparación con otras medidas de tratamiento específico. El objetivo principal de estas intervenciones es impulsar un cambio en los hábitos del consumidor

de alcohol, para minimizar el riesgo de problemas de salud en el propio paciente o para evitar posibles problemas en su entorno a causa de su ingesta de alcohol<sup>27</sup>, concienciando al paciente de su problema e impulsando sus propios recursos<sup>27</sup>. Está orientada principalmente al bebedor con consumo de riesgo o perjudicial<sup>15</sup>.

**Tabla 3. Recomendaciones PAPPS consumo de tabaco**

- Se recomienda preguntar a todos los adultos sobre el consumo de tabaco cuando acudan a consulta, y aconsejarles que abandonen el tabaco si fuman (evidencia alta, recomendación fuerte a favor).
- La periodicidad mínima de esta detección del consumo de tabaco y registro debe ser de una vez cada 2 años. No es necesario reinterrogar a las personas mayores de 25 años en los que se tenga constancia en la historia clínica que nunca han fumado (recomendación de expertos).
- Se recomienda proporcionar intervenciones conductuales y farmacológicas para ayudar a dejar de fumar al fumador que quiera hacer un intento de abandono del tabaco (evidencia moderada, recomendación fuerte a favor).
- Se recomienda que desde Atención Primaria se intervenga para prevenir el consumo de tabaco en niños y adolescentes en edad escolar, mediante la educación y las intervenciones breves (evidencia baja, recomendación moderada a favor).

Fuente PAPPS: recomendaciones estilos de vida 2020

**Tabla 4. Criterios de definición de consumo de riesgo**

- **Habitual:** Hablamos de bebedor de riesgo cuando el consumo de alcohol se sitúa en **28 U** por semana (4/día) para los hombres y **17 U** (2,5/día) por semana para las mujeres. También se considera de riesgo cualquier grado de consumo en caso de antecedentes familiares de dependencia al alcohol.
- **Intensivo (BingeDrinking):** Se considera cuando hay un consumo igual o mayor a **6 U** (varones) o **4 U** (Mujeres) en una sesión de consumo (habitualmente 4 - 6 horas).
- **Consumo de Bajo Riesgo:** Se define el consumo de bajo riesgo el que no excede de **20 g** (2 UBEs/día o 14 UBE/semana) en varones y de **10g** (1 UBE/día o 7 UBEs/semana) en mujeres. No hay ningún nivel de consumo beneficioso para la salud.

Fuente: PAPPS: recomendaciones estilos de vida 2020. Adaptado de A.L. Wood, *et al.* Risk Tresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual participant data for 599.512 current drinkers in 83 prospectiv studies. Lancet., 391 (2018), pp. 1513-152.

### 5.2.3. Recomendaciones en alimentación

La alimentación saludable es fuente de salud mientras que la alimentación incorrecta y desequilibrada constituye un factor de riesgo para la salud y para un buen número de trastornos y enfermedades, algunos de ellos de verdadera trascendencia individual y con importante repercusión socio-sanitaria. Las alimentaciones poco saludables junto con la falta de actividad física son causa de la aparición de enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2 y determinados tipos de cáncer y contribuyen sustancialmente a la carga mundial de mortalidad, morbilidad y discapacidad<sup>8</sup>.

Diversos estudios han contrastado que aquellos consejos que fomentan la dieta mediterránea aportan beneficios en la conducta alimentaria<sup>3</sup> y reducciones en la morbimortalidad cardiovascular, tanto en prevención primaria como secundaria<sup>5</sup>.

En referencia al patrón de dieta mediterránea, se debe mencionar el ensayo PREDIMED (Prevención con Dieta Mediterránea)<sup>16</sup>. Se busca valorar los efectos de la Dieta Mediterránea en la prevención primaria de las enfermedades crónicas. Concluyen que una dieta mediterránea no hipocalórica, suplementada con aceite de oliva virgen extra o frutos secos (nueces, avellanas y almendras), produce una reducción significativa de eventos cardiovasculares entre personas de alto riesgo. De este proyecto surge un cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea que contiene 14 ítems (Anexo 3).

La actualización PAPPs 2020 recoge las siguientes recomendaciones sobre la alimentación<sup>5</sup>:

- Las intervenciones para promover una alimentación saludable en personas sin evidencia de enfermedad cardiovascular ni factores de riesgo atendidas en atención primaria deben realizarse de forma individualizada, teniendo en cuenta las preferencias y motivación del paciente, así como el juicio clínico del profesional.
- Se recomiendan estrategias conductuales estructuradas de intensidad media/alta sobre dieta y hábitos saludables en personas adultas con sobrepeso/obesidad y/o con otros factores de riesgo cardiovascular.
- Dentro de los patrones de dieta saludable, la mediterránea es la que mayor nivel de evidencia ha demostrado, reduciendo la morbimortalidad por enfermedades no transmisibles y es una de las que debería recomendarse.

La Estrategia sobre Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria<sup>8</sup> teniendo en cuenta el cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea (test extenso y exhaustivo sobre alimentación, muy justificado en otro tipo de intervenciones, pero muy difícil de utilizar en el contexto de un consejo breve) y las recomendaciones internacionales sobre alimentación, se proponen tres preguntas que faciliten y guíen la entrevista sobre alimentación en una consulta oportunista. Las preguntas propuestas giran en torno a la detección de los principales errores nutricionales en nuestra sociedad: un bajo consumo de fruta y verdura y un aumento de grasas, sal y azúcares refinados. Estas preguntas son:

1. ¿Cuántas raciones de fruta y verdura come al día?
2. ¿Qué bebe normalmente con las comidas y a lo largo del día? (incluyendo zumos industriales)

3. ¿Cuántas veces a la semana come alimentos precocinados, procesados o bollería industrial?

#### 5.2.4. Recomendaciones de actividad física

La actividad física realizada de forma regular a una intensidad-moderada-alta ha demostrado con suficiente evidencia científica ser efectiva tanto en la prevención como en el tratamiento de numerosas patologías y aumentar la calidad de vida de las personas que la practican, con los correspondientes beneficios para la sociedad y el sistema sanitario.

Basándose en los análisis llevados a cabo en el Estudio de Carga de Enfermedad 2010 (GBD 2010), a nivel mundial se estima que 3,2 millones de muertes y el 2,8% de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVADs) son atribuibles a la inactividad física y la actividad física escasas. Estos datos de 2010 refieren que, conjuntamente, los factores de riesgo asociados a la alimentación y la inactividad física representan la mayor carga de enfermedad en este estudio: un 10% de AVADs a nivel mundial. En concreto para Europa occidental, la inactividad física y la actividad física escasa ocupan el quinto lugar en el ranking de factores de riesgo con carga de enfermedad atribuible, con aproximadamente un 4,5% de AVADs<sup>17</sup>.

A pesar de los beneficios demostrados y la recomendación de realizar actividad física en la población, es todavía muy bajo el porcentaje de población que sigue estos consejos.

No existe un consenso internacional sobre cómo medir la actividad física en la consulta de Atención Primaria. Para realizar una primera medición sencilla sobre el nivel de actividad física del paciente en la consulta, se propone realizarlo mediante una pregunta sencilla que permite discernir entre aquellos individuos que cumplen las recomendaciones mínimas de actividad aeróbica o aquellos que no<sup>8</sup>:

«¿Realiza al menos 30 minutos al día de actividad física moderada (por ejemplo, caminar a paso ligero) 5 o más días a la semana?»

El autoinforme del paciente se puede completar con la utilización de algún instrumento estandarizado. Para utilizar en AP se recomienda la versión corta del Cuestionario Internacional de Actividad Física de los últimos 7 días (IPAQ)<sup>18</sup> (Anexo 4).

Las recomendaciones de actividad física para población adulta a nivel internacional se componen de 5 elementos clave<sup>8</sup>:

##### 1. Actividad aeróbica:

- Un mínimo de 150 minutos a la semana de actividad física moderada, o
- un mínimo de 75 minutos a la semana de actividad vigorosa, o
- una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.
- La actividad física se realizará en bloques de una duración mínima de 10 minutos.
- Para obtener mayores beneficios, se puede aumentar hasta 300 minutos de moderada o 150 minutos de vigorosa a la semana, o una combinación equivalente de ambas

2. Ejercicios de fortalecimiento muscular, de los grandes grupos musculares, al menos dos días a la semana.
3. Con el fin de mantener la amplitud de movilidad articular, se recomienda realizar series de ejercicios de flexibilidad dos veces a la semana.
4. Las personas de mayor edad con dificultades de movilidad deben realizar actividades físicas para mejorar su equilibrio y evitar las caídas al menos tres días a la semana. Cuando las personas no puedan realizar la actividad física recomendada debido a su estado de salud, deben mantenerse activas hasta donde les sea posible y les permita su salud.
5. Reducir los periodos sedentarios prolongados:
  - Reducir el tiempo frente a la televisión u otras pantallas (móviles, ordenadores, tabletas, etc.).
  - Cambiar una parte del recorrido que se realiza en coche, en autobús o en metro por caminar o ir en bici, siempre que se pueda.
  - Evitar estar postura sentada durante tiempo prolongado (por ejemplo, en el trabajo, viendo la televisión, leyendo, jugando a las cartas, etc.); se recomienda realizar descansos regulares cada una o dos horas, haciendo sesiones cortas de estiramientos o dando un breve paseo.

En la tabla 5 se presentan las recomendaciones PAPPs sobre actividad física<sup>5</sup>.

**Tabla 5. Recomendaciones PAPPs sobre actividad física**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se recomienda aprovechar cualquier motivo de consulta para preguntar al paciente sobre sus hábitos en actividad física.</li> <li>• Se recomienda perseverar en los hábitos de actividad física de la población adolescente, especialmente en el género femenino.</li> <li>• Se recomienda educar al paciente sobre los beneficios de realizar actividad física de forma continuada y todos los perjuicios que conlleva no hacerla.</li> <li>• Se recomienda que desde Atención Primaria se intervenga para potenciar la actividad física/ejercicio físico por parte de toda la población. Cada persona ajustada por tramo de edad, condiciones física y patologías.</li> </ul>
---

Fuente: PAPPs. Recomendaciones sobre estilos de vida. Actualización 2020

## 5.2. Evidencias acerca de las intervenciones de enfermería sobre los estilos de vida

### 5.2.1. Resultados de las intervenciones

Se ha realizado una revisión para encontrar evidencias acerca de las intervenciones de enfermería sobre los estilos de vida. Se ha encontrado mucha bibliografía publicada en lengua inglesa y muy poca en español.

En la búsqueda realizada se han encontrado trabajos que han evaluado, fundamentalmente, el impacto de las intervenciones de enfermería en el riesgo cardiovascular y en las conductas relacionados con el mismo.

Respecto a la reducción del riesgo cardiovascular, varios estudios han demostrado la efectividad de las intervenciones de enfermería.

Se recuperó un primer metaanálisis que incluyó cinco ECAs, con un tamaño muestral que varió entre 48 a 330 pacientes totales por estudio, que demostró que la atención cardiovascular prestada por enfermeras especialistas (Nurse Practitioners) reducía significativamente el riesgo cardiovascular, con respecto a los cuidados usuales<sup>19</sup>.

Un programa estructurado de estilo de vida llevado a cabo en Suecia que comprendía cinco citas (al inicio y después de 3, 6, 9 y 12 meses) con una enfermera del distrito con competencias de posgrado en atención de la diabetes y el síndrome metabólico, contribuyó a mejoras significativas de los factores de riesgo cardiovascular y a la reducción del riesgo de ECV a 10 años para hombres y mujeres con alto riesgo cardiovascular. Se trató de un estudio con un único grupo, sin grupo control<sup>20</sup>.

El MODERN, un ensayo controlado aleatorio multicéntrico, abierto, de grupos paralelos que evaluó el efecto de la modificación de la salud y el estilo de vida facilitada por enfermeras (grupo de intervención) frente a la atención estándar (grupo de control) obtuvo una disminución significativa del riesgo cv en residentes regionales en riesgo de edades comprendidas entre 40 y 70 años<sup>21</sup>.

Un estudio que evaluó el impacto del estudio EUROACTION (estudio multidisciplinar coordinado por enfermería) que incluyó 628 pacientes con enfermedad coronaria y 711 personas con alto riesgo cardiovascular, encontró que las intervenciones sobre los estilos de vida conseguían reducir el riesgo y la mortalidad por enfermedad coronaria<sup>22</sup>.

Las intervenciones de enfermería en tabaquismo son, probablemente las que más evidencia han generado. Existe hasta una revisión Cochrane<sup>23</sup>, actualizada en el año 2017, que concluyó que existe evidencia de calidad moderada de que el apoyo conductual para motivar y mantener el abandono del tabaco proporcionado por las enfermeras puede dar lugar a un modesto aumento del número de personas que logran una abstinencia prolongada.

En España, aunque algún estudio llevado a cabo en el ámbito de la Atención Primaria concluyó que el consejo intensivo de enfermería no mejora la efectividad del consejo médico breve<sup>24</sup>, en general la mayoría de los estudios muestran que las intervenciones de enfermería son

efectivas. Una investigación pionera (llevada a cabo en el año 1990) encontró que la intervención de los profesionales de enfermería en atención primaria es útil en ayudar a los pacientes fumadores a dejar de fumar, mostrándose, en su trabajo, superior al consejo médico, con o sin chicles de nicotina<sup>25</sup>

Algunos trabajos también han demostrado la efectividad de los programas más intensivos. En Asturias, un primer estudio llevado a cabo en el Área Sanitaria de Mieres, la aplicación por parte de enfermeras de un programa multicomponente de base cognitivo conductual obtuvo unas tasas de abstinencia continuada al año de seguimiento del 37,9%, frente al 17,2% y 9,7% de un programa de autoayuda con seguimiento telefónico (también administrado por enfermeras) y del consejo médico, respectivamente<sup>26</sup>. Además, los tres programas se mostraron altamente eficientes, en un análisis de coste utilidad (el coste efectividad ajustado por calidad de vida) realizado posteriormente<sup>27</sup>.

El mismo programa multicomponente, aplicado en los centros de salud de Gijón obtuvo unas tasas de abstinencia continuada a los doce meses de seguimiento del 41%, datos similares a los del estudio anterior<sup>28</sup>.

Las intervenciones breves de enfermería sobre el consumo de riesgo y consumo perjudicial de alcohol también han sido objeto de evaluación en algunos artículos.

En un estudio llevado a cabo en San Paulo (Brasil) se encontró que una intervención grupal breve realizada por la enfermera en el contexto de la atención primaria de salud fue efectiva para reducir el consumo de alcohol en individuos con patrones de uso peligroso o nocivo, consiguiendo una reducción estadísticamente significativa ( $p < 0.01$ ) de aproximadamente 10 puntos en la puntuación del AUDIT 10 en el grupo de intervención frente a un grupo de control que recibió un folleto informativo<sup>29</sup>

En una muestra aleatoria de 681 hombres y mujeres entre 18 y 65 años durante un año, se seleccionaron 78 bebedores de riesgo a los que se les brindaba un breve consejo con el fin de reducir la ingesta de alcohol apoyado con información escrita, y se mantenía un seguimiento el segundo mes y otro al año, en los que se determinaba el consumo de alcohol y se realizaba un control analítico. Se comprobó un descenso importante en el consumo a los 2 y 12 meses, y también se redujo el número de bebedores de riesgo, ya que a los 2 meses fue del 57,6% y a los 12 meses del 42,4%. Por lo tanto demuestra la alta certeza del consejo breve y también una buena aceptación a participar en el estudio<sup>30</sup>.

No se encontró ningún artículo que presentase los resultados de una intervención enfermera en España.

Respecto al ejercicio físico, la mayoría de los trabajos se han centrado en poblaciones específicas, con resultados, en general, favorables.

Por ejemplo, una intervención enfermera obtuvo un incremento a corto plazo de la actividad física en un grupo de 100 mujeres posmenopáusicas, aunque se precisan estudios a largo plazo para comprobar el mantenimiento del efecto<sup>31</sup>.

Un trabajo evaluó la evolución del peso, gestacional y posparto, en mujeres embarazadas que realizan un programa de ejercicio físico moderado en el medio acuático, aplicando el Study of Water Exercise Pregnancy (SWEP), en un grupo de 129 mujeres, se encontró que la ganancia

ponderal durante la gestación presentaba diferencias significativas entre grupo de intervención y el grupo control, concluyendo que el ejercicio físico de carácter moderado en el medio acuático, esto es, la metodología SWEF, ayuda a controlar la ganancia de peso de la gestante durante ese periodo, además de favorecer la recuperación del peso pregestacional. Y no provoca efectos negativos en el peso del recién nacido ni interfiere en la duración del embarazo<sup>32</sup>.

El mismo grupo de investigadores del departamento de Enfermería de la Universidad de Granada llevó a cabo una revisión sistemática con el objetivo de identificar la efectividad de la actividad física para reducir el sobrepeso y la obesidad de niños y adolescentes, concluyendo que el programa de actividad física más efectivo es el que combina ejercicios aeróbicos y anaeróbicos. Existe consenso en acumular más de 180 minutos a la semana dedicados a estos fines, con 3 sesiones de 60 minutos cada una de ejercicio físico a la semana de una intensidad moderada, podrían ser suficientes para ejecutar un programa de ejercicio físico para esas personas con sobrepeso y obesidad. Coinciden los autores en que, cuando se combina una dieta controlada por una adecuada distribución de las comidas y con la práctica de actividad física, se potencian mutuamente, con lo que se obtienen los mejores resultados. Los programas de reducción de peso que tengan en cuenta la participación familiar son más eficaces que la propia educación alimentaria y otras intervenciones de rutina que no consideren esa participación familiar. El rol de los padres y de las personas que rodean al niño y al adolescente es fundamental para reforzar las conductas positivas hacia el cambio de estilo de vida<sup>33</sup>.

### 5.3. 2. Obstáculos para el desarrollo de las actividades preventivas

Se ha informado de una serie de obstáculos y factores que pueden determinar la efectividad de las intervenciones de enfermería.

La formación y la falta de tiempo son elementos recurrentes. En cuanto a la formación, los resultados encontrados son contradictorios. Si bien parece que el entrenamiento de las enfermeras mejora los resultados de las intervenciones frente al tabaquismo<sup>34</sup>, un estudio que evaluó el efecto de la formación de 205 enfermeras, responsables de cuidados domiciliarios en los Países Bajos, encontró que el programa de formación apenas tuvo efecto sobre las actividades preventivas realizadas por los trabajadores de la salud a domicilio y sobre el comportamiento relacionado con la salud de los adultos mayores. Se concluyó que ofrecer promoción de la salud a través de trabajadores de atención médica domiciliaria puede ser prometedor, pero su ejecución debería mejorarse<sup>35</sup>.

Un trabajo llevado a cabo en nuestro país, una síntesis interpretativa crítica entre diciembre de 2018 y mayo de 2019, para proporcionar una descripción del estado de la práctica de la promoción y prevención, propuso la a confusión de roles y la falta de comprensión de las enfermeras sobre la promoción y la comprensión como obstáculo para el desarrollo de la capacidad de las enfermeras para la promoción y prevención de la salud, llegando a la conclusión. Esto puede explicarse por la falta de comprensión de las enfermeras sobre la promoción y prevención de la salud y la voluntad política, las fallas metodológicas de

la investigación, el predominio de una perspectiva biomédica dentro de las organizaciones y la falta de priorización organizacional para la promoción y prevención de la salud<sup>36</sup>.

En un estudio que examinó los factores que influyen en las prácticas de prevención de la obesidad infantil, un grupo de enfermeras pediátricas en Australia identificaron barreras clave para promover un peso saludable en bebés y niños; éstas se centraban en el comportamiento y las actitudes de los padres, incluidos los padres que no reconocen el estado de sobrepeso del niño, que no están motivados para cambiar el estilo de vida o la dieta, o que no se preocupan por el sobrepeso del niño si lo tienen, ellos mismos con sobrepeso. Las participantes también pusieron diéron unas respuestas que indican que las enfermeras están trabajando, a veces, con un tiempo de consulta limitado y recursos de promoción de la salud para apoyar a las familias de niños pequeños y construir relaciones sólidas. En cambio, aquí sí que se evidenció que a través de su educación especializada tienen un conocimiento profundo de la alimentación y el crecimiento infantil, lo que les permite ofrecer asesoramiento y apoyo en la mayoría de las visitas<sup>37</sup>.

Un importante factor para motivar es que los propios profesionales se adhieran a los estilos de vida. Una investigación llevada a cabo con estudiantes de enfermería y de ciencias sociales obtuvo como resultado que los estudiantes de enfermería comparten los patrones de sus compañeros no enfermeros en los factores de riesgo conductuales que comprometen su salud futura y su función promotora de la salud<sup>38</sup>.

La calidad metodológica de la investigación es una limitación importante para la generación de evidencia, como recientemente ha puesto de manifiesto el metaanálisis de Smigorowsky, antes mencionado<sup>19</sup>. En España, una revisión de la evidencia del año 2012, que analiza la evidencia disponible acerca de la efectividad de las intervenciones sobre los estilos de vida en el ámbito de la Atención Primaria de Salud<sup>42</sup>. Fueron analizados 31 artículos que describían 28 estudios cuyos resultados respecto al grupo control mostraron: 1) no existen diferencias cuando la intervención es realizada por la enfermera de APS en comparación con otros profesionales sanitarios también de APS (n = 2); 2) el consejo impartido por la enfermera de APS fue más efectivo que el cribado de salud (n = 10); 3) el consejo basado en las teorías del cambio conductual fue más efectivo que el no conductual cuando al menos se realizaron 3 sesiones (n= 3). Concluye el artículo que las pruebas científicas apoyan la efectividad de las intervenciones en los estilos de vida realizadas por las enfermeras en APS ya que producen cambios positivos en los resultados asociados con la prevención de las enfermedades crónicas entre los que se incluyen: el peso, la presión arterial, el colesterol, las conductas alimentarias y de actividad física, la satisfacción del paciente, la preparación para el cambio y la calidad de vida. La fuerza de las recomendaciones es limitada debido al pequeño número de estudios dentro de cada grupo de comparación y el elevado riesgo de sesgo en la mayoría de los estudios (García-Medina A. Efectividad de las intervenciones enfermeras en los estilos de vida en la prevención de enfermedades crónicas en el ámbito de la Atención Primaria de Salud.

## 6. DISCUSIÓN

Este trabajo tenía como objetivo conocer las intervenciones de enfermería sobre los estilos de vida. Para ello, se dividió el trabajo en dos partes: una primera, en la que se revisaron algunos modelos teóricos que se han propuesto para implantar estas intervenciones, así como las recomendaciones que se dan (especialmente, la actualización de las recomendaciones PAPPS) para desarrollar las actividades preventivas en el ámbito de la atención primaria. En la segunda parte se realizó una revisión de las evidencias disponibles sobre las intervenciones de enfermería sobre algunas conductas que conforman el estilo de vida de la persona (tabaco, alcohol y ejercicio).

La comprensión de los mecanismos que gobiernan estas conductas, de los modelos y estrategias en los que basar las intervenciones y el conocimiento de las técnicas y programas eficaces, son elementos clave para poder modificar los comportamientos de riesgo y disminuir la morbilidad y mortalidad asociadas a los mismos. Y, por tanto, deben orientar las intervenciones de enfermería.

El documento básico empleado en este trabajo ha sido la actualización de las recomendaciones PAPPS<sup>5</sup> del año 2020. En España el PAPPS continúa siendo la principal referencia para la puesta en marcha y evaluación de este tipo de actividades. El rigor científico queda garantizado, no solo por su experiencia y trayectoria, sino también por basar muchas de sus recomendaciones en las generadas por la USPSTF, y servir de base, además, para las recomendaciones que el grupo EUROPREV realiza para Europa.

Se mantiene la recomendación de utilizar las técnicas cognitivo conductuales para el cambio de conducta y de basar los programas en el modelo de los estadios de cambio y en la estrategia de las cinco “a”. Las evidencias acerca de las limitaciones del modelo de los estadios de cambio cuando se trata de modificar conductas complejas, como la alimentación, quizás debería replantear esta recomendación y aplicar este modelo solamente para la evaluación del estado motivacional de los fumadores y adictos a otras sustancias. Es en este campo donde los estadios de han mostrado más su utilidad<sup>40</sup>.

Aunque el consejo y la educación sanitaria siguen siendo las herramientas principales para propiciar el cambio de conducta en atención primaria<sup>8</sup>, deberían integrarse en estas actividades las técnicas de modificación de conducta que han demostrado ser efectivas en otras disciplinas, de la misma manera que en su momento se integró la entrevista motivacional en este nivel asistencial.

En general, las recomendaciones para las actividades preventivas sobre los estilos de vida en atención primaria coinciden en basarse en dos intervenciones básicas: la detección y valoración de la conducta de riesgo y la actuación mediante una intervención breve, conductual o farmacológica. En este sentido, es importante disponer de sistemas que aseguren que cada paciente sea evaluado en cada visita, tal y como recomendaba la guía *Treating Tobacco Use and Dependence*<sup>41</sup>, primera referencia a la estrategia de las cinco “a” conocida. La historia clínica automatizado, con sus sistemas de alerta y una actitud proactiva de los profesionales, deben facilitar esa labor.

Respecto a la revisión de los resultados, se puede concluir que existe cierta evidencia de la efectividad de las intervenciones de enfermería sobre los estilos de vida. Especialmente significativos son los estudios que han presentado resultados de disminución del riesgo cardiovascular<sup>20-22</sup>, un resultado de salud importante y un objetivo de estas intervenciones. Esa es una dirección que debería seguir la investigación enfermera: medir los resultados en salud de sus cuidados, sin olvidar el impacto en la calidad de vida y satisfacción de la persona.

Se han encontrado una serie de obstáculos y limitaciones. La primera de éstas últimas, la escasa producción investigadora española encontrada. Es algo llamativo, dado el importante desarrollo de la atención primaria en España, con una estructura donde la enfermera tiene claras competencias en prevención y promoción. Uno de los hallazgos más interesantes ha sido el trabajo sobre la confusión de roles y la falta de comprensión de la promoción y prevención por parte de las enfermeras<sup>36</sup>. Abordar esto es imperioso para relanzar el papel de la enfermera en la promoción de estilos de vida saludables y la eliminación de conductas de riesgo.

A esto se une la baja calidad de los estudios puesta de manifiesta en varios trabajos, tanto españoles como extranjeros<sup>19,42</sup>. Es extremadamente importante que se realicen investigaciones de alta calidad para identificar los resultados clínicos que aporten evidencias y apoyen las actuaciones de los profesionales.

La formación en competencias para el cambio de conducta y la práctica avanzada o especializada pueden ser una vía para potenciar este papel. Y, tal y como recoge el artículo de aumentar la producción investigadora y la calidad de la misma para incrementar la fuerza de las recomendaciones para las intervenciones de enfermería.

## 7. CONCLUSIONES

- Distintos estudios demuestran que determinados cambios en el estilo de vida son eficaces para mejorar la salud de las personas y disminuir la carga de enfermedad<sup>5</sup>. Las intervenciones sobre los estilos de vida constituyen el núcleo de las actividades de promoción de la salud y de prevención primaria que se llevan a cabo dentro del ámbito de la Atención Primaria.
- Las distintas guías coinciden en recomendar basar estas intervenciones en el modelo de los estadios de cambio de Prochaska y Di Clemente, utilizar la estrategia de las 5 “A” e implementar técnicas cognitivas conductuales para intervenir sobre el cambio de conducta.
- En el ámbito de la AP, la estrategia de prevención primaria usualmente utilizada es la captación oportunista o *case finding*, aprovechando cualquier motivo de consulta; mientras que las herramientas utilizadas más frecuentemente son el consejo breve y la educación individual y grupal.
- En general, las recomendaciones que se realizan para los estilos de vida siguen una misma estructura: se basan en la detección de los factores de riesgo y el consejo personalizado. Difieren en la periodicidad recomendada para las actividades y el tipo de intervención, que puede ser breve y/o conductual y/o farmacológica.
- Las intervenciones de enfermería, especialmente de las enfermeras especialistas, sobre los estilos de vida han demostrado disminuir el riesgo cardiovascular y la mortalidad coronaria, especialmente.
- Existe evidencia de la efectividad del consejo breve y de los programas conductuales intensivos aplicados por enfermeras para el tratamiento de los fumadores. Igualmente, la intervención breve de enfermería reduce el consumo de alcohol entre los bebedores de riesgo. El consejo de ejercicio físico por parte de la enfermera tiene efectos positivos, tanto en población general, como en grupos específicos de población (gestantes, mujeres climatéricas, etc.).
- Existen una serie de limitaciones y barreras para las intervenciones enfermeras sobre los estilos de vida: la formación, la falta de tiempo, la confusión de roles, la actitud de los padres o la baja calidad metodológica de los estudios, son algunas de las limitaciones informadas.
- En España, además, existe una escasa producción investigadora sobre el tema. Es preciso impulsar la investigación y la calidad metodológica de los trabajos para generar evidencia y apoyar las decisiones de los clínicos.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Glanz, K. y Bishop, D. The role of behavior al science theory in development and implementation of publiche al the interventions. Annu. Rev. Public Health. 2010; 31: 399-418.
2. Lalonde M. A new perspective on the health of canadians. Canadá: Office of the Canadian Minister of Health and Welfare; 1974.
3. Organización Mundial de la Salud (1998). Glosario de Promoción de Salud, WHO/HPR/HEP/98.1, 1998.
4. Amigo I. Aspectos teóricos y estrategias de intervención para la modificación de las conductas de salud. En: Amigo I. Manual de psicología de la salud (1ª edic.).Madrid: Pirámide; 2012. P31-44.
5. Córdoba R et al. Grupo de Expertos del PAPPs. Recomendaciones sobre estilos de vida. Ate. Prim. 2020; 52 (S2):32-43.
6. Grandes G, Sanchez A, Cortada JM, Calderon C, Balague L, Millan E et al. Estrategias útiles para la promoción de estilos de vida saludable en Atención Primaria de salud. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2008. Informe nº Osteba D-08-07.
7. Ministerio de Sanidad. Cartera de Servicios Comunes de Atención Primaria. Disponible en:<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicio/s/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/home.htm>.
8. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. MSSSI. 2015. Disponible en:  
[https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/doc/s/Consejo\\_Integral\\_EstiloVida\\_en\\_AtencionPrimaria.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/doc/s/Consejo_Integral_EstiloVida_en_AtencionPrimaria.pdf).
9. Ministerio de Sanidad y Política Social. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado (BOE) Núm. 157, 29 de junio de 2010. Disponible en:  
[https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/63963a24-0c08-4c3c-b780-014ce997ce64/C6CBD15A-19BE-4E7C-B3C3-378E8BC8E695/81a9836e-c7d5-4160-a548-0e6ded8a5ce1/boe\\_a\\_2010\\_10243.pdf](https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/63963a24-0c08-4c3c-b780-014ce997ce64/C6CBD15A-19BE-4E7C-B3C3-378E8BC8E695/81a9836e-c7d5-4160-a548-0e6ded8a5ce1/boe_a_2010_10243.pdf).
10. Monreal A, García MT, Forés MD. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Conceptos esenciales. En Martín-Zurro A, Jodar G. Atención familiar y salud comunitaria. Conceptos y materiales para docentes y estudiantes. Barcelona: Elsevier; 2011, p53-67.
11. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Data base Syst Rev. 2013 May 31;2013(5):CD000165. doi: 10.1002/14651858.CD000165.pub4. PMID: 23728631; PMCID: PMC7064045.
12. Plan Nacional Sobre Drogas. Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES) 2017-2018. MSCBS, 2019. Disponible en:  
[http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas\\_EDADES.htm](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm).

13. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España. 2000-2014. Información y Estadística Sanitaria 2017. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
14. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para reducir el uso nocivo de alcohol. [monografía de Internet]. Ginebra; 2010. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44486/9789243599939\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44486/9789243599939_spa.pdf?sequence=1)
15. Arbesú JA, Armenteros del Olmo L, Casquero R, Gonçalves F, Guardia Serecigni J, López Santiago A, Pascual Pastor F, et al. Soci drog alcohol. Manual de consenso sobre alcohol en Atención Primaria [monografía en Internet]. 2016. Disponible en: <https://socidrogalcohol.org/proyecto/estudio-sociologico-cualitativo-sobre-el-consumo-de-alcohol-y-cannabis-entre-adolescentes-y-jovenes/>.
16. Ramón Estruch, Emilio Ros, Jordi Salas-Salvadó *et al.* Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. *N Engl J Med* 2013; 368:1279-90.
17. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2224–60. Disponible en: <http://viz.healthmetricsandevaluation.org/gbd-compare/>.
18. Crespo-Salgado JJ, Delgado-Martín JL, Blanco-Iglesias O, Aldecoa-Landesá S. Guía básica de detección del sedentarismo y recomendaciones de actividad física en atención primaria [Basic guide lines for detecting sedentarism and recommendations for physical activity in primary care]. *Aten. Prim.* 2015 Mar;47(3):175-83. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2014.09.004.
19. Smigorowsky MJ, Sebastianski M, Sean McMurtry M, Tsuyuki RT, Norris CM. Outcomes of nurse practitioner-led care in patient with cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs.* 2020 Jan;76(1):81-95. doi: 10.1111/jan.14229. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6973236/pdf/JAN-76-81.pdf>
20. Lönnberg L, Ekblom-Bak E, Damberg M. Reduced 10-year risk of developing cardiovascular disease after participating in a lifestyle programme in primary care. *Ups J MedSci.* 2020 Aug;125(3):250-256. doi: 10.1080/03009734.2020.1726533.
21. Carrington MJ, Zimmet P. Nurse health and lifestyle modification versus standard care in 40 to 70 year old regional adults: study protocol of the Management to Optimise Diabetes and metabolic síndrome Risk reduction via Nurse-led intervention (MODERN) randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res.* 2017 Dec 6;17(1):813. doi: 10.1186/s12913-017-2769-z.
22. Pająk A, Wolfshaut-Wolak R, Doryńska A, Jankowski P, Fornal M, Grodzicki T, Jennings C, Kawecka-Jaszcz K, Kotseva K, Pająk K, Wood D. Longitudinal effects of a nurse-managed comprehensive cardiovascular disease prevention program for hospitalized coronary heart disease patients and primary care high-risk patients. *Kardiol Pol.* 2020 May 25;78(5):429-437. doi: 10.33963/KP.15273.

23. Rice V, Heath L, Livingstone-Banks J, Hartmann-Boyce J. Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 12. Art. No.: CD001188. DOI: 10.1002/14651858.CD001188.pub5.
24. Sanz-Pozo B, De Miguel-Díez J, Anegón-Blanco M, et al. Efectividad de un programa de consejo antitabaco intensivo realizado por profesionales de enfermería. *Aten.Prim.*2006; 37:266-72.
25. Nebot M, Cabezas C, Oller M, Moreno F, Rodrigo J, Sardà T, Mestres J, Pitarch M. Consejo médico, consejo de enfermería y chicle de nicotina para dejar de fumar en atención primaria [Medical counseling, nursing counseling, and nicotine chewing gum for smoking cessation in primary care]. *MedClin (Barc)*. 1990 June 9;95(2):57-61.
26. Secades-Villa R, Alonso-Pérez F, García-Rodríguez O, Fernández-Hermida JR. Effectiveness of three intensities of smoking cessation treatment in primary care. *Psychol Rep*. 2009 Dec;105(3 Pt 1):747-58. doi: 10.2466/PRO.105.3.747-758.
27. Alonso-Pérez, F., Secades-Villa, R. y Duarte Climent, G. ¿Son eficientes los tratamientos psicológicos para dejar de fumar? *Trastornos Adictivos*. 2007; 9:21-30.
28. Alonso-Pérez F, Alonso-Cardenoso C, García-González JV, Fraile-Cobos JM, Lobo-Llorente N, Secades-Villa R. Efectividad de un programa multicomponente para dejar de fumar aplicado en atención primaria [Effectiveness of a multicomponent smoking cessation intervention in primary care]. *Gac Sanit*. 2014 May-Jun;28(3):222-4. Spanish. doi: 10.1016/j.gaceta.2013.11.002. Epub 2013 Dec 31. PMID: 24388486.
29. Soares J, Vargas D. Effectiveness of brief group intervention in the harmful alcohol use in primary health care. *Rev Saude Publica*. 2018 Dec 20; 53:04. doi: 10.11606/S1518-8787.2019053000498. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6394379/pdf/1518-8787-rsp-53-04.pdf>.
30. Wachtel T y Staniford M. The effectiveness of brief interventions in the clinical setting in reducing alcohol misuse and binge drinking in adolescents: a critical review of the literatura. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 605–620. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03060.x.
31. Alonso-Domínguez R, Sánchez-Aguadero N, Llamas-Ramos I, Lugones-Sánchez C, González-Sánchez S, Gómez-Marcos MA, García-Ortiz L; Ewomen Investigators. Effect of an intensive intervention on the increase of physical activity and the decrease of sedentary lifestyle in inactive postmenopausal. *J AdvNurs*. 2021 Apr;77(4):2064-2072. doi: 10.1111/jan.
32. Sánchez-García JC, Aguilar-Cordero MJ, Menor-Rodríguez MJ, Paucar Sánchez AM, Rodríguez-Blanco R. Influencia del ejercicio físico en la evolución del peso gestacional y posparto. Ensayo clínico aleatorizado. *Nutr. Hosp*, 2019;36(4):931-938 DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.02456>.
33. Aguilar Cordero MJ, Ortegón Piñero A, Baena García L, Noack Segovia JP, Levet Hernández MC, Sánchez López AM. Efecto rebote de los programas de intervención para reducir el sobrepeso y la obesidad de niños y adolescentes; revisión sistemática [rebound effect of intervention programs to reduce overweight and obesity in children and adolescents; systematic review]. *NutrHosp*. 2015 Dec 1;32(6):2508-17. Spanish. doi: 10.3305/nh.2015.32.6.10071.)

34. Carson KV, Verbiest MEA, Crone MR, et al. Training health professionals in smoking cessation (Review). *Cochrane Data base Syst Rev.* 2012:CD000214.
35. Walters ME, Reijneveld SA, van der Meulen A, Dijkstra A, de Winter AF. Effects of a training program for home health care workers on the provision of preventive activities and on the health-related behavior of their clients: A quasi-experimental study. *Int J NursStud.* 2017 Sep; 74:61-66. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.05.012.
36. Iriarte-Roteta A, Lopez-Dicastillo O, Mujika A, Ruiz-Zaldibar C, Hernantes N, Bermejo-Martins E, Pumar-Méndez MJ. Nurses' role in health promotion and prevention: A critical interpretive synthesis. *J ClinNurs.* 2020 Nov;29(21-22):3937-3949. doi: 10.1111/jocn.15441.
37. Cheng H, Eames-Brown R, Tutt A, Laws R, Blight V, McKenzie A, Rossiter C, Campbell K, Sim K, Fowler C, Seabury R, Denney-Wilson E. Promoting healthy weight for all Young children: a mixed methods study of child and family health nurses' perceptions of barriers and how to overcome them. *BMC Nurs.* 2020 Sep14; 19:84. doi: 10.1186/s12912-020-00477-z
38. Kritsotakis G, Georgiou ED, Karakonstandakis G, Kaparounakis N, Pitsouni V, Sarafis P. A longitudinal study of multiple lifestyle health risk behaviour among nursing students and non-nursing peers. *Int J NursPract.* 2020 Dec;26(6): e12852. doi: 10.1111/ijn.12852.
39. Effectiveness of nurse-delivered lifestyle interventions in primary health care in the prevention of chronic diseases]. *Enferm Clin.* 2013 Jan-Feb;23(1):38-9. Spanish. doi: 10.1016/j.enfcli.2012.10.003
40. Cahill K, Lancaster T, Green N. Stage-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Data base Syst Rev.* 2010 Nov 10;(11):CD004492. doi: 10.1002/14651858.CD004492.pub4.
41. Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. *Am J PrevMed.* 2008 Aug;35(2):158-76. doi: 10.1016/j.amepre.2008.04.009. PMID: 18617085.
42. Efectividad de las intervenciones enfermeras en los estilos de vida en la prevención de enfermedades crónicas en el ámbito de la Atención Primaria de Salud]. *Enferm Clin.* 2013 Jan-Feb;23(1):38-9. doi: 10.1016/j.enfcli.2012.10.003.

## ANEXOS

### Anexo 1. Test Audit-C

AUDIT-C		
<b>¿Con que frecuencia consume una bebida alcohólica?</b>		
Nunca	0	
Una o menos veces al mes	1	
Dos o cuatro veces al mes	2	
Dos o tres veces a la semana	3	
Cuatro o más veces a la semana	4	
<b>¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?</b>		
Una o dos	0	
Tres o cuatro	1	
Cinco o seis	2	
Siete a nueve	3	
Diez o más	4	
<b>¿Con que frecuencia toma seis o más bebidas alcohólicas en un solo día?</b>		
Nunca	0	
Menos de una vez al mes	1	
Mensualmente	2	
Semanalmente	3	
A diario o casi a diario	4	
<b>PUNTUACIÓN MÁXIMA</b>	<b>12</b>	
<b>PUNTO DE CORTE (BEBEDOR DE RIESGO)</b>	<b>4</b>	

## Anexo 2. Test Audit 10

### Test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Proyecto de la OMS que ha sido validado en España, para detectar tanto consumos de riesgo como dependencia alcohólica; identifica los trastornos debidos al consumo no responsable de alcohol.

1.	¿Con qué frecuencia consumes bebidas alcohólicas?	Nunca (0) Una o menos veces al mes (1) 2 a 4 veces al mes (2) 2 o 3 veces a la semana (3) 4 o más veces a la semana (4)
2.	¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes normalmente cuando bebes?	1 o 2 (0) 3 o 4 (1) 5 o 6 (2) 7 a 9 (3) 10 o más (4)
3.	¿Con qué frecuencia te tomas 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	1 o 2 (0) 3 o 4 (1) 5 o 6 (2) 7 a 9 (3) 10 o más (4)
4.	¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has sido incapaz de parar de beber una vez que habías empezado?	Nunca (0) Menos de una vez al mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) A diario o casi a diario (4)
5.	¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudiste atender tus obligaciones porque habías bebido?	Nunca (0) Menos de una vez al mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) A diario o casi a diario (4)
6.	¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has necesitado beber en ayunas para recuperarte después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca (0) Menos de una vez al mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) A diario o casi a diario (4)
7.	¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca (0) Menos de una vez al mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) A diario o casi a diario (4)
8.	¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?	Nunca (0) Menos de una vez al mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) A diario o casi a diario (4)
9.	Tú o alguna otra persona, ¿habéis resultado heridos porque habías bebido?	Nunca (0) Menos de una vez al mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) A diario o casi a diario (4)
10.	¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por tu consumo de alcohol, o te han sugerido que dejes de beber?	No (0) Sí, pero no en el curso del último año (2) Sí, en el último año (4)

### Anexo 3. Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea

Nº	Pregunta	Modo de valoración	Puntos
1	¿Usa usted el aceite de oliva principalmente para cocinar?	Si =1 punto	<input type="text"/>
2	¿Cuánto aceite de oliva consume en total al día (incluyendo el usado para freír, el de las comidas fuera de casa, las ensaladas, etc.)?	Dos o más cucharadas =1 punto	<input type="text"/>
3	¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día (las guarniciones acompañamientos contabilizan como ½ ración)?	Dos o más al día (al menos una de ellas en ensaladas o crudas)= 1 punto	<input type="text"/>
4	¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día?	Tres o más al día= 1 punto	<input type="text"/>
5	¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día (una ración equivale a 100-150 gr.)?	Menos de una al día= 1 punto	<input type="text"/>
6	¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día porción individual equivale a 12 gr)?	Menos de una al día= 1 punto	<input type="text"/>
7	¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día?	Menos de una al día= 1 punto	<input type="text"/>
8	¿Bebe vino? ¿Cuánto consume a la semana?	Tres o más vasos por semana= 1 punto	<input type="text"/>
9	¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana (una ración o plato equivale a 150 gr)?	Tres o más por semana= 1 punto	<input type="text"/>
10	¿Cuántas raciones de pescado o mariscos consume a la semana (un plato, pieza o ración equivale a 100-150 gr de pescado ó 4-5 piezas de marisco)?	Tres o más por semana= 1 punto	<input type="text"/>
11	¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulces o pasteles a la semana?	Menos de tres por semana= 1 punto	<input type="text"/>
12	¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana (una ración equivale a 30 gr)?	Una o más por semana= 1 punto	<input type="text"/>
13	¿Consume preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas (carne de pollo: una pieza o ración equivale a 100- 150 gr)?	Si= 1 punto	<input type="text"/>
14	¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, el arroz u otros platos aderezados con una salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)?	Dos o más por semana= 1 punto	<input type="text"/>
Resultado final, puntuación total			<input type="text"/>

PUNTUACIÓN TOTAL:  
 < 9 baja adherencia  
 >= 9 buena adherencia

## Anexo 4. Cuestionario IPAQ Actividad Física

### CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDAD FÍSICA (IPAQ)

Nos interesa conocer el tipo de actividad física que usted realiza en su vida cotidiana. Las preguntas se referirán al tiempo que destinó a estar activo/a en los últimos 7 días. Le informamos que este cuestionario es totalmente anónimo.

Muchas gracias por su colaboración

<b>1.- Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos realizo actividades físicas intensas tales como levantar pesos pesados, cavar, ejercicios hacer aeróbicos o andar rápido en bicicleta?</b>	
Días por semana (indique el número)	<input type="text"/>
Ninguna actividad física intensa (pase a la pregunta 3)	<input type="checkbox"/>
<b>2.- Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días?</b>	
Indique cuántas horas por día	<input type="text"/>
Indique cuántos minutos por día	<input type="text"/>
No sabe/no está seguro	<input type="checkbox"/>
<b>3- Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días hizo actividades físicas moderadas tales como transportar pesos livianos, o andar en bicicleta a velocidad regular? No incluya caminar</b>	
Días por semana (indicar el número)	<input type="text"/>
Ninguna actividad física moderada (pase a la pregunta 5)	<input type="checkbox"/>
<b>4.- Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física moderada en uno de esos días?</b>	
Indique cuántas horas por día	<input type="text"/>
Indique cuántos minutos por día	<input type="text"/>
No sabe/no está seguro	<input type="checkbox"/>
<b>5.- Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días caminó por lo menos 10 minutos seguidos?</b>	
Días por semana (indique el número)	<input type="text"/>
Ninguna caminata (pase a la pregunta 7)	<input type="checkbox"/>
<b>6.- Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?</b>	
Indique cuántas horas por día	<input type="text"/>
Indique cuántos minutos por día	<input type="text"/>
No sabe/no está seguro	<input type="checkbox"/>
<b>7.- Durante los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo pasó sentado durante un día hábil?</b>	
Indique cuántas horas por día	<input type="text"/>
Indique cuántos minutos por día	<input type="text"/>
No sabe/no está seguro	<input type="checkbox"/>