



Recomendaciones sobre hábitos saludables en atención primaria

Modelo de atención para promover la actividad física y la alimentación equilibrada en el Sistema Sanitario Público de Andalucía



Actualización de la Guía de Consejo Dietético Básico e Intensivo en Atención Primaria



RECOMENDACIONES sobre hábitos saludables
en atención primaria [Recurso electrónico] :
modelo de atención para promover la actividad
física y la alimentación equilibrada en el Sistema
Sanitario Público de Andalucía /[autoría, Rafael
Ángel Maqueda (coordinación) ... et al.]. –
[Sevilla] : Consejería de Salud y Familias, 2020. –
Texto electrónico (pdf), 125 p.

"Actualización de la Guía de Consejo Dietético
Básico e Intensivo en Atención Primaria"

1. Promoción de la salud. 2. Educación alimentaria
y nutricional. 3. Ejercicio físico. 4. Estilo de vida
saludable. 5. Atención primaria. I. Ángel Maqueda,
Rafael II. Andalucía. Consejería de Salud y Familias.
WA 590



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias, 2020.

Revisión de estilo: Giulia Fernández Avagliano. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Maquetación: Juan A. Castillo Guijarro. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Consejería de Salud y Familias: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias.html>

Repositorio Institucional de Salud de Andalucía: www.repositoriosalud.es

Autoría:

Coordinación de la redacción:

- Rafael Ángel Maqueda. Médico de Familia. DSAP Málaga-Guadalhorce. SAS
- Montserrat Román Cereto. Enfermera. DSAP Málaga-Guadalhorce. SAS
- Lucía Túnez Rodríguez. Enfermera. DSAP Almería. SAS
- Carmen Lineros González. Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública
- Rosario Rodríguez Martínez. Asesora Técnica. Consejería de Salud y Familias
- Pablo García-Cubillana de la Cruz. Coordinador del Plan Andaluz de Vida Saludable

Participación en la redacción:

- Carmen Pilar Jiménez Lorente. Médica de Familia. DSAP Almería. SAS
- José Pineda Morales. Médico de Familia
- Carmen Lama Herrera. Subdirectora de Atención Sociosanitaria, Estrategias y Planes. Consejería de Salud y Familias
- Pilar Rodríguez Martínez. Médica de Familia. AGS Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz. SAS
- Marta Latifa Escudero Uribe. Nutricionista. Docente en la Escuela de Pacientes de la EASP
- Juan Antonio Melo Salor. Enfermero. AGS Sur de Sevilla. SAS
- Amparo Arrabal Martín. Enfermera. DSAP Metropolitano de Granada. SAS
- Isabel Cravioto Manrique. Técnica de Promoción de Salud. DSAP Almería. SAS
- Adoración Muñoz Alonso. Enfermera. DSAP Córdoba. SAS
- Pilar Hernández Cubero. Enfermera. AGS Campo de Gibraltar. SAS
- Nicolás Coín Ciezar. Médico de Familia. DSAP Costa del Sol. SAS
- Joaquín Garrucho Moreno. Médico de Familia. AGS Osuna. Asesor Técnico del Servicio de Coordinación de Sistemas de Información. SAS

Colaboraciones:

- Juan Pedro Batres Sicilia. Enfermero. AGS Nordeste de Jaén. SAS
- Rafael Bermejo Pastor. Médico de Familia. DSAP Córdoba Sur. SAS
- Miguel Ángel Bravo Gamero. Trabajador Social. AGS Sur de Córdoba. SAS
- Ana M. Carlos Gil. Médica de Familia. Técnica de Evaluación. Secretaría General de Investigación, Desarrollo e Innovación. Consejería de Salud y Familias
- Rafaela Cruz Arandiga. Enfermera. AGS Nordeste de Jaén. SAS
- Olga Leralta Piñán. Técnica. Escuela Andaluza de Salud Pública
- Adela López Bernabéu. Trabajadora Social. DSAP Almería. SAS
- Rafael Martínez de la Peña. Enfermero. DSAP Almería. SAS
- Daniel Moreno Sanjuán. Subdirector de Enfermería del AGS Norte de Málaga. SAS
- Eva Páez Muñoz. Técnica. Escuela Andaluza de Salud Pública
- Rosario Orozco Pérez. Enfermera. AGS Sur de Sevilla. Asesora Técnica del Servicio de Coordinación de Sistemas de Información. SAS
- Mercedes Suárez Bernal. Asesora Técnica del Servicio de Planes Integrales. SAS

Revisión:

- Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC)
- Sociedad Andaluza de Medicina Familiar Y Comunitaria (SAMFYC)
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
- Sociedad Andaluza de Médicos Generales y de Familia (SEMG Andalucía)

Declaración de intereses: Los coordinadores, autores, revisores y colaboradores que han participado en este documento declaran que no existe interés económico o personal, directo o indirecto, ni ninguna situación que pueda afectar a las actuaciones y decisiones durante su proceso de elaboración. Información disponible bajo petición en: rafael.angel.sspa@juntadeandalucia.es



Presentación	5
Contexto para la acción	8
Introducción	9
Ámbito de aplicación	11
Metodología	13
Búsqueda de la literatura científica	13
Identificación de recomendaciones clave e indicadores	14
Algoritmo diagnóstico	14
Marco de referencia	15
Objetivos	18
Evidencias y recomendaciones	20
Evidencias de las intervenciones para modificar los estilos de vida	21
Evidencias y recomendaciones en alimentación	26
Evidencias y recomendaciones en actividad física y sedentarismo	27
Evidencias y recomendaciones en consumo de alcohol	29
Recomendaciones para profesionales	32
Intervenciones	33
Población destinataria	33
Difusión y captación	34
Valoración	34
Consejo sobre Hábitos Saludables	41
Intervención Avanzada sobre Hábitos Saludables	43
Recomendación de activos para la promoción de hábitos saludables	67
Resumen de las intervenciones	68
Registro	69
Evaluación	72
Recursos	76
Glosario de términos	77
Anexos	89
01. Cuestionario Internacional de Actividad Física (V. corta IPAQ-SF)	90
02. Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea (Modificada)	92
03. Valoración del consumo de alcohol	94
04. Identificación del estadio de cambio e intervenciones posibles	97
05. Entrevista semiestructurada	100
06. Enlaces a recursos y materiales de apoyo	101
07. Recomendaciones sobre hábitos saludables para entregar a la ciudadanía ..	102
08. Plan de Cuidados de Enfermería	107
09. Códigos CIE-10	113
Bibliografía	115



Es una realidad manifiesta que los hábitos de vida determinan en gran medida la salud; por ello, todo profesional sanitario es consciente de la importancia que tiene transmitir a las personas la necesidad de cuidar las pautas de alimentación y la práctica de actividad física. Esta necesidad queda bien reflejada en las actualizaciones de las nuevas guías terapéuticas de las enfermedades crónicas no transmisibles más prevalentes, donde se le asigna un papel preponderante a los cambios de estilo de vida.

La eficacia de estas recomendaciones, que no están exentas de matices, controversias y continuas actualizaciones, dependen en gran medida de los determinantes y condiciones de vida de las personas receptoras, pero también de su voluntad de cambio y del papel que juegan las y los profesionales sanitarios en su prestación. Por esta razón, la recomendación en hábitos saludables debe ser una habilidad más del profesional sanitario que debe adquirirse desde el conocimiento, la actitud positiva y la práctica.

La Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía, en el marco del Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada, edita en 2005 la guía de Consejo Dietético en Atención Primaria, donde se sientan las bases metodológicas y operativas para la incorporación del consejo en los centros de salud de atención primaria. En esta guía se distinguían intervenciones básicas e intervenciones intensivas individuales o grupales. Para profundizar y concretar más los objetivos y actividades de las intervenciones intensivas, en 2007 se publica la Guía de Consejo Dietético Intensivo en Atención Primaria.

Trece años después, se hace necesaria una reflexión sobre la dificultad de mantener intervenciones eficaces de promoción de la salud, en las condiciones actuales de la Atención Primaria. La organización y recursos actuales de los centros de salud, en ocasiones desbordados por una acuciante demanda, deben potenciar una concepción más integral y multidimensional de la atención sanitaria, para que no queden reducidos a centros exclusivos de asistencia a la enfermedad. La atención primaria debe seguir adaptando sus agendas y actividades para facilitar las labores de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de una forma más coordinada y programada.

Mucho se ha trabajado a lo largo de estos años para el desarrollo de los objetivos y actividades propuestas, y por ello, la experiencia acumulada desde todos los rincones de Andalucía y las nuevas evidencias sobre lo que resulta más efectivo, hacen necesaria una renovación y actualización de las intervenciones sobre alimentación y ejercicio físico en el ámbito de la atención primaria de salud, aprovechando, así mismo, los espacios y oportunidades desde otros niveles asistenciales para contribuir a la promoción de los hábitos saludables de la población atendida. Las consecuencias sanitarias de la pandemia por coronavirus refuerzan más la

pertinencia de programas integrales e intersectoriales que formen mejor a la comunidad para hacer frente a determinados problemas de salud.

En el marco de la nueva Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía, cuya formulación fue aprobada por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía en noviembre de 2019, con la finalidad de promover y mejorar la salud y el bienestar de la población andaluza desde una perspectiva de salud positiva e integral, presentamos este documento de consenso basado en las últimas evidencias y recomendaciones de organismos internacionales y sociedades científicas, que unifica las actuaciones en materia de hábitos saludables para profesionales preferentemente de atención primaria; ámbito este último que proporciona más oportunidades para intervenir en la modificación de las conductas de riesgo de la población.

En este documento se han incorporado múltiples estrategias para facilitar la predisposición al cambio de las personas, promoviendo su motivación, aprovechando la oportunidad y aumentando su capacidad al fomentar su autoeficacia y autoestima. En última instancia se trata de promover la autonomía de las personas para cuidar su salud, ya que como decía Hipócrates: *“la mejor medicina de todas es enseñarle a la gente cómo no necesitarla”*.

Es importante que desde los servicios sanitarios se articulen medidas que multipliquen y mejoren las intervenciones eficaces para ofrecer consejos contrastados y veraces y que, como soporte a las acciones desarrolladas desde los centros sanitarios, se busque también el apoyo de los recursos comunitarios y demás activos que ofrece la sociedad. Una sociedad que recientemente se ha visto golpeada con la severidad de una pandemia global y que ha sabido responder de forma unánime para proteger la salud de la comunidad, desde la concienciación y la solidaridad con los más vulnerables, a pesar de los sacrificios personales, sociales y económicos.

Andalucía es una tierra de riquezas culturales y naturales, y esta diversidad brinda al profesional sanitario la oportunidad de poder ofrecer multitud de recomendaciones saludables variadas, ya sea desde una cocina tradicional netamente mediterránea con productos de la misma tierra, hasta la propuesta de una actividad física al aire libre propiciado por un clima benigno y una amplia oferta de espacios verdes urbanos o en la naturaleza.

Por último, queremos agradecer al equipo multidisciplinar y multisectorial constituido que, tras revisar bibliografías, consensuar las intervenciones y aportar el valor añadido de sus conocimientos y experiencia, han diseñado o han colaborado en la elaboración de este documento. Esperamos que este material sea una herramienta práctica para cualquier profesional sanitario en general, de utilidad como vía de actualización para aquellos que ya están interviniendo en hábitos saludables, o para quienes quieran incorporarse en la agradecida tarea de ayudar a las personas a cuidar de su salud.

Jesús Aguirre Muñoz
Consejero de Salud y Familias





Contexto para la acción

Introducción

El Informe de Evaluación del Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada (PAFAE) para el periodo 2004-2018¹, muestra que la prevalencia de sobrepeso declarado en Andalucía por parte de la población adulta, igual o mayor de 16 años, se situó en 2015 en el 36,9 %, siendo mayor en el hombre que en la mujer (42,5 % y 31,6 % respectivamente). En cuanto a la obesidad, ésta se situó en el 16,7 %, en este caso, mayor en la mujer que en el hombre (17,1 % en la mujer frente al 16,2 % en el hombre).

Si tenemos en cuenta la prevalencia conjunta de sobrepeso y obesidad declarada de la población adulta, ésta se incrementó en 8,6 puntos de 2003 a 2011 y disminuyó en 3,6 puntos en 2015, produciéndose dicha disminución en la misma medida para hombres y mujeres. Al evaluar el sobrepeso y la obesidad en función del nivel de estudios, se observa en la serie de datos que los índices son mucho mayores en personas que han alcanzado estudios primarios, que en aquellas que han alcanzado estudios secundarios y/o universitarios (con una diferencia de más de 22 puntos en la encuesta de 2015).

En cuanto a los hábitos de vida más relacionados con el sobrepeso y la obesidad, según datos del informe PAFAE al que hacemos referencia, resaltar que el sedentarismo en el tiempo libre de la población adulta de Andalucía se redujo en un primer periodo, pero volvió a aumentar en 2015 en ambos sexos, llegando al 34% en hombres y al 41,8% en mujeres, siendo el incremento mayor en los niveles más bajos de estudios. El 82% de la población andaluza mayor de 15 años consume fruta fresca al menos tres veces por semana y el 73% verduras y hortalizas, observándose que, tras un periodo de incremento inicial, en 2015 vuelve a descender el consumo en el total de la población, sin grandes diferencias entre sexos ni niveles educativos y de ingresos.

Partiendo del origen multifactorial del sobrepeso y la obesidad y asumiendo que los hábitos de vida están profundamente relacionados con las condiciones de vida y de organización social en las que viven las personas, la promoción de una vida saludable y su influencia en la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles es una prioridad de salud pública para la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía, siendo el entorno sanitario un ámbito privilegiado de actuación.

Como marco de referencia para la educación nutricional y la labor asistencial de profesionales de la salud, este documento sobre estilos de vida saludable pretende ser una herramienta de trabajo útil, de consulta práctica y lectura fácil, agilizando la unificación de criterios de actuación y proporcionando indicaciones claras y sencillas a las personas atendidas. Ello no obsta para que los y las profesionales decidan, en casos concretos, aplicar recomendaciones nutricionales o de ejercicio físico específicas para la asistencia de cada paciente.

La naturaleza longitudinal de la Atención Primaria en salud proporciona múltiples oportunidades para que sus profesionales aconsejen e intervengan a lo largo del tiempo sobre los factores de riesgo y conductas saludables en la población atendida. Ningún otro nivel asistencial está en mejor disposición para poder valorar el estado de salud de las personas en su globalidad y decidir con ellas en qué momento actuar y cuáles son las medidas prioritarias en cada situación particular. Dicho esto, existen múltiples oportunidades en el ámbito hospitalario o en los servicios de urgencias donde ofrecer recomendaciones saludables básicas, detectar situaciones de riesgo y derivar, en su caso, a los servicios de Atención Primaria para recibir una intervención avanzada sobre hábitos saludables.

Este documento se ha estructurado resumiendo las principales recomendaciones establecidas en Guías de Práctica Clínica (GPC) elaboradas por organismos internacionales sin ánimo de lucro para mejorar los estilos de vida en la alimentación y ejercicio físico. Para hacerlo, se ha partido de la revisión de la evidencia existente, de la experiencia adquirida en las últimas décadas en el marco del PAFAE y de las aportaciones y consideraciones de gran número de profesionales consultados, y de guías internacionales, con la correspondiente adaptación a nuestro entorno social, prioridades, producción y disponibilidad.

Respecto a las ediciones anteriores de la guía y por consenso del grupo de trabajo, las modalidades de intervención de “Consejo Dietético Básico” y “Consejo Dietético Intensivo” han pasado a denominarse “Consejo sobre Hábitos Saludables” e “Intervención Avanzada sobre Hábitos Saludables”, respectivamente, en consonancia con la nueva Estrategia de Promoción de una Vida Saludable, que sustituirá al PAFAE y que abordará, junto a la alimentación saludable y la actividad física, el bienestar emocional, el sueño saludable, la sexualidad responsable y el uso positivo de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC).

El documento ha sido elaborado por profesionales que desarrollan su actividad en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía y establece metas factibles a corto y medio plazo, en una toma de decisiones compartida.

Ámbito de aplicación

Este documento va dirigido preferentemente a profesionales de Atención Primaria del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Aunque las recomendaciones básicas sobre hábitos de vida saludables pueden y deben ofrecerse en cualquier ámbito, oportunidad y contacto con el SSPA, es la Atención Primaria de Salud el contexto más adecuado para desarrollar las actuaciones descritas en esta guía. La naturaleza longitudinal, su transversalidad como ámbito asistencial prioritario, su accesibilidad a individuos, familia, comunidad y entornos en los que trabajan estudian y se desarrollan, proporciona múltiples oportunidades para que sus profesionales aconsejen a las personas atendidas e intervengan a lo largo del tiempo sobre los factores de riesgo y conductas saludables.

Pero, además, es importante que los y las profesionales detecten cuáles son los lugares más apropiados para llevar a cabo determinadas acciones, y no limitarlas exclusivamente al ámbito de la asistencia en el centro de salud o en el domicilio. Así se podrá considerar otros puntos de actuación tales como: centros de trabajo; instalaciones deportivas municipales; centros educativos, universitarios y de formación para el empleo; centros de servicios sociales; asociaciones y entidades vecinales, culturales, deportivas, de comerciantes, de personas afectadas por un problema de salud, etc.; ya que hay personas clave en todos estos ámbitos que pueden hacer una labor muy efectiva de difusión de hábitos saludables (profesorado, personal técnico de deportes, miembros de asociaciones, líderes juveniles, etc.).

Sería deseable que los y las profesionales que intervengan en modificación de estilos de vida tuvieran unas características y habilidades idóneas, antes de intervenir en cambios de conductas²:

- Ser capaz de motivar, ilusionar e influir en las personas.
- Tener la información y formación suficiente para conocer los determinantes de salud tanto de las personas atendidas como de la comunidad, y ser capaz de demostrar que los cambios son necesarios.
- Ser capaz de identificar y valorar la motivación y la disponibilidad de la persona atendida y de su entorno para poder asumir el cambio, llegando incluso a pactar planes conjuntos para iniciar los cambios.
- Conocer y utilizar las guías y recomendaciones útiles para ayudar a las personas atendidas. También deberá conocer los recursos y activos que pueden facilitar el cambio de conducta.
- Tener habilidades sociales suficientes para poder trabajar en equipo multidisciplinario para atender a la persona en todos los ámbitos y niveles necesarios, ya sea con los servicios sanitarios, con otras administraciones, con las familias o con la comunidad.

Metodología

Este documento de recomendaciones sobre hábitos saludables fue realizado por un grupo multidisciplinar de personas expertas, conformado por profesionales de medicina de familia y comunitaria, enfermería, trabajo social, promoción de la salud y nutrición, que en su práctica diaria vienen trabajando en lo que se ha denominado hasta ahora el Consejo Dietético, así como profesionales expertos en sistemas de información y profesorado de la Escuela Andaluza de Salud Pública. El grupo multidisciplinar se conformó por varios subgrupos: autoría coordinación, autoría participación y colaboraciones.

Este grupo de expertos presentó como objetivo elaborar una herramienta que permitiera la intervención en consulta mediante la actualización de los documentos de “Consejo Dietético en Atención Primaria” (2005) y la “Guía de Consejo Dietético Intensivo en Atención Primaria” (2007), siendo por tanto ambos documentos el punto de partida.

Para su elaboración se desarrollaron varias fases: revisión de la literatura científica, identificación de recomendaciones clave e indicadores para el consejo o intervención en hábitos de vida saludables procedentes de GPC, elaboración de algoritmos diagnósticos validados (modelo de atención). A continuación, se describen con detalle cada una de las fases.

Búsqueda de la literatura científica

Se realizó una búsqueda no exhaustiva de la literatura científica desde el año 2010 hasta el año 2019, utilizando palabras clave como *"healthy life style"* y *"physical activity"*, centrándose fundamentalmente en sitios web correspondientes a organismos internacionales sin ánimo de lucro como U.S. *Preventive Services*

Task Force (USPSTF), Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Scottish Intercollegiate Guideline Network (SING), Obesity Canada Clinical Practice Guidelines Expert Panel, National Health and Medical Research Council, European Network for Prevention and Health Promotion in Family Medicine and General Practice (EUROPREV) y la International Agency on Research on Cancer (IARC).

Otras fuentes consultadas han sido la Organización Mundial de la Salud y las sociedades científicas españolas, principalmente las de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC, SEMERGEN, SEMG), de Endocrinología y Nutrición (SEEN), de Cardiología (SEC), de Nutrición Comunitaria (SENC), de Arterioesclerosis (SEA), Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC), Asociación Española para Estudio de la Obesidad (SEEDO) y Federación de Nutrición (FESNAD).

Una vez localizados los documentos se seleccionaron aquellas publicaciones de calidad y con metodología explícita que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: Guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, metaanálisis y documentos de consenso de organizaciones y sociedades científicas. Se consideraron criterios de exclusión otros tipos de publicaciones. Además, se contó con agentes informantes clave (personas expertas en el tema) que evitaran la pérdida de referencias bibliográficas relevantes para los expertos. Los profesionales que realizaron las labores de búsqueda y selección documental se encontraban en el grupo de autores (coordinadores y participantes).

Identificación de recomendaciones clave e indicadores

Se realizó a partir de los documentos localizados y seleccionados previamente. El grupo de autores (coordinadores y participantes) identificó las recomendaciones e indicadores aplicables a nuestro contexto con el objetivo de adaptarlas, generando así un grupo de las que demostraron mejores resultados, con el objeto de presentarlas jerarquizadas, útiles y basadas en GPC de calidad, y que se detallan en la sección 6 de “Evidencias y recomendaciones”.

Algoritmo diagnóstico

También se elaboraron algoritmos diagnósticos para la actividad física, la alimentación y el alcohol, en colaboración con el Servicio de Coordinación de Sistemas de Información del SAS (Diraya), que determina las necesidades de intervención en los pacientes como consejo básico o intervención avanzada. La elaboración del algoritmo presenta como punto de partida para su discusión las recomendaciones y los documentos de Consejo Dietético de 2005 y 2007. Para ello se realizaron 3 reuniones presenciales donde el equipo coordinador presentó una propuesta que se validó por el resto del grupo de autores y los colaboradores. Esta propuesta se envió al equipo de coordinación de Diraya para sus aportaciones, y una vez incorporadas fueron necesarias 4 rondas de revisión entre los grupos de autores y colaboradores.

Cabe destacar que, en los tres subgrupos, los y las profesionales asistenciales que han participado lo han hecho en gran parte a expensas de su tiempo libre y gracias a su participación se ha conseguido proponer un modelo de atención para el Sistema Sanitario Público de Andalucía en Atención Primaria.

Una vez finalizadas todas las fases de elaboración, se invitó a sociedades científicas de enfermería y medicina de familia para su revisión.

Marco de referencia

El aumento de la prosperidad en todo el mundo, los cambios en los hábitos de vida y la alimentación, así como la urbanización rápida y no planificada, son causa de nuevas amenazas para la salud. La incidencia de las enfermedades no transmisibles va en aumento, representando alrededor del 70% de las muertes prematuras, sobre todo en los países de ingresos medianos y bajos³.

Se ha visto que cambios en el estilo de vida son eficaces para mejorar la salud de las personas y disminuir la carga de enfermedad^{4,5,6}, siendo las medidas de promoción de la salud las que tienen una mayor rentabilidad preventiva. En concreto, la prevención primaria es la única prevención eficaz en multitud de ocasiones^{7,8,9}.

Esta propuesta de cambios en estilos de vida ya venía reflejada en el planteamiento de la *Canadian Task Force on the Periodic Health Examination* en 1979¹⁰. Este modelo, que concibe la prevención clínica en la población asintomática, adaptada a las necesidades individuales en relación con la edad, el sexo y el trastorno que se quiere prevenir, ha sido adoptado por la gran mayoría de estamentos que realizan recomendaciones en el ámbito preventivo. En 1984, tanto la *U.S. Preventive Services Task Force*, como también el Departamento de Salud de EE.UU., adoptaron una metodología de trabajo similar¹¹.

Destacar que en 1988 se creó en España el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC)¹², y ya en 2015 se publica el Consejo Integral en Estilo de Vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad⁸, fruto del consenso entre representantes de diferentes comunidades autónomas y sociedades científicas del ámbito de la

AP. En el cuadro 1 se exponen algunas de las estrategias de prevención y promoción de la salud a nivel internacional, nacional y autonómico.

Los principales instrumentos con que cuentan los y las profesionales de Atención Primaria para llevar a la práctica la prevención y la promoción de la salud es la educación sanitaria⁸. La tarea educativa de profesionales de la salud, sobre todo en Atención Primaria, consiste en confortar, clarificar, explicar, instruir y recomendar a las personas para convencerles de la bondad de una determinada conducta con el propósito de mejorar su estado de salud y su bienestar.

Desde la consulta, las actividades de consejo juegan un importante papel de educación. El consejo es un tipo de actividad bastante implantada en las consultas de Atención Primaria que requiere una formación específica por parte del personal sanitario, así como un seguimiento de los logros conseguidos. El consejo sanitario se debe considerar como una intervención que incluye una amplia variedad de actividades, como evaluar el conocimiento y la motivación de las personas, proporcionar información, modificar hábitos nocivos, reforzar determinados comportamientos y monitorizar el progreso de las personas usuarias a largo plazo^{8, 12, 13}.

Este enfoque, para evitar potenciar la medicalización y dependencia del sistema sanitario, se complementa con el modelo de salud comunitaria basada en activos¹⁴, fundamentada en una visión salutogénica de la salud como bienestar, en contraposición a la visión de la salud como ausencia de enfermedad, y centrado en identificar y utilizar las riquezas de las comunidades para tener más salud. Los activos para la salud se definen como aquellos factores o recursos que mejoran la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones, para mantener y sostener la salud y el bienestar, y que les ayudan a reducir las desigualdades en salud¹⁵. Además de estar disponibles en la comunidad, estos recursos han de ser conocidos, valorados positivamente y utilizados por las personas de esa comunidad¹⁶.

Cuando se pregunta a la ciudadanía por el personal sanitario que les ofrece mayor confianza, a la hora de informarse para tomar decisiones sobre su salud, mayoritariamente señalan a profesionales de Atención Primaria (medicina de familia y enfermería)^{17, 18}. Consistentemente con esto, los profesionales expertos en promoción de la salud reconocen que el entrenamiento de profesionales sanitarios como agentes de promoción de la salud tiene un gran impacto sobre aquellas personas que reciben la intervención, ya que ésta se realiza de forma muy personalizada y genera un gran compromiso, además de tener la particularidad, cuando se da en el primer nivel, de que facilita la continuidad de cuidados de forma integral¹⁹.

Cuadro 1. Desarrollo histórico de las Estrategias de Promoción y Prevención a nivel internacional, nacional y autonómico

- Desde el año 2004 se han ido planteando diferentes propuestas de intervención encaminadas a promocionar la salud, como la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud de la OMS²⁰, el Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada de Andalucía (PAFAE)²¹ y la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad del Ministerio de Sanidad y Consumo (NAOS)²².
- En el marco del PAFAE, la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía elaboró en 2005 la Guía de Consejo Dietético en Atención Primaria²³ con recomendaciones generales y bien estructuradas sobre alimentación equilibrada y actividad física a desarrollar en cualquier consulta, y para profundizar en las intervenciones intensivas, en 2007 se publicó la Guía de Consejo Dietético Intensivo en Atención Primaria²⁴. Además, se pusieron en marcha diferentes iniciativas de orientación comunitaria para la promoción de la actividad física como son los proyectos de “Por un Millón de Pasos”, “Rutas para la Vida Sana” o “Escaleras es Salud”²⁵.
- Con la finalidad de abordar de manera específica la obesidad infantil, la Consejería de Salud y Familias publicó en 2007, el Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía (PIOBIN)²⁶.
- Otras iniciativas son el Programa Educativo de Referencia para la Salud, Ejercicio Físico y contra la Obesidad (PERSEO)²⁷ y el Código PAOS de autorregulación de la publicidad en los alimentos y bebidas, revisado en el 2013²⁸.
- A nivel internacional nos encontramos el proyecto *Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence* (HELENA)²⁹ y el proyecto *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC)³⁰, que realiza un estudio sobre las conductas saludables en jóvenes, auspiciado por la OMS.
- En 2012, la resolución WHA65.6 respaldó un Plan integral de aplicación sobre nutrición de la madre, el lactante y la infancia, donde se fijaron seis metas mundiales de nutrición para 2025³¹.
- En mayo de 2018, los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobaron el nuevo Programa General de Trabajo 2019-2023, que se basa en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y que se ha concebido para ayudar a los países a avanzar adecuadamente hacia el logro del ODS 3 y las demás metas sanitarias. Sus tres prioridades estratégicas (la cobertura sanitaria universal, la seguridad sanitaria y la mejora de la salud y el bienestar), que sintetizan las metas sanitarias de los ODS, se acompañan de un marco de medición del impacto para que la OMS conozca los progresos alcanzados y se continúe centrando en los resultados y no en los productos. Un elemento esencial para lograr estas metas sanitarias es centrar en las personas la prestación de la Atención Primaria, haciendo hincapié en los hábitos saludables y la prevención de enfermedades, además de proporcionar un tratamiento seguro, eficaz y de calidad³².

Objetivos

Esta guía es una herramienta que pretende facilitar a los y las profesionales conocimientos, habilidades y recursos para integrar en su práctica cotidiana intervenciones que capaciten a las personas para hacer elecciones que mejoren su salud y calidad de vida.

Con ello, los objetivos que se pretenden alcanzar son:

Objetivos generales

- Promover la alimentación y actividad física saludables en la población adulta general y en la población con factores de riesgo de enfermedades crónicas.
- Reducir la morbimortalidad relacionada con la alimentación inadecuada y el sedentarismo.
- Reducir el impacto negativo de los determinantes de la salud y mejorar la capacidad del SSPA para prevenir la enfermedad y promocionar la salud.

Objetivos específicos

- Poner en marcha y realizar seguimiento de las intervenciones sobre hábitos saludables, en sus modalidades individual, grupal y/o comunitaria.
- Integrar en la práctica cotidiana intervenciones eficaces que capaciten a las personas para hacer elecciones que mejoren su salud y calidad de vida.
- Contribuir a la identificación de activos comunitarios relacionados con los hábitos de vida saludable, incorporando su recomendación en las distintas modalidades de intervención.
- Facilitar a la población el acceso a las intervenciones sobre hábitos saludables, con énfasis en las personas con más factores de riesgo.
- Facilitar a la población el acceso a las intervenciones sobre hábitos saludables, con énfasis en las personas con más factores de riesgo.

Objetivos operativos

- Detectar a las personas con factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, relacionados con la alimentación inadecuada y el sedentarismo.
- Informar y formar a la población adulta general, y especialmente, a las personas con factores de riesgo, sobre las ventajas para la salud derivadas de estilos de vida saludables.
- Realizar la valoración sobre hábitos de vida (respecto a alimentación, actividad física y sedentarismo, y consumo de alcohol) y desarrollar las intervenciones previstas en cada caso sobre hábitos saludables.
- Reforzar los cambios conseguidos a través de actividades de seguimiento.
- Evaluar las intervenciones a través de indicadores que incluyan la identificación de áreas de mejora.

Evidencias y recomendaciones

El estilo de vida está condicionado por distintos elementos o factores que pueden influir en la salud; entre los múltiples factores implicados encontramos variables relacionadas con los perfiles sociodemográficos y culturales de las personas, como el nivel educativo, ambiente socio familiar, entorno físico, etc., y/o las prácticas personales de salud en las que se incluyen la alimentación y el ejercicio físico. La modificación de los hábitos de vida hacia formas más saludables, está estrechamente relacionada con la capacidad de mejorar la salud y disminuye el riesgo de padecer determinadas enfermedades o favorecer un curso favorable de éstas, aminorando la aparición de complicaciones⁵.

La Alfabetización en Salud (AS), que hace referencia a las habilidades individuales para obtener, interpretar y comprender información relacionada con la salud, y las competencias necesarias para tomar decisiones apropiadas en temas de salud, es un predictor del estado de salud individual más fuerte que los ingresos, estado laboral, nivel de educación o grupo racial o étnico³³. En una encuesta sobre nivel de AS realizada en varios países europeos³⁴, España se encontraba entre los países con nivel de AS más bajo. En este estudio se mostró como el nivel de AS se relaciona con los ingresos económicos, la autovaloración del estado de salud, el nivel de educación, la edad o el género. Se encontró una consistente correlación directa entre nivel de AS y actividad física (a mayor nivel de AS, mayor frecuencia de actividad física), e inversa respecto al índice de masa corporal (a mayor nivel de AS, menor IMC).

En este documento se propone una revisión actualizada de las intervenciones que han mostrado mejores resultados, con el objeto de aportar recomendaciones jerarquizadas y útiles basadas en evidencias consistentes; aunque es necesario reconocer que es difícil basar tales recomendaciones en categorías de evidencia

clínica de uso habitual, debido a que los estudios que relacionan los cambios en los estilos de vida y las actuaciones en salud proporcionan evidencias menos consistentes que las que se consiguen a través de, por ejemplo, ensayos clínicos, ya que aquellos deben apoyarse en estudios observacionales y de grandes cohortes preferentemente.

Evidencias de las intervenciones para modificar los estilos de vida

Las intervenciones para el cambio de conducta (ICC) en Atención Primaria (AP) han ido aumentando en los últimos años por lo que se hace necesarios estudios que evalúen su efectividad⁷. A la luz del análisis de las investigaciones realizadas para conocer el impacto en salud de dichas intervenciones, los resultados muestran una gran variabilidad en función a los diferentes ámbitos estudiados, las estrategias aplicadas, la intensidad y duración de la intervención, los factores de riesgo analizados, etc. En definitiva, los estudios muestran que las estrategias más útiles para los cambios de conductas son las cognitivo-conductuales, asociándose las más intensivas a una mayor magnitud y duración del beneficio. Se ha constatado que las intervenciones sobre un solo factor de riesgo tienen un menor impacto en la salud de las personas y sus determinantes, por lo que se aconseja el abordaje integral de las conductas susceptibles de cambio para mejorar el estilo de vida⁸. Se recomienda el uso de materiales didácticos impresos como apoyo a las intervenciones breves, si bien, no han demostrado mejorar los resultados¹³.

Múltiples ICC se han basado en el modelo de los estadios del cambio de Prochaska y Diclemente³⁵: las personas cambian su conducta a través de una serie de etapas, por lo que el personal sanitario debe hacer una ICC adaptada al estadio en el que se encuentra la persona. Este modelo tiene limitaciones para abordar comportamientos complejos (actividad física o conducta alimentaria) o para intervenir sobre más de una conducta al mismo tiempo, por lo que la evidencia sobre su efectividad en hábitos de vida es controvertida. Cuando se trata de modificar conductas complejas y de gran variabilidad como son la alimentación o la actividad física parece que el modelo transteórico no reporta resultados significativamente mejores⁸, que contrasta con una respuesta favorable cuando se trata de intervenir en conductas del “todo o nada” como es fumar (sí fuma o no fuma), donde sí resulta más práctico seguir aplicando dicho modelo³⁶.

La entrevista motivacional ideada por Miller y Rollnick³⁷ prepara a las personas para el cambio de conducta basándose en el fortalecimiento de la motivación y el establecimiento de un compromiso basado en la confianza. Es un estilo más respetuoso con las creencias y actitudes de la persona por lo que generará menos resistencia. Entre las estrategias que aplica contempla ceder el protagonismo al paciente, verdadero conocedor de su vida y sus problemas y por tanto de las posibles soluciones. El profesional simplemente actuará ayudando y facilitando que la persona ponga en práctica aquello que ha planificado y con lo que se ha comprometido. También le devolverá al paciente sus propias contradicciones (ambivalencias) cuando a éste le gustaría iniciar un cambio, pero no es capaz de decidirse (balance decisional). Es aconsejable aplicarlo de forma complementaria a otras intervenciones (suele asociarse al modelo transteórico de cambio) e incluso a otros métodos donde sea importante abordar problemas como la desmotivación o la ambivalencia. Los estudios sobre la efectividad son variados, así revisiones sistemáticas³⁸ concluyen que la entrevista motivacional es efectiva en el tratamiento del abuso de alcohol y en los cambios de hábitos relacionados con la dieta, el ejercicio, disminución del índice de masa corporal, del colesterol total plasmático y de la presión arterial

sistólica; sin embargo, en el caso del tabaquismo y de la diabetes mellitus, la evidencia de la que se dispone es controvertida y se requieren más estudios. Si bien la entrevista motivacional es una intervención relativamente sencilla, requiere el adiestramiento de ciertas habilidades para su práctica clínica diaria y aunque es una técnica que requiere tiempo, el incremento de éste aumenta su efectividad, y ha demostrado beneficios incluso al realizarla de forma abreviada.

Más recientemente se promueve el modelo de la rueda del cambio en ICC^{8,39}, en cuyo centro se hallan la capacidad, la motivación y la oportunidad como fuentes de comportamiento, y a su alrededor otros factores que influyen (ver figura 1). Se dispone en este modelo de una rueda intermedia que recogería las intervenciones más eficaces para el cambio de conducta: la educación, la persuasión, la incentivación, las medidas coercitivas, el entrenamiento, la restricción, el modelaje, el cambio del contexto físico o social, y la reducción de barreras. Para cerrar la rueda, se postulan las medidas que desde la política se pueden aplicar para intervenir en las conductas saludables.

Figura 1: Rueda del cambio del comportamiento



Fuente: Michie, S., van Stralen, M.M. & West, R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Sci* 6, 42 (2011). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>

La mayoría de las recomendaciones internacionales proponen que las intervenciones conductuales y de consejo se basen en la estrategia de las 5 Aes del *US Preventive Services Task Force*^{40, 41} (*Assess* - Averiguar, *Advise* - Aconsejar, *Agree* - Acordar, *Assist* - Ayudar y *Arrange* - Asegurar).

Se recomienda evaluar los diferentes riesgos para la salud presentes en una persona en un momento determinado, su disposición a cambiar una conducta, el apoyo social y el acceso a recursos de su comunidad⁴². A partir de esta valoración, el personal sanitario debe intervenir intentando aumentar la motivación y la autoeficacia del individuo; para ello hará un asesoramiento personalizado, priorizando la conducta que hay que cambiar según el riesgo, pero también según la disposición al cambio de la persona. Es importante repetir la intervención en los sucesivos contactos con el equipo de AP, repartiendo los consejos en las diferentes visitas. También se deben asegurar visitas de seguimiento regulares con feedback sobre el cambio de conducta, por lo menos durante un año, con planes en caso de recaída, la búsqueda del apoyo social necesario y ayuda para establecer nuevas rutinas diarias acordes con la nueva conducta saludable.

Mantener a lo largo del tiempo los cambios conseguidos en dieta y actividad física es fundamental para obtener resultados favorables en salud, por lo que deben elaborarse estrategias para conseguir la adherencia a las recomendaciones. Las propuestas se centran en 5 pilares fundamentales, pudiendo verse limitada por fallo de uno de ellos, de varios, o de todos⁴³:

- a) La propia persona atendida.
- b) La familia.
- c) El equipo de salud que le atiende.
- d) El sistema sanitario en el que se mueve.
- e) El modelo de alimentación propuesto por la persona atendida.

Los estudios también revelan que la efectividad de las intervenciones puede variar según se apliquen a población sana en general, a personas con factores de riesgo vascular o a personas con enfermedades ya establecidas; así, tres revisiones sistemáticas, *U. S. Preventive Services Task Force*⁴⁴, *Cochrane*⁴⁵ y *Bhattarai*⁴⁶ concluyen que los beneficios del asesoramiento sistemático para promover una alimentación saludable en población sana son escasos; tanto las intervenciones de alta como de baja intensidad⁴⁷ consiguen cambios modestos en la calidad de la dieta, presión arterial, colesterolemia y adiposidad, no siendo concluyentes los resultados sobre morbilidad cardiovascular.

Por otra parte, para personas con factores de riesgo cardiovascular se recomiendan programas estructurados de intensidad media (de 30 min. a 6 h) y alta, además de intervenciones conductuales sobre varios estilos de vida⁴⁸. De esta manera se obtendrán cambios pequeños, pero significativos, en el peso, la presión arterial y el colesterol, además de reducir a la mitad el riesgo de desarrollar diabetes. Todo ello sin impactar en la reducción de la morbimortalidad cardiovascular, aspecto que, por el contrario, sí sucede en personas con hipertensión y diabetes, según una revisión *Cochrane*⁴⁹ de 2011.

En el tabla 1 se resaltan recomendaciones de los principales organismos internacionales de salud pública y comunitaria.

Tabla 1. Promoción de estilos de vida saludables. Guías y recomendaciones de diferentes organismos.

RECOMENDACIONES SOBRE HÁBITOS SALUDABLES	
<p>WCRF (2007)^{50, 51}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener el peso y activo físicamente • Limitar la ingesta de alimentos de alta densidad energética y bebidas azucaradas • Consumir sobre todo alimentos de origen vegetal • Limitar la ingesta de carnes rojas y no consumir carnes procesadas • Limitar el consumo de sal y no consumir cereales y legumbres contaminados por aflatoxinas (hongos) • Limitar el consumo de bebidas alcohólicas • No recurrir a suplementos alimentarios • Lactancia natural
<p>AICR (2007)⁵²</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir el peso corporal, ya que la obesidad se relaciona con doce tipos de cánceres • Reducir el consumo de alcohol ya que se le relaciona con seis tipos de cánceres • Estar activo físicamente ayuda a proteger directamente de 3 cánceres • Hacer un patrón saludable de comida rica en cereales integrales, verduras y frutas, evitando las "comidas rápidas" y otros alimentos procesados con alto contenido de grasa, almidón o azúcar protege de la obesidad y del cáncer • Beber principalmente agua y bebidas sin azúcar • Una dieta saludable y actividad física aumenta la supervivencia frente al cáncer
<p>CTFPHC (2015)⁵³</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las intervenciones para la prevención del aumento de peso en personas adultas de peso normal tienen un efecto mínimo y no se mantienen con el tiempo. • Las intervenciones para control de obesidad (conductual y / o farmacológica) son efectivas para reducir moderadamente el peso y la circunferencia de la cintura. • Aunque la mayoría de personas participantes en los estudios pierden peso, lo recuperan algo después de la intervención; sin embargo, la cantidad promedio recuperada es menor entre participantes de la intervención que entre participantes de control. • Las intervenciones para perder peso retrasan la aparición de la diabetes tipo 2 en personas de riesgo. • Las intervenciones conductuales son la opción preferida, ya que la relación beneficio-daño parece más favorable que para las intervenciones farmacológicas.
<p>USPSTF (2010, 2018)^{11,54}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda que el personal sanitario ofrezca a personas adultas con un IMC \geq 30 intervenciones intensivas multicomponentes de cambio de conducta.
<p>NICE (2006)⁵⁵</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda que los programas preventivos se centren en promover la autonomía del paciente (incluyendo su autoevaluación), que se recuerde a las personas participantes de dichos programas las distintas posibilidades que tienen de recibir apoyo una vez que hayan finalizado y que se haga hincapié en la importancia de mantener los nuevos hábitos alimentarios y el aumento de la actividad física a largo plazo.
<p>SIGN (2010)⁵⁶</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Centra su intervención en la etapa escolar y la familia, con un enfoque multisectorial, incluyendo programas que combinen la dieta baja en grasa o dieta de bajo valor energético. * Se recomienda fomentar la prevención en madres y embarazadas y una lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. • Se recomienda incorporar componentes de cambio de comportamiento, con el objetivo de cambiar el estilo de vida de toda la familia.

EUROPREV
(2018)⁵⁷

- Las ciudades y las comunidades son entornos esenciales para la salud. La salud es el producto de la vida diaria, esto es, de los barrios y las comunidades donde la gente vive, ama, trabaja, compra y juega.
- Los conocimientos sanitarios empoderan y fomentan la equidad. La alfabetización sanitaria empodera a las personas y posibilita su participación en iniciativas colectivas de promoción de la salud.

**Obesity Canada
Clinical Practice
Guidelines
Expert Panel**
(2006)⁵⁸

- Se recomienda el enfoque multisectorial e intervención integral de estilo de vida saludable, que incluya una dieta con valor energético reducido y actividad física regular.

NHMRC
(2013)⁵⁹

- Se recomienda cambio de estilo de vida que incluya reducción de la ingesta y del sedentarismo, aumento de la actividad física y medidas para ayudar el cambio de conducta.

AIRC (American Institute Cancer Research); WRCF (World Cancer Research Fund); CTFPHC (Canadian Task Force on Preventive Health Care); USPSTF (US Preventive Services Task Force); NICE (National Institute for Health and Care Excellence, UK); SIGN (Scottish Intercollegiate Guideline Network); EUROPREV (European Network for Prevention and Health Promotion in Family Medicine and General Practice); NHMRC (National Health and Medical Research Council).

Sobre la efectividad del propio Consejo Sobre Hábitos saludables, a pesar de no contar con evidencias sobre su eficacia, en términos de salud pública es muy rentable, puesto que se requiere de un esfuerzo mínimo, de recursos sumamente simples, de poco detrimento del tiempo de los profesionales, y además no precisa de cambios organizativos. La factibilidad de su aplicación beneficiará a una población muy numerosa⁶⁰.

En cuanto a la intervención avanzada, contamos con la evidencia disponible en programas de deshabitación tabáquica, siendo el porcentaje de personas abstinentes al año del 30-40 %⁶¹. Estos programas son de carácter multicomponentes, pues se fundamentan en la necesidad de abordar diferentes aspectos implicados en la conducta y en el proceso de cambio, siendo, además, los que cuentan con una justificación teórica sólida y con mejores resultados, especialmente si se diseñan a medida del paciente o del grupo al que van dirigidos^{62, 63}. Sobre su formato, la mayoría de las intervenciones se realizan en grupo, el promedio de la duración de las sesiones es de un mes y medio, y el número total de horas recibidas por cada persona es de ocho⁶⁴.

En relación con la evidencia actual disponible sobre la recomendación de activos para la salud^{16, 65, 66, 67, 68, 69} se destaca, junto a los beneficios para la salud emocional, las mejoras en la salud física y en estilos de vida más saludables (aumento de la actividad y modificación de hábitos).

Evidencias y recomendaciones en alimentación

Múltiples estudios confirman que la mejora de la adherencia a la alimentación sana reduce los eventos cardiovasculares y la mortalidad global^{70, 71}. Las diferentes dietas saludables tienen muchos componentes en común. Hay una fuerte evidencia de que los patrones alimentarios de base vegetal, bajos en ácidos grasos saturados, colesterol, sodio y alto contenido en fibra y ácidos grasos insaturados, son beneficiosos y reducen la expresión de los factores de riesgos cardiovascular y determinados tipos de cáncer.

El consejo que fomenta la dieta mediterránea demuestra cambios positivos en la conducta alimentaria⁷² y reducciones en la morbilidad cardiovascular, tanto en prevención primaria⁷³, como secundaria⁷⁴. Dado el carácter mediterráneo de nuestra población, las recomendaciones deben girar en torno al patrón de dieta mediterránea. Este patrón se caracteriza por la abundancia de productos vegetales, verduras, legumbres, frutas, tubérculos, cereales y frutos secos que aportan fibra, vitaminas y antioxidantes. El aporte proteico se obtiene del pescado, aves, huevos y lácteos que deben ser consumidos de forma moderada, mientras que se reducen las carnes rojas y sus derivados. El aceite de oliva es la grasa principal de esta dieta.

Una revisión de la Cochrane de 38 estudios clínicos nutricionales publicados hasta finales de 2010 identificaba intervenciones potencialmente beneficiosas para promover la adherencia: seguimiento telefónico, videos educativos, contratos con incentivos de premios a la adherencia, retroalimentación (*feedback*) mediante encuestas alimentarias seriadas rellenas por el propio paciente, herramientas nutricionales (como lista de intercambios de alimentos o recetas) e intervenciones combinadas o múltiples⁷⁵.

Seguir las pautas de la clásica Pirámide de alimentación saludable y el método conocido como *Healthy Eating Plate* (en español: el plato para comer saludable) de la *Harvard School of Public Health* puede llevar a un menor riesgo de enfermedad cardíaca y muerte prematura^{76, 77}. La propuesta de dicho método es una guía para preparar comidas saludables y equilibradas, que pueden ser servidas en un plato o empaquetadas para llevar; se dividen los grupos de alimentos proporcionalmente, predominando los alimentos vegetales y frutas (la mitad del plato), una cuarta parte del plato consistiría en cereales (preferentemente integrales) o legumbres, y la otra cuarta parte se completaría con proteínas.

En el cuadro 2 se resaltan las principales recomendaciones de la OMS sobre alimentación⁷⁸.

Cuadro 2. Principales recomendaciones de la OMS sobre alimentación. OMS

Frutas y verduras	Aumentar el consumo diario de frutas, verduras y hortalizas, así como de legumbres y cereales integrales y frutos secos. Se recomienda que el consumo de estos alimentos sea lo más variado posible. <i>Tomar al menos 400 g de frutas y verduras al día, equivalente a 5 raciones entre las dos.</i>
Grasas	Limitar la ingesta energética procedente de las grasas, sustituir las grasas saturadas por grasas insaturadas y tratar de eliminar los ácidos grasos trans. Evitar el consumo elevado de carne y consumir la que contenga menos grasa. Incrementar el consumo de pescado y ácidos grasos de origen vegetal (aceite de oliva). <i>Consumo diario de energía procedente de los ácidos grasos saturados por debajo del 10%, y de estos, que menos del 1% proceda de ácidos grasos trans.</i>
Azúcares	Limitar la ingesta de azúcar. <i>Reducir la ingesta de azúcar para que menos del 5% de la energía de la ingesta diaria proceda de azúcares libres.</i>
Sal	Limitar la ingesta de sal (sodio) de toda procedencia. <i>Tomar menos de 5 gramos diarios de sal y consumir preferentemente sal yodada.</i>

Evidencias y recomendaciones en actividad física y sedentarismo

La bibliografía sobre el papel preventivo de la actividad física de variadas y numerosas enfermedades no deja lugar a dudas⁷⁹ (se contabilizan hasta 26 patologías). Las recomendaciones para la práctica de actividad física tienen un alto grado de evidencia para disminuir la patogénesis de determinadas enfermedades como son la obesidad, diabetes tipo 2, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, claudicación intermitente, dislipemias, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer, osteoporosis, ictus cerebral, depresión, entre otras. La evidencia científica confirma que los ejercicios aeróbicos y de fuerza mejoran la salud; así mismo, los ejercicios de flexibilidad aumentan y mantienen el rango de movimiento de la articulación, mientras que los ejercicios de equilibrio y neuromotores, mejoran la psicomotricidad y disminuyen el riesgo de caídas en las personas mayores.

Las evidencias de este papel protector de la salud, además de la influencia benefactora en la calidad de vida de la persona, le otorgan un papel importante como componente indispensable de los sistemas de sanidad pública⁸⁰. Una baja actividad física en la población tiene un alto impacto social, puesto que origina aumentos de la incapacidad física y laboral, ocasionando problemas sociales y un coste económico que se calcula del 10% del gasto sanitario en España⁸¹; al contrario, el incremento de la actividad física y reducir las enfermedades crónicas repercutirá en una disminución de dicho gasto^{82, 83}. Se ha cuantificado que las personas físicamente activas regularmente reducen una cuarta parte del consumo de medicación⁸¹.

Para evitar el **sedentarismo**, se debe realizar actividad física a diario y se recomienda que las personas se mantengan suficientemente activas durante toda la vida. Se deben recomendar que se aprovechen las oportunidades que se presentan a lo largo del día para incrementar la actividad física (subir y bajar escaleras en vez de tomar el ascensor, caminar cuando sea posible para realizar los desplazamientos, etc.).

Aconsejar que se realicen **paseos o caminatas** de manera regular ya que es un hábito saludable alcanzable para casi cualquier persona. La recomendación es caminar al menos 30 minutos al día/5 días a la semana. Acumular y contar pasos nos van a servir para establecer objetivos diarios de actividad física; la OMS recomienda dar al menos **10.000 pasos diarios** (usar un podómetro). Proponer tareas de mantenimiento del hogar que ayudan a mantener la actividad. Proponer pausas activas, procurando no permanecer sin moverse periodos superiores a 2 horas. Fomentar el ocio activo (salir a pasear con la familia o amistades, ir a bailar, senderismo, etc.).

La evidencia actual opta por la prescripción del ejercicio ajustada a la edad, siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud⁸² (ver cuadro 3):

Cuadro 3. Recomendaciones generales de la OMS sobre actividad física

Realizar un mínimo de 150 minutos semanales de actividad aeróbica moderada, o bien un mínimo de 75 minutos semanales de actividad aeróbica vigorosa, o bien una combinación de ambas.

La actividad aeróbica se realizará en sesiones de 10 minutos, como mínimo.

Incrementar esos niveles hasta 300 minutos semanales de actividad aeróbica moderada, o bien 150 minutos de actividad aeróbica vigorosa cada semana, o bien una combinación de ambas.

Realizar ejercicios de fortalecimiento muscular de los grandes grupos musculares dos o más veces a la semana.

En el caso de personas mayores de 64 años, si hay dificultades de movilidad, estas deberían dedicar 3 ó más días a la semana a realizar actividades para mejorar su equilibrio y evitar las caídas.

Para mejorar la **fuerza** y la **resistencia muscular** se deben realizar ejercicios que desarrollen los grandes grupos musculares (miembros superiores, inferiores y tronco) alternándolos en sesiones de 10 repeticiones, como mínimo 2 días por semana (ejercicios con pesas, bandas elásticas, máquinas, etc.). Aprovechar las actividades diarias para el fortalecimiento muscular: subir y bajar escaleras, cargar con las bolsas de la compra, tareas de jardinería, etc. Se deben dejar 48 horas de descanso entre estas sesiones.

La actividad física recomendada debe complementarse con ejercicios de **flexibilidad** como los estiramientos estáticos activos o pasivos, flexibilidad dinámica y las técnicas de facilitación neuromuscular y propioceptiva. Se aconseja realizar estiramientos como mínimo 3 días a la semana ya que mejoran el rango de movilidad articular, manteniendo el estiramiento estático desde los 30 hasta los 60 segundos. Los ejercicios de flexibilidad resultan más efectivos si se calientan previamente los músculos realizando ejercicios aeróbicos.

Por otro lado, superar los mínimos recomendados aporta beneficios adicionales para la salud sin detectarse un aumento de mortalidad. Se debe insistir en ello para que la persona integre en su forma de vida y su tiempo libre la actividad física y el ejercicio como parte de su salud y calidad de vida.

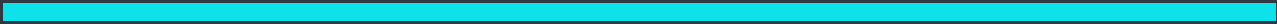
Estudios recientes relacionan el sedentarismo, independientemente del nivel de actividad física, con un aumento de riesgo de mortalidad prematura (por aumento de factores de riesgo cardiovascular y metabólicos asociados, como la obesidad o la diabetes)⁸⁴. Si bien se considera que existe conducta sedentaria cuando se superan las 6 horas al día sentados⁸⁵, la evidencia disponible aconseja establecer como límite el estar sentados más de 2 horas seguidas, ya que a partir de las tres horas de sedentarismo el riesgo se mantiene a pesar del nivel de actividad física⁸⁶. Es por ello, por lo que las recomendaciones irán encaminadas a incluir periodos de actividad cuando se lleven más de 120 minutos sentados^{8, 87}.

Evidencias y recomendaciones en consumo de alcohol

El consumo de alcohol se ha considerado tradicionalmente como parte de la cultura culinaria mediterránea. Tras unos primeros estudios sobre ciertos efectos de protección cardiovascular e incluso ser incluido como componente positivo en los cuestionarios de adherencia mediterránea, las últimas revisiones^{88, 89} adoptan posiciones más escépticas al tener en cuenta ciertas variables de confusión que podrían llevar a interpretaciones diferentes. Considerando todos los efectos en los que el alcohol incide en la salud, el balance total resulta posiblemente negativo, independientemente de la cantidad consumida, como hasta ahora se ha venido aceptando⁹⁰. Como resultado, son cada vez más los autores que afirman que el consumo diario de alcohol, incluso en pequeñas cantidades, no debería estar incluido en la composición de una alimentación saludable⁹¹.

Según la Organización Mundial de la Salud, cada año se producen 3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, responsable de más de 200 enfermedades. Se considera, en general, que es responsable del 5,1% de la carga mundial de morbilidad, y calculado en términos de la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad (EVAD), provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana, alcanzando el máximo en el grupo de edad de 20 a 39 años (13,5%). Se le relaciona con trastornos mentales y comportamentales, además de las enfermedades no transmisibles y los traumatismos (accidentes, violencia...), provocando importantes pérdidas sociales y económicas tanto personales como para la comunidad⁹².

La intervención en la consulta para reducir el consumo de alcohol de riesgo ha demostrado ser efectiva para mayores de 18 años y embarazadas, disminuyendo la morbimortalidad que ocasiona. La valoración del consumo y la intervención en población adulta puede reducir el consumo de alcohol en 3-9 unidades a la semana, perdurando el efecto de 6 a 12 meses. Sin embargo, la evidencia actual es insuficiente para evaluar el balance de beneficios y daños de las intervenciones de detección y asesoramiento conductual en entornos de Atención Primaria para reducir el consumo de alcohol en adolescentes⁹³.





Recomendaciones para profesionales

Intervenciones

Son varias las posibilidades de intervención que en un entorno promotor de salud pueden resultar eficaces; por una parte, el **consejo**, una intervención oportunista en la que se ofrece una recomendación breve sobre hábitos de vida; y por otra, la **intervención avanzada**, individual, grupal y/o comunitaria, que busca reforzar recomendaciones dirigidas a las personas a las que el consejo resulta insuficiente o precisan de una intervención más amplia para lograr cambios.

Se consensúa denominar **Consejo sobre Hábitos Saludables (CHS)** a la intervención básica que se realiza de forma breve y oportunista en el transcurso de cualquier actividad asistencial; mientras que para describir una actividad más elaborada, programada e intensiva, optamos por el término **Intervención Avanzada sobre Hábitos Saludables (IAHS)** individual, grupal y/o comunitaria.

En este capítulo describimos cada una de estas intervenciones, cómo realizar la captación de las personas, qué tipo de valoración es necesario realizar, qué modalidad es la más adecuada en función de las características y diferentes situaciones que pueden darse, y cómo registrarlas.

Es necesario señalar que las estrategias de consejo y de intervención avanzada, individual o grupal, exclusivamente, no son suficientes, ya que deben verse acompañadas de entornos y activos de la comunidad promotores de salud.

7.1. Población destinataria

Población adulta general y preferentemente que cumpla los siguientes criterios de inclusión: Personas con sobrepeso/obesidad, sedentarias y/o con factores de riesgo de

padecer enfermedades no transmisibles (dislipemia, hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo, etc.), y/o que deseen mejorar sus hábitos de vida.

7.2. Difusión y captación

Es importante la difusión de las actividades que se van a realizar en los centros de salud, en comisiones y /o mesas de barrio, redes sociales, centros educativos, asociaciones de padres y madres (AMPA), oficinas de farmacia, ONG u otras entidades ciudadanas del entorno, mediante material divulgativo u otros.

Por otra parte, es oportuno priorizar las acciones educativas entre la población de bajo nivel socioeconómico y de formación por ser dos de los principales determinantes de la salud y porque en muchas ocasiones, el colectivo con estas vulnerabilidades es el que más puede beneficiarse de las intervenciones de promoción y educación para la salud. Las intervenciones han de ser, por lo tanto, flexibles y adaptables a esta realidad, siendo importante que se realicen antes de que los hábitos de vida estén instaurados, por ejemplo, trabajando con embarazadas, lactantes, escuelas infantiles, etc.

La captación de la población destinataria se realizará por profesionales de Atención Primaria de Salud, previamente capacitados para ello, aprovechando una consulta o encuentro profesional.

Puede realizarse en un solo acto o recopilar la información en consultas sucesivas y tener en cuenta otros lugares, además del centro de salud, cuando es difícil llegar a determinadas personas que no acuden habitualmente a los centros sanitarios.

7.3. Valoración

Previamente a cada intervención, con carácter universal, se realizará una valoración de la situación de la persona en cuanto a los principales componentes de un estilo de vida saludable y su nivel respecto a los estándares recomendados para su grupo de referencia.

Para ello se propone utilizar herramientas normalizadas de valoración y cribado y se abordarán de la manera más integrada posible los factores priorizados: actividad física y sedentarismo, alimentación saludable, consumo de bebidas alcohólicas.

En función de esta valoración se determinarán las necesidades concretas del caso, estableciendo las prioridades de promoción y prevención, diseñando un plan progresivo de las intervenciones (individuales y/o grupales), y modulando su intensidad en función de las necesidades detectadas y los objetivos pactados con la persona.

La valoración deberá abordar parámetros necesarios para evaluar el nivel de riesgo, las necesidades en salud y la predisposición favorable de las personas para realizar cambios en sus estilos de vida. Estos datos básicos consisten en:

- Medidas antropométricas
- Factores de riesgo
- Hábitos de vida
- Grado de motivación al cambio

7.3.1. Medidas antropométricas

- Talla: una vez alcanzada la altura definitiva, alrededor de los 20 años, la talla se toma una sola vez y se mantiene el mismo valor para el cálculo del IMC a lo largo de la vida.
- Peso: medir periódicamente, adaptando la frecuencia al tipo de intervención realizada.
- Perímetro abdominal: medir periódicamente, al menos cada año.

7.3.2. Valoración de factores de riesgo

- Hipertensión arterial
- Tabaquismo
- Dislipemia
- Diabetes mellitus o glucemia basal alterada
- Obesidad

7.3.3. Valoración de los hábitos de vida del Módulo de Datos Básicos de Diraya. Algoritmos de valoración

Debemos conocer previamente los hábitos de vida de las personas sobre las que vamos a intervenir. En esta guía sólo se recogen los algoritmos de actividad física, alimentación y alcohol, que tal como se recoge en el apartado de metodología han sido elaborados por el equipo coordinador y autor, y por el equipo de Diraya, en sucesivas rondas de consenso y basándose en las recomendaciones de la evidencia revisada.

En la aplicación Diraya existe un nuevo Módulo de Datos Básicos que incorpora un apartado de Hábitos de Vida, para valorar los siguientes hábitos (ver cuadro 4): actividad física, dieta, consumo de alcohol, hábito tabáquico, otros hábitos protectores (bienestar emocional, sueño saludable y sexualidad responsable), y otros hábitos contrarios a la salud (drogodependencias y otras adicciones), así como aspectos relacionados con la situación laboral y el nivel educativo. La información antropométrica sobre peso, talla, IMC y perímetro abdominal se podrá recoger y visualizar a través de un enlace a la Hoja de Constantes de la misma aplicación.

Cuadro 4. Contenidos del apartado de Hábitos de Vida del Módulo de Datos Básicos de Diraya

ACTIVIDAD FÍSICA	DIETA	CONSUMO DE ALCOHOL	HÁBITO TABÁQUICO
OTROS HáBITOS PROTECTORES DE LA SALUD (bienestar emocional, sueño saludable y sexualidad responsable)		OTROS HáBITOS CONTRARIOS A LA SALUD (drogodependencias y otras adicciones)	SITUACIÓN LABORAL / NIVEL EDUCATIVO

Actividad física

Previamente a la valoración del nivel de actividad física se preguntará por la presencia de alguno de los factores de riesgo vascular¹²: hipertensión arterial, tabaquismo, dislipemia, diabetes y obesidad. Si alguno de estos factores está presente se recomienda pasar directamente al 2º nivel; en caso contrario, se propone continuar por el 1º nivel (figura 2).

1º NIVEL:

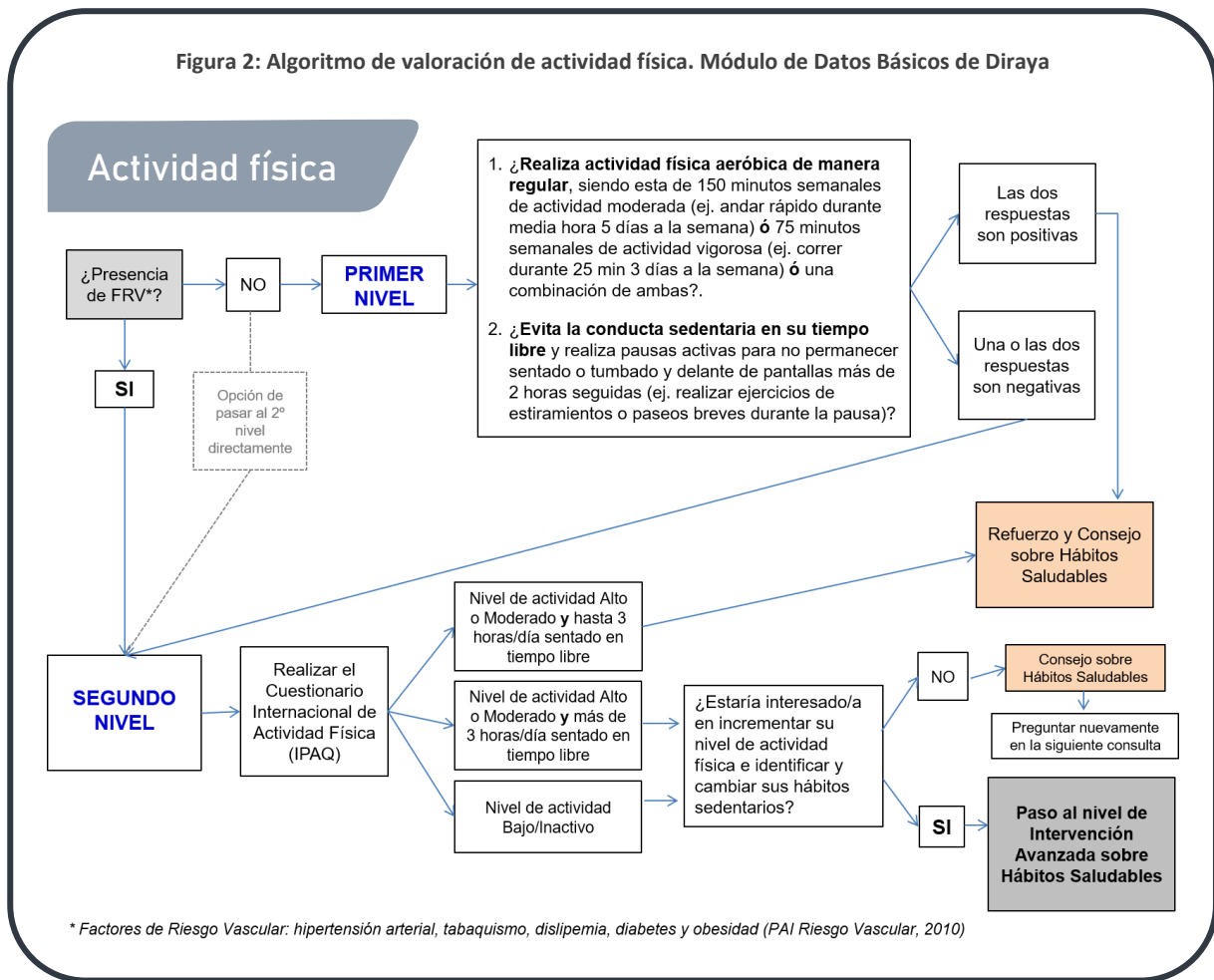
1. ¿Realiza actividad física aeróbica de manera regular, siendo esta de 150 minutos semanales de actividad moderada (ej. andar rápido durante media hora 5 días a la semana) ó 75 minutos semanales de actividad vigorosa (ej. correr durante 25 min 3 días a la semana) ó una combinación de ambas?
2. ¿Evita la conducta sedentaria en su tiempo libre y realiza pausas activas para no permanecer sentado o tumbado y delante de pantallas más de 2 horas seguidas (ej. realizar ejercicios de estiramientos o paseos breves durante la pausa)?
 - Si las dos respuestas son positivas: Refuerzo y ofrecer las recomendaciones básicas sobre hábitos saludables (Consejo sobre Hábitos Saludables).
 - Si una o las dos respuestas son negativas, pasar al 2º nivel.

2º NIVEL:

Pasar el Cuestionario Internacional de Actividad Física (ver Anexo 1). Proceder en función del nivel de actividad física obtenido en el IPAQ:

- Nivel **alto** o **moderado** y hasta 3 horas/día sentado en tiempo libre: Refuerzo y ofrecer recomendaciones básicas sobre hábitos saludables (Consejo sobre Hábitos Saludables).
- Nivel **alto** o **moderado** y más de 3 horas/día sentado en tiempo libre, así como Nivel **bajo/inactivo**: Realizar la siguiente pregunta: ¿Estaría interesado/a en incrementar su nivel de actividad física e identificar y cambiar sus hábitos sedentarios?
 - Si la respuesta es negativa, ofrecer recomendaciones básicas sobre hábitos saludables (Consejo sobre Hábitos Saludables) y preguntar nuevamente en la próxima consulta.
 - Si la respuesta es afirmativa, paso al siguiente nivel de intervención (Intervención Avanzada sobre Hábitos Saludables).

Figura 2: Algoritmo de valoración de actividad física. Módulo de Datos Básicos de Diraya



Dieta

Previamente a la valoración del patrón de dieta se preguntará por la presencia de alguno de los factores de riesgo vascular¹²: hipertensión arterial, tabaquismo, dislipemia, diabetes y obesidad. Si alguno de estos factores está presente se recomienda pasar directamente al 2º nivel; en caso contrario, se propone continuar por el 1º nivel (figura 3).

1º NIVEL:

1. ¿Consume aceite de oliva de manera regular?
2. ¿Consume frutas, verduras y hortalizas de manera regular?
3. ¿Consume platos preparados y/o repostería comercial de manera regular?
4. ¿Consume bebidas azucaradas de manera regular?
 - Si las respuestas a las preguntas 1 y 2 son positivas y las de las preguntas 3 y 4 negativas: Refuerzo y ofrecer las recomendaciones básicas sobre hábitos saludables (Consejo sobre Hábitos Saludables)
 - Si no se cumplen los criterios anteriores, pasar al 2º nivel.

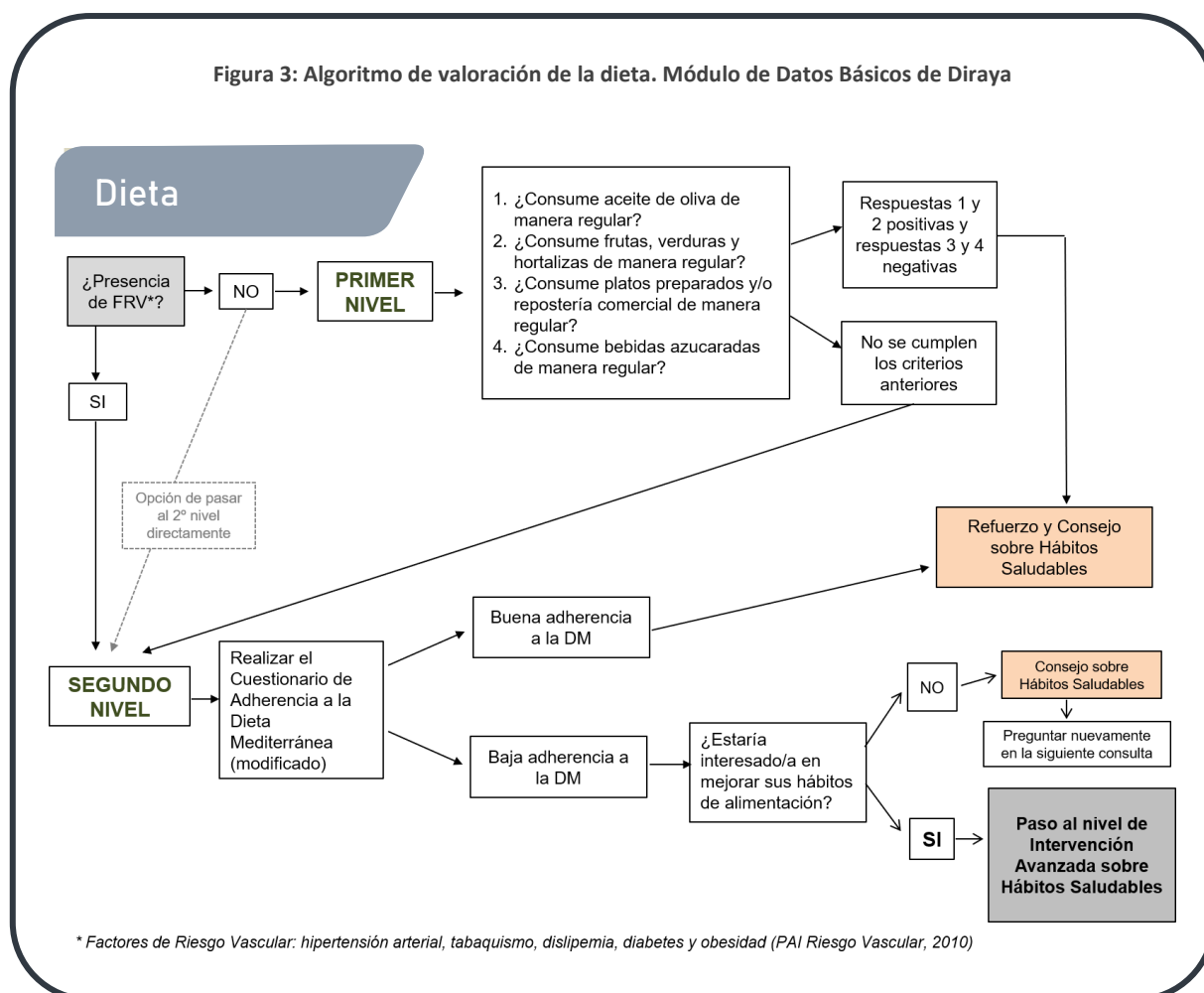
2º NIVEL:

Pasar el Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea - modificado (ver Anexo 2)

Proceder en función del nivel de adherencia alcanzado en el cuestionario:

- **Buena adherencia:** Refuerzo y ofrecer recomendaciones básicas sobre hábitos saludables (Consejo sobre Hábitos Saludables).
- **Baja adherencia:** Realizar la siguiente pregunta: ¿Estaría interesado/a en mejorar sus hábitos de alimentación?
 - Si la respuesta es negativa, ofrecer las recomendaciones básicas sobre hábitos saludables (Consejo sobre Hábitos Saludables) y preguntar nuevamente en la próxima consulta.
 - Si la respuesta es afirmativa, paso al siguiente nivel de intervención (Intervención Avanzada sobre Hábitos Saludables).

Figura 3: Algoritmo de valoración de la dieta. Módulo de Datos Básicos de Diraya



* Factores de Riesgo Vascular: hipertensión arterial, tabaquismo, dislipemia, diabetes y obesidad (PAI Riesgo Vascular, 2010)

Consumo de alcohol

Para la valoración del consumo de alcohol podremos abordarlo en dos niveles (figura 4):

1^{er} NIVEL:

Preguntar:

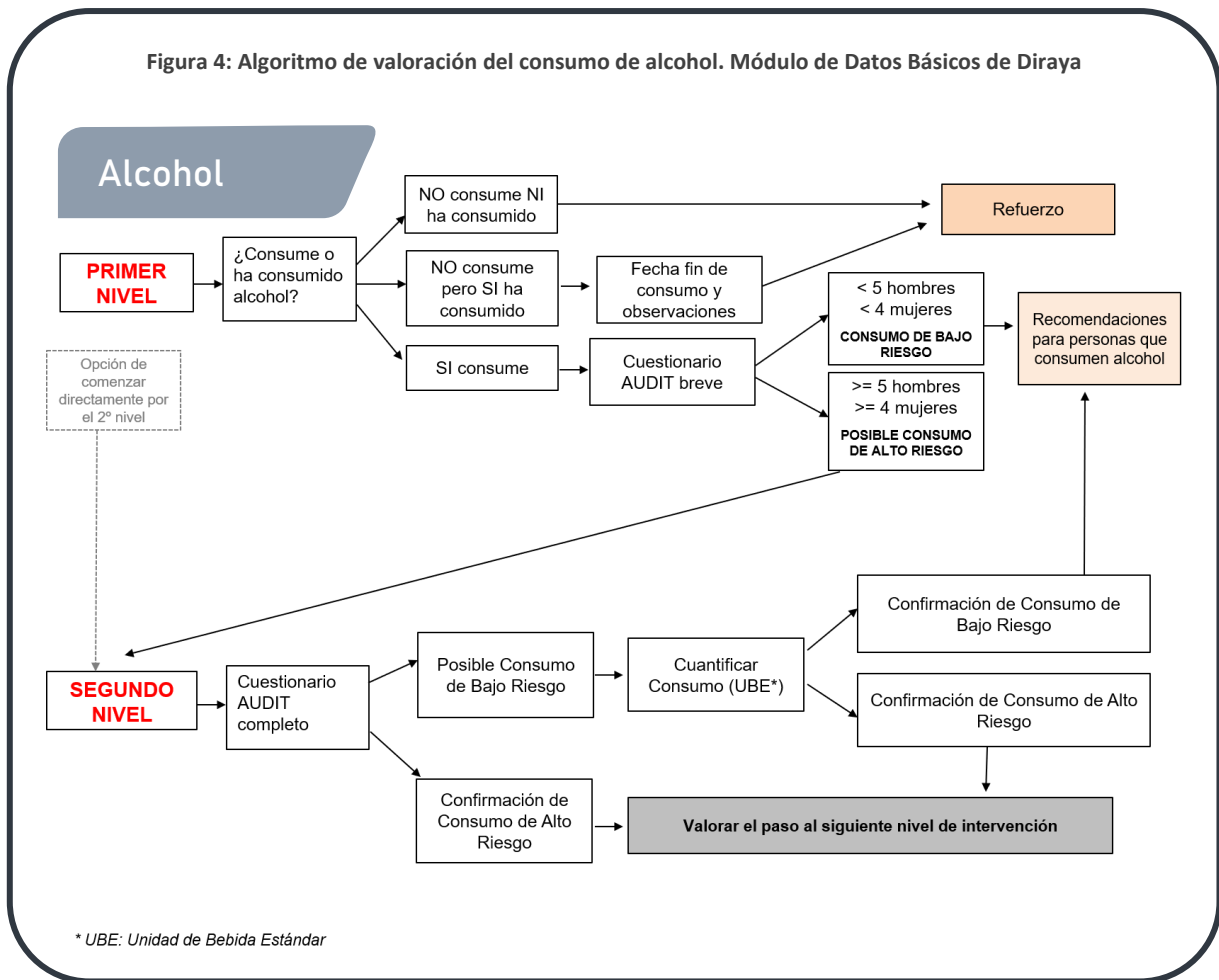
- ¿Consume o ha consumido alcohol?
 - No consume ni ha consumido: Refuerzo.
 - No consume, pero sí ha consumido: Registrar fecha de fin de consumo y anotar, si procede, las observaciones oportunas. Refuerzo.
 - Sí consume: Realizar las siguientes preguntas (AUDIT-C):
 - ¿Con cuánta frecuencia toma una bebida que contienen alcohol?
 - ¿Cuántas bebidas con alcohol toma en un día típico en que bebe?
 - ¿Con cuanta frecuencia toma seis o más bebidas con alcohol en una sola ocasión?
 - Si la puntuación resultante del AUDIT-C es menor de 5 en hombres y menor de 4 en mujeres, ofrecer las recomendaciones para personas que consumen alcohol.
 - Si la puntuación resultante del AUDIT-C es igual o mayor de 5 en hombres e igual o mayor de 4 en mujeres, pasar al 2^o nivel.

2^o NIVEL:

Pasar el Cuestionario Audit completo de 10 ítems (ver Anexo 3).

Proceder en función de la puntuación alcanzada en el cuestionario:

- Posible consumo de bajo riesgo, pasar a cuantificar el consumo por Unidades de Bebida Estándar -UBE- (ver Anexo 3).
 - Confirmación de **Consumo de Bajo Riesgo**: ofrecer las recomendaciones para personas que consumen alcohol.
 - Confirmación de **Consumo de Alto Riesgo**: valorar el paso al siguiente nivel de intervención.
- Confirmación de consumo de alto riesgo: Valorar el paso al siguiente nivel de intervención.



Fuente: Elaboración propia.

7.3.4. Valoración del grado de motivación al cambio

Para seleccionar la intervención más adecuada, es necesario valorar **el grado de motivación** o interés de la persona para cambiar los factores de riesgo (sobrepeso, sedentarismo y otros), ya que un desacuerdo entre las intervenciones terapéuticas y la fase de motivación en la que se encuentra la persona generarán resistencia al cambio²³. Conocer el grado de motivación es un factor clave de éxito de la intervención.

La motivación es un estado de disponibilidad o deseo de cambiar que puede fluctuar de un momento a otro, de una situación a otra. Un modelo útil para comprender como se produce el cambio es el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente de las etapas del cambio⁹⁴, el cual propone que aquellas personas que consiguen una mejora en sus estilos de vida pasan a través de una serie de estadios de cambio, cada uno caracterizado por un nivel de motivación diferente.

Como se aprecia en la siguiente tabla 2, según la etapa o grado de motivación en el que se encuentre la persona, los objetivos y estrategias de intervención van a ser diferentes (ver Anexo 4).

Tabla 2. Fases o estadios del cambio (Prochaska y DiClemente, 1984) tipo de intervención propuesta

FASES O ESTADIOS DEL CAMBIO		TIPO DE INTERVENCIÓN
PRECONTEMPLACIÓN	La persona no ha considerado que tenga un problema o que necesite introducir un cambio. Ejemplo de verbalizaciones: “Yo bebo cerveza sin alcohol y esa no es mala”, “Como poca grasa...”, “Es que salimos con los amigos y todos...”.	CONSEJO HáBITOS SALUDABLES Informar de los riesgos para la salud en relación con sus hábitos.
CONTEMPLACIÓN	Se da cuenta de que hay un problema y se mueve entre los motivos a favor y en contra de la conducta problema (ambivalencia), pero no se ha comprometido a cambiar. Ejemplo de verbalizaciones: “Sé que tengo que dejar de estar sentado todo el día, pero me va a costar mucho”, “Ahora.... no es un buen momento”.	CONSEJO HáBITOS SALUDABLES Ayudar para que la ambivalencia se resuelva hacia el cambio. Fomentar su autoeficacia y los beneficios del cambio.
PREPARACIÓN PARA LA ACCIÓN	La persona tiene la intención de tomar medidas para solucionar el problema. Esto requiere la aceptación (está convencida de que el cambio es bueno) y la creencia de que él o ella puede hacer cambios. Ejemplo de verbalizaciones y actividades: “He empezado a pasear alguna tarde”, “Me gustaría empezar a realizar actividad física por ejemplo la semana que viene”.	INTERVENCIÓN AVANZADA INDIVIDUAL (Entrevista Motivacional) o AVANZADA GRUPAL.
ACCIÓN	La persona está modificando el comportamiento o conducta, comienza a actuar. Ejemplo de actividades: “Aprovechando una crisis..., he empezado a caminar todas las tardes...dejado de fumar”, “Llevo una semana paseando, aunque el fin de semana no he salido”.	INTERVENCIÓN AVANZADA GRUPAL (preferiblemente) o AVANZADA INDIVIDUAL.
MANTENIMIENTO	El cambio es sostenido y nuevos comportamientos sustituyen a los de antes. El reto es mantener los cambios y prevenir recaídas. Ejemplo: “Ya llevo caminando 6 meses y estoy estupendamente; y estoy más tranquila”.	INTERVENCIÓN AVANZADA GRUPAL o INDIVIDUAL Seguimiento para reforzar y prevenir recaídas.
RECAÍDA	La persona vuelve a su comportamiento de antes. Es una etapa más dentro del proceso. Incluso es preferible un intento con recaída que ningún intento, ya que la recaída aporta una situación de aprendizaje y normalmente no se vuelve a la etapa inicial (precontemplativa). Ejemplo: “He tenido discusión en casa y no he podido aguantar..., lo llevaba muy bien, pero salí de fiesta y ...”	No culpabilizar Diferenciar desliz de recaída. Volver a valorar motivación y adecuar intervención. Entrevista motivacional.

7.4. Consejo sobre Hábitos Saludables

7.4.1. Qué es

El **Consejo sobre Hábitos Saludables** es una recomendación personalizada y breve, de 5 a 10 minutos de duración, sobre hábitos saludables relacionados con la alimentación y la actividad física, que incluye información y una propuesta motivadora de cambio, aprovechando una consulta o encuentro profesional.

Es la intervención más adecuada en caso de que la persona no se plantee un cambio (fase o estadio precontemplativo), con el objetivo de fomentar su duda o contemplar la posibilidad de querer cambiar y ayudarle así a pasar al siguiente estadio (contemplativo).

Se debe realizar en todo contacto oportunista a la población que acude a consulta de medicina y enfermería de Atención Primaria, especialmente si tiene factores de riesgo (hipertensión arterial, tabaquismo, dislipemia, diabetes y obesidad) para el desarrollo de enfermedades crónicas.

Sus características son:

- Breve: no más de 10 minutos. Aprovechando cualquier consulta.
- Personalizado: en función de la persona atendida. Ejemplo: si asiste una persona con sobrepeso que ha tenido un infarto, informar cómo afecta la obesidad a su patología. En general utilizar información que pueda aumentar su motivación a corto plazo.
- Sistematizado: en cada consulta; a excepción de la persona que se encuentra en estadio de **precontemplación** que no repetiremos hasta los 6 meses o el año.
- Firme: “Sin lugar a dudas, es lo mejor que puedes hacer”.
- Oportuno: aprovechando situaciones en el que la persona es más receptiva. Ejemplo: mujer diabética que asiste a Planificación Familiar para consultar sobre anticonceptivo.
- Motivador: no olvidemos que nuestro objetivo es ayudar a avanzar en el estadio de cambio. En este caso, si se trata de una persona que no se plantea cambiar (**precontemplativo**), nuestro objetivo será que valore la posibilidad de querer cambiar (**contemplativo**).

7.4.2. Cómo se hace

A través de preguntas sencillas y mediante una entrevista semiestructurada (ver Anexo 5) y cuestionarios, los y las profesionales, previamente capacitados para ello, podrán seguir los siguientes pasos:

- En personas que estén dispuestas a realizar cambios a corto plazo (próximos 30 días, fase de preparación), y aquellas otras según criterio del profesional (características clínicas, condiciones sociales, etc.), se ofrecerá Intervención Avanzada y determinar de forma conjunta la modalidad (individual o grupal). Cuando no sea el propio profesional quien realice la intervención avanzada, procederá a la derivación siguiendo el protocolo establecido en cada centro
- Las personas que, aun estando preparadas para cambiar sus hábitos, por diferentes razones no accedan a la intervención avanzada, serán informadas de los recursos y servicios disponibles: Salud Responde, páginas web, aplicaciones Apps, materiales de apoyo, etc. (ver Anexo 6) que les puedan ayudar a realizar los cambios deseados (consejo autoasistido). Así mismo, se le informará sobre los programas de promoción de hábitos saludables que se desarrollan en su centro de salud y de otros recursos comunitarios que pueden encontrar en su localidad (mapa de activos para la salud)¹⁴.
- Recordar las recomendaciones en las sucesivas visitas. Animar al cambio de conducta.
- Ofrecer información sobre:
 - La relación entre conducta y factores de riesgo, y los beneficios para la salud del cambio de conducta.
 - Recomendaciones sobre estilos de vida, asesorando sobre qué hacer para mejorarlos.

- Riesgos para la salud de seguir unos hábitos de vida inadecuados, informando de la posibilidad de contar con ayuda profesional para mejorar dichos hábitos.
- Se recomienda que el consejo verbal se refuerce con documentación impresa (ver Anexo 7) El material escrito describirá de una manera general las recomendaciones básicas sobre actividad física, alimentación equilibrada y sostenible y consumo de alcohol. Puede ser una estrategia útil para que el paciente aprenda y asimile las recomendaciones el invitarlo para que a su criterio valore cuáles de ellas considera importantes. Sería recomendable que el material para entregar estuviera accesible desde la aplicación informática, que fuera editable y se pudiera imprimir directamente en consulta.
- En personas que ya cumplen con las recomendaciones, felicitar su comportamiento y animar a mantenerlo.

7.5. Intervención Avanzada sobre Hábitos Saludables

7.5.1. Qué es

La **Intervención Avanzada sobre Hábitos Saludables** es una estrategia asistencial, dirigida a provocar en las personas un cambio de determinados comportamientos, reforzando recomendaciones dirigidas a las personas a las que el Consejo resulta insuficiente o precisan una intervención más amplia. En general, consiste en llevar a cabo un tratamiento global que se desarrolla durante varias visitas durante un largo periodo de tiempo, y que puede ser realizado por más de un profesional de salud.

Es adecuada para cualquier persona dispuesta a realizar un intento serio y supervisado sanitariamente para cambiar de hábitos relacionados con la alimentación y la actividad física y está destinada a personas con un nivel de motivación suficiente o lo que llamamos en Fase de Preparación según el modelo motivacional de Prochaska y DiClemente⁹⁴. Este nivel combina tratamiento psicológico individual y grupal (abordaje cognitivo-conductual), y se diferencia del Consejo en cuanto al tiempo empleado (inferior a 10 minutos para el Consejo y superior a 30 minutos para la Intervención Avanzada) y el número de sesiones.

Consta de una serie de visitas programadas, con una duración de entre 15 y 90 minutos por visita y una periodicidad de éstas ajustada al proceso de cambio de las personas y a la modalidad de intervención acordada.

La Intervención Avanzada adopta un variado planteamiento metodológico, individual, grupal o comunitario, apostando por la complementariedad de los mismos y por las ventajas de estas estrategias educativas. Así, además de asegurar la adecuación del proceso a las características y necesidades individuales a través de los contactos personalizados, se cuenta con las ventajas de las dinámicas grupales, que posibilitan y facilitan, entre otras cosas, aumentar la motivación, la autoestima, la seguridad, voluntad, fortaleza, la autorresponsabilidad, enseñar a pensar activamente, tomar conciencia ante determinadas situaciones o crear una actitud positiva ante las situaciones adversas.

En este proceso es necesario tener una visión global que tenga en cuenta no solamente la transmisión de conocimientos, sino también la adquisición de habilidades, destrezas y actitudes precisas para adquirir y mantener unas conductas que den lugar a un estilo de vida saludable.

Se trata de acercar prácticas de alimentación y actividad física adecuadas a las características de las personas y, además, comprender sus posibilidades reales y las condiciones bajo las que se pueden poner en práctica.

La modalidad de Intervención Avanzada (individual, grupal o comunitaria) se determinará por parte de profesionales de la salud en función de las necesidades de la persona que está participando en el programa.

Por consenso se acuerda llamar **sesiones** a las intervenciones avanzadas grupales, y **visitas** a las intervenciones avanzadas individuales.

7.5.2. Cómo se hace

Estas intervenciones deben realizarse por profesionales de salud (personal médico, de enfermería, odontología, matronas, fisioterapeutas, etc.) capacitados para ello.

Previa a la incorporación de una persona en un programa de intervención avanzada individual y/o grupal pueden tenerse en cuenta una serie de premisas:

- Asegurarse que el paciente tiene una concepción clara de los motivos, las características y los beneficios de los cambios de conducta, además que dispone de los recursos necesarios personales y del entorno para llevarlos a cabo.
- Explorar que dichos cambios de conducta sean aceptados y asumidos por la persona porque percibe la necesidad de ello, no entran en contradicción con sus creencias y valores, y además se siente capaz de cambiar. Nadie inicia un cambio si no sabe que obtendrá beneficios a cambio del esfuerzo y cree que puede realizarlo (autoeficacia percibida).
- Detectar la oportunidad, es decir, que la persona esté en un momento idóneo, y está predispuesto a cambiar (por ejemplo, tras una enfermedad propia o de alguna persona próxima) o al contrario, reconocer que posiblemente no sea el momento más idóneo para que el paciente se embarque en una modificación de su forma de vida, cuyo abandono generaría frustración.
- Proponer los cambios en función a los factores de riesgo prioritarios, ya que serán más aceptados por las personas, al implicar más directamente a su salud y percibirlos más próximos y necesarios.
- Contar con el apoyo del resto del equipo para que la implicación conjunta sea más intensa y más mantenida en el tiempo al concertar las visitas de seguimiento y derivaciones de forma coordinada.
- Si en el transcurso de las visitas de seguimiento se considera oportuno, podrá derivarse a la actividad grupal con el objetivo fundamental de refuerzo motivacional.
- Explorar la pertinencia de aplicar técnicas de Entrevista Motivacional (Miller, Rollnick. 2015)³⁷.
- La frecuencia de las sesiones grupales se programará con una periodicidad semanal durante 6 semanas, luego se plantearán otras a los 2, 6 y 12 meses, con independencia de que se programen más intervenciones de seguimiento. La periodicidad para las visitas individuales será de entre una y dos semanas, aconsejando no superar los 15 días.
- Los contenidos de las sesiones grupales y de las visitas individuales son comunes, planteándose los mismos objetivos; véase en el tabla 3 la programación de las cinco intervenciones, ya sean individuales o grupales.
- El desarrollo de las visitas y sesiones se abordará en los siguientes subapartados.

Tabla 3. Objetivos comunes y contenidos de las sesiones grupales y visitas individuales

SESIÓN O VISITA	OBJETIVOS COMUNES	CONTENIDOS A ABORDAR
Sesión o visita 1 Conceptos clave. Dieta mediterránea	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer la importancia del sedentarismo, sobrepeso y la obesidad y su relación con la salud. • Facilitar a la persona a marcar sus objetivos para cambiar sus hábitos de vida no saludables 	<ul style="list-style-type: none"> • Concepto de índice de masa corporal (IMC) y perímetro abdominal (PA) y su relación con la salud • Desmitificar dietas milagrosas • Dieta mediterránea. • Riesgo del sedentarismo. • Consumo de alcohol, bebidas energéticas y riesgos para la salud.
Sesión o visita 2 Nutrientes y alimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer los grupos de alimentos, la pirámide y la diferencia entre nutrientes y alimentos. • Saber aplicar en el menú diario la frecuencia y distribución del consumo recomendado de los alimentos • Facilitar la adquisición del compromiso de la persona para que pongan en práctica las recomendaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diferencia entre nutrientes y alimentos. • Distribución y funciones de los nutrientes. • Grupos de alimentos, distribución de la ingesta a lo largo del día por raciones y frecuencia semanal. • Uso de “medidas caseras” para medir los alimentos. • Pirámide de alimentos • Método del plato.
Sesión o visita 3 Cesta de la compra y cocina saludable	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer los pasos para realizar la compra y elaboración de alimentos saludables • Aprender a interpretar la información nutricional y etiquetado de alimentos procesados. • Facilitar el registro de cambios de hábitos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación en el etiquetado de alimentos ricos en azúcares, sal y grasas saturadas. • Elaboración y conservación de los alimentos de forma saludable. • Recursos para elaborar una alimentación adecuada según las características de cada persona y su entorno familiar y social.
Sesión o visita 4 Actividad física	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer los beneficios de la actividad física para la salud. • Identificar los problemas de salud relacionados con el sedentarismo. • Capacitar para elaborar un plan de actividad física. 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de salud relacionados con el sedentarismo. • Beneficios de la actividad física para la salud. • Recursos para mejorar la actividad física según las características de las personas y los activos comunitarios. • Conocimientos para elaborar un plan de actividad física. • Ejercicios de estiramiento.
Sesión o visita 5 Emociones y refuerzo	<ul style="list-style-type: none"> • Comprender el proceso de cambio de comportamiento y su importancia. • Construir la motivación para el cambio de comportamiento. • Conocer técnicas de control de la ansiedad y el estrés. • Prevenir recaídas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rueda de cambio y estadios. Prevención de recaídas, haciendo hincapié en los factores facilitadores. • Trasgresiones programadas. Diferencia entre recaídas y trasgresión. • Técnicas de relajación.

7.5.2.1. Consulta individual de valoración inicial

Esta primera consulta será común para las personas que se incluyan en el programa, ya sea de forma individual o grupal:

- Valoración somatométrica: peso, talla, índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal (PA).
- Revisar problemas de salud, en especial los relacionados con las conductas saludables.
- Valoración nutricional: ingesta de últimas 24 horas, ingesta por grupos de alimentos, comidas fuera de casa, gustos y preferencias.
- Valoración actividad física: actividad física diaria, tipo de ejercicio extra, limitaciones para hacer ejercicio, conductas sedentarias, etc.
- Elaboración de plan de cuidados de enfermería, siempre consensuados con el paciente: diagnósticos de enfermería (NANDA) objetivos (NOC) e intervenciones (NIC) (ver Anexo 8).
- Registro de los diagnósticos (según códigos CIE 10) en Lista de Problemas (ver Anexo 9).
- Administrar los cuestionarios sobre ejercicio físico, alimentación y consumo de alcohol, en caso de no haberlo realizado con anterioridad:
 - Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ-SF) (ver Anexo 1)
 - Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea (ver Anexo 2)
 - Cuestionario AUDIT de consumo de alcohol y cálculo de UBEs (ver Anexo 3)
- Valorar motivación y estadio de cambio (ver Anexo 4).
- Explicar la programación de las citas, duración, objetivo, metodología, etc.
- Informar sobre la relevancia de realizar las tareas y objetivos que se vayan programando.
- Informar de los temas a tratar en la próxima visita o sesión. Nunca despedirse sin antes reforzar y motivar e invitar explícitamente a la siguiente consulta.

7.5.2.2. Intervención avanzada individual

Es una intervención estructurada, diseñada y adaptada a cada persona, que precisa más tiempo y recursos que el consejo. Para ello se programan diferentes visitas y seguimiento con el fin de conseguir cambios de estilos de vida.

Las intervenciones deben incorporar recomendaciones sobre hábitos saludables individualizadas y personalizadas, escritas, pactadas y planificadas con la persona (se denomina «prescripción escrita»).

Estas recomendaciones o prescripciones individualizadas deben ser negociadas con el paciente por lo que no serían factibles dentro de un consejo breve, y por tanto deberían programarse en visitas de intervención avanzada individual, o como complementarias a las intervenciones programadas grupales.

Para el abordaje individual se utilizan aquellos modelos psicológicos y las recomendaciones terapéuticas que pueden intervenir en los factores predictores de buen pronóstico: el consejo basado en las 5 Aes de la *US Preventive Task Force* (USPTF), la entrevista motivacional de Rollnick y Miller, los procesos de cambio de Prochaska y DiClemente, la reestructuración cognitiva de

Beck y Ellis, y la prevención de recaídas de Marlatt sustentan la mayor parte del abordaje psicológico de la misma.

Estas intervenciones individuales se pueden consensuar las citas, aunque se recomienda que se establezca periodicidad como mínimo de una semana y no más de 15 días entre las visitas.

En las tablas 4 a 8 se describen la estructura y componentes de cada visita individual.

Tabla 4. Estructura y componentes de la visita individual 1. Conceptos claves. Dieta mediterránea

VISITA INDIVIDUAL 1. CONCEPTOS CLAVES. DIETA MEDITERRÁNEA	
Visita individual 1	1. Duración 20 minutos.
	2. Objetivos de la visita <ul style="list-style-type: none">• Conocer la importancia del sedentarismo, sobrepeso y la obesidad y su relación con la salud.• Definir las características de la dieta mediterránea.• Informar sobre la relación entre el consumo de alcohol y la salud.
	3. Materiales Listado de autorregistro de medidas somatométricas; listado de motivación para modificación hábitos; si consume alcohol se propondrá autorregistro del consumo.
	4. Desarrollo central de la visita <ul style="list-style-type: none">• Valoración somatométrica (IMC, PA, TA).• Contenidos:<ul style="list-style-type: none">○ Concepto de IMC y PA, y su relación con el RCV○ Conceptos clave de la dieta mediterránea: La Dieta Mediterránea es una valiosa herencia cultural que representa mucho más que una simple pauta nutricional, rica y saludable. Es un estilo de vida equilibrado que recoge recetas, formas de cocinar, celebraciones, costumbres, productos típicos y actividades humanas diversas. Entre las muchas propiedades beneficiosas para la salud de este patrón alimentario se puede destacar el tipo de grasa que lo caracteriza (aceite de oliva, pescado y frutos secos), las proporciones en los nutrientes principales que guardan sus recetas (cereales y vegetales como base de los platos y carnes o similares como “guarnición”) y la riqueza en micronutrientes que contiene, fruto de la utilización de verduras de temporada, hierbas aromáticas y condimentos. Distingue entre la alimentación diaria, y la de festividades. Así lo reconoció y celebró la UNESCO inscribiendo la Dieta Mediterránea como uno de los elementos de la Lista Representativa del Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad○ La alimentación saludable que nos proporciona la Dieta Mediterránea es perfectamente compatible con el placer de degustar sabrosos, equilibrados y saludables platos.○ Se hará especial hincapié en que se debe beber agua, limitando el consumo de bebidas azucaradas (zumos envasados, refrescos y bebidas energéticas; estas últimas además contienen sustancias que pueden alterar el ritmo cardíaco). Se recomendará no consumir alcohol dentro de una alimentación saludable.• Entregar material escrito con recomendaciones (Anexo 7), y si es oportuno acceso a páginas web, por ejemplo:<ul style="list-style-type: none">○ Fundación Dieta Mediterránea que elabora menús semanales en función de la época del año (https://dietamediterranea.com/).○ “Cocina Andaluza-Dieta Mediterránea” http://www.juntadeandalucia.es/salud/absys/documento/cocina_andaluza.pdf○ “Hora de comer” https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/salud-vida/adulta/paginas/hora-comer.html
	5. Cierre Informar sobre el material que se entrega y la importancia de realizar las tareas/actividades. Informar de los temas a tratar en la próxima visita. Nunca despedirse sin antes reforzar y motivar e invitar explícitamente a la siguiente consulta una semana aproximadamente.
	6. Orientaciones para profesionales Aplicar técnicas de entrevista motivacional según estadio de cambio (Anexo 4) o entrevista semiestructurada (Anexo 5).

Tabla 5. Estructura y componentes de la visita individual 2. Nutrientes y alimentos

VISITA INDIVIDUAL 2. NUTRIENTES Y ALIMENTOS	
Visita individual 2	1. Duración 20 minutos
	2. Objetivos de la visita <ul style="list-style-type: none">• Conocer los grupos de alimentos, la pirámide y la diferencia entre nutrientes y alimentos.• Saber aplicar en el menú diario la frecuencia y distribución del consumo recomendado de los alimentos
	3. Materiales Listado de objetivos y conductas para modificar, que son tareas o metas a corto plazo propuestas por la persona que van a mejorar su estilo de vida; deben ser sean fáciles, alcanzables y motivadores. Al final del día los revisará si los ha cumplido, monitorizando así sus progresos.
	4. Desarrollo central de la visita <ul style="list-style-type: none">• Valoración somatométrica (IMC, PA, TA).• Se comienza con una evaluación de conocimientos y grado de cumplimiento de los compromisos que se acordó en la pasada visita, repasando las anotaciones que traerá registradas y comentando las motivaciones (explicándoles que éste es un recurso adecuado para prevenir recaídas).• Se aclaran dudas y se valoran los factores que han ayudado o posibilitado (o impedido en su caso) la consecución de los compromisos.• Contenidos:<ul style="list-style-type: none">○ Utilización de medidas “caseras” para medir los alimentos.○ Recursos para elaborar una alimentación adecuada según las características de cada persona y su entorno familiar y social.○ Pirámide de los alimentos.○ Método del plato saludable.○ La prescripción calórica se realizará de forma individual. Se puede iniciar, siempre que el paciente se sienta capaz, con una dieta de 1500 kcal/día que progresivamente se podrá reducir a 1000 kcal/día, si el caso lo requiere. Las necesidades calóricas varían mucho entre las personas y según el momento de evolución. Un rango normal de pérdida de peso puede ser de 250-500 gramos/semana. Hay que establecer una alianza con el paciente asegurándole que sólo se trata de obtener una nutrición adecuada y equilibrada, acercándonos poco a poco a un IMC saludable.○ Los hidratos de carbono aportarán el 55-60% de las calorías totales, las proteínas el 15% y las grasas menos del 30%.○ Es el paciente el que tiene la responsabilidad de alimentarse para mejorar su salud.• Informar sobre el material que se entrega y la importancia de realizar las tareas/actividades.• Entregar documentación: Pacto objetivos y tareas para casa (listado de objetivos, listado de motivaciones para el cambio, listado de factores favorecedores o limitadores...)
	5. Cierre Informar de los temas a tratar en la próxima visita. Nunca despedirse sin antes reforzar y motivar e invitar explícitamente a la siguiente consulta.
	6. Orientaciones para profesionales Aplicar técnicas de entrevista motivacional según estadio de cambio (Anexo 4) o entrevista semiestructurada (Anexo 5).

Tabla 6. Estructura y componentes de la visita individual 3. Cesta de la compra y cocina saludable

VISITA INDIVIDUAL 3. CESTA DE LA COMPRA Y COCINA SALUDABLE	
Visita individual 3	<p>1. Duración 20 minutos</p> <p>2. Objetivos de la visita</p> <ul style="list-style-type: none">• Conocer los pasos para realizar la compra y elaboración de alimentos saludable• Aprender a interpretar la información nutricional y etiquetado de alimentos procesados. <p>3. Materiales Hoja para monitorizar y anotar al día todas las comidas que ha hecho y clasificarlas según el grupo de alimentos al que pertenecen. También contará el número de veces que come de cada grupo de alimento diariamente y durante la semana.</p> <p>4. Desarrollo central de la visita</p> <ul style="list-style-type: none">• Valoración somatométrica (IMC, PA, TA).• Cumplimiento de objetivos y tareas. Resolución de dudas.• Evaluación de conocimientos y grado de cumplimiento de los compromisos que se acordaron en la pasada visita. Se aclaran dudas y se valoran los factores que han ayudado o posibilitado (o impedido en su caso) la consecución de los compromisos.• Contenidos:<ul style="list-style-type: none">○ Para la compra se recomienda: Hacer la lista de la compra a medida que se acaben los productos en casa. Ir a comprar sin hambre. Llevar gafas (o una lupa) para poder leer bien los ingredientes. Comprar sólo lo que pueda almacenar, según la capacidad del frigorífico y la de la despensa en función de lo que se vaya a consumir. Comprar en primer lugar productos no refrigerados. Leer y analizar críticamente el listado de los ingredientes. Hacer la “foto del carro” asegurándose de que tiene muchos productos frescos y pocos productos elaborados industrialmente.○ Para la preparación de los alimentos se aconseja utilizar las formas de preparación que aporten menos grasa: cocido, escalfado, al vapor, asados (horno, microondas) o plancha. Limitar las frituras, empanados y rebozados. Rehogar y preparar los guisos con muy poco aceite de oliva.○ Utilizar condimentos acalóricos como el perejil, ajo, nuez moscada, pimienta, mostaza, albahaca, etc., evitando las pastillas de caldo y las sopas o salsas preparadas.○ Limitar las cantidades de aceite, sal y azúcar.○ Procurar utilizar aceite de oliva virgen tanto para cocinar como para ensaladas.○ Informar que muchos minerales y vitaminas se pierden al cocinarse por las características del método empleado (las hidrosolubles son las B y la C). Es importante no exceder el tiempo de cocción y utilizar poca agua al cocinar. Colocando el alimento cuando el agua ya está a punto de ebullición, ya que el remojo hace que pierda nutrientes. Para preparar los vegetales es importante lavarlos antes de cortarlos (no después), cortarlos en trozos grandes y cocinarlos preferiblemente con piel. Para la preparación de los alimentos de origen animal se informará que los lácteos no requieren cocción ya que el proceso industrial los deja libre de bacterias perjudiciales. Los huevos pueden ser cocidos (no pierde), escalfados, salteado o a la plancha. Para las carnes y pescados es preferible el horneado, asado o a la plancha, pues el hervido provoca la pérdida de potasio, ácido fólico, minerales y vitaminas que son solubles en agua○ Para la conservación de los alimentos se informa que hay sistemas como pasteurización para productos como la leche, los zumos de fruta, la cerveza, etc., que, por regla general, es el más conveniente, ya que expone al alimento a altas temperaturas durante un período breve. La leche pasteurizada dura 5 días y hay que mantenerla en frío. La ultrapasteurización (UHT) permite que la dure 180 días en envase estéril y no precisa frío hasta que se abre.

- Para los congelados se preferirá los ultracongelados observando que las bolsas y paquetes deben estar íntegros y sin escarcha. Al llegar a casa guárdelos rápido en el congelador. Recuerde, si se han descongelado, cocínelos antes de volverlos a congelar. Un alimento descongelado, jamás debe volver a congelarse.
- Para los enlatados se evitarán las latas oxidadas y abombadas, y aquellas conservas que al abrirlas tiene en la superficie un líquido turbio o una ligera espuma. Esto puede deberse a que esté alterado por la presencia de bacterias o porque el producto está acidificado.
- Para el etiquetado se informará que lo que viene en la cara principal del paquete es propaganda, no es información nutricional. No hay marcas buenas y malas, hay productos con buena o mala composición. El requisito exigido por la legislación española y europea son los ingredientes o composición que aparecen por orden decreciente según su peso. La información nutricional no es fácil de entender, por lo que habrá que familiarizarse con ella. Debe aportar información de grasas, hidratos de carbono proteínas, sal, fibra, etc.; debemos observar los tipos de grasas considerando las mejores las de aceite de oliva virgen o virgen extra, de calidad aceptable las de girasol alto oleico, maíz, soja, girasol; se considerarán dañinas las de aceite de coco, palma y palmiste (se suelen etiquetar como “aceites vegetales”, por lo que habrá que evitarlas así como las anunciadas como grasas trans o hidrogenadas) y grasas de origen animal. Con respecto a los hidratos de carbono observar la proporción de azúcares que son peor tolerados por el organismo.
- Entregar documentación resumen de los contenidos.
- Pacto objetivos y tareas para casa (seguir registrando el cumplimiento de objetivos, elaborando la lista de motivaciones para el cambio, y añadir el registro de comidas semanal con especial énfasis en que hay que comer “de todo un poco y de nada mucho”).

5. Cierre

Informar de los temas a tratar en la próxima visita. Nunca despedirse sin antes reforzar y motivar e invitar explícitamente a la siguiente consulta.

6. Orientaciones para profesionales

Aplicar técnicas de entrevista motivacional según estadio de cambio (Anexo 4) o entrevista semiestructurada (Anexo 5).

Tabla 7. Estructura y componentes de la visita individual 4. Actividad física

VISITA INDIVIDUAL 4. ACTIVIDAD FÍSICA	
Visita individual 4	<p>1. Duración 20 minutos</p> <p>2. Objetivos de la visita</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer los beneficios de la actividad física para la salud. • Identificar los problemas de salud relacionados con el sedentarismo. • Capacitar para elaborar un plan de actividad física. <p>3. Materiales Registro de la actividad física diaria con objeto de que tomen conciencia de cuánto tiempo pasa sentado y cuánto en movimiento.</p> <p>4. Desarrollo central de la visita</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración somatométrica (IMC, PA, TA). • Cumplimiento de objetivos y tareas. Resolución de dudas. • Evaluación de conocimientos y grado de cumplimiento de los compromisos que se acordaron en la pasada visita. Se aclaran dudas y se valoran los factores que han ayudado o posibilitado (o impedido en su caso) la consecución de los compromisos. • Contenidos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Conductas sedentarias y cómo modificarlas según las características de las personas. Motivación para mantener un nivel adecuado de actividad física y disminuir las conductas sedentarias (animar a incluir en el listado de motivaciones algunas relacionadas con la práctica del ejercicio físico). ○ Importancia del ejercicio físico (EF) así como los beneficios que puede llegar a aportar, haciéndose hincapié en que éste: ayuda a aumentar el bienestar personal, mejorando a su vez la imagen corporal. Intensifica la autoestima del mismo modo que reduce la ansiedad y el estrés, llevando consigo la presencia de un “buen humor”. Practicado con regularidad, ayuda al individuo a enfrentarse a situaciones adversas. Permite controlar el peso corporal. Contribuye al desarrollo de una mayor flexibilidad. Disminuye la frecuencia cardiaca, el riesgo de cardiopatías coronarias y en determinadas circunstancias también la hipertensión, mejorando además la función pulmonar y el tránsito intestinal. Permite fortalecer los huesos y reducir la incidencia de osteoporosis. ○ Aportar una serie de pautas, como andar al menos 30 o 45 minutos al día (o realizar otro ejercicio aeróbico con una intensidad moderada), progresando de forma continua hasta alcanzar los 80 minutos diarios. Controlar la frecuencia cardiaca, intentando que ésta no supere el 80% de la frecuencia cardiaca máxima (220 – edad). Para ello se enseña cómo tomar el pulso. Posibilidad de utilizar instrumentos como son el podómetro (para las personas que caminen) o pulsómetros (para las personas que practican footing, ciclismo, u otros deportes) con el fin de controlar y avanzar de una manera progresiva. Aplicar el “talk test”. ○ Ofrecer recomendaciones generales para la práctica deportiva con el fin de que todo este proceso resulte más efectivo, así, entre otros aspectos, se aconseja vestir de modo confortable con ropa y zapatillas deportivas que sujeten bien el pie, hacer un calentamiento de 10 minutos antes de comenzar y al terminar, caminar con ritmo regular lo más rápido que se pueda, medir/controlar la frecuencia cardiaca, hacer ejercicios de estiramiento para los músculos (entregar tabla de ejercicios por escrito o enlaces a webs), evitar comidas copiosas, no fumar, no realizar ejercicio físico intenso inusual, abstenerse de consumir bebidas alcohólicas o estimulantes farmacológicos antes de realizar el ejercicio. • Valorar prescripción de ejercicio físico; para ello deberá tener en cuenta previamente los niveles de actividad y de forma física, así como el estadio motivacional. La prescripción será más efectiva si se entrega por escrito, facilitando el aprovechamiento del tiempo libre, informando los beneficios esperables en salud y acordando citas de seguimiento⁹⁵.

- Aportar información sobre los recursos locales que posibiliten realizar ejercicio físico o actividades deportivas, y se observará la posibilidad de contactar con las diferentes instituciones responsables de dichos recursos, para así favorecer la accesibilidad a los mismos.
- Se podrá valorar la creación de un grupo dinamizador entre los participantes en el programa (bien individual o grupal) que incorporen actividades como “Por un millón de pasos” o “Rutas saludables”, y se le animará a integrarse en él según disponibilidad y preferencias.

5. Cierre

Informar de los temas a tratar en la próxima visita. Nunca despedirse sin antes reforzar y motivar e invitar explícitamente a la siguiente consulta. Entregar tarea para casa: registro de actividad física.

6. Orientaciones para profesionales

Aplicar técnicas de entrevista motivacional según estadio de cambio (Anexo 4) o entrevista semiestructurada (Anexo 5).

Tabla 8. Estructura y componentes de la visita individual 5. Emociones y refuerzo

VISITA INDIVIDUAL 5. EMOCIONES Y REFUERZO

Visita individual 5

1. Duración

20 minutos, es posible que esta sesión se tenga que subdividir en dos de igual duración.

2. Objetivos de la visita

- Conocer técnicas de control de ansiedad y estrés
- Comprender el proceso de cambio de comportamiento y su importancia.
- Construir la motivación para el cambio de comportamiento.
- Prevenir recaídas

3. Materiales

Hoja de registro de Identificación y control de las situaciones de estrés. Registro de pensamientos restrictivos y negativos.

4. Desarrollo central de la visita

- Valoración somatométrica (IMC, PA, TA).
- Cumplimiento de objetivos y tareas. Resolución de dudas.
- Evaluación de conocimientos y grado de cumplimiento de los compromisos que se acordó en la pasada visita. Se aclaran dudas y se valoran los factores que han ayudado o posibilitado (o impedido en su caso) la consecución de los compromisos.
- Contenidos:
 - Informar sobre técnicas de relajación y manejo del estrés, diferencias entre el estrés positivo y negativo. Ofrecer recursos comunitarios, páginas webs, y documentación por escrito sobre técnicas que contribuyan a minimizar el estrés.
 - Etapas del cambio de comportamiento, recaídas.
 - Analizar y compartir experiencias sobre transgresiones dietéticas y desensibilización de los caprichos, factores favorecedores y limitaciones.
 - Valoración del aprendizaje en lo referente al ejercicio físico y alimentación aclarando dudas y revisándose el grado de cumplimiento de los objetivos marcados individualmente, así como los factores que han ayudado en la consecución de los mismos y las dificultades encontradas.
 - Explicar la rueda de cambio, y los diferentes estadios.
 - Explicar y compartir cómo planificar trasgresiones programadas, y la diferencia entre una recaída y una transgresión. Hacer propuestas de situaciones de riesgo y sugerir al paciente que nos cuente “que haría si...”. Insistir en factores favorecedores para el cambio de estilos de vida.
 - Ayudar a analizar los sentimientos de culpa, frustración, tristeza, pérdida de confianza en la capacidad de uno mismo... que favorecen la baja autoestima y la autoevaluación negativa. Debe potenciarse la autoeficacia percibida, la confianza en uno mismo, crear el sentimiento de “yo sí puedo”, y para ello, puede hacerse hincapié en aquellos objetivos (compromisos) que cada persona ha ido consiguiendo en las últimas semanas.
 - Estimular la reflexión sobre las conductas y actitudes y su repercusión en los demás y en la propia salud. Potenciar la espontaneidad y hablar de emociones.
 - Fomentar unas reglas y creencias propias más flexibles. Evitar las manipulaciones y mentiras inútiles como modo de relación. Evitar las posturas del «todo o nada».
 - Fomentar los balances (cosas positivas conseguidas y cosas negativas que todavía persisten).
 - Fomentar el abandono del papel de enfermos y asumir las responsabilidades propias.

- Explicar que pueden aparecer manifestaciones de ansiedad durante todo el proceso, por ello es conveniente iniciar al paciente en alguna técnica para el control de la ansiedad. Para ello se practicarán ejercicios de respiración diafragmática e imaginación guiada y de relajación muscular progresiva.

5. Cierre

Reforzar y motivar e invitar explícitamente a la siguiente consulta en el transcurso de 2 meses. Animar a seguir realizando el registro de tareas que deberá aportar en la visita de seguimiento.

6. Orientaciones para profesionales

Aplicar técnicas de entrevista motivacional según estadio de cambio (Anexo 4) o entrevista semiestructurada (Anexo 5).

7.5.2.3. Intervención avanzada grupal

Son aquellas intervenciones dirigidas a grupos de personas seleccionadas para que la interacción mutua refuerce y mantenga los cambios. Se organizan en base a cierta homogeneidad respecto a nivel sociocultural, estadio de cambio, edad, etc.; para fomentar la interacción, el refuerzo positivo y el compromiso entre las personas participantes. Dentro de la intervención grupal se incluyen las intervenciones individualizadas de valoración inicial y las consultas de seguimiento.

Si se opta por la metodología grupal, es preciso tener en cuenta que los grupos muy reducidos o muy amplios resultan poco operativos; en el primer caso porque se pierde la interacción e intercambio, y en el segundo, porque se pierde la identidad de grupo e impide la individualización o personalización de la educación sanitaria dentro de la educación grupal.

Uno de los factores que condiciona en mayor medida la personalización dentro de la educación grupal es precisamente el tamaño del grupo, que ha de ser lo suficientemente accesible al profesional, para facilitar el seguimiento continuo y personal que se debe establecer con cada una de las personas que forman el grupo. En este sentido, resulta interesante el trabajo en equipo, contando con el apoyo de otro compañero o compañera.

En el cuadro 5 siguiente se resaltan algunas características generales que han de tenerse en cuenta a la hora de organizar un grupo.

Cuadro 5. Características generales que han de tenerse en cuenta a la hora de organizar un grupo

- De 10 a 12 personas por grupo, no sobrepasando las 15 personas.
- Grupos homogéneos en la medida que sea posible (selección previa de participantes, según intereses o características comunes).
- Importancia de la sala: amplia, buena luz, cómoda y con ventilación
- Grupo preferiblemente sentado en círculo (sala con posibilidad de mover el mobiliario para hacer subgrupos, realizar las dinámicas grupales, etc.).
- Duración de 60 minutos por sesión grupal, con un máximo de 90 min y una frecuencia semanal.
- En cuanto al número de sesiones, no menos de 4 sesiones y un máximo de 6.
- Preparar materiales didácticos que faciliten la participación (adaptados a las características del grupo, pero intentando mantener la estandarización de contenidos y metodologías).
- Entrega de documentación tras cada sesión (resumen/recordatorio), explicándola con antelación.

En las tablas 9 a 13 se describen la estructura y componentes de cada sesión grupal.

Tabla 9. Estructura y componentes de la sesión grupal 1. Conceptos clave. Dieta mediterránea

Sesión grupal 1. Conceptos clave. Dieta mediterránea

Sesión grupal 1

1. Descripción

En esta sesión se hará la presentación del taller grupal y de las personas participantes. En ella deben quedar claros los objetivos y los compromisos del grupo. También se introducirán los primeros conceptos básicos.

2. Duración

Aunque las sesiones tienen una duración de 60'/70', esta primera puede alargarse un poco más.

3. Objetivos de la sesión

- Presentar a los participantes e informar sobre los objetivos y estructura del taller.
- Conseguir la cohesión y conciencia de grupo.
- Determinar el objetivo común del grupo: apoyo para lograr hábitos saludables.
- Implicar a las personas en el compromiso grupal.
- Facilitar al grupo el listado de objetivos para el cambio de hábitos y el registro de seguimiento, y un resumen de los contenidos centrales de la sesión.
- Conocer la importancia de la alimentación y la actividad física para la salud y los beneficios de la Dieta mediterránea.

4. Materiales

- Espacio físico y mobiliario (mesas y sillas) según número de participantes (10 a 12).
- Rotafolio y rotuladores.
- Copias de: listado de motivos y calendario de las sesiones, listado y registro para el cambio de hábitos, y listado de hábitos de la dieta mediterránea (Anexo 2).
- Metros para medir, material gráfico como pirámides, dípticos, etc.
- Otros en función de las técnicas elegidas, características del grupo y contenidos.

5. Desarrollo central de la visita

- **Presentación (20'):**
 - Presentación del conductor/a de grupo y del taller, recordando y entregando el calendario de las sesiones (3').
 - Presentación de los participantes: se puede utilizar alguna técnica para romper hielo y hacer grupo, como, por ejemplo, la presentación por parejas o la repetición de nombres (15').
 - Elaborar un listado con todos los miembros del grupo en el rotafolio: se escribe el nombre de pila cada persona para que el grupo tome conciencia de quienes forman el grupo (2').
- **Discusión de grupo (15'):**
 - Se plantea un diálogo a raíz de responder a preguntas que son importantes para el grupo, como los motivos o razones por las que acuden a este taller, por qué quieren modificar sus hábitos, en el caso de exceso de peso cuáles son los factores que creen que influyen positiva o negativamente en el intento de pérdida de peso, intentos fallidos si los hubo, etc.
 - Estas cuestiones pueden plantearse para ser contestadas brevemente en la presentación (eligiendo una técnica en lo que esto se trate) o abordarse grupalmente en forma de diálogo tras la presentación.
 - Trabajar los motivos por los que se acude al taller.

- En el rotafolio se anotan los principales motivos que han aparecido. Y se puede encabezar, por ejemplo, con “En este grupo la mayoría queremos mejorar nuestros hábitos de vida porque... y a partir de hoy vamos a...”. Esta hoja puede presidir las sesiones a partir de ahora, para recordar al grupo el compromiso.
- **Introducir algunas nociones básicas sobre Alimentación y AF (15’):**
 - Se explican unas nociones básicas sobre:
 - Índice de masa corporal (IMC) y perímetro abdominal (PA), para que conozcan desde donde parten y a donde pretenden llegar. Y para entender la relación IMC, PA y problemas de salud.
 - Influencia de la alimentación y la actividad física sobre la salud.
 - Dieta mediterránea.
 - Desmitificar las dietas milagrosas.
 - Consumo de alcohol y salud.
 - Importancia de aprender a “comer bien”, no solamente para perder peso, sino para mantener una alimentación saludable, y no sólo para la persona que asiste al taller, sino para toda la familia. También se puede comenzar a ofrecer consejos prácticos básicos como comer despacio, con moderación, un poco de todo y mucho de nada, beber agua, no consumir ciertos alimentos (de elevado contenido en grasa, de elevada densidad calórica...).
 - Es fundamental que los participantes valoren la importancia de mantener el peso adecuado para mejorar los parámetros metabólicos y conseguir los objetivos en términos de salud.
 - Los distintos principios inmediatos, vitaminas y minerales, la función que tienen y en qué proporción se deben tomar: 55 % de hidratos de carbono, 15 % de proteínas y 30% de grasas (10% saturadas, 10% insaturadas, 10% polinsaturadas), así como los alimentos en los que pueden encontrarse. Para ello podemos utilizar fotografías o modelos de alimentos reales, utilizando ejemplos que les haga recordar, como “los alimentos que vienen de la tierra son importantes fuentes de azúcar, fibra y vitaminas y los derivados de los animales de proteínas y grasas”.
 - Nivel de actividad física adecuado según las características de las personas y beneficios.
 - Hay que llegar al contenido partiendo de la experiencia y los conocimientos de los participantes, formulando preguntas abiertas y pidiendo opiniones.
 - Se pueden utilizar anécdotas que hayan salido en la sesión, creando un clima distendido y agradable, sin crear falsas expectativas.
 - Debe fomentarse el diálogo y la reflexión, llegar a conclusiones y decisiones no sólo a nivel individual sino también grupal.
- **Actividad grupal (10’):**
 - ¿Qué características debe tener este grupo para sentirnos a gusto y poder conseguir entre todos mejorar nuestros hábitos de vida? Se lanzará la pregunta o se realizará una ronda y se anotarán las respuestas. Se observará que van saliendo las características de los grupos en general (apoyo, sinceridad, respeto, confianza, privacidad, puntualidad, etc...). Se pueden dar pistas o poner algún ejemplo si no salen, y si salen muchas habrá que consensuar las 3/5 más importantes para el grupo.

6. Cierre

- **Explicar las tareas a realizar y despedida (10’):**
 - Invitar al grupo a expresar con sinceridad su compromiso a cambiar de conducta y se marcarán objetivos realistas. Entregar un listado de objetivos para el cambio y de ellos elegirán al menos tres, comprometiéndose a cumplirlos durante esta primera semana. Debe tenerse en cuenta que son más importantes los objetivos de cambio de conducta y su mantenimiento en el tiempo que los de pérdida de peso.
 - Para facilitarles monitorizar los cambios de conductas a lo largo de la semana se les explicará cómo rellenar el registro de objetivos de cambio. Entregar también un resumen de la Dieta Mediterránea tratada en la sesión.

- Expresar de nuevo los compromisos consensuados y escribirlos en el rotafolio: en este grupo queremos mejorar nuestros hábitos de alimentación y actividad física y por eso nos comprometemos a: ser puntuales, mantener la confidencialidad de lo que se diga, cumplir las tareas propuestas, respetar las ideas expresadas”
- Invitar a los/as participantes a la próxima sesión (siguiente semana) y comentarles que en ella se explicarán, con los alimentos en la mesa, entre otros, conceptos de raciones, recursos culinarios y sistemas caseros de medición. De esta manera se pretende crear curiosidad e interés para que no desistan.

7. Orientaciones para profesionales

- En esta sesión deben quedar claros los objetivos del taller grupal y los compromisos del grupo.
- Esta es la primera impresión que se llevan del taller, y de ella va a depender en parte lo que va a ocurrir en el resto de sesiones.
- También deben comprobar que la dinámica de las sesiones es activa y participativa, por parte de todo el grupo.
- Es importante controlar bien los tiempos, aunque esta primera sesión se suele alargar más de la hora, por lo que hay que tenerlo en cuenta.
- Si el grupo ya se conoce no hay que realizar actividades para romper el hielo, pero la presentación ha de ser atractiva y divertida.
- No olvidar que han de traer a todas las sesiones sus compromisos. Esto es una forma de “contrato” con el grupo y con el conductor/a.
- Anotar todas las aportaciones del grupo, aunque no estén bien expresadas o no se esté de acuerdo, porque orientan sobre lo sucedido en el grupo y durante la sesión ayudan a elegir las que son realmente importantes para el grupo. Además, es importante que nadie se sienta minusvalorado y que quede claro que todas las ideas son importantes.
- La actividad de consenso debe recoger o plasmar lo que el grupo decide, debe estar de acuerdo.
- Es importante hacerles ver la importancia de realizar las tareas. Se les ha de explicar cómo hacer le autorregistro, al menos hacerlo tres días, para ver sus costumbres y poderlas ir cambiando las que sean necesarias.

Tabla 10. Estructura y componentes de la sesión grupal 2. Nutrientes y alimentos

Sesión grupal 2. Nutrientes y alimentos	
Sesión grupal 2	1. Descripción En esta sesión se introducen nuevos conceptos básicos sobre alimentación y es importante para consolidar el grupo y consensuar algunos cambios.
	2. Duración 70 minutos
	3. Objetivos de la sesión <ul style="list-style-type: none">• Saludar a las personas participantes, agradecerles su asistencia e informar sobre los objetivos y contenidos de la sesión.• Lograr la cohesión y conciencia de grupo.• Determinar el objetivo común del grupo: apoyo para lograr hábitos saludables.• Implicar a las personas en el compromiso grupal.• Conocer los grupos de alimentos, la diferencia entre nutrientes y alimentos, la pirámide de alimentos y el método del plato.• Revisar en grupo los objetivos para el cambio de hábitos y el registro de seguimiento.
	4. Materiales <ul style="list-style-type: none">• Rotafolio y rotuladores de colores.• Materiales según técnicas elegidas.• Calendario de las sesiones en rotafolio.• Copias de listado y registro de objetivos de cambio• Metros, material gráfico como pirámides, dípticos, etc.• Otros en función de las técnicas, características del grupo y contenidos.
	5. Desarrollo central de la visita <ul style="list-style-type: none">• Revisión de las tareas y compromisos (20'):<ul style="list-style-type: none">○ Revisión de los registros: Cada una de las personas participantes manifestará sus anotaciones generales recogidas desde la 1ª sesión. Se reforzará a quienes han hecho los autorregistros sobre la lista de motivos y el registro de objetivos de cambio. Y a quienes no lo han hecho se les ayudará a reflexionar con algunas preguntas (qué ha pasado, qué dificultades has encontrado, qué os parece al grupo). En cualquier caso se dará la posibilidad de retomar la tarea para igualarse con el grupo. Cada persona se ha de sentir comprometido en realizar las tareas, lo cual será un indicador de éxito.○ Comentar de forma individual los objetivos seleccionados, y elaborar un listado en el portafolios.• Discusión de grupo (10'):<ul style="list-style-type: none">○ Se plantea un diálogo a raíz de los objetivos coincidentes, respondiendo a preguntas sobre cómo lo ha logrado, si ha sido fácil, si ha necesitado ayuda.○ Estas cuestiones se lanzan para ser contestadas entre todos/as y darse "pistas" de forma mutua.○ En el rotafolio se deja el compromiso general de grupo y se pasa a la parte teórica de la sesión.• Explicar/introducir algunas nociones básicas sobre Alimentación (15'):<ul style="list-style-type: none">○ Se explican unas nociones básicas sobre:<ul style="list-style-type: none">- Nutrientes y alimentos- Grupos de alimentos

- Ración y dieta por raciones.
- Uso de “medidas caseras” para medir los alimentos.
- Pirámide de alimentos
- Método del plato.
- Recordar que se pueden utilizar anécdotas, crear un clima agradable y distendido y que hay llegar al contenido partiendo de la experiencia y conocimientos de los participantes.
- Debe fomentarse el diálogo y la reflexión y llegar a conclusiones y decisiones a nivel individual y grupal.
- **Actividad grupal (20’):**
 - Plantear un diálogo para saber si han comprendido los conceptos clave y dificultades para por ejemplo utilizar el método del plato.
 - También se puede recabar información sobre lo que piensan de algunos de los consejos proporcionados en la sesión.

6. Cierre

- **Explicar las tareas a realizar y despedida (5’):**
 - Revisar los objetivos semanales y traerlos de nuevo a la siguiente sesión, para expresar si hay cambios, y se les pide incorporar dos nuevos.
 - Pedirles que para la próxima sesión traigan envases de los alimentos que consumen: galletas, leche, yogures, latas, zumos, etc...

7. Orientaciones para profesionales

- Esta sesión es importante porque ya han empezado a tomar decisiones sobre cambios de hábitos. Por eso es importante reforzar las habilidades personales para que consigan consolidar esos cambios y ayudarles a encontrar estrategias para mantenerlos. Además, el compromiso y refuerzo del grupo es esencial en esto.
- Haber realizado las tareas de la semana es un indicador de éxito, por lo que hay que felicitar a quienes las han realizado y animar a los que no las han hecho. Conviene explorar los motivos para no hacerlas y vencer resistencias dando alternativas que les faciliten la tarea, como, por ejemplo: “inténtalo de nuevo y pide ayuda a este compañero que lo ha hecho...”
- En la discusión han de expresar todos las dificultades y también los trucos, ideas, y que nadie sienta que sus dificultades son minusvaloradas. Hay que darle mucha importancia a las alternativas que se presenten, de manera que las dificultades se acompañen de alternativas a las que recurrir, aunque sea la misma que para otra situación. Recoger todo en el papelógrafo.
- En esta sesión se puede enseñar y practicar alguna técnica de relajación o de respiración para que acudan a ellas en los momentos difíciles. También se puede acabar haciendo estiramientos.

Tabla 11. Estructura y componentes de la sesión grupal 3. Cesta de la compra y cocina saludable

Sesión grupal 3. Cesta de la compra y cocina saludable

Sesión grupal 3

1. Descripción

Es la sesión de preparación para hacer una compra saludable en una fecha próxima al día de la misma. Se trata de conocer qué hacer antes, durante y después de ir a la compra, cómo afrontar las dificultades y buscar las estrategias adecuadas ante las distintas situaciones que pueden plantearse.

Es importante continuar con la consolidación del grupo, analizar de nuevo los cambios y cómo mantenerlos.

También se puede acordar hacer una primera compra en compañía del grupo o parte de él. Otra opción es acordar la realización de una sesión de cocina saludable tras la compra realizada.

2. Duración

70 minutos.

3. Objetivos de la sesión

- Revisar el objetivo del grupo: apoyo para lograr hábitos saludables.
- Implicar a las personas en el compromiso grupal.
- Facilitar el registro de cambios de hábitos. Conocer los pasos para realizar la compra y elaboración de alimentos saludable.
- Aprender a interpretar la información nutricional y etiquetado de alimentos procesados.

4. Materiales

- Revisar espacio físico, mesa y sillas.
- Rotafolio y rotuladores.
- Copias del registro de hábitos semanal.
- Materiales para analizar las etiquetas de alimentos: preparar envases, aunque se hayan solicitado al grupo.

5. Desarrollo central de la visita

- **Exposición oral o video sobre cómo hacer una compra saludable (15'):**
 - Análisis de obstáculos para hacer la compra.
 - Qué comprar para una alimentación saludable.
 - El ciclo de la compra: antes, durante y después.
 - Sostenibilidad y medioambiente.
- **Actividad grupal (40'):**
 - Análisis de etiquetas. Hay varias opciones:
 - Si han traído envases, hacer parejas y analizarlas (completar con algunos que creamos importantes).
 - Pedirles en la sesión anterior que se pongan de acuerdo y salgan a la compra y traigan envases de galletas tipo maría, por ejemplo.
 - Realizar el análisis con los envases preparados para ello.
 - Plantear diálogo para saber si han comprendido los conceptos clave y dificultades.

6. Cierre

- **Revisión de las tareas a realizar y compromisos (15'):**
 - Revisar los objetivos semanales y traerlos de nuevo a la siguiente sesión para expresar si hay cambios, y se les pide incorporar uno nuevo.
 - Pedirles que utilicen la hoja de registro de los cambios a lo largo de la semana.
 - Expresar de nuevo los compromisos consensuados y recordarlos en el rotafolio.
 - Invitar a los/as participantes a la próxima sesión (siguiente semana) y comentarles que en ella se ha de venir con ropa cómoda porque *vamos a movernos*. Y si se va a plantear tratar sobre los hábitos del grupo, solicitar ficha con hábitos de AF.
 - Invitar al grupo a acordar ir a la compra teniendo en cuenta lo aprendido en la sesión.
 - Recordar traer los registros y motivos.

7. Orientaciones para profesionales

- Recordar que es importante felicitar a quienes realizan las tareas de la semana y animar a los que no lo han hecho.
- Es importante que todos expresen sus dudas, las situaciones de riesgo que ven, y anotarlas en el rotafolio, para que todos vean que todos tienen dificultades y que nadie sienta que está solo.
- Hay que darle mucha importancia a las alternativas, que quede claro que hay recursos ante las dificultades. La búsqueda de alternativas se puede hacer por parejas o en gran grupo y recogerse en el rotafolio, de manera que se vea que todo tiene alternativa.
- Se puede practicar al acabar una técnica de respiración o relajación.

Tabla 12. Estructura y componentes de la sesión grupal 4. Actividad física

Sesión grupal 4. Actividad física	
Sesión grupal 4	1. Descripción Se introducen y practican nuevos conceptos sobre actividad física y su repercusión sobre la salud. Es importante continuar con el apoyo y refuerzo a los cambios realizados.
	2. Duración 70 minutos
	3. Objetivos de la sesión <ul style="list-style-type: none">• Revisar el objetivo común del grupo: apoyo para lograr hábitos saludables.• Implicar a las personas en el compromiso grupal• Conocer los pasos para realizar la compra y elaboración de alimentos saludable.• Aprender a interpretar la información nutricional y etiquetado de alimentos procesados.
	4. Materiales <ul style="list-style-type: none">• Revisar espacio físico, mesas y sillas, según participantes.• Rotafolio y rotuladores.• Materiales según técnicas elegidas.• Copias del registro de hábitos semanal.• Otros en función de las técnicas, características del grupo y contenidos.
	5. Desarrollo central de la visita <ul style="list-style-type: none">• Exposición oral o video sobre algunas ideas clave de actividad física y descanso (15’):<ul style="list-style-type: none">○ Se recomiendan entre 7 y 9 horas de sueño para población adulta, limitando la siesta a un máximo de 20-30 minutos tras la comida○ No estar delante de las pantallas más de dos horas seguidas y si fuera necesario por motivos laborales, realizar pausas activas○ Se recomiendan 30’ al día de actividad física.○ Para que tenga efectos en el cuerpo, es recomendable hacer 6 horas a la semana de AF.○ Para rendir de manera equilibrada se necesitan tres elementos: actividad física suficiente, descanso adecuado, una alimentación saludable.• Actividad grupal (40’):<ul style="list-style-type: none">○ Representar las actividades físicas a realizar: Dividir al grupo en 2-3 grupos en función de asistentes. Cada grupo ha de realizar una representación en la que desarrollar actividades concretas a realizar cada día, cada 2-3 días, cada 3-5 días, así como hábitos no saludables a evitar, como el sedentarismo.○ Para terminar, concretar el tiempo que se dedica a actividades diversas y al descanso, y diferenciar entre la rutina entre semana y lo que se hace el fin de semana.○ En la sesión anterior se puede llevar ficha para cumplimentar sobre hábitos de AF. El objetivo de cumplimentarlo es valorar posibles mejoras.

6. Cierre

- **Revisión de las tareas a realizar y compromisos (15'):**
 - Invitar al grupo a quedar para ir a caminar y reunir un millón de pasos en un tiempo acordado.
 - Revisar los objetivos semanales y traerlos de nuevo a la siguiente sesión, para expresar si hay cambios, y se les pide incorporar nuevos.
 - Pedirles que utilicen la hoja de registro de los cambios a lo largo de la semana.
 - Expresar de nuevo los compromisos consensuados y recordarlos en el rotafolio.
 - Invitar a los/as participantes a la próxima sesión (siguiente semana) y comentarles que en ella organizaremos una despedida llena de “emociones”.
 - Invitar a que traigan alimentos y bebidas para organizar una merienda saludable de despedida.

7. Orientaciones para profesionales

- Mostrarse motivador, congratularse por la participación, felicitar por el esfuerzo a los que siguen en el grupo, dar la enhorabuena a quienes realizan las tareas de la semana y animar a los que no lo han hecho.
- Intentar extraer el compromiso de las personas participantes para que en la siguiente sesión relaten su experiencia con alguna actividad física propuesta
- Se puede practicar una técnica de respiración o relajación para finalizar.

Tabla 13. Estructura y componentes de la sesión grupal 5. Emociones y refuerzo

Sesión grupal 5. Emociones y refuerzo

Sesión grupal 5

1. Descripción

Se introducen y practican nuevos conceptos sobre *sentimientos y emociones*. Es importante continuar con el apoyo y refuerzo a los cambios realizados.

2. Duración

60 minutos

3. Objetivos de la sesión

- Revisar el objetivo común del grupo: apoyo para lograr hábitos saludables.
- Implicar a las personas en el compromiso grupal
- Conocer técnicas de control de ansiedad y estrés
- Reconocer y aceptar el aspecto físico propio y de los demás.
- Comprender el proceso de cambio de comportamiento y su importancia.
- Construir la motivación para el cambio de comportamiento
- Prevenir recaídas.

4. Materiales

- Revisar espacio físico, mesas y sillas según participantes.
- Rotafolio y rotuladores.
- Copias de la Lista de motivos, los objetivos para el cambio y del registro de seguimiento individual.
- Otros en función de las técnicas, características del grupo y contenidos.

5. Desarrollo central de la visita

- **Exposición oral o video sobre algunas ideas clave de motivación, control de ansiedad, etc. (15'):**
 - La valoración del aspecto físico de cada persona depende sobre todo de la valoración de uno mismo y de la que tienen los demás.
 - Todos tenemos partes de nuestro aspecto físico que son positivos y otras mejorables.
 - Todos somos diferentes y podemos disfrutar de las diferencias.
 - En el respeto propio y de los demás, está la clave.
- **Actividad grupal (30'):**
 - Repartir hojas en blanco con el nombre de cada persona del grupo. Sobre ella cada persona del grupo ha de anotar los rasgos más positivos del aspecto físico de cada persona. Al finalizar, hacer puesta en común sobre los rasgos que los demás me han anotado y cómo los valoro.
 - Para terminar, se ayudará al grupo a extraer las ideas clave de la sesión.

6. Cierre

- **Revisión de las tareas a realizar y compromisos (15'):**

- Invitar al grupo a no dejar de quedar para ir a caminar y reunir el millón de pasos.
- Pedirles que utilicen la hoja de registro de los cambios y que vayan incorporando nuevos.
- Valorar los compromisos consensuados y su cumplimiento en el desarrollo de las sesiones.
- Invitar a los/as participantes a expresar lo que han sentido a lo largo de las sesiones y organizar una merienda saludable.

7. Orientaciones para profesionales

- Al ser la última sesión, agradecer la participación, felicitar y dar la enhorabuena a todas las personas participantes.
- Dar la oportunidad a las personas participantes, que así lo deseen, para que expresen libremente sobre las posibles mejoras o cambios que introducirían en las sesiones, así como aquellos puntos que más le han apoyado.
- Para darle más carga afectiva al final de las sesiones se puede terminar con un video o una lectura motivadora.
- Despedirse amistosamente dejando claro que los cambios deberán mantenerse en el futuro para que se obtengan los esperados beneficios en salud, y que para ello van a contar con el apoyo de los profesionales mediante los seguimientos programados o por iniciativa propia.

7.5.2.4. Consultas de seguimiento

Se recomienda realizarlas al menos durante 12 meses. En el caso de personas con enfermedades crónicas, esta fase se mantiene, al prolongarse durante todo el proceso de su enfermedad, aprovechando las visitas de control.

Generalmente se realizará de forma individual por el personal de medicina o enfermería de referencia, pero dependiendo de la evolución del grupo, se podría plantear alguna sesión grupal. Esta opción es muy positiva cuando varios miembros del grupo hayan conseguido los objetivos planteados, para que intercambien sus experiencias, manifiesten los recursos utilizados y las dificultades que hayan tenido, y motiven a los que no lo han conseguido.

Podrán realizarse por distintos medios, preferiblemente de manera presencial, aunque también se podría optar por la vía telefónica u otras TICs (correo electrónico, redes sociales, apps, etc., en la medida que se vayan incorporando paulatinamente). Dentro de la modalidad presencial habrá que decidir, en función de las necesidades del paciente y previo acuerdo, si este seguimiento se lleva a cabo de manera individual o grupal.

En cuanto a la frecuencia de las consultas, en la intervención avanzada individual se realizará una visita de seguimiento a los dos meses de finalizar las visitas, a los 6 meses y al año del inicio del programa. En la intervención avanzada grupal, al finalizar las 6 sesiones del programa, también se llevarán a cabo 3 consultas de seguimiento a los 2, a los 6 y a los 12 meses de la finalización de las sesiones. Si el objetivo es la pérdida de peso se programarán citas frecuentes para su control, cada 7-15 días.

De manera general, las consultas de seguimiento deberán contemplar:

- Cumplimiento de objetivos y tareas.
- Reforzar conocimientos.
- Motivar y dar refuerzos positivos ante cualquier logro conseguido e incluso no empeoramiento.
- Resolución de dudas.
- Evaluación de conocimientos y grado de cumplimiento de los compromisos acordados.
- Valoración de los factores que han posibilitado, o impedido, en su caso, la consecución de los compromisos.
- Reforzar y motivar e invitar explícitamente a la siguiente consulta.
- Dejar la puerta abierta para resolver cualquier duda, o si se quieren prevenir o tratar recaídas.
- Fomentar la independencia del paciente.
- La evitación de recaídas como principal objetivo del seguimiento.
- Actuaciones en caso de “recaídas”:
 - Analizar los motivos que la han causado.
 - No culpar, ni juzgar.
 - Reforzar lo conseguido y resaltar qué se ha podido hacer ya.
 - Reevaluar las motivaciones.
 - Proponer intentarlo de nuevo cuando la persona esté preparada.
 - Apoyar su decisión y aceptarla siempre, sea cual sea.
- Registro en hojas de consulta y hojas de constantes.

7.6. Recomendación de activos para la promoción de hábitos saludables

La recomendación de activos desde la Atención Primaria de Salud (por ejemplo, una asociación juvenil, de vecinos/as, cultural o deportiva; una plaza o parque que sirve de espacio de encuentro, una ruta donde poder pasear o hacer deporte, un espacio donde practicar yoga o meditación, etc.), es el proceso mediante el cual un(a) profesional, en el marco de la relación terapéutica, identifica y selecciona junto con la persona que acude a consulta, aquellos activos de salud disponibles en su comunidad que podrían ser beneficiosos para mejorar su salud.

Supone implicar a la persona en una reflexión compartida sobre cómo utilizar algunos activos disponibles en la zona donde vive, analizar el efecto que estos pueden tener en su bienestar —teniendo en cuenta tanto sus gustos, intereses y habilidades como entendiendo sus resistencias— y ayudándole a buscar alternativas. El hecho de que el profesional conceda valor a los activos facilita que la persona reconozca y valore los recursos de su comunidad en una nueva dimensión terapéutica y de bienestar personal¹⁶.

La recomendación de activos se puede enmarcar en la visita individual o sesión grupal, teniendo en cuenta los determinantes que más influyan en la salud de la persona o del grupo en su conjunto.

Existe una amplia variedad de activos para la salud que se pueden recomendar en el entorno local de la persona o grupo, muchos de ellos vinculados a las corporaciones municipales, pero también a asociaciones y otras entidades ciudadanas. Y por supuesto, aquellos generados desde el propio centro de salud, como podrían ser los grupos desarrollados en el marco del proyecto

“Por un millón de pasos”, “Rutas saludables”, etc., disponibles en muchos centros de salud de Andalucía.

Diraya cuenta con una herramienta que permitirá a las y los profesionales poder conocer de manera geolocalizada aquellos activos locales que pudieran beneficiar a una persona o grupo y proceder a su recomendación. Además, se están desarrollando varios proyectos piloto de mapeo de activos (proceso de identificación de los recursos que la propia comunidad reconoce como riquezas, que fortalecen la habilidad de las personas o grupos para mantener o mejorar la salud), siguiendo la “Guía Breve de Salud Comunitaria Basada en Activos editada por la Escuela Andaluza de Salud Pública”¹⁴.

El mapeo de activos no es una acción puntual ni un fin en sí mismo, y pierde su sentido si no es realizado dentro de un proceso con una participación real de la comunidad. Permite establecer lazos entre los diversos sectores, conocer las riquezas, los activos de los que se dispone y tratar de conectar y optimizar dichos recursos de cara a abordar las posibles necesidades que se detecten. La recomendación de activos desde la consulta puede iniciarse con el mapeo de activos, como primer paso dentro del proceso de comenzar a trabajar juntos para mejorar la salud de la comunidad¹⁶.

7.7. Resumen de las intervenciones

En el tabla 14 se resumen las intervenciones descritas en los apartados anteriores.

Tabla 14. Esquema del consejo y las intervenciones avanzadas sobre hábitos saludables

CONSEJO HABITOS SALUDABLES		<i>Ofrecer Consejo de manera rutinaria y oportunista a personas en las que se sospeche factores de riesgo. Si la valoración del estado de cambio lo aconseja, ofertar su inclusión en intervención avanzada individual o grupal, según necesidades y posibilidades de cada persona. El siguiente cronograma es un proceso continuo en el que la persona, en consulta a demanda o programada, podrá pasar de un tipo a otro de intervención.</i>				
INTERVENCIÓN AVANZADA HABITOS SALUDABLES		Tipo	6 semanas	A los 2 meses	A los 6 meses	Al año
	Intervención avanzada individual		Consulta individual de valoración inicial Visita 1. Conceptos clave. Dieta mediterránea Visita 2. Nutrientes y alimentos Visita 3. Cesta de la compra y cocina saludable Visita 4. Actividad física Visita 5. Emociones y refuerzo <i>Se recomienda una periodicidad semanal y no más de 15 días.</i>	Consulta seguimiento individualizado	Consulta seguimiento individualizado	Consulta seguimiento individualizado
	Intervención avanzada grupal		Consulta individual de valoración inicial Sesión grupal 1. Conceptos clave. Dieta mediterránea Sesión grupal 2. Nutrientes y alimentos Sesión grupal 3. Cesta de la compra y cocina saludable Sesión grupal 4. Actividad física Sesión grupal 5. Emociones y refuerzo <i>Se recomienda una periodicidad semanal.</i>	Consulta seguimiento individualizado	Consulta seguimiento individualizado	Consulta seguimiento individualizado
				<i>Valorar, según las características del grupo, realizar alguna sesión grupal de seguimiento.</i>		

Recomendación de activos para la promoción de hábitos saludables

7.8. Registro

El registro de las intervenciones sobre hábitos saludables se realiza al cumplimentar el apartado de hábitos de vida del módulo de datos básicos de Diraya, en el momento de realizar la valoración, en cualquiera de sus dos niveles, y ofrecer el Consejo de Hábitos Saludables.

Esta información aporta datos, tanto de la situación de la persona atendida (cuadro 20), como de las actuaciones realizadas (cuadro 6).

Cuadro 6. Información que queda registrada sobre la situación de la persona atendida. Hoja de constantes y apartado de hábitos de vida del módulo de datos básicos de Diraya

Información sobre la situación de la persona atendida

- Medidas antropométricas registradas en la Hoja de Constantes:
 - Peso
 - Talla
 - IMC
 - Perímetro abdominal
- Factores de riesgo vascular:
 - Hipertensión arterial: S/N
 - Tabaquismo: S/N
 - Dislipemia: S/N
 - Diabetes: S/N
 - Obesidad: S/N
- Hábitos de vida:
 - Niveles de actividad física y sedentarismo:
 - Practica al menos 150 minutos semanales de actividad física moderada ó 75 minutos semanales de actividad física vigorosa ó una combinación de ambas: S/N
 - Evita la conducta sedentaria en su tiempo libre y realiza pausas activas para no permanecer sentado o tumbado y delante de pantallas más de 2 horas seguidas: S/N
 - Niveles de actividad física según IPAQ y valoración del sedentarismo:
 - Alto o moderado y no sedentario
 - Alto o moderado y sedentario
 - Bajo / Inactivo
 - Motivación para el cambio: S/N
 - Hábitos de alimentación:
 - Consume aceite de oliva de manera regular: S/N
 - Consume frutas, verduras y hortalizas de manera regular: S/N
 - Consume platos preparados y/o repostería comercial de manera regular: S/N
 - Consume bebidas azucaradas de manera regular: S/N
 - Niveles de adherencia a la DM según cuestionario: BUENA / BAJA
 - Motivación para el cambio: S/N
 - Clasificación del patrón de consumo de alcohol según los 5 niveles establecidos:
 1. Nunca ha consumido alcohol
 2. No consume en la actualidad, pero sí ha consumido
 3. Consumo de bajo riesgo
 4. Posible consumo de alto riesgo
 5. Consumo de alto riesgo
 - Motivación para el cambio: S/N

Junto a la información recogida en el cuadro 7, en la Hojas de Consulta se han de registrar los correspondientes diagnósticos CIE y NANDA.

Cuadro 7. Información que queda registrada sobre las actuaciones realizadas. Hoja de constantes y apartado de hábitos de vida del módulo de datos básicos de Diraya

Información sobre las actuaciones realizadas	
-	Se han registrado/actualizado las cuatro medidas antropométricas: S/N
-	Se ha valorado la presencia de factores de riesgo vascular: S/N
-	Se ha realizado la valoración de los niveles de actividad física: S/N
o	Se ha pasado el cuestionario IPAQ: S/N
o	Se ha valorado la motivación para el cambio: S/N
-	Se ha realizado la valoración de los hábitos de alimentación: S/N
o	Se ha pasado el cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea: S/N
o	Se ha valorado la motivación para el cambio: S/N
-	Se ha realizado la valoración de los hábitos de consumo de alcohol: S/N
o	Se ha pasado el cuestionario AUDIT de 10 ítems y/o cuantificado el consumo de UBE: S/N
o	Se ha valorado la motivación para el cambio: S/N
-	Se ha realizado el Consejo de Hábitos Saludables (CHS): S/N
o	Las recomendaciones se han entregado en papel: S/N
o	Se ha informado sobre la dirección online donde encontrar las recomendaciones: S/N

En una segunda fase (tras haberse implantado la primera versión del módulo de datos básicos en toda Andalucía), se incorporarán nuevas variables a Diraya (Módulo de Datos Básicos y/o Gestor de Informes), que permitirán guiar los profesionales respecto a las intervenciones avanzadas sobre hábitos saludables a desarrollar y a registrar posteriormente (cuadro 8).

Cuadro 8. Información que quedará registrada en una segunda fase sobre las intervenciones avanzadas

Información sobre las citas programadas y los seguimientos realizados

- Se ha citado a la persona para una visita de valoración inicial individualizada: S/N
 - o La persona ha asistido a la cita: S/N
 - o Se ha valorado la fase o estadio del cambio en el que se encuentra la persona: S/N
- Se ha citado a la persona a la primera sesión grupal o visita individual: S/N
 - o La persona ha asistido a la cita: S/N
 - o Se han explicado las características saludables de la dieta mediterránea: S/N
- Se ha citado a la persona a la segunda sesión grupal o visita individual: S/N
 - o La persona ha asistido a la cita: S/N
 - o Se han explicado las características saludables del modelo del plato: S/N
- Se ha citado a la persona a la tercera sesión grupal o visita individual: S/N
 - o La persona ha asistido a la cita: S/N
 - o Se han explicado los pasos para realizar una compra saludable: S/N
- Se ha citado a la persona a la cuarta sesión grupal o visita individual: S/N
 - o La persona ha asistido a la cita: S/N
 - o Se han explicado los beneficios de la actividad física para la salud: S/N
- Se ha citado a la persona a la quinta sesión grupal o visita individual: S/N
 - o La persona ha asistido a la cita: S/N
 - o Se han explicado las técnicas de control de ansiedad y estrés: S/N
- Se ha citado a la persona a la 1ª consulta de seguimiento: S/N
 - o La persona ha asistido a la cita: S/N
 - o Registrar las dificultades y el nivel de cumplimiento de los objetivos planteados (texto libre)
- Se ha citado a la persona a la 2ª consulta de seguimiento: S/N
 - o La persona ha asistido a la cita: S/N
 - o Registrar las alternativas o facilitadores para la consecución de los objetivos (texto libre)
- Se ha citado a la persona a la 3ª consulta de seguimiento: S/N
 - o La persona ha asistido a la cita: S/N
 - o Registrar los objetivos conseguidos (texto libre)

Evaluación

En este apartado se incluyen, por un lado, los indicadores de proceso dirigidos a evaluar el grado de implantación de las medidas e intervenciones propuestas, y, por otro lado, aquellos indicadores de resultados destinados a evaluar el impacto de las intervenciones desarrolladas sobre las personas atendidas.

A. INDICADORES DE PROCESO

A.1. Indicadores de proceso para toda la población atendida:

- % de población atendida con valoración de la presencia de factores de riesgo vascular (hipertensión arterial, tabaquismo, dislipemia, diabetes y obesidad), por sexo y rango de edad.
- % de población atendida con registro/actualización de las medidas antropométricas de peso, talla y perímetro abdominal, por sexo y rango de edad.
- % de población atendida con valoración del nivel de actividad física, por sexo y rango de edad.
- % de población atendida con valoración de los hábitos de alimentación, por sexo y rango de edad.
- % de población atendida con valoración del patrón de consumo de alcohol, por sexo y rango de edad.
- % de población atendida a la que se ha realizado el consejo de hábitos saludables (CHS), por sexo y rango de edad.

A.2. Indicadores de proceso para la población diana

(población atendida con factores de riesgo vascular y/o estimación negativa en el primer nivel de valoración de actividad física y/o patrón de alimentación, que haya mostrado interés para mejorar sus hábitos):

- % de población diana con cita para la visita de valoración inicial individualizada del programa de intervención avanzada de hábitos saludables (IAHS) sobre el total de población diana.
- % de población diana con al menos una cita para sesión grupal/visita individual del programa IAHS sobre el total de población diana, por sexo y rango de edad.

A.3. Indicadores de proceso del programa IAHS, modalidad grupal:

- Nº de personas con al menos una cita para sesión grupal, por sexo y rango de edad.
- Nº total de citas para sesiones grupales.
- Media de citas para sesiones grupales por personas distintas citadas.
- Nº de sesiones grupales realizadas

A.4 Indicadores de proceso del programa IAHS, modalidad individual:

- Nº de personas con al menos una cita para visita individual, por sexo y rango de edad.
- Nº total de citas para visitas individuales.
- Media de citas para visitas individuales por personas distintas citadas.

B. INDICADORES DE RESULTADOS

B.1. Indicadores de resultados en salud (2º año) para la población atendida con valoración realizada el año anterior:

- % de población atendida que ha incrementado el nivel de actividad física realizada respecto al año anterior, por sexo, rango de edad y nivel formativo.
- % de población atendida que ha incrementado los niveles de adherencia a la dieta mediterránea respecto al año anterior, por sexo, rango de edad y nivel formativo.
- % de población atendida que ha disminuido el IMC respecto al año anterior, por sexo, rango de edad y nivel formativo.
- % de población atendida que ha disminuido el perímetro abdominal respecto al año anterior, por sexo, rango de edad y nivel formativo.

B.2. Indicadores de resultados en salud (2º año) para la población diana incluida en el programa IAHS del año anterior:

- % de población diana que ha incrementado el nivel de actividad física realizada respecto al año anterior, por sexo, rango de edad y nivel formativo.
- % de población diana que ha incrementado los niveles de adherencia a la dieta mediterránea respecto al año anterior, por sexo, rango de edad y nivel formativo.
- % de población diana que ha disminuido el IMC respecto al año anterior, por sexo, rango de edad y nivel formativo.
- % de población diana que ha disminuido el perímetro abdominal respecto al año anterior, por sexo, rango de edad y nivel formativo.

B.3. Indicadores de fidelización al programa IAHS:

- % de población incluida en el programa IAHS, en su modalidad grupal, que asiste, como mínimo, a tres de las sesiones grupales planificadas, por sexo, rango de edad y nivel formativo.

- % de población incluida en el programa IAHS, en su modalidad individual, que asiste, como mínimo, a tres de las visitas individuales planificadas (sin contar la visita de valoración inicial), por sexo, rango de edad y nivel formativo.





Recursos

Glosario de términos

ACTIVIDAD FÍSICA	Cualquier movimiento corporal producido por la acción muscular voluntaria, que suponga un gasto de energía superior al nivel de reposo o al gasto energético basal del individuo. La actividad física incluye el ejercicio físico, pero no sólo; también incluye otras actividades que exigen movimiento corporal pero que se realizan como parte de los momentos de ocio, del trabajo, del estudio, los desplazamientos, de las tareas domésticas; que pueden servir o no para mantener o mejorar la salud, pero no se hacen por este motivo. No se consideran ejercicio físico puesto que su objetivo fundamental no es el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física.
ADITIVO	Sustancia de carácter natural o sintético que se añade a un alimento en pequeña cantidad para conseguir algún fin, como puede ser mantener su calidad, aumentar su valor nutritivo, modificar alguna de sus propiedades, mejorar su elaboración o sabor, o varias de estas cosas a la vez.
ALCOHOL	Es una sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia. El consumo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades. Está asociado con el riesgo de desarrollar problemas de salud tales como trastornos mentales y comportamentales, incluido el alcoholismo, importantes enfermedades no transmisibles tales como la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares, así como traumatismos derivados de la violencia y los accidentes de tráfico.
ALFABETIZACIÓN EN SALUD	Habilidades individuales para obtener, interpretar y comprender información relacionada con la salud, y las competencias necesarias para tomar decisiones apropiadas en temas de salud

ALIMENTACIÓN	Acto consciente y voluntario en el que se produce la ingestión de alimentos por parte de los organismos para proveerse de sus necesidades alimenticias. La calidad de la alimentación tradicionalmente depende de factores económicos, culturales y ambientales por lo que podría ser un proceso educable.
ALIMENTACIÓN SALUDABLE	Alimentación variada siguiendo el patrón de la dieta mediterránea, en proporciones adecuadas, preferentemente en estado natural, mínimamente procesada, excluyendo alimentos y bebidas ultraprocesados, que aporta energía y todos los nutrientes esenciales que cada persona necesita para mantenerse sana, permitiéndole tener una mejor calidad de vida en todas las edades.
ALIMENTOS	Sustancias o productos, en general naturales, que, ingeridos, aportan materias asimilables que cumplen una función nutritiva en el organismo. El alimento puede ser de origen animal o vegetal. Cada alimento está compuesto por diferentes nutrientes, teniendo cada uno de ellos una función biológica distinta.
ANTIOXIDANTE DIETARIO	Sustancia presente en los alimentos que disminuye significativamente los efectos adversos de las moléculas inestables de oxígeno llamadas radicales libres, potencialmente dañinas para la célula. Éstas moléculas se producen durante los procesos metabólicos normales y también debido a factores externos como el humo de tabaco y la contaminación ambiental. Su acción está ligada al cáncer y al daño causado a las arterias por el colesterol "oxidado", relacionado directamente con las enfermedades cardiovasculares. Ejemplos de antioxidantes: vitamina E, vitamina C, beta caroteno, selenio y diversas sustancias químicas contenidas en alimentos de origen vegetal (fitoquímicos), como el licopeno del tomate, los polifenoles de manzanas, cebollas, té; los fitoestrógenos de la soja, los fitosteroles del aceite de oliva virgen y extravirgen y otros contenidos en brócoli, coliflor, ajo y diversos vegetales. El consumo de una alimentación rica en antioxidantes se asocia a la prevención del cáncer y las enfermedades cardiovasculares.
CALORÍA	Término utilizado para expresar el poder energético de los alimentos. Los nutrientes que aportan energía al organismo son las proteínas, las grasas y los carbohidratos. Técnicamente se define como la cantidad de energía necesaria para elevar un grado centígrado la temperatura de un gramo de agua pura, desde 14,5°C a 15,5°C.

CAPACIDAD AERÓBICA	Es la capacidad para realizar ejercicio físico prolongado. Es un componente de la condición física, y se considera como un marcador general del estado de salud. Es uno de los mejores predictores de morbilidad y mortalidad en personas adultas y mayores, y se asocia con múltiples parámetros de salud en infancia y adolescencia.
CONSEJO SOBRE HÁBITOS SALUDABLES	Es un consejo breve limitado en el tiempo que se realiza en consulta o en cualquier actividad asistencial. Debe realizarse de forma rutinaria y oportunista con ocasión de tratar o prevenir algún problema de salud que tenga relación con los hábitos.
DEPORTE	Actividad física cuya práctica está reglada y, por tanto, sujeta a unas normas. Es todo tipo de actividad física que, mediante una participación, organizada o de otro tipo, tenga por finalidad la expresión o la mejora de la condición física y psíquica, el desarrollo de las relaciones sociales o el logro de resultados en competiciones de todos los niveles.
DIETA	Mezcla de alimentos sólidos o líquidos que una persona o grupo consume. Su composición depende de la disponibilidad de los alimentos, su costo, los hábitos alimentarios y el valor cultural de los alimentos.
DIETA MEDITERRÁNEA	Definida por la UNESCO como un estilo de vida y de relacionarse, propias de determinadas comunidades de la ribera mediterránea. Desde el punto de vista alimentario se trata de un patrón general, de uso cotidiano en estas comunidades, que se caracteriza por la abundancia de alimentos vegetales como verduras, hortalizas, legumbres, frutas, frutos secos, cereales y arroz, preferentemente integrales; el empleo del aceite de oliva como fuente principal de grasa; un consumo moderado de pescado, marisco, aves de corral, productos lácteos y huevos; el consumo de pequeñas cantidades de carnes rojas y, en su caso, con discretos aportes diarios de vino consumido junto con la comida. Se trata de un patrón alimentario que combina la agricultura de proximidad, las recetas y las formas de cocinar propias de estas comunidades y que, desde el punto de vista nutricional, se ha demostrado equilibrado y con un aporte adecuado de nutrientes.

EJERCICIO FÍSICO

Actividad física planificada, estructurada y sistemática. Implica conciencia de la práctica e intencionalidad. Se hace para mantener o mejorar la capacidad física y llevar un estilo de vida saludable. Requiere conciencia de la actividad que se hace habitualmente y decisión de completarla o modificarla con el fin de cuidar la salud. Es un tipo concreto de actividad física que corresponde a un movimiento corporal planificado, estructurado y repetitivo, y realizado con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física. Se consideran varios tipos:

Ejercicios aeróbicos

Actividad física que implica grandes grupos musculares y que se realiza a una intensidad moderada. Ejemplos: caminar, senderismo, bailar, natación, ir en bici.

Ejercicios anaeróbicos

Actividad física que consiste en realizar actividades de alta intensidad como el levantamiento de pesas, carreras cortas a gran velocidad, abdominales, o cualquier ejercicio que precise mucho esfuerzo durante poco tiempo.

Ejercicios de flexibilidad

Actividad física que permite mantener o incrementar el rango de movimiento de las articulaciones y/o estirar los músculos. Ejemplos: desde la postura sentado tocar el suelo con las manos, colocar el cuerpo en posición fetal, estirar todo el cuerpo desde tumbado.

Ejercicios de fortalecimiento muscular Ejercicios que suponen la superación de una resistencia externa, también conocida como “carga”. Ejemplos: levantamiento de pesas, soportar el peso corporal, superar la resistencia de bandas elásticas.

Ejercicios de fortalecimiento óseo

El hueso es un órgano que se estimula por impacto o tracción, cuanto mayor y más frecuente es el estímulo (sin sobrepasar los límites y producir lesión) mayor es el crecimiento y fortalecimiento del hueso. Todas aquellas actividades que suponen un impacto repetido tales como la carrera, saltar a la comba, fútbol, baloncesto, tenis, etc. se consideran ejercicios de fortalecimiento/crecimiento óseo.

Ejercicios de equilibrio

Ejercicios destinados a mejorar la estabilidad, incrementar la fuerza del tren inferior y reducir la probabilidad de caídas.

**ETIQUETADO
NUTRICIONAL DE
LOS ALIMENTOS**

Información sobre el contenido de nutrientes y mensajes relacionados con los alimentos y la salud que figuran en las etiquetas de los productos alimenticios. Esta información es regulada por el Reglamento Sanitario de los Alimentos.

**ESTUDIO
ANTROPOMÉTRICO**

Medición de variables de crecimiento y composición corporal de las personas, como el peso, la talla y los pliegues cutáneos, entre otros indicadores.

FLEXIBILIDAD

Capacidad para realizar movimientos de gran amplitud articular gracias a la movilidad de las articulaciones y a la elasticidad de la musculatura y ligamentos. Podemos distinguir entre:

Elasticidad Muscular

Capacidad de deformación o elongación sin ruptura, recuperando la forma longitudinal inicial.

Movilidad Articular

Capacidad de movimiento de una articulación en 1,2, o 3 grados de libertad según las características de las superficies óseas que la componen.

**FRECUENCIA
CARDIACA**

Es el número de ciclos cardíacos por minuto que se pueden contar de un registro electrocardiográfico o de curvas de presión sanguínea. Puede ser:

Frecuencia cardíaca de reposo

Se trata de la FC que poseemos en el momento de menor actividad física, es decir, en estado de reposo.

Frecuencia cardíaca máxima

Correspondería al número máximo de ciclos cardíacos por minuto a los que es capaz de latir un determinado corazón. Este parámetro disminuye con la edad.

**FUERZA Y
RESISTENCIA
MUSCULAR**

Representa la capacidad muscular de superar una resistencia (carga). Es un componente de la condición física, y también se considera como un marcador de salud en adolescencia, adultez y personas mayores. Entrenamiento con cargas de grandes grupos musculares, a una frecuencia de 2-3 días a la semana, con una duración del tiempo necesario para los 8-10 ejercicios, y a una intensidad de 8-12 repeticiones máximas.

GRANDES GRUPOS MUSCULARES.	Este término se refiere a los principales grupos musculares del cuerpo piernas, caderas, tronco (tórax, abdomen y espalda), hombros y brazos.
GRASAS TRANS.	Son un tipo de ácido graso insaturado que se encuentran principalmente en productos industrializados que han sido sometidos a hidrogenación. Los ácidos grasos <i>trans</i> se forman en el proceso de hidrogenación que se realiza sobre las grasas con el fin de solidificarlas para utilizarlas en diferentes alimentos ya que favorece la frescura, le da textura y mejora la estabilidad. Un ejemplo de ello es la solidificación del aceite vegetal líquido, para la fabricación de margarina. Son perjudiciales para la salud, pues no solo aumentan la concentración de lipoproteínas de baja densidad (LDL) en la sangre, sino que disminuyen las de alta densidad (HDL), lo que coloquialmente se denomina el “colesterol bueno”, dando lugar a un mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares. Según la OMS, una dieta saludable debe evitar estas grasas lo máximo posible, siempre por debajo del 1%.
HÁBITOS ALIMENTARIOS	Conjunto de costumbres que condicionan la forma como las personas o grupos seleccionan, preparan y consumen los alimentos, influidas por la disponibilidad de éstos, el nivel de educación alimentaria y el acceso a los mismos.
ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)	Indicador de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en las personas adultas. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m ²).
INGREDIENTES	Sustancias, incluidos los aditivos, que se emplean en la fabricación de un alimento y están presentes en el producto final.
INTERVENCIÓN AVANZADA GRUPAL	Son aquellas intervenciones dirigidas a grupos de personas seleccionados en base a cierta homogeneidad respecto a nivel sociocultural, estadio de cambio, edad, etc.; para fomentar la interacción, el refuerzo positivo y el compromiso entre las personas participantes.
INTERVENCIÓN AVANZADA INDIVIDUAL	Es la actuación estructurada, diseñada siguiendo una sistemática adaptada a cada paciente, con una frecuencia programada de revisiones y planificación que requieren más tiempo y recursos.

INTENSIDAD DE ACTIVIDAD FÍSICA

La intensidad es el nivel de esfuerzo físico que tenemos que hacer para llevar a cabo una actividad física. Se consideran 3 niveles de intensidades de trabajo dentro de una escala absoluta (sin tener en cuenta la capacidad funcional del individuo), considerando actividades físicas de intensidad ligera aquellas que comportan un gasto energético menor de 3 MET (consumo metabólico basal), moderadas de 3 a 5,9 MET y vigorosas cuando superan los 6 MET.

IPAQ

International Physical Activity Questionnaire (Cuestionario internacional de actividad física). Constituye una herramienta para evaluar la actividad física en personas adultas (entre 15 a 69 años) de diferentes países y distintas clases socioculturales. Se basa en el registro de períodos mínimos de actividad física ligera, moderada o vigorosa, en los últimos 7 días. Permite estimar el volumen (inactividad física) y la intensidad de la actividad física, así como el sedentarismo.

MET

Consumo metabólico basal, que equivale aproximadamente a 3,5 ml/kg/min de oxígeno (o 1 kcal/kg/hora). Los valores de MET oscilan entre 0,9 cuando se duerme, 1 cuando se está tumbado o viendo la televisión, hasta 18 cuando se corre a 17,5 km/h.

METABOLISMO BASAL

Es el mínimo de energía que necesitamos para mantenernos con vida, se produce bajo condiciones de reposo y de relajación nerviosa y muscular máxima.

NECESIDADES NUTRICIONALES

Cantidades de energía y nutrientes esenciales que cada persona requiere para lograr que su organismo se mantenga sano y pueda desarrollar sus variadas y complejas funciones.

NUTRICIÓN

Actividad involuntaria en la que, mediante diferentes funciones orgánicas, se transforman los alimentos en la energía necesaria para que nuestro organismo pueda sobrevivir.

NUTRIENTES

Son aquellos compuestos orgánicos o inorgánicos proveniente de los alimentos que pueden ser utilizados por el cuerpo para una variedad de procesos vitales (suplir energía, formar células o regular las funciones del organismo). Todos ellos deben de tomarse con regularidad para cumplir los requerimientos del organismo. Los nutrientes se dividen en macronutrientes y micronutrientes.

**NUTRIENTES (TIPO
MACRONUTRIENTES)**

Tienen función energética y estructural. Son los carbohidratos, proteínas y grasas:

Hidratos de Carbono (HC)

Conocidos también como carbohidratos, glúcidos o azúcares. Son sintetizados y transformados a la forma en que serán utilizados por el organismo, para uso directo como glucosa y para depósito como glucógeno. En este grupo están incluidos los monosacáridos y disacáridos (comúnmente denominados azúcares rápidos o de absorción rápida) y los polisacáridos (almidón y glucógeno) carbohidratos más complejos y de absorción lenta. Deben aportar un 55% del total calórico. Los encontramos principalmente en las hortalizas, las frutas, la leche, cereales, legumbres y pan. 1 gr de HC = 4 Kcal.

Proteínas

Las proteínas de la dieta se usan para la formación de nuevos tejidos o para el reemplazo (función plástica). Cuando las proteínas consumidas exceden las necesidades del organismo, sus aminoácidos producen amoníaco, y las aminas que se liberan en estas reacciones son altamente tóxicas, por lo que se transforman en urea en el hígado, y ésta se elimina por la orina al filtrarse en los riñones. Los alimentos ricos en proteínas de alto valor biológico son los de origen animal (carnes, pescados, huevos o proteínas lácteas). Deben aportar el 15% del total calórico. Pueden ser de origen animal (carnes, pescado y huevos) o vegetal (legumbres, como garbanzos y soja). 1 gr proteínas = 4 Kcal.

Grasas (lípidos)

Son fuentes concentradas de energía (triglicéridos de cadena larga y media) y vehículo de vitaminas liposolubles. Su consumo debe ser un 30% del total calórico. 1gr de grasa = 9 Kcal. Dependiendo del tipo de ácidos grasos que la componen se dividen en:

Grasas saturadas

Se encuentran en las grasas de los animales terrestres (cerdo, ternera, cordero, etc.) y sus derivados como la leche entera, mantequilla, nata, quesos y embutidos. También se encuentran en los aceites de coco y palma y en los productos elaborados con este tipo de grasa, como son productos de pastelería y bollería. El consumo excesivo de este tipo de grasa se relaciona con la enfermedad cardiovascular. Se debe tomar <10% de este tipo.

**NUTRIENTES (TIPO
MICRONUTRIENTES)**

Grasas insaturadas

Las grasas insaturadas contribuyen a reducir los niveles de colesterol LDL y aumentan el HDL. Son grasas "cardiosaludables" y se las relaciona con efectos preventivos y terapéuticos en otras enfermedades. Existen dos tipos:

Grasas poliinsaturadas

Dentro de este grupo están los ácidos grasos esenciales linoleico (ω -6), presente en cantidades importantes en los aceites de semilla vegetal (maíz, soja y girasol) o linolénico (ω -3). Aceites vegetales como soja. Se deben tomar un 10%.

Grasas monoinsaturadas

Presentes en gran cantidad en el aceite de oliva (ácido oleico) pero también en aceitunas, frutos secos, aguacate... Deben tomarse > 10% hasta completar el 30% del total.

Carecen de aporte calórico y tienen funciones reguladoras. Son los minerales, vitaminas, agua y fibra.

Minerales

Son sustancias inorgánicas necesarias para nuestro crecimiento y desarrollo. No aportan energía.

Macrominerales (requerimiento > a 100 mg/día)

calcio, fósforo, azufre, magnesio.

Microminerales u oligoelementos (requerimiento < a 20 mg/día)

hierro, zinc, selenio, yodo, cobalto, bromo y manganeso.

Vitaminas

Son sustancias orgánicas imprescindibles en los procesos metabólicos, no aportan energía. Las vitaminas se clasifican en:

Vitaminas liposolubles

vitamina A (Retinol. Presente fundamentalmente en hígado, productos lácteos y pescado azul); vitamina D (sintetizada en la piel a través de la luz solar y de forma natural en yema de huevo y aceite pescado); vitamina E (presente en alimentos vegetales);

vitamina K (alimentos vegetales sobre todo los de hoja verde).

Vitaminas hidrosolubles

B1, B2, B6, B12, C, niacina, biotina, ácido fólico, y ácido pantoténico.

Agua

El agua es el mayor componente corporal e indispensable para la vida.

Fibra

Se distinguen dos grupos:

Fibra soluble

Son las pectinas (presentes en manzanas y membrillos sin piel, cítricos, plátanos y otras frutas) y las gomas y mucílagos (presentes en el salvado de avena, legumbres en general y semillas). La fibra soluble favorece el tránsito intestinal por su capacidad de retención de agua. Producen sensación de saciedad y lentifican la absorción de glucosa. Se considera fibra funcional a la inulina, a los fructooligosacáridos (FOS), presentes en la achicoria, cebolla, plátanos y algunos cereales, y que actúan como prebióticos, estimulando el crecimiento de bacterias beneficiosas en el colon (probióticos). También a los betaglucanos de la avena, que ayuda a reducir el colesterol sérico.

Fibra insoluble

celulosas, hemicelulosas y ligninas presentes en el salvado de trigo, en frutas y verduras de tallo leñoso en general y en semillas de lino y sésamo. No se degrada y es expulsada prácticamente íntegra.

OBESIDAD Es una enfermedad crónica caracterizada por el aumento de la grasa corporal asociada a un mayor riesgo para la salud. Se considera que una persona padece obesidad si su índice de masa corporal (IMC) es igual o superior a 30.

PIRÁMIDE ALIMENTARIA Es la clasificación de alimentos que orienta a la población para que realice una alimentación saludable. Agrupa los alimentos con aporte nutritivo semejante. La ubicación y el tamaño de cada grupo de alimentos indican la proporción en la que se deben incluir en la alimentación diaria.

PLATO PARA COMER SALUDABLE	Es una guía para crear comidas saludables y equilibradas en cuanto a cantidades y tipo de alimentos que debemos consumir.
PODÓMETRO	Aparato que cuantifica el número de pasos realizados. Sólo registra los movimientos realizados en un plano, habitualmente el vertical. El punto de corte de clasificación como activos son 10.000 pasos al día.
PULSÓMETRO	Se trata de un instrumento que registra la frecuencia cardíaca de la persona. Lo relacionamos por tanto con la intensidad de la práctica física sabiendo que existe una correlación lineal entre la frecuencia cardíaca y el consumo de oxígeno en actividades de tipo moderado e intenso. Se utilizan mucho para mejorar el rendimiento deportivo, pero pueden ser también de una gran utilidad para personas con ciertas patologías en las que debamos tener control de la FC durante el ejercicio.
PRESCRIPCIÓN DE EJERCICIO	Este concepto se refiere al proceso mediante el cual a una persona se le diseña un programa de ejercicio en forma sistemática e individualizada. Es necesario tener en cuenta cuatro parámetros importantes para la prescripción de ejercicio físico: frecuencia, intensidad, tiempo y tipo de ejercicio
PREVENCIÓN	Medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad (reducción de factores de riesgo) y también a detener su avance y atenuar sus consecuencias.
PROMOCIÓN DE LA SALUD	Medidas destinadas a modificar actitudes, conductas y comportamientos.
REFRESCOS	De conformidad con el Real Decreto 650/2011, de 9 de mayo, por el que se aprueba la reglamentación técnico-sanitaria de las bebidas refrescantes, son aquellas bebidas analcohólicas, carbonatadas o no, preparadas con agua de consumo humano, aguas preparadas, agua mineral natural o de manantial, que contengan uno o más de los siguientes ingredientes: anhídrido carbónico, azúcares, zumos, purés, disgregados de frutas y/o vegetales, extractos vegetales, vitaminas y minerales, aromas, aditivos autorizados u otros ingredientes alimenticios. Se consideran hipercalóricas aquellas bebidas refrescantes que tienen en su composición una cantidad de azúcares añadidos superior a 2,5 gramos por cada 100 cl en el marco del Documento de Consenso sobre la Alimentación en los Centros Educativos de la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN).

SEDENTARISMO	Llamamos sedentarismo a aquellas actividades que realizamos las personas sentadas o reclinadas, mientras estamos despiertas, y que utilizan muy poca energía (gasto energético menor de 1,5 METs). Los periodos sedentarios son aquellos periodos de tiempo en los que se llevan a cabo estas actividades que consumen muy poca energía, como, por ejemplo, estar sentados durante los desplazamientos, en el trabajo o la escuela, en el ambiente doméstico y durante el tiempo de ocio.
SEGURIDAD ALIMENTARIA	Acceso de todas las personas, en todo momento, a los alimentos necesarios para cubrir las necesidades nutricionales y tener una vida activa y saludable. Los alimentos deben de ser inocuos, es decir, libres de contaminación.
SOBREPESO	Al igual que la obesidad, se considera que una persona sufre sobrepeso cuando tiene un aumento de la grasa corporal asociado a riesgo para la salud, pero cuyo IMC es igual o superior a 25 y menor de 30.
TIEMPO DE ACTIVIDAD FÍSICA	Es la duración de la actividad. Suele medirse en minutos.
VIDA ACTIVA	Es una forma de vida que integra la actividad física en la rutina diaria. El objetivo es acumular al menos 30 minutos de actividad física adecuada cada día (60 minutos en infancia y adolescencia). Por ello, la vida activa se caracteriza no sólo por un aumento del gasto energético por encima del metabolismo basal, producido por el movimiento al realizar actividad física, sino también por una actitud proactiva de la persona frente a los dilemas que la vida más cómoda nos va imponiendo, sabiendo elegir aquellas que nos permitan movernos más.
VIDA SALUDABLE	La incorporación de hábitos y comportamientos por parte de las personas que permitan evitar la enfermedad o mejorar o proteger la calidad de vida, manteniendo el equilibrio entre el ambiente que les rodea y el ser físico, psíquico y espiritual. Un estilo de vida saludable debe estar influido por factores protectores del bienestar y la reducción de los factores de riesgo.

Anexos

01. Cuestionario Internacional de Actividad Física (V. corta IPAQ-SF)	90
02. Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea (Modificada).....	92
03. Valoración del consumo de alcohol	94
04. Identificación del estadio de cambio e intervenciones posibles	97
05. Entrevista semiestructurada	100
06. Enlaces a recursos y materiales de apoyo.....	101
07. Recomendaciones sobre hábitos saludables para entregar a la ciudadanía	102
08. Plan de Cuidados de Enfermería	107
09. Códigos CIE-10	113

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

Valoración del cuestionario:

1. Ítems **5 y 6**: Caminatas: 3,3 MET x minutos de caminata x días por semana (Ej. 3,3 x 30 minutos x 5 días = 495 MET)
2. Ítems **3 y 4**: Actividad Física Moderada: 4 MET X minutos x días por semana
3. Ítems **1 y 2**: Actividad Física Vigorosa: 8 MET X minutos x días por semana

A continuación, sume los tres valores obtenidos:

Cálculo total MET= MET caminata + MET actividad física moderada + MET actividad física vigorosa

** Cuestionario validado en sus dos versiones, corta y larga, en diferentes países por Craig et al (2003), e incluida en la publicación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía "Guía de recomendaciones para la promoción de actividad física" (Muñoz y Delgado; 2010). Para la versión incluida en esta guía y en Diraya se ha eliminado la contabilización de los periodos de tiempo en horas/día, al poder contabilizarse también en minutos/días.*

Criterios de clasificación:

NIVEL DE ACTIVIDAD	
NIVEL ALTO	Si se cumple cualquiera de los siguientes dos criterios: <ul style="list-style-type: none">• Actividad Física Vigorosa por lo menos 3 días por semana logrando un total de al menos 1.500 MET.• 7 días de cualquier combinación de caminata. con actividad física moderada v/o actividad
NIVEL MODERADO	Si se cumple cualquiera de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none">• 3 o más días de actividad física vigorosa por lo menos 20 minutos por día.• 5 o más días de actividad física moderada y/o caminata al menos 30 minutos por día.• 5 o más días de cualquiera de las combinaciones de caminata, actividad física moderada o vigorosa logrando como mínimo un total de 600 MET.
NIVEL BAJO O	Si no hay actividad física o si esta es insuficiente para incluirla en las categorías anteriores.

Las preguntas del “tiempo sentado” (ítem 7) aportan una información adicional sobre el tiempo que se gasta en una actividad sedentaria, no estando incluida en el resultado general de actividad física. No obstante, esta información sí se utilizará para clasificar a la persona como sedentaria o no sedentaria en base al punto de corte recogido en el módulo de datos básicos de Diraya.

1. ¿Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?	
No	<input type="checkbox"/>
Sí	<input type="checkbox"/> 1 punto
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.)?	
Menos de cuatro cucharadas	<input type="checkbox"/>
Cuatro o más cucharadas	<input type="checkbox"/> 1 punto
3- ¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día (las guarniciones o acompañamientos se contabilizan como ½ ración)? 1 ración = 200gr.	
Menos de dos al día	<input type="checkbox"/>
Dos o más al día (al menos una de ellas en ensaladas o crudas) = 1 punto	<input type="checkbox"/> 1 punto
4. ¿Cuántas piezas de fruta consume al día?	
Menos de tres al día	<input type="checkbox"/>
Tres o más al día	<input type="checkbox"/> 1 punto
5. ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día (1 ración equivale a 100-150 gr)?	
Una o más de una al día	<input type="checkbox"/>
Menos de una al día	<input type="checkbox"/> 1 punto
6. ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día (1 porción individual equivale a 12 gr)?	
Una o más de una al día	<input type="checkbox"/>
Menos de una al día	<input type="checkbox"/> 1 punto
7. ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día?	
Una o más de una al día	<input type="checkbox"/>
Menos de una al día	<input type="checkbox"/> 1 punto
8. ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana (una ración o plato equivale a 150 gr)?	
Menos de tres a la semana	<input type="checkbox"/>
Tres o más a la semana	<input type="checkbox"/> 1 punto
9. ¿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)?	
Menos de tres a la semana	<input type="checkbox"/>
Tres o más a la semana	<input type="checkbox"/> 1 punto
10. ¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulces o pasteles a la semana?	
Dos o más a la semana	<input type="checkbox"/>
Menos de dos a la semana	<input type="checkbox"/> 1 punto
11. ¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana (una ración equivale a 30 gr)?	
Menos de tres a la semana	<input type="checkbox"/>
Tres o más a la semana	<input type="checkbox"/> 1 punto
12. ¿Consume usted 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)?	
No	<input type="checkbox"/>
Sí	<input type="checkbox"/> 1 punto
13. ¿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)?	
Menos de dos a la semana	<input type="checkbox"/>
Dos o más a la semana	<input type="checkbox"/> 1 punto

* Cuestionario modificado de la versión de 14 ítems validada en español por Schröder et al (2011). La modificación ha consistido en la eliminación del zumo natural del ítem nº 4 relacionado con el consumo de fruta y del ítem completo nº 8 relacionado con el consumo de vino, junto a leves modificaciones y añadidos de texto para facilitar su cumplimentación.

Criterios de clasificación:

Como regla general, se puede decir que una persona tiene buena adherencia cuando obtiene una puntuación igual o superior a **8 puntos**.

NIVEL DE ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRANEA	
Puntuación \geq 8	Buena adherencia
Puntuación $<$ 8	Baja adherencia

Cuestionario AUDIT 10 ítems ⁹⁹**Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol:
versión de entrevista.**

Lea las preguntas tal como están escritas. Registre las respuestas cuidadosamente. Empiece el AUDIT diciendo «Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año». Explique qué entiende por «bebidas alcohólicas» utilizando ejemplos típicos como cerveza, vino, vodka, etc. Codifique las respuestas en términos de consumiciones («bebidas estándar»). Marque la cifra de la respuesta adecuada en el recuadro de la derecha.

<p>1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?</p> <p>(0) Nunca (Pase a las preguntas 9-10)</p> <p>(1) Una o menos veces al mes</p> <p>(2) De 2 a 4 veces al mes</p> <p>(3) De 2 a 3 veces a la semana</p> <p>(4) 4 o más veces a la semana</p> <input type="text"/>	<p>6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <input type="text"/>
<p>2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?</p> <p>(0) 1 o 2</p> <p>(1) 3 o 4</p> <p>(2) 5 o 6</p> <p>(3) 7, 8, o 9</p> <p>(3) 10 o más</p> <input type="text"/>	<p>7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <input type="text"/>
<p>3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p><i>Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma total de las preguntas 2 y 3 = 0</i></p> <input type="text"/>	<p>8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <input type="text"/>
<p>4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <input type="text"/>	<p>9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?</p> <p>(0) No</p> <p>(2) Sí, pero no en el curso del último año</p> <p>(4) Sí, el último año</p> <input type="text"/>
<p>5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <input type="text"/>	<p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?</p> <p>(0) No</p> <p>(2) Sí, pero no en el curso del último año</p> <p>(4) Sí, el último año.</p> <input type="text"/>

Registre la puntuación total aquí

Si la puntuación total es mayor que el punto de corte recomendado, consulte el Manual de Usuario

NIVEL DE CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT)

CONSUMO DE BAJO RIESGO

- Hombres: puntuaciones entre 0 y 7
- Mujeres: puntuaciones entre 0 y 5

CONSUMO DE ALTO RIESGO

- Hombres: puntuación mayor que 7
- Mujeres: puntuación mayor que 5

Cálculo de Unidades de Bebida Estándar -UBEs-

Escala diseñada por el Servicio de Coordinación de Sistemas de Información del SAS

Calculadora consumo alcohol

Escala (Valoración de riesgos)

Descripción de la escala

La calculadora de consumo de alcohol es una herramienta de ayuda al profesional para el cálculo de las unidades básica estandar (UBE) de alcohol con sumidas por el ciudadano.

En nuestro media, una UBE se asimila a 10 gr de alcohol consumido.

Para la cumplimentación se tendrá en cuenta o bien el consumo semanal, que resulta de la suma del consumo diario habitual más el día de mayor consumo, o bien solo la cuantificación del día de mayor consumo.

Las conclusiones están ponderadas según el sexo del ciudadano.

	Consumo en un día habitual (x 7 días)	Mayor día de consumo (x 1 día)
Vino (100 ml)	<input type="text"/> <input type="text" value="0"/>	<input type="text"/> <input type="text" value="0"/>
Cerveza quinto (200 ml)	<input type="text"/> <input type="text" value="0"/>	<input type="text"/> <input type="text" value="0"/>
Carajillo, copa de anís (25 ml)	<input type="text"/> <input type="text" value="0"/>	<input type="text"/> <input type="text" value="0"/>
Cofiac o similares copa: 50 ml	<input type="text"/> <input type="text" value="0"/>	<input type="text"/> <input type="text" value="0"/>
Combinados (güisgul, ron, ginebra,...)	<input type="text"/> <input type="text" value="0"/>	<input type="text"/> <input type="text" value="0"/>
Vino fino, manzanilla, generosos	<input type="text"/> <input type="text" value="0"/>	<input type="text"/> <input type="text" value="0"/>

Suma de UBE consumidas a la semana (consumo diario habitual + día de mayor consumo): _____

Suma de UBE consumidas en el mayor día de consumo: _____

NIVEL DE CONSUMO DE ALCOHOL (UBEs)

CONSUMO DE BAJO RIESGO

Cálculo en base al consumo semanal:

- Hombres: puntuación ≤ 28 UBE
- Mujeres: puntuación ≤ 17 UBE

Cálculo en base al día de mayor consumo:

- Hombres: puntuación ≤ 6 UBE
- Mujeres: puntuación ≤ 4 UBE

CONSUMO DE ALTO RIESGO

Cálculo en base al consumo semanal:

- Hombres: puntuación > 28 UBE/semana
- Mujeres: puntuación > 17 UBE/semana

Cálculo en base al día de mayor consumo:

- Hombres: puntuación > 6 UBE
- Mujeres: puntuación > 4 UBE

Los profesionales que aconsejan cambios de conducta deben:

- Reconocer los momentos en que la persona puede estar más abierta al cambio (p.e., tras una enfermedad relacionada con la conducta a cambiar) o más resistente (circunstancias psicosociales).
- Garantizar que las personas usuarias tengan información clara sobre las intervenciones de cambio de comportamiento y servicios disponibles y cómo utilizarlos, ayudándoles a acceder a ellos si es necesario.
- Asegurarse de que esas intervenciones cubran las necesidades particulares de esa persona y sean aceptables para ella.

A continuación, se describen varios modelos y herramientas para identificar el estadio de cambio de la persona y la intervención más idónea.

1. Modelo transteórico de las etapas del cambio⁹⁴

FASE	CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA	INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL
Pre-Contemplativa	No reconoce tener un problema. No considera cambiar.	<ul style="list-style-type: none"> • Dar información general sobre la problemática (en forma neutral). • No aconsejar aún medidas de acción a tomar.
Contemplativa	Puede reconocer los problemas que acarrea su situación. Puede examinar las implicaciones de cambiar. No comienza aún el cambio.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los aspectos positivos, lo que el paciente considera logros en su situación • Reconocer las ambivalencias • Trabajar balances beneficios /costos • Desarrollar la discrepancia, contradicciones entre la conducta actual y las metas más amplias, y el concepto de sí mismo. • Facilitar una reevaluación , reconsideración cognitiva y emocional del comportamiento alimentario/ actividad física.
Preparación / determinación	Preparado y dispuesto para el cambio, con deseo de recibir ayuda y puede enfrentar las pérdidas que el cambio obliga.	<ul style="list-style-type: none"> • En esta fase habrá que considerar con el paciente estrategias y alternativas realistas para su situación actual.
Acción	La persona manifiesta su compromiso de cambiar, busca activamente el modo. Comienza la implantación del nuevo comportamiento alimentario/ actividad, pero no ha llegado a un cambio estable. Pueden darse recaídas que forman parte del proceso normal.	<ul style="list-style-type: none"> • En este periodo hay que ofrecer apoyo, reforzar los logros y prevenir las dificultades que los cambios pueden presentar (físicos, emocionales, sociales).
Mantenimiento	La persona está consiguiendo el objetivo inicial y trabaja por mantenerlo.	<ul style="list-style-type: none"> • En esta fase hay que prevenir las recaídas y considerarlas como parte del proceso de recuperación, aprendiendo de ellas para planificar los siguientes pasos.
Recaída	La persona ha vuelto a sus hábitos anteriores (alimentación inadecuada, falta de actividad y ejercicio físico...) y ahora debe volver a afrontar la nueva situación y que hacer en el futuro.	

2. Estrategia de las 5 Aes¹⁰⁰

La mayoría de las recomendaciones internacionales proponen que las intervenciones conductuales y de consejo se basen en la estrategia de las 5 Aes del USPSTF:

Assess - AVERIGUAR	Conocer los factores de riesgo y las conductas no saludables. Identificar las motivaciones que pueden ayudar a la persona a cambiar de conducta, así como los obstáculos personales o del entorno que puedan limitar los avances.
Advise - ACONSEJAR	El consejo debe ser claro, específico, individualizado y contener información personalizada sobre los riesgos y beneficios.
Agree - ACORDAR	Pactar los objetivos y metas de manera consensuada y que respete la opinión, y capacidad de la persona.
Assist - AYUDAR	Explicar técnicas y estrategias para la puesta en marcha y facilitar el cumplimiento de los objetivos propuestos, para ello debemos asegurar que la persona dispone de conocimientos, capacidades, confianza, habilidades y de apoyos del entorno. Si es preciso y existe disponible ofrecer medicación con la suficiente efectividad demostrada que ayude a la persona. Contar además con el apoyo de otras unidades y si es necesario derivar cuando el caso lo requiera.
Arrange - ASEGURAR	Fijar las visitas de seguimiento necesarias, ya sea presenciales, telefónicas o telemáticas. El acompañamiento a lo largo del tiempo es imprescindible para que los cambios perduren.

3. Entrevista motivacional

La entrevista motivacional (EM) es un tipo de entrevista clínica centrada en el paciente que, fundamentalmente, le ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de una conducta o hábito insano para promover cambios hacia estilos de vida más saludables. Facilita que el paciente se posicione hacia el deseo de cambio¹⁰¹, tratando de ayudarlo a reconocer y ocuparse de sus problemas presentes y futuros y potenciando su percepción de eficacia. Es más eficaz decirle al paciente “entiendo que te resulta difícil controlar la comida” que decirle “si no controlas la comida no entiendo para qué acudes a la consulta a pesarte”, ya que el hecho de acudir significa que no es indiferente a su situación actual y algún tipo de ayuda podremos prestar.

4. Test “Listo para empezar” de Rollnick y Miller³⁷

El test está constituido por 2 preguntas, la primera de ella sobre motivación:

1. De 0 a 10, donde 0 significa nada y 10 el máximo: “¿Cuánto interés tiene Vd. en abordar el problema de su peso?”
Por ejemplo, si responden 6, pregúntele: “¿Por qué ha respondido 6 y no 2-3?” para hacer emerger su motivación al tratamiento.
Preguntar después: “¿Por qué no ha dicho 8-9?” para hacer emerger las barreras que tienen de cara al tratamiento, es decir, los obstáculos que le han mantenido alejado del cambio y

que hay que eliminar para afrontar los cambios y para que no constituyan un obstáculo oculto para la realización del proyecto de cambio.

Al final, pregunte: “¿Qué le podría ayudar para poder decir 8-9?” para hacer emerger sus propias soluciones a las barreras percibidas.

La segunda pregunta trata el tema de la autoeficacia, es decir, la confianza en sus fuerzas, y permite evaluarla y aumentarla:

2. De 0 a 10, donde 0 significa nada y 10 el máximo: “¿Cuánta confianza tiene en poder hacerlo?” (se maneja como la primera).

Si responde 7 preguntar “¿Por qué ha respondido 7 y no 2-3?” para hacer emerger sus razones para tener confianza en el proyecto de tratamiento.

Preguntar después “¿Por qué ha dicho 7 y no 8-9?” para hacer emerger las barreras, es decir los obstáculos que reducen la confianza en sus fuerzas, que han bloqueado su voluntad de implicarse y que, si no se expresan y afrontan, continuarán dificultando/impidiendo la realización del proyecto de cambio.

Y además “¿Qué necesitaría para poder decir 8-9?” para ayudar a la persona a buscar sus propias soluciones para superar sus barreras.

5. Balance decisional de Rollnick y Miller³⁷

En la Etapa de Contemplación, una de las tareas motivacionales que se pueden realizar es la “inclinación de la balanza”, es decir, ayudar o facilitar que la persona evoque las razones para cambiar y los riesgos de no cambiar; así como aumentar la autoeficacia para el cambio de conducta actual.

6. Entrevista Motivacional Breve¹⁰²

Hay dos principios básicos que centran este planteamiento:

- a. Evitar la confrontación con la persona, situación frecuente cuando nos centramos en informar y no está segura de si desea el cambio.
- b. Facilitar que verbalice motivos de preocupación por su conducta. La entrevista motivacional breve puede aplicarse en una entrevista corta, entre 30 segundos y 15 minutos. Estas breves intervenciones resultan eficaces y, además, incrementan nuestra satisfacción como profesionales.

Tiene cuatro momentos diferenciados:

1. *Inicio de la entrevista*: introducir un tema/problema mediante una pregunta abierta y previa solicitud de permiso (“¿Quieres que hablemos de...?”).
2. *Exploración de motivos de preocupación*: comporta que la persona empiece a elaborar por sí misma y le ayudamos con técnicas de apoyo narrativo (“¿Qué dificultades crees que tienes para hacer ejercicio?”).
3. *Elección de opciones para el cambio*, mediante preguntas abiertas y escucha reflexiva (“Dices que cuando empiezas un régimen te pones triste y apagada”).
4. *Finalizar*, realizando un resumen de lo expresado por la persona y preguntándole si es correcto (“¿Te he comprendido bien?”).

La entrevista mixta o semiestructurada es aquella en la que la persona que entrevista despliega una estrategia mixta, alternando preguntas estructuradas con preguntas espontáneas.

En una entrevista semiestructurada se fija el objetivo general de la información que se quiere obtener de la persona entrevistada. Este objetivo se pone de manifiesto a través de una batería de preguntas básicas

No obstante, y de acuerdo con la dinámica de la entrevista, se debe tener mucha flexibilidad para matizar o entrelazar otros temas que el entrevistado/a plantea como importantes, eso sí, buscando asociarlos al objetivo de la entrevista.

Recomendaciones:

- Antes de la entrevista se prepara un guion temático sobre lo que se quiere hablar con la persona entrevistada.
- Las preguntas que se realizan son abiertas. La persona informante puede expresar sus opiniones, matizar sus respuestas, e incluso desviarse del guion inicial cuando se atisban temas emergentes que es preciso explorar.
- La persona que entrevista debe mantener la atención suficiente como para introducir en las respuestas del informante los temas que son de interés para el estudio, enlazando la conversación de una forma natural.
- Durante el transcurso de la misma la persona que entrevista puede relacionar unas respuestas del informante sobre una categoría con otras que van fluyendo en la entrevista y construir nuevas preguntas enlazando temas y respuestas.

Ejemplos de entrevista*:

- Vídeo 1: <https://www.youtube.com/watch?v=-zlrex0hHKs>
- Vídeo 2: <https://www.youtube.com/watch?v=6J5AYIXBprk>

* Vídeos editados y publicados por UVA_Online de la Universidad de Valladolid.

- Formulación de la Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía. Portal Web de la Consejería de Salud y Familias:
<https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/planificacion/estrategia-promocion-vida-saludable-andalucia.html>
- Portal Web de Promoción de Salud de la Consejería de Salud y Familias “Mi Guía de Salud”:
<https://www.miguiadesalud.es>
- Portal web de Estilos de vida saludable. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad:
<http://www.estilosdevidasaludable.mscbs.gob.es/>
- Estrategia NAOS (Nutrición, actividad Física y Prevención de la Obesidad). Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad:
http://www.aecosan.mssi.gob.es/ca/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia_naos.htm
- Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/es/>

Recomendaciones para realizar una alimentación saludable y sostenible

RECOMENDACIONES GENERALES PARA UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE

1. Comer sano

Para comer sano debemos consumir alimentos naturales y poco procesados, más cantidad de alimentos de origen vegetal (verduras, hortalizas, cereales integrales, legumbres, frutas frescas, frutos secos, etc.), consumir cantidades menores de alimentos de origen animal (carne, pescado, lácteos, huevos, etc.) y dejar para un consumo esporádico productos como los derivados cárnicos y preparados de forma industrial (embutidos, aperitivos salados, alimentos precocinados, etc.). En definitiva, basa tu alimentación en **comida real**. Los alimentos reales son los que compramos en el mercado o en las tiendas sin haber sufrido un proceso industrial (verduras, frutas, hortalizas, frutos secos, garbanzos, lentejas, arroz, quinoa, carnes, pescados, mariscos, huevos, leche, etc.) y que cocinamos de forma saludable y tradicional.

2. Tomar diariamente frutas y verduras

Consumir al menos tres piezas de fruta y dos raciones de verduras al día y si puede ser, de colores diferentes. Las frutas y verduras preferentemente de temporada. Una de las frutas debería tener alto contenido en vitamina C (cítricos, fresas, kiwis, etc.). Una de las raciones de verduras debería ser en forma de ensalada (cuanto más variada mejor).

Para mejorar el consumo de frutas y verduras es recomendable:

- Tener siempre disponibles y a nuestro alcance fruta fresca
- - Incluir verduras en todas las comidas y preparaciones culinarias.
- - Como tentempiés, comer frutas frescas y verduras crudas.

3. Aumentar el consumo de legumbres

Las lentejas, alubias, garbanzos, habas, etc. son alimentos ricos en proteínas vegetales libres de grasas saturadas y aportan fibra, vitaminas y minerales. Consumir 3 veces por semana, preferentemente en recetas en las que abunden las verduras.

4. Incluir los cereales y la patata en tu dieta

Deben aportar la mayor parte de las calorías necesarias para la vida diaria. El pan, el arroz y la pasta son más saludables en su versión integral por su mayor aporte de fibra. Deben prepararse con técnicas culinarias bajas en grasas.

5. Utilizar el agua para hidratarse y acompañar las comidas

Ninguna bebida es más saludable que el agua. Beber entre un litro y medio y dos al día. No esperar a tener sed. Si te cuesta su consumo, las aguas aromatizadas y las infusiones te pueden ayudar, siempre que no contengan excitantes o se abuse de sustancias edulcorantes.

6. Cuantos menos productos procesados, mejor

Tienen un elevado contenido en azúcares libres, grasa total, grasas saturadas y sal, en comparación con los alimentos naturales y las comidas y platos caseros.

7. Reducir el consumo de azúcares

El exceso de calorías procedentes de alimentos y bebidas con un alto contenido en azúcares libres contribuye al sobrepeso y a la obesidad. Los azúcares libres influyen en la tensión arterial y los lípidos séricos, por lo que aumentan los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares. El consumo de azúcares libres aumenta el riesgo de caries dental.

La ingesta de azúcar puede reducirse:

- Tomando como tentempiés, frutas y verduras crudas en vez de productos azucarados.
- Limitando el consumo de alimentos y bebidas con alto contenido de azúcares (refrescos con o sin gas, zumos y bebidas de frutas o verduras, concentrados líquidos y en polvo, bebidas energéticas e isotónicas, té y café listos para beber, bebidas lácteas aromatizadas, etc.).

8. Reducir el consumo total de grasa

Para reducir la ingesta de grasas, especialmente las grasas saturadas y las grasas trans de producción industrial, se puede:

- Cocinar al vapor o hervir, en vez de freír.
- Reemplazar la mantequilla, la manteca de cerdo, margarina y la mantequilla clarificada por aceites ricos en grasas monoinsaturadas o poliinsaturadas, como el aceite de oliva virgen extra, o el de girasol alto oleico, etc.
- Ingerir las carnes magras, o quitar la grasa visible de la carne.
- Limitar el consumo de alimentos fritos, así como de aperitivos y alimentos envasados que contengan grasas trans de producción industrial.

9. Comer más pescado que carne

A igualdad de peso, el pescado tiene menos calorías que la carne. Las grasas que contiene el pescado son más saludables, sobre todo los pescados azules (caballa, sardina, boquerón, atún...), si bien, aportarán más calorías que los pescados blancos (merluza, lenguado, rosada, rape...). En caso de comer carne, elige las carnes que menos grasa tengan, como las de ave sin piel, conejo, y las porciones más magras del cerdo.

10. Consumir huevo entero

Tomar entre 5 y 7 veces a la semana. Se ha demostrado que su consumo no está relacionado con la subida de colesterol en sangre.

11. Consumir diariamente lácteos y derivados

Las mejores opciones son la leche, el yogur natural, el queso fresco bajo en grasa y el kéfir. Son importantes fuentes de calcio y vitaminas. Preferibles los bajos en grasas. En periodos de crecimiento, en mujeres embarazadas, en periodos de lactancia o en la menopausia es aconsejable aumentar la toma de lácteos.

12. Optar por los frutos secos

Tomarlos en su forma más natural (partir y comer) o bien tostados sin aceite, y por supuesto, sin añadirles sal. Los frutos secos son buenos aliados del metabolismo, siendo alimentos muy ricos en nutrientes, pero cuidando, en caso de sobrepeso, su alta densidad energética. También mejoran las funciones cognitivas.

13. Reducir el consumo de sal

La mayor parte de la ingesta de sal se realiza a través de alimentos procesados como, por ejemplo, platos preparados, carnes procesadas (embutidos, tocino, jamón, salami, etc.), quesos, tentempiés salados, o alimentos que se consumen con frecuencia en grandes cantidades (por ejemplo, el pan). La sal también se añade a los alimentos cuando se cocinan (por ejemplo, concentrados de caldo, salsa de soja y salsa de pescado) o cuando se consume directamente (por ejemplo, la sal de mesa).

Para reducir el consumo de sal se aconseja:

- Limitar la cantidad de sal de mesa y de condimentos ricos en sodio (por ejemplo, salsa de soja, salsa de pescado y caldo) al cocinar y preparar alimentos
- Limitar el consumo de tentempiés salados y escoger productos con menor contenido de sodio.

14. Planifica la compra; “más mercado y menos supermercado”

Planificar el menú semanal te ayudará a comprar de manera adecuada y responsable: **“Compra lo que necesitas, come lo que compras y no te olvides de reciclar los residuos”**. Si es posible, comprar productos de proximidad, es decir, aquellos cuyo origen sea de comarcas cercanas, pues dejan menos impacto en el medio ambiente. Promover la compra de alimentos en el mercado de abastos de tu localidad, garantiza una alimentación menos procesada, más saludable, más sostenible y beneficiosa con la economía alimentaria de tu zona.

15. Compra saludable

Para saber qué te llevas al llenar tu cesta de la compra, es importante mirar las **etiquetas** para informarse bien de la calidad del producto. Deben indicar la **lista de ingredientes** y la **información nutricional**. También la posible presencia de alérgenos, la cantidad neta y la fecha de duración o caducidad.

16. Fíjate en el orden de los ingredientes

El orden en la lista de ingredientes te dará pistas sobre lo que el producto contiene en mayor cantidad, ya que estos se encuentran en los primeros lugares. Mejor que la lista sea corta, ya que si contiene pocos ingredientes se tratará, en general, de un alimento poco procesado y se acercará más a lo “natural”. Los alimentos con un solo ingrediente no están obligados a llevar esta lista.

17. Observa con detenimiento la información nutricional

La etiqueta nutricional señala la cantidad de cada uno de los tres nutrientes básicos (hidratos de carbono, grasas y proteínas) en 100 gramos, lo que permite la comparación. Las etiquetas nutricionales no suelen especificar qué **cantidad de azúcar** del producto es natural (por ejemplo, la manzana aporta azúcar natural) y cuál ha sido añadida artificialmente. Si consta que aporta más de 15 gramos de azúcar por 100 gramos de producto es que es alto en azúcar. Piensa que los azúcares pueden aparecer con distintos nombres. Si en la etiqueta lees jarabe de maíz, dextrosa, maltosa, glucosa, sacarosa, fructosa, miel de caña o concentrados de zumos de frutas es que lleva “azúcar añadido”. Vigila la **cantidad de grasas** que contiene; si lees que contiene 15 gramos o más de grasas totales por cada 100 gramos de alimento es que es alto en este nutriente. Debe contener pocas grasas saturadas. No es obligatorio que aparezcan las “*trans*”, pero si lees aceites o grasas “parcialmente hidrogenadas” es que las lleva.

18. Elegir maneras de cocinar más saludables

Es preferible en crudo, al vapor, a la plancha, salteados, al horno, etc. Su uso es tan importante como el emplear ingredientes sanos.

19. Distribuir los alimentos en la proporción adecuada

El método del plato saludable ayuda elegir la cantidad adecuada de cada grupo de alimentos: la mitad de verduras y frutas, un cuarto de proteínas (legumbres, pescado, huevo, carnes blancas y frutos secos) y el otro cuarto de cereales integrales, sus derivados y patatas.

20. Aumentar la frecuencia diaria de comidas y disminuir el tamaño de las raciones

Intercalar comidas ligeras entre las tres principales. Tomar sólo lo que se necesita, ni más ni menos. No comas sin pensar en lo que estás haciendo. Siéntate a la mesa y centra tu atención en el alimento para saber cuándo has comido lo suficiente.

Recomendaciones para realizar actividad física

RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA

1. Aprovechar las oportunidades que se presentan a lo largo del día para incrementar la actividad física

Subir y bajar escaleras en vez de tomar el ascensor, caminar cuando sea posible para realizar los desplazamientos, etc.

2. Realizar paseos o caminatas de manera regular es un hábito saludable alcanzable para casi cualquier persona

La recomendación es caminar al menos 30 minutos al día, 5 días a la semana. Acumular y contar pasos nos va a servir para establecer objetivos diarios de actividad física. La OMS recomienda dar al menos 10.000 pasos diarios.

3. Aprovechar las tareas de mantenimiento del hogar

Colaborar en las tareas domésticas ayuda a mantenernos activos.

4. Reducir al máximo el sedentarismo durante el tiempo libre

Por ejemplo, disminuyendo el tiempo de ver televisión o de permanecer sentado o tumbado durante el día.

5. Realizar pausas activas

Procurando no permanecer sin moverse periodos superiores a 2 horas.

6. Fomentar el ocio activo

Salir a pasear con la familia o amistades, ir a bailar, senderismo, etc.

7. Realizar ejercicio físico para mejorar la salud

Además de incrementar el nivel de actividad física aprovechando los desplazamientos y tareas diarias, sería recomendable hacer ejercicio físico para mejorar nuestra salud así como la resistencia cardiorrespiratoria, fuerza muscular y flexibilidad. Se recomiendan los siguientes ejercicios:

Entre 30 a 60 minutos al día de ejercicio aeróbico, como por ejemplo correr suave, nadar, bicicleta, andar rápido, etc.

2 ó 3 días a la semana de ejercicios de fortalecimiento muscular en días alternos (pesas, bandas elásticas, autocargas, etc.).

Estiramientos y ejercicios para mejorar la flexibilidad y la amplitud de movimientos articulares (programa de ejercicio multicomponente).

Profesionales de la salud o de la actividad física y el deporte te pueden indicar el tipo, frecuencia e intensidad del ejercicio que sería recomendable hacer, así como la progresión y los recursos y activos para la salud (rutas, parques de ejercicio, polideportivos, piscinas, asociaciones, gimnasios, etc.) en los que puedes realizarlos.

Recomendaciones adicionales para personas que consumen alcohol

QUÉ SABER DEL ALCOHOL

El alcohol es un **depresor del sistema nervioso central**; es decir, adormece el funcionamiento del cerebro, aunque al principio de la ingesta tiene un efecto paradójico que genera una sensación de cierta euforia.

Aunque sea consumido en pequeña cantidad, puede producir **consecuencias indeseables**; por ejemplo, cuando tomamos determinadas cantidades de alcohol y conducimos. Son conductas de riesgo relacionadas con accidentes de tráfico, domésticos y laborales.

El consumo de alcohol es **perjudicial para la salud** y puede provocar alteración en las relaciones sociales y familiares, al desencadenar conductas de agresividad e irritabilidad. Asimismo, puede dificultar las relaciones sexuales.

El consumo abusivo de alcohol en poco período de tiempo aumenta el riesgo de **intoxicación etílica aguda**, con situaciones conflictivas que pueden poner en peligro la integridad física de las personas del entorno, e incluso con riesgo para la vida del bebedor (coma etílico).

Si cada vez se aguanta más el alcohol, significa que el cuerpo se está acostumbrando. Es lo que se llama **tolerancia**; el organismo se adapta a determinada cantidad de sustancia, por lo que, para conseguir los mismos efectos, se necesita aumentar la dosis del consumo. Esta situación se agrava cuando se genera un síndrome de **dependencia**, con serias consecuencias sanitarias, familiares, sociales y laborales.

CUÁNDO EL ALCOHOL ES DE RIESGO

Teniendo en cuenta que ningún nivel de consumo de alcohol es seguro, éste se considera de riesgo:

- En cualquier cantidad, en mujeres embarazadas o en periodo de lactancia.
- Cuando se mezcla con medicamentos o cuando se padece alguna enfermedad.
- Cuando se va a conducir vehículos, en la medida que produce sensación de falsa seguridad.
- En el entorno laboral y muy especialmente, cuando se realizan trabajos de precisión.

QUÉ HACER SI SE VA A BEBER

Fijar un límite razonable de consumo y llevar la cuenta de lo que se beba.

No beber por beber; saltarse alguna ronda.

No mezclar diferentes tipos de bebidas alcohólicas; alternarlas con bebidas saludables.

Si se va a beber, hacerlo con el estómago lleno.

Beber despacio y no utilizar el alcohol para calmar la sed. Como alternativa saludable, beber agua.

No conducir.

1. Valoración enfermera enfocada a la modificación de estilos de vida^{103, 104}

VALORACIÓN DE NECESIDADES SEGÚN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

1. RESPIRACIÓN	Fumador e historia de fumador. Algún proceso respiratorio que le impida o dificulte su actividad diaria.
2. ALIMENTACIÓN e HIDRATACIÓN	Hábitos nutricionales. Adherencia a DM. Números de comidas al día y horarios. Comidas fuera de casa. Registros de ingesta cuantitativa y cualitativa. Limitaciones dietéticas. Gustos y preferencias. ¿Quién cocina y hace la compra? Hidratación, cantidad de líquidos que toma al día.
3. ELIMINACIÓN	Poliuria/nicturia o retención de líquidos. Continencia. Hábitos intestinales (estreñimiento, diarreas). Continencia, ostomía.
4. MOVILIZACIÓN	Actividad física diaria. Cuestionario IPAQ. Tipo de ejercicio extra. Limitaciones para hacer ejercicio. Actividades de ocio.
5. REPOSO SUEÑO	Hábitos de sueño y descanso. Dificultades para descansar.
8. HIGIENE	Aspecto físico, imagen corporal, acicalamiento (observación).
9. SEGURIDAD	Confía en que podamos ayudarle. Tiene sentimientos de desvalorización en sí mismo. Siente ansiedad, temor, impotencia. Capacidad de afrontamiento. Autoestima, autoconcepto. Consumo de alcohol (frecuencia y tipo). Cuestionario AUDIT.
10. COMUNICACIÓN	Capacidad para expresar emociones. Relaciones familiares y sociales. Redes de apoyo. Dificultad para expresarse, escuchar entender
11. VALORES Y CREENCIAS	Concepto de salud y enfermedad. Barreras que impiden alcanzar su salud. Autoaceptación de su estado físico. Autoeficacia.
12. REALIZACIÓN PERSONAL	Trabajo actividad. Predisposición a modificación de estilos de vida (tabaco, hábitos nutricionales, alcohol, ejercicio físico) y actividades recreativas. Intentos previos (éxitos y/o fracasos).
13. ACTIVIDADES LÚDICAS	Actividades recreativas que realiza relacionadas con la actividad física. Conocimiento de los recursos disponibles en la comunidad.
14. CAPACIDAD DE APRENDER	Conocimientos en hábitos de vida saludables. Dificultades y limitaciones en el aprendizaje. Disposición a querer aprender.

VALORACIÓN DE NECESIDADES SEGÚN LOS PATRONES FUNCIONALES DE M. GORDON

1. PERCEPCIÓN Y MANEJO DE LA SALUD	Conciencia sobre su estado de salud. Hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, drogas) ¿Sigue los consejos sobre alimentación, ejercicio y estilos de vida?
2. NUTRICIÓN	Exploración física: Alteraciones en boca y estado de piel y mucosas (hidratación). Valoración antropométrica: peso, talla, IMC, perímetro abdominal. Dieta habitual. Ingesta de líquidos. Adherencia a DM. Ganancia o pérdida de peso. Apetito y preferencias. Come solo o en compañía.
3. ELIMINACIÓN	Función urinaria Hábitos intestinales. Sudoración.
4. ACTIVIDAD FÍSICA/REPOSO	Exploración: Frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial. Alteraciones en la respiración, circulación y musculoesqueléticas. - Movilidad y actividades cotidianas. Barthel. Estilo de vida activo /sedentario. Actividad física diaria. IPAQ.
5. SUEÑO/DESCANSO	Hábitos de sueño y descanso. Dificultades para descansar.
6. PERCEPCIÓN /COGNICIÓN	Capacidad de lenguaje y memoria. Resolución de problemas y toma de decisiones. Trastornos de la percepción sensorial. Presencia de dolor.
7. AUTOPERCEPCIÓN /AUTOCONCEPTO	Percepción de sí mismo e imagen corporal. Autoestima y autoeficacia. Motivación para el cambio.
8. ROL/RELACIONES	Vive solo o con familia. Estructura familiar. Apoyo social, ambiente laboral. ¿Su entorno favorece el cambio de hábitos?
9. SEXUALIDAD /REPRODUCCIÓN	Beneficios de un estilo de vida saludable.
10. AFRONTAMIENTO /TOLERANCIA AL ESTRÉS	Cambios importantes en la vida en los últimos años. Afrontamiento para el cambio de hábitos. Utilización de recursos y grupos de ayuda.
11. VALORES Y CREENCIAS	Identificar valores y creencias que guían las decisiones. Congruencia de las elecciones con su estilo de vida. Expectativas ligadas a la salud.

2. Diagnósticos de enfermería relacionados con las intervenciones sobre hábitos saludables

00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES

r/c: Falta de exposición. m/p: Verbalización del problema

OBJETIVOS NOC		INTERVENCIONES NIC	
1802	Conocimiento: dieta	5510	Educación sanitaria
1803	Conocimiento: proceso de la enfermedad	5520	Facilitar el aprendizaje
1804	Conocimiento: conservación de la energía	5540	Fomentar la disposición al aprendizaje
1805	Conocimientos: conductas de salud	5604	Enseñanza: grupal
1806	Conocimientos: recursos sanitarios	5606	Enseñanza: individual
1808	Conocimiento: medicación	5612	Enseñanza: actividad /ejercicio prescrito
1811	Conocimiento: actividad prescrita	5614	Enseñanza: dieta prescrita

00232- OBESIDAD**00233- SOBREPESO****00234- RIESGO DE SOBREPESO**

Definición: Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.

Relacionado con (R/C): Aporte excesivo de nutrientes en relación con el gasto energético, desconocimiento de la alimentación adecuada, comer en respuestas a situaciones externas como psicosociales o culturales, ansiedad, etc.

Manifestado por (M/P): IMC > 25, patrones alimentario-inadecuados. Se desaconseja utilizar esta etiqueta diagnóstica cuando la causa sea un trastorno patológico, la toma de ciertos medicamentos. En estos casos habría que abordar el problema desde otro punto de vista necesitando probablemente la colaboración conjunta de otros profesionales.

OBJETIVOS NOC:		INTERVENCIONES NIC:	
1004	Estado nutricional	0200	Promoción del ejercicio
1005	Estado nutricional: medidas bioquímicas	1100	Gestión de la nutrición
1006	Estado nutricional: masa corporal	1160	Control y seguimiento de la nutrición
1007	Estado nutricional: energía	1260	Gestión del peso
1008	Estado nutricional: ingesta de alimentos y líquidos	1280	Ayuda para disminuir peso
1009	Estado nutricional: ingesta de nutrientes	4360	Modificación de conducta
1612	Control del peso	4420	Acuerdo con el paciente
		5246	Asesoramiento nutricional
		5250	Apoyo en la toma de decisiones
		5270	Apoyo emocional
		5450	Terapia de grupo
		5510	Educación sanitaria
		5604	Enseñanza: grupal
		5606	Enseñanza: individual
		5612	Enseñanza: actividad /ejercicio prescrito

00168 ESTILO DE VIDA SEDENTARIO

Definición: Informes sobre hábitos de vida que se caracterizan por un bajo nivel de actividad física.

Relacionado con (R/C): Desconocimiento de los beneficios para la salud que conlleva el ejercicio físico. Carencia de motivación/interés. „ Carencia de recursos (tiempo, dinero, compañero, facilidades).

Manifestado por (M/P): Elección de una rutina diaria de bajo contenido en actividad física.

Verbaliza la preferencia de actividades de bajo contenido en actividad física.

OBJETIVOS NOC:		INTERVENCIONES NIC:	
0906	Toma de decisiones	4350	Gestión de la conducta
1601	Conducta de cumplimiento	4360	Modificación de conducta
1602	Conducta de promoción de la salud	5240	Asesoramiento
1603	Conducta para alcanzar la salud	5250	Apoyo en la toma de decisiones
1804	Conocimiento: conservación de la energía	0200	Promoción del ejercicio
		5612	Enseñanza: actividad /ejercicio prescrito

00063 PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES: ALCOHOLISMO

Definición: Las funciones psicosociales, espirituales y fisiológicas de la unidad familiar están crónicamente desorganizadas, lo que conduce a conflictos, negación de los problemas, resistencia al cambio, solución inefectiva de los problemas y a una serie de crisis.

Relacionado con (R/C): Abuso de alcohol. Falta de habilidades para la solución de problemas. Habilidades de afrontamiento inadecuadas.

Manifestado por (M/P): Culpa, rechazo, Deterioro de las relaciones familiares / trastorno de las dinámicas familiares. Comunicación inefectiva con el cónyuge o problemas matrimoniales. Alteración en la función del rol o de los roles familiares. Desempeño parental inconsistente o percepción de poco soporte parental. Negación.

OBJETIVOS NOC:		INTERVENCIONES NIC:	
1302	Capacidad de superación en las situaciones difíciles	4500	Prevención del consumo de sustancias
1407	Consecuencias de la adicción a las drogas	4510	Tratamiento por el consumo de sustancias
		5240	Asesoramiento
		5440	Potenciación del sistema de apoyo

OTROS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS RELACIONADOS CON LAS INTERVENCIONES SOBRE HÁBITOS SALUDABLES

- 00188 Tendencias a adoptar conductas de riesgo para la salud
- 00162 Disposición para mejorar la gestión de la salud
- 00078 Gestión ineficaz de la salud
- 00099 Mantenimiento ineficaz de la salud
- 00079 Incumplimiento
- 00163 Disposición para mejorar la nutrición
- 00167 Disposición para mejorar el autoconcepto
- 00158 Disposición para mejorar el afrontamiento
- 00083 Conflicto de decisiones
- 000184 Disposición para mejorar la toma de decisiones

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD

(Z72) Problemas relacionados con el estilo de vida

- (Z72.1) Problemas relacionados con el uso del alcohol
- (Z72.3) Problemas relacionados con la falta de ejercicio físico
- (Z72.4) Problemas relacionados con la dieta y hábitos alimentarios inapropiados
- (Z72.8) Otros problemas relacionados con el estilo de vida
- (Z72.9) Problema no especificado relacionado con el estilo de vida

PROBLEMAS SOCIALES

- (Z56) Problemas relacionados con el empleo y el desempleo**
- (Z59) Problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas**
- (Z60) Problemas relacionados con el ambiente social**

DIABETES MELLITUS

- (E10) Diabetes mellitus dependiente de insulina**
- (E11) Diabetes mellitus no-dependiente de insulina**
- (E12) Diabetes mellitus relacionada con malnutrición**
- (E13) Otras diabetes mellitus especificadas**
- (E14) Otras diabetes mellitus sin especificar**

ENFERMEDADES NUTRICIONALES

(E66) Obesidad

(E66.0) Obesidad debida a un exceso de calorías

(E66.9) Obesidad sin especificar

(E68) Secuelas de hiperalimentación

(E78) Desórdenes del metabolismo de lipoproteínas y otras lipidemias

(E78.0) Hipercolesterolemia pura

(E78.1) Hipergliceridemia pura

(E78.2) Hiperlipidemia mixta

(E78.4) Otras hiperlipidemias

(E78.5) Hiperlipidemia sin especificar

ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS

(I10) Hipertensión arterial esencial (primaria)

(I15) Hipertensión arterial secundaria

TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

(F10) Trastornos relacionados con alcohol

(F10.1) Abuso de alcohol

(F10.2) Dependencia de alcohol

(F10.9) Consumo de alcohol no especificado

Bibliografía

1. Consejería de Salud y Familias. Evaluación PAFAE 2004-2018. Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada [Internet]. Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía; 2019 [Consultado 20 marzo 2020]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Evaluacion_PAFAE_Noviembre2019_1.pdf
2. Lianov L, Johnson M. Physician competencies for prescribing lifestyle medicine. JAMA. 2010; 304: 202-203.
3. World Health Organization (WHO). Time to deliver: report of the WHO Independent High-Level Commission on Noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [Consultado 20 marzo 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/ncds/management/time-to-deliver/en/>
4. American Academy of Family Physicians (AAFP). Summary of Recommendations for Clinical Preventive Services [Internet]. Leawood, Kansas: AAFP; 2017 [Consultado 20 marzo 2020]. Disponible en: http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/clinical_recommendations/cps-recommendations.pdf
5. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Guide to Clinical Preventive Services 2014 [Internet]. Rockville (Maryland): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2014 [Consultado 20 marzo 2020]. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/prevention/guidelines/guide/index.html>

6. Hernández-Aceituno A, Pérez-Tasigchana RF, Guallar-Castillón P, López-García E, Rodríguez-Artalejo F, Banegas JR. Combined Healthy Behaviors and Healthcare Services Use in Older. *Am J Prev Med.* 2017; 53 (6): 872-881.
7. Alcántara C, Klesges LM, Resnicow K, Stone A, Davidson KW. Enhancing the Evidence for Behavioral Counseling. *Am J Prev Med.* 2015; 49: 184-93.
8. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consejo Integral en Estilo de Vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Centro de Publicaciones; 2015 [Revisado 20 marzo 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Consejo_Integral_EstiloVida_en_AtencionPrimaria.pdf
9. Grudniewicz A, Kealy R, Rodseth RN, Hamid J, Rudoler D, Straus SE. What is the effectiveness of printed educational materials on primary care physician knowledge, behaviour, and patient outcomes: a systematic review and meta-analyses [Internet]. *Implement Sci.* 2015 [Consultado 20 marzo 2020]; 10: Artículo 164. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13012-015-0347-5>
10. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. The periodic health examination [Internet]. *Can Med Assoc J.* 1979 [Consultado 20 marzo 2020]; 121(9):1193-1254. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1704686/>
11. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). About the USPSTF [internet]. Rockville (Maryland): USPTF [Consultado 20 marzo 2019]. Disponible en <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/about-the-uspstf>
12. Córdoba R, Camaralles F, Muñoz E, Gómez JM, San José J, Ramírez JJ, Martín C, del Campo M, Revenga J. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPs 2018 [Internet]. *Aten Primaria.* 2018 [Consultado 20 marzo 2019]; 50 (S1): 29-40. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6836940/>
13. Rimer BK, Glanz K, Rasbandfor g. Evidence About Health Education and Health Behavior Interventions [Internet]. *Health Educ Behav.* 2001 [Consultado 20 marzo 2019]; 28(2):231-248 Disponible en: <https://doi.org/10.1177/109019810102800208>
14. Hernán M, et al. Salud comunitaria basada en activos. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2018.
15. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model [Internet]. *Promot Educ.* 2007 [Consultado 20 marzo 2020]; 2: 17-22. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/10253823070140020701x>

- 16.** Martínez Mondéjar E. Guía para trabajar en salud comunitaria y recomendación de activos en los equipos de Atención Primaria. Murcia: Ayuntamiento de Murcia; 2018.
- 17.** Blendon RJ, Jovell AJ, DesRoches CM, Navarro MD, Fleischfresser C, Fernández L, Benson JM, Weldon K. Confianza en el Sistema Nacional de Salud, 2005/2006. Resultados del estudio español [Internet]. Harvard School of Public Health y Fundación Biblioteca Josep Laporte; 2006 [Consultado 20 marzo 2020].
Disponible en: https://www.actasanitaria.com/fileset/doc_14040_FICHERO_NOTICIA_19099.pdf
- 18.** Kottke TE, Solberg LI, Brekke ML, Cabrera A, Marquez M. Will patient satisfaction set the preventive services implementation agenda?. Am J Prev Med. 1997; 13: 309-16.
- 19.** Valente TW. Evaluating Health Promotion Programs. New York: Oxford University Press; 2002.
- 20.** Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Resolución WHA 57/9. Ginebra: OMS; 2004 [Consultado 20 marzo 2020].
Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_9-sp.pdf
- 21.** Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada 2004-2008. Sevilla: Consejería de Salud; 2004.
- 22.** Agencia Española de Seguridad Alimentaria (AESAN). Estrategia NAOS. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005 [Consultado 20 marzo 2020]. Disponible en:
<http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/estrategianaos.pdf>
- 23.** Castilla ML et al. Consejo dietético en Atención Primaria. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2005.
- 24.** Castilla ML et al. Guía de Consejo dietético intensivo en Atención Primaria. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2008.
- 25.** Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía. Proyectos para la promoción de la actividad física y la alimentación equilibrada desarrollados en el marco del PAFAE [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía; [Consultado 20 marzo 2020].
Disponible en: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/salud-vida/paginas/proyectos-pafae.html>
- 26.** Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía (PIOBIN) [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2010 [Consultado 20 marzo 2020]. Disponible en:
http://www.saludpublicaandalucia.es/wpcontent/uploads/2011/12/DOSSIER_PIOBIN_2010
- 27.** Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). Programa PERSEO [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 [Consultado 20 marzo 2020].

Disponible en:

http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/educanaos/guia_actividad_fisica.pdf

28. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, AESAN. (2012). Código de correulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a menores, prevención de la obesidad y salud (Código PAOS). Disponible en:
http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/Nuevo_Codigo_PAOS_2012_espanol.pdf

29. Vicente-Rodríguez et al. (2007). Healthy Lifestyle by Nutrition in Adolescence (HELENA). A New EU Funded Project [Internet]. *Thérapie*. 2007 [Consultado 20 marzo 2020]; 62 (3): 259-270. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/6036361_Healthy_lifestyle_by_nutrition_in_adolescence_HELENA_A_new_EU_funded_project

30. Health Behaviour in School-aged Children. Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC): Disponible en: <https://www.hbsc.es/>

31. World Health Organization (WHO). Nutrition. WHA65/6 Resolution. Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition [Internet]. Geneva: OMS; 2012. [Consultado 20 marzo 2020].
Disponible en: https://www.who.int/nutrition/topics/wha_65_6/en/

32. World Health Organization (WHO). Draft thirteenth general programme of work 2019–2023. Report by the Director-General. Geneva: WHO; 2018 [Consultado 20 marzo 2020].
Disponible en : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_4-en.pdf?ua=1or

33. World Health Organization. Health literacy: the solid facts [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 [Consultado 20 marzo 2020]. Disponible en:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf

34. European health literacy survey, HLS-EU Consortium. Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project 2009–2012. *Eur J Public Health*. 2015 [consultado 20 marzo 2020]; 25(6): 1053–1058.
Disponible en: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>

35. Zimmerman GL, Olsen CG, Bosworth MF. A «stages of change» approach to helping patients change behavior. *Am Fam Physician*. 2000; 61: 1409-1416.

36. Cahill K, Lancaster T, Green N. Stage-based interventions for smoking cessation [Internet]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2010 [Consultado 20 marzo 2020]; Issue 11. Art. No.: CD004492. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004492.pub4>

- 37.** Miller W, Rollnick S. La entrevista motivacional. Ayudar a las personas a cambiar. Barcelona: Paidós; 1999.
- 38.** Rivera S, et al. Entrevista motivacional: ¿cuál es su efectividad en problemas prevalentes de la Atención Primaria? [Internet]. Aten primaria. 2008 [Consultado 20 marzo 2020]; 40 (5): 257-61. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13120020>
- 39.** Michie S, Van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions [Internet]. Implement Sci. 2011[Consultado 20 marzo 2020]; 6 (42).
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- 40** Glasgow RE, Whitlock EP. 5 A 's Behavior Change Model. Adapted for Self-Management Support Improvement. Rockville (Maryland): USPSTF; 2002.
- 41.** Glasgow RE, Emont S, Miller DC. Assessing delivery of the five 'As' for patient-centered counseling. Health Promotion International. 2006; 21 (3): 245-55.
Disponible en: <https://doi.org/10.1093/heapro/dal017>
- 42.** National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Behaviour change: individual approaches [Internet]. London: NICE; 2014 [Consultado 20 marzo 2020].
Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph49>
- 43.** Dilla T, Valladares A, Lizan L, Sacristan JA. Treatment adherence and persistence. Causes, consequences and improvement strategies [Internet]. Atención Primaria. 2009 [Consultado 20 marzo 2020]; 41: 342-48. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19427071/>
- 44.** Patnode C.D., Evans C.V., Senger C.A., Redmond N., Lin J.S. Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Known Cardiovascular Disease Risk Factors: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force [Internet]. JAMA. 2017 [Consultado 20 marzo 2020]; 318: 175-193. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2017.3303>
- 45.** Rees K., Dyakova M., Wilson N., Ward K., Thorogood M., Brunner E. Dietary advice for reducing cardiovascular risk [Internet]. Cochrane Database Syst Rev; 2013 [Consultado 20 marzo 2020]; pp. 2128. CD00.
Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002128.pub4>
- 46.** Bhattarai N., Prevost A.T., Wright A.J., Charlton J., Rudisill C., Gulliford M.C. Effectiveness of interventions to promote healthy diet in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMC Public Health. 2013; 13: 1203
<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-1203>

- 47.** Whatnall M.C., Patterson A.J., Ashton L.M., Hutchesson M.J. Effectiveness of brief nutrition interventions on dietary behaviours in adults: A systematic review [Internet]. *Appetite*. 2018 [Consultado 20 marzo 2020]; 120: 335-347.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2017.09.017>
- 48.** Lin J.S., O'Connor E.A., Evans C.V., Senger C.A., Rowland M.G., Groom H.C. Behavioral Counseling to Promote a Healthy Lifestyle for Cardiovascular Disease Prevention in Persons with Cardiovascular Risk Factors: An Evidence Update for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (Maryland): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2014 [Consultado 20 marzo 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25232633/>
- 49.** Ebrahim S., Taylor F., Ward K., Beswick A., Burke M., Davey Smith G. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease [Internet]. *Cochrane Database Syst Rev.*; 2011 [Consultado 20 marzo 2020]. CD001561.
Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001561.pub3>
- 50.** World Cancer Research Fund (WCRF). *Cancer Prevention Recommendations* [internet]. London: WCRF; 2007 [Consultado 20 marzo 2020].
Disponible en : <https://www.wcrf.org/dietandcancer/cancer-prevention-recommendations>
- 51.** World Cancer Research Fund (WCRF). American Institute for Cancer Research (AICR). *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective*. Washington DC: AICR; 2007 [Consultado 20 marzo 2020].
Disponible en : <https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/4841/1/4841.pdf>
- 52.** American Institute for Cancer Research (AICR). *10 Cancer Prevention Recommendations* [Internet]. Arlington, (Virginia): AICR [Consultado 20 marzo 2020]
Disponible en: <https://www.aicr.org/cancer-prevention/>
- 53.** Brauer P, Gorber SC, Shaw E, et al. Recommendations for prevention of weight gain and use of behavioural and pharmacologic interventions to manage overweight and obesity in adults in primary care. *Canadian Task Force on Preventive Health Care* [Internet]. *CMAJ*. 2015 [Consultado 20 marzo 2020]; 187(3):184-195.
Disponible en: <https://doi.org/10.1503/cmaj.140887>
- 54.** US Preventive Services Task Force (USPSTF). Behavioral Weight Loss Interventions to Prevent Obesity-Related Morbidity and Mortality in Adults. US Preventive Services Task Force. Recommendation Statement [Internet]. *JAMA*. 2018 [Consultado 20 marzo 2020]; 320(11):1163-1171. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2018.13022>
- 55.** National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Behaviour change: individual approaches. Public health guideline [PH49] [Internet]. London: NICE; 2014 [Consultado 20 marzo 2020]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph49/resources/behaviour-change-individual-approaches-pdf-1996366337989>

- 56.** Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of obesity. A national clinical guideline [Internet]. Edimburgo: SIGN; 2010 [Consultado 20 marzo 2020] .
Disponible en: <https://www.sign.ac.uk/assets/sign115.pdf>
- 57.** European Network for Prevention and Health Promotion in Family Medicine and General Practice (EUOPREV) [Internet]. Ljubljana: EUOPREV-WONCA; [Consultado 20 marzo 2020].
Disponible en: <http://europrev.woncaeurope.org>
- 58.** Lau, D et al. 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children [Internet]. CMAJ; 2007 [Consultado 20 marzo 2020]; 176 (8): 1-13
Disponible en: <https://doi.org/10.1503/cmaj.061409>
- 59.** National Health and Medical Research Council (NHMRC). Australian Dietary Guidelines [Internet]. Canberra: NHMRC; 2013 [Consultado 20 marzo 2020].
Disponible en: <https://www.nhmrc.gov.au/about-us/publications/australian-dietary-guidelines>
- 60.** Comas A, Suárez R, López M, Cueto A. Coste-efectividad del consejo sanitario antitabaco en Atención Primaria de salud [Internet]. Gac Sanit 1998 [Consultado 20 marzo 2020]; 12:126-132
Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(98\)76457-X](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(98)76457-X)
- 61.** Alonso F, Alonso C, García JV, et al. Efectividad de un programa multicomponente para dejar de fumar aplicado en Atención Primaria [Internet]. Gac Sanit. 2014[Consultado 20 marzo 2020]; 28: 222-224. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.11.002>.
- 62.** Schwartz JL. Review and evaluation of smoking cessation methods: The United States and Canada, 1978-1985, Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 1987.
- 63.** Castañal-Canto X et al. Trabajando con nuestros pacientes fumadores en Atención Primaria. Un análisis de coste-efectividad [Internet]. Aten Prim. 2012 [Consultado 20 marzo 2020]; 44, (11): 659-666. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.02.013>
- 64.** Sánchez J, Olivares J, Rosa AI. El problema de la adicción al tabaco: metaanálisis de las intervenciones conductuales en España. Psicothema. 1998; 10: 535-549.
- 65.** Hernán M, Morgan A, Mena AL. Formación en salutogénesis y activos para las salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2010.
- 66.** López S, Suárez O, Cofiño R. Guía ampliada de recomendación de activos “prescripción social” en el sistema sanitario. Oviedo: Principado de Asturias. Observatorio de Salud de Asturias.; 2018.
- 67.** Cofiño R, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? [Internet]. Gac Sanit. 2016 [Consultado 20 marzo 2020]; 30 (1): 93-98. Disponible: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004>

- 68.** Sobrino C, Hernán M, Cofiño R. ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud comunitaria? Informe SESPAS 2018 [Internet]. Gac Sanit. 2018 [Consultado 20 marzo 2020]; 32 (1): 5-12. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.005>
- 69.** Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón. Atención comunitaria basada en activos: Recomendación activos para la salud en Atención Primaria. Zaragoza: Gobierno de Aragón; 2018.
- 70.** Sotos-Prieto M, Bhupathitaju SN, Mattei J, Fung TT, Li Y y Pan A. Changes in diet quality scores and risk of cardiovascular disease among US men and womn [Internet]. Circulation. 2015 [Consultado 20 marzo 2020]; 132: 2212-2219. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.017158>
- 71.** Sofi F, Cesari F, Abbate R, Gensini GF, Casani A. Ahderence to mediterranean and health status: Meta-analysis [Internet]. BMJ. 2008 [Consultado 20 marzo 2020]; 337: a1344. Disponible: <https://doi.org/10.1136/bmj.a1344>
- 72.** Maderuelo-Fernández JA, Recio-Rodríguez JI, Patino-Alonso MC, Pérez-Arechaederra D, Rodríguez-Sánchez E, Gómez-Marcos MA, et al. Effectiveness of interventions applicable to primary health care settings to promote Mediterranean diet or healthy eating adherence in adults: A systematic review [Internet]. Prev Med. 2015 [Consultado 20 marzo 2020]; 76: 39-55.
- 73.** Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, et al. PREDIMED Study Investigators. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet [Internet]. N Engl J Med. 2013 [Consultado 20 marzo 2020]; 368: 1279-1290. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1200303>
- 74.** Lorgeril de M, Salen P, Martin JL, Monjaud I, Delaye J, Mamelle N. Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: final report of the Lyon Diet Heart Study [Internet]. Circulation. 1999 [Consultado 20 marzo 2020]; 99: 779-785. Disponible en: <https://doi.org/10.1161/01.CIR.99.6.779>
- 75.** Desroches S, Lapointe A, Ratté S, Gravel K, Légaré F, Turcotte S. Interventions to enhance adherence to dietary advice for preventing and managing crronic diseases in adults [Internet]. Cochrance database Syst Rev. 2013 [Consultado 20 marzo 2020]. Issue 2. Art. No.: CD008722. Disponible: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008722.pub2>
- 76.** Akbaraly TN, et al. Alternative Healthy Eating Index and mortality over 18 y of follow-up: results from the Whitehall II cohort [Internet]. Am J Clin Nutr. 2011 [Consultado 20 marzo 2020]; 94 (1): 247-253. Disponible en: <https://doi.org/10.3945/ajcn.111.013128>
- 77.** Harvard T.H. Chan School of Public Health. The Nutrition Source. Healthy Eating Plate [Internet]. Boston: HarvardChanSPH; [Consultado 20 marzo 2020] Disponible en: <https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/healthy-eating-plate/>

78. Organización Mundial de la Salud (OMS). Notas descriptivas sobre Alimentación sana [internet]. Ginebra: OMS [Consultado 20 marzo 2020].

Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

79. Aragonés MT, Fernández Navarro P y Ley V. Actividad física y prevalencia de patologías en la población española. Madrid: Secretaría General Técnica del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. 2016 [Consultado 20 marzo 2020].

Disponible en: <https://sede.educacion.gob.es/publiventa/actividad-fisica-y-prevalencia-de-patologias-en-la-poblacion-espanola/deportes-salud-publica/21268>

80. Pedersen BK, Saltin B. Exercise as medicine -evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases [Internet]. Scand J Med Sci Sports. 2015 [Consultado 20 marzo 2020]; 25: 1-72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/sms.12581>

81. Pedersen BK, Saltin B. Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic diseases [Internet]. Scand J Med Sci Sports. 2006 [Consultado 20 marzo 2020]; 16: 3-63

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0838.2006.00520.x>

82. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud [Internet]. Ginebra: 2010 [Consultado 20 marzo 2020].

Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44441/1/97892435_99977_spa.pdf

83. Arem H, Moore SC, Patel A, Hartge P, Berrington de Gonzalez A, Visvanathan K, et al. Leisure Time Physical Activity and Mortality. A Detailed Pooled Analysis of the Dose-Response Relationship [Internet]. JAMA Intern Med. 2015 [Consultado 20 marzo 2020]; 175: 959-967.

Disponible: <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.0533>

84. Owen N, Healy GN, Matthews CE, Dunstan, DW. Too Much Sitting: The Population Health Science of Sedentary Behavior [Internet]. Exerc Sport Sci Rev. 2010 [Consultado 20 marzo 2020]; 38 (3): 105-113. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/JES.0b013e3181e373a2>

85. Pate AV, et al. Leisure Time Spent Sitting in Relation to Total Mortality in a Prospective Cohort of US Adults [Internet]. Am J Epidemiol. 2010 [Consultado 20 marzo 2020]; 172 (4): 419-429.

Disponible en: <https://doi.org/10.1093/aje/kwq155>

86. Ekelund U et al. Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women [Internet]. Lancet. 2016 [Consultado 20 marzo 2020]; 388; (10051): 1302-1310.

Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30370-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30370-1).

87. Ford ES, Caspersen CJ. Sedentary behaviour and cardiovascular disease: a review of prospective studies [Internet]. Int J Epidemiol. 2012 [Consultado 20 marzo 2020];41(5):1338-53.

Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ije/dys078>

88. Stockwell T, Zhao J P, Panwar S, Roemer A, Naimi T, Chikrizhs T. Do “Moderate “ Drinkers Have Reduced Mortality Risk. A systematic Review and Meta-Analysis of alcohol Consumption and All-Cause Mortality [Internet]. *J Stud Alcohol Drugs*. 2016 [Consultado 20 marzo 2020]; 77(2):185-198.

Disponible en: <https://doi.org/10.15288/jsad.2016.77.185>

89. Zhao J. Alcohol Consumption and Mortality From Coronary Heart Disease : An Updated Meta- Analysis of Cohort Studies [Internet]. *J Stud Alcohol Drugs*. 2017 [Consultado 20 marzo 2020]; 78 (3): 375-386. Disponible en: <https://doi.org/10.15288/jsad.2017.78.375>

90. Griswold M et al. Alcohol use burden for 195 countries and territories 1990-2016; as systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 [Internet]. *Lancet*. 2018 [Consultado 20 marzo 2020]; 392 (10152): 1015-1035.

Disponible en [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2).

91. Martínez González, MA. Salud a ciencia cierta. Consejos para una vida sana (sin caer en las trampas de la industria). Editorial Planeta, S.A. 2018.

92. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alcohol [internet]. Ginebra: OMS [Consultado 20 marzo 2020]. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

93. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Alcohol Misuse: Clinical Summary [Internet]. *Ann Intern Med*. 2013 [Consultado 20 marzo 2020]; 159(3):210-218.

Disponible en: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-159-3-201308060-00652>

94. Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy. Homewood (Illinois): Dorsey Press; 1984.

95. Ortega Sánchez-Pinilla R. Sobre la prescripción del ejercicio físico [Internet]. *Aten Primaria*. 2008 [consultado 20 marzo 2020]; 40(7): 323-326.

Disponible en: <https://doi.org/10.1157/13124123>

96. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity [Internet]. *Med Sci Sports Exerc*. 2003 [consultado 20 marzo 2020]; 35(8):1381-1395

Disponible en: DOI: 10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB

97. Muñoz J, Delgado M. Guía de recomendaciones para la promoción de actividad física. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2010.

98. Schröder H, et al. A Short Screener Is Valid for Assessing Mediterranean Diet Adherence among Older Spanish Men and Women [Internet]. *J Nutr*. 2011 [Consultado 20 marzo 2020]; 141(6):1140-1145. Disponible en: <https://doi.org/10.3945/jn.110.135566>

- 99.** World Health Organization (WHO). AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test : guidelines for use in primary health care. 2ª ed. [Internet]. Geneva: WHO. 2001 [Consultado 20 marzo 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67205>
- 100.** Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating Primary Care Behavioral Counseling Interventions: An Evidence-based Approach [Internet]. Am J Prev Med. 2002 [Consultado 20 marzo 2020]; 22(4):267-284. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(02\)00415-4](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00415-4)
- 101.** Bosch JM, Cebriá J, Massons J, Casals R. Estrategias para modificar actitudes en el marco de la entrevista clínica “la motivación para el cambio”. En Libro de ponencias del XIV Congreso Nacional de la SEMFYC. Madrid. 1994: 285-294
- 102.** Lizárraga SD, Ayarra M. Entrevista motivacional [Internet]. Anales. Sis San Navarra. 2001 [Consultado 20 de marzo 2020]; 24 (1): 43-53. Disponible en: <https://doi.org/10.23938/ASSN.0423>
- 103.** Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería. [Internet]. NNNConsult. Elsevier; 2015 [consultado 20 marzo 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/innovacion-tecnologica-salud/nnnconsult,-la-herramienta-online-que-mejorara-los-planes-de-cuidados-en-enfermeria>
- 104.** Fundación para el Desarrollo de Enfermería (FUDEN). Observatorio de metodología enfermera. Valoración enfermera estandarizada. Clasificación de los criterios de valoración de enfermería [Internet]. Madrid: FUDEN; [Consultado 20 marzo 2020]. Disponible en: <https://www.ome.es/>



Junta de Andalucía