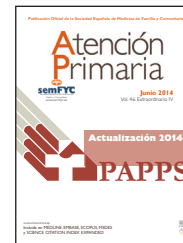


Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



GRUPOS DE EXPERTOS DEL PAPPS

Recomendaciones sobre el estilo de vida

Rodrigo Córdoba, Francisco Camarelles, Elena Muñoz, Juana Gómez, Damián Díaz, José Ignacio Ramírez, Asensio López y Carmen Cabezas

Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPS

Intervención sobre el estilo de vida

Múltiples estudios demuestran que determinados cambios en el estilo de vida son eficaces para mejorar la salud de las personas y disminuir la carga de enfermedad^{1,2}.

Sin embargo, la evidencia sobre la mejor forma de recomendar esos cambios en las consultas de atención primaria (AP) es más escasa y controvertida³. Aunque el grado de eficacia del consejo depende del tipo de cambio propuesto en el estilo de vida, las estrategias cognitivo-conductuales han probado ser útiles en el abordaje de estos cambios. Las intervenciones más intensivas, y las de mayor duración, se asocian con mayor magnitud del beneficio y más cambios mantenidos en las conductas saludables. Se recomienda la participación de otros profesionales (psicólogos, dietistas, etc.) siempre que sea necesario y factible. Los materiales didácticos impresos ayudan a la práctica del profesional, aunque no se ha determinado su impacto sobre los resultados del paciente⁴.

Muchas intervenciones e investigaciones sobre el cambio de conductas se basan en el modelo de los estadios del cambio⁵. Según él, cambiar una conducta es un proceso durante el cual las personas se mueven a través de una serie de etapas o estadios (tabla 1).

Las intervenciones basadas en los estadios del cambio proponen actuaciones diferentes según el estadio en el que se encuentra la persona y resultan más complejas de aplicar para los profesionales. Este modelo tiene limitaciones para abordar comportamientos complejos (actividad física o conducta alimentaria) o para intervenir sobre más de una conducta al mismo tiempo, y la evidencia sobre su efectividad en AP es incierta. La entrevista motivacional se recomienda como un marco de trabajo y no como una técnica a aplicar en todos los individuos⁶. La mayoría de las recomendaciones internacionales proponen que las intervenciones de consejo

Tabla 1 Estadios del proceso del cambio de una conducta

Precontemplación	No se ha planteado seriamente la idea del cambio
Contemplación	Hay un planteamiento serio de cambio en los próximos meses
Preparación	Es capaz de fijar una fecha y pensar un plan para cambiar
Acción	Se inicia el cambio y se mantiene la conducta por un tiempo
Mantenimiento	La persona mantiene la nueva conducta durante más de 6 meses
Recaída	La persona recae de forma permanente en la conducta anterior En muchas ocasiones, las personas intentan varias veces el cambio de conducta, recayendo y volviendo a intentarlo, antes de cambiar definitivamente

y asesoramiento se basen en el modelo de las 5 aes de la U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) (tabla 2).

Además, los profesionales que aconsejan cambios de conducta deben⁷ garantizar que los usuarios tienen información clara sobre las intervenciones de cambio de comportamiento y servicios disponibles y cómo utilizarlos. Si es necesario deben ayudar a la gente a acceder a estos servicios. Deben asegurarse de que esas intervenciones cubren las necesidades particulares de ese individuo y son aceptables para él. El profesional debe saber reconocer los momentos en que la persona puede estar más abierta al cambio (p. ej., tras una

Tabla 2 Modelo de las 5 aes para las intervenciones de asesoramiento

<i>Assess</i> -averiguar	Preguntar sobre los factores y las conductas de riesgo, así como acerca de los aspectos que afectan a la elección o el cambio de la conducta
<i>Advise</i> -aconsejar	Dar consejos claros, específicos y personalizados, e incluir información sobre los riesgos/beneficios personales
<i>Agree</i> -acordar	Pactar colaborativamente los objetivos y los métodos más apropiados, basados en los intereses y en la capacidad para el cambio de la persona
<i>Assist</i> -ayudar	Usar técnicas de modificación de la conducta (autoayuda o asesoramiento) para ayudar a la persona a conseguir los objetivos pactados adquiriendo las habilidades, la confianza y el apoyo social/ambiental que favorece el cambio, junto con los tratamientos farmacológicos cuando sean adecuados
<i>Arrange</i> -asegurar	Fijar (asegurar) visitas de seguimiento (en el centro o telefónicas) para ayudar/apoyar y para ajustar el plan terapéutico como se necesite, incluida la derivación a unidades especializadas cuando sea necesario

enfermedad relacionada con la conducta a cambiar) o más resistente (circunstancias psicosociales).

Se recomienda evaluar los diferentes riesgos para la salud presentes en un individuo en un momento determinado, su disposición a cambiar una conducta, el apoyo social y el acceso a recursos de su comunidad⁸. A partir de esta valoración, el profesional sanitario (médico y de enfermería) puede y debe intervenir intentando aumentar la motivación y la autoeficacia de la persona. Se debe hacer un asesoramiento personalizado priorizando la conducta a cambiar según el riesgo, pero también según la disposición al cambio de la persona. Establecer metas factibles a corto y medio plazo en una toma de decisiones compartida. Es importante repetir la intervención en los sucesivos contactos con el centro de salud, pero evitar sobrecargar al paciente y al sanitario repartiendo los consejos en las diferentes visitas. Asegurar visitas de seguimiento regulares con *feedback* sobre el cambio de conducta por lo menos durante 1 año, con planes por si recae (qué hará si...), búsqueda del apoyo social necesario y ayuda para establecer nuevas rutinas diarias acordes con la nueva conducta saludable.

Se han establecido una serie de competencias necesarias para el profesional que interviene sobre estilos de vida⁹:

- Liderazgo para practicar y promover estilos de vida saludables.
- Saber identificar los determinantes de salud del paciente relacionados con el estilo de vida y demostrar conocimiento de los cambios necesarios.

- Valorar la motivación y la disponibilidad del paciente y su familia al cambio y establecer planes de acción conjuntos.
- Utilizar las guías y recomendaciones para ayudar a los pacientes a automanejar su conducta de salud y estilo de vida.
- Trabajar con un equipo multidisciplinario para atender al paciente desde todos los frentes necesarios.

Consumo de tabaco

Magnitud del problema

Fumar es una causa conocida de cáncer, enfermedad cardiovascular (ECV), complicaciones del embarazo y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre más de 25 problemas de salud¹⁰. El consumo de tabaco es la primera causa de enfermedad, invalidez y muerte evitable en España. En el año 2006 se produjeron en España 53.155 muertes atribuíbles al tabaquismo en individuos mayores de 35 años, lo que supone el 14,7% (el 25,1% en varones y el 3,4% en mujeres) de todas las muertes ocurridas en estos¹¹.

Fumar es, al mismo tiempo, una adicción física y psicológica, una conducta aprendida y una dependencia social. Dejar de fumar supone, por lo tanto, superar la adicción a la nicotina (mediante soporte psicológico y fármacos cuando se necesiten), desaprender una conducta (mediante estrategias conductuales) y modificar la influencia del entorno¹².

Se estima que un 70% de la población acude a su consulta de medicina de familia al menos una vez al año, y que las personas que fuman lo hacen con una frecuencia mayor que las que no fuman. Este hecho ofrece una importante oportunidad para promover la intención de dejar de fumar y proporcionar ayuda eficaz. Los argumentos principales que justifican el papel de la AP en el abordaje del tabaquismo son su accesibilidad, su función de puerta de entrada al sistema sanitario y la continuidad en la atención a las personas que fuman¹³.

Eficacia de la intervención

La USPSTF recomienda (recomendación grado A) preguntar por el consumo de tabaco a todos los adultos y proporcionar intervenciones para el abandono del tabaco a los fumadores. En el caso de mujeres embarazadas se recomienda preguntar y proporcionar intervenciones con mayor intensidad y adaptadas a su situación¹⁴. La USPSTF también recomienda que desde AP se intervenga para prevenir el consumo de tabaco en niños y adolescentes en edad escolar, mediante la educación y las intervenciones breves¹⁵ (recomendación grado B).

Se recomienda intervenir sobre el consumo de tabaco mediante la estrategia de las 5 aes, que consiste en preguntar al paciente si fuma, aconsejar el abandono del tabaco, valorar la disponibilidad para hacer un intento de dejar de fumar, ayudar a cada persona fumadora en el intento de abandono y, por último, fijar visitas de seguimiento¹⁶. En la consulta debemos intervenir sobre el paciente fumador según su deseo de abandono del tabaco, con intervenciones distintas según el fumador quiera dejar de fumar (fig. 1) o no quiera dejar de fumar (fig. 2), siguiendo recomendacio-

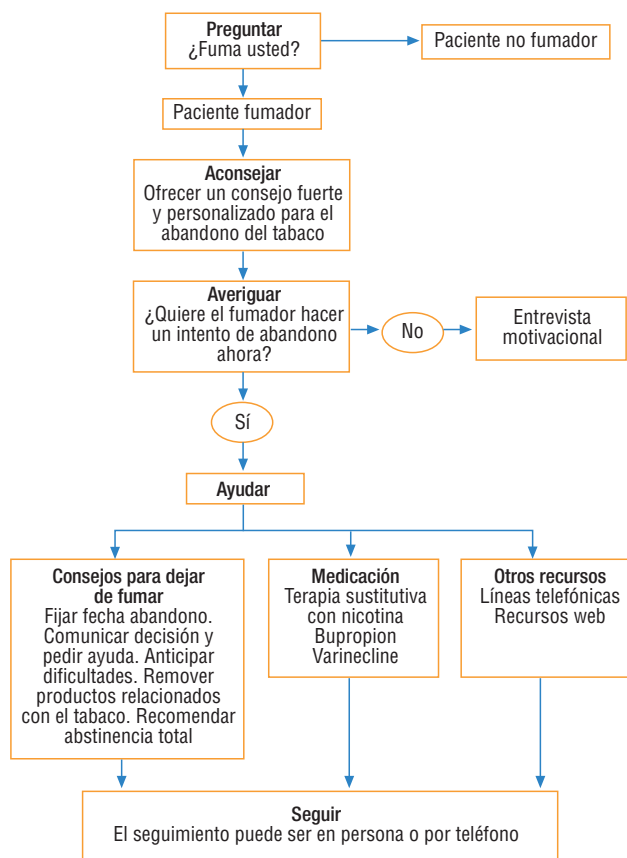


Figura 1. Intervenciones en el paciente fumador que quiere hacer un intento de abandono del tabaco en el momento de la visita. Adaptada de referencia 41.

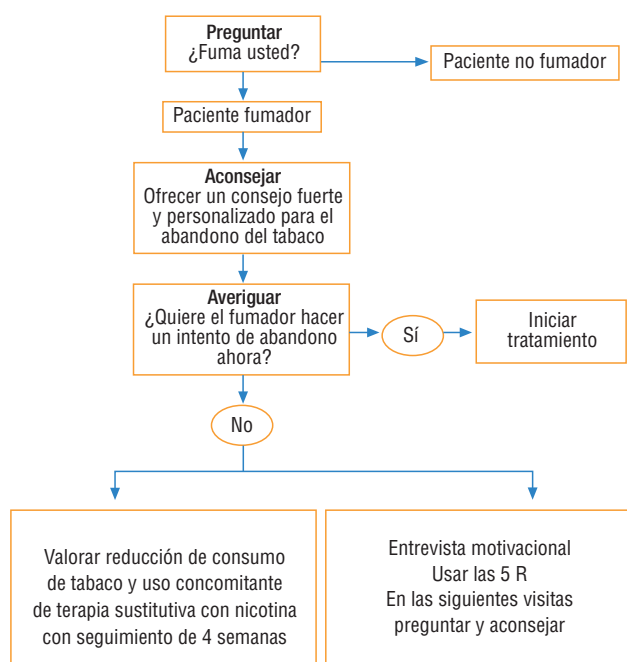


Figura 2. Intervenciones en el paciente fumador que no quiere hacer un intento de abandono en el momento de la visita. Adaptada de referencia 41.

nes del Documento de Consenso para la Atención Clínica al Tabaquismo en España¹⁷. Para los profesionales sanitarios que ejerzan en AP, con limitación sustancial de tiempo para intervenir, puede ser de utilidad un protocolo propuesto de intervención con 3 visitas usando metodología para el abordaje del tabaquismo en tiempo real¹⁸.

Recomendaciones PAPPs

- Se recomienda preguntar en cada visita por el consumo de tabaco a las personas mayores de 10 años y registrar el consumo en la historia clínica (recomendación grado A de la USPSTF). La periodicidad mínima de esta detección debe ser de una vez cada 2 años. No es necesario reinterrogar a las personas mayores de 25 años en las que se tenga constancia en la historia clínica que nunca han fumado
- Todas las personas que fuman deben recibir un consejo claro y personalizado para el abandono del tabaco, debe ofrecérseles ayuda para dejar de fumar y se debe fijar un seguimiento mínimo durante las primeras semanas después de dejar de fumar (recomendación grado A de la USPSTF)

Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol

Magnitud del problema

En nuestro país, el consumo de riesgo y el consumo perjudicial de alcohol es una de las primeras causas prevenibles de morbilidad y mortalidad. El alcohol es el tercer factor de riesgo más importante de muerte prematura y enfermedad, después del tabaquismo y la hipertensión arterial (HTA), por delante de la hipercolesterolemia y el sobrepeso. Aparte de ser una droga de abuso y dependencia, y además de los 60 o más diferentes tipos de enfermedad que puede causar, el alcohol es responsable de notables perjuicios sociales, mentales y emocionales, incluyendo criminalidad y todo tipo de violencia, que conducen a enormes costes para la sociedad. En el año 2004, el número de muertes relacionadas con el consumo de alcohol fue de 8.391, lo que supone el 2,3% de la mortalidad total para ese año y el 9,2% de la carga de morbilidad, cifras que están solo por detrás del tabaco y la presión arterial. Durante el año 2004, la media de años potenciales de vida perdidos por causas relacionadas con el consumo de alcohol fue de 22,6 años, con un total de años de vida perdidos por esta causa en 2004 de 118.411¹⁹⁻²¹.

Experiencia internacional y española de su aplicación y resultados

La efectividad y el coste-efectividad de las intervenciones breves han sido probados por numerosos estudios, tanto nacionales como internacionales. Bertholet et al, en una revisión sistemática y metaanálisis sobre el tema, concluyen que las intervenciones breves son efectivas, tanto para varones como para mujeres, en reducir el consumo de alcohol a los 6 y 12 meses, incluso en períodos superiores²².

En España hay experiencias controladas que apoyan la eficacia y efectividad de estas intervenciones en AP^{23,24}. Un metaanálisis de estudios españoles en AP apoya la eficacia de la intervención breve sobre personas con consumo de riesgo, aunque su efecto sea solo moderado, encontrándose una disminución en el consumo semanal de alcohol de aproximadamente 100 g.

Criterio de definición de consumo de riesgo

– *Habitual*. Hablamos de bebedor de riesgo cuando el consumo de alcohol se sitúa en 28 unidades (U) por semana (4/día) para los varones y 17 U (2,5/día) por semana para las mujeres. También se considera de riesgo cualquier grado de consumo en caso de antecedentes familiares de dependencia al alcohol.

– *Intensivo* (Binge Drinking). Se considera cuando hay un consumo \geq a 6 U (varones) o 4 U (mujeres) en una sesión de consumo.

Recomendación de la USPTF, 2013²⁵

Las intervenciones en AP en individuos de 20 a 75 años son útiles para reducir el consumo de alcohol en 3-9 (30-90 g) U/ semana y este efecto dura de 6 a 12 meses. La evidencia es aplicable a adultos y mujeres embarazadas (B). La evidencia para la intervención en adolescentes es insuficiente (C).

Revisión Cochrane, 2007

En general, *las intervenciones breves disminuyen el consumo de alcohol* (fig. 3). La intervención breve para el consu-

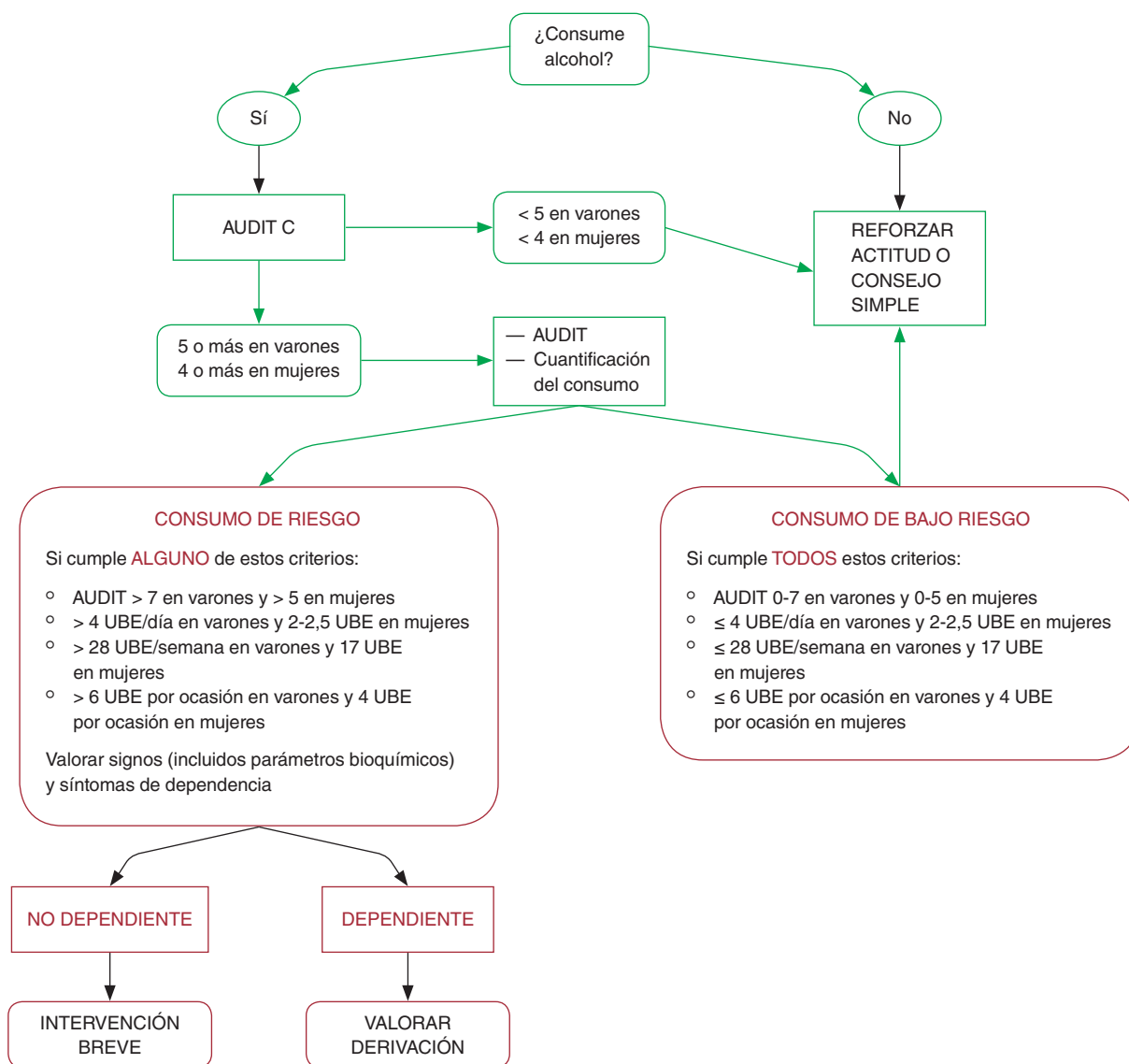


Figura 3. Algoritmo de la intervención breve en alcohol. UBE: unidades de bebida estándar. Basado en el programa para abordar el consumo de riesgo de alcohol desde atención primaria “Mójate con el Alcohol”. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad.

mo de alcohol en el ámbito de la AP da lugar a reducciones significativas del consumo semanal para los varones, con una disminución promedio de cerca de 6 UBE (unidades de bebida estándar) por semana en los pacientes, comparados con los controles. La revisión no mostró una reducción significativa en el consumo de alcohol para las mujeres, aunque lo anterior se puede deber, en parte, al bajo poder estadístico. Una duración más larga del asesoramiento probablemente tiene poco efecto adicional²⁶.

Recomendaciones PAPPs en cribado de alcohol

El cribado debe hacerse como mínimo cada 2 años en toda persona de más de 14 años sin límite superior de edad.

Poblaciones tributarias de la intervención	Recomendación
Adultos	B
Mujeres embarazadas	B
Adolescentes	C

Actividad física

Magnitud del problema

En la actualidad disponemos de suficiente evidencia científica que demuestra que el ejercicio físico es necesario para mantener una buena calidad y cantidad de vida. Los estudios reflejan que previene la mortalidad prematura por cualquier causa, disminuye el riesgo de ECV, desciende las cifras de presión arterial, reduce el riesgo de padecer cáncer de colon o mama, disminuye la incidencia de diabetes mellitus tipo 2, el síndrome metabólico y la ganancia de peso. A nivel del sistema osteomuscular aumenta la densidad ósea de columna, cadera y muñeca y previene la pérdida de masa ósea en mujeres pre y posmenopáusicas. Los ejercicios de fuerza mejoran el equilibrio, la independencia funcional y disminuyen el riesgo de caídas, con lo que contribuyen al descenso de la morbimortalidad prematura. Su práctica regular reduce los síntomas de ansiedad y depresión, y en el paciente geriátrico disminuye el riesgo de discapacidad física y dependencia funcional, desciende el deterioro cognitivo y el riesgo de enfermedad de Alzheimer.

Tener una vida activa practicando ejercicio físico de forma regular es una forma eficaz de prevenir múltiples patologías, aumentar nuestra autoestima, evitar el consumo de sustancias tóxicas, mejorar las relaciones interpersonales y, en conjunto, aumentar la cantidad y calidad de vida. Se benefician el individuo, la población y el sistema sanitario, al tratarse de una forma muy eficiente de mejorar la salud. Igualmente, el beneficio es mayor a mayor volumen o intensidad de ejercicio físico y se produce de igual forma en personas que inician esta actividad en edad avanzada^{27,28}.

A pesar de todos estos beneficios, según la Encuesta Nacional de Salud de 2012, el 41,3% de la población se declara

sedentaria, algo menos de la mitad de las mujeres (46,6%) y más de un tercio de los varones (35,9%), con un aumento de la prevalencia de las patologías crónicas: HTA, hipercolesterolemia, obesidad y diabetes, que siguen su tendencia ascendente.

Eficacia de la intervención

El consejo médico realizado en la consulta de AP es una herramienta útil para producir cambios de vida en los pacientes, aunque estos cambios no se mantienen a lo largo del tiempo si no establecemos un refuerzo en las consultas posteriores. Prescribir ejercicio físico de forma personalizada es más efectivo^{29,30}.

Con el fin de aumentar la eficiencia de esta prescripción en la consulta de AP es necesario conocer, en primer lugar, cuántos de nuestros pacientes realizan algún tipo de actividad física. Para ello podemos realizar preguntas directas y sencillas o bien recurrir a cuestionarios estandarizados³¹. Entre estos cuestionarios disponemos del IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) en su versión corta, que permite obtener datos de actividad física relacionada con la salud y que son internacionalmente comparables. Este nos proporciona información sobre el tiempo dedicado a andar, las actividades de intensidad moderada y vigorosa, así como del sedentarismo. Y nos permite también valorar su evolución en el tiempo³².

Recomendaciones y grado de evidencia realizados por el Grupo de Educación para la Salud del PAPPs

Recomendación clínica	Grado de evidencia
Los médicos deben utilizar la actividad física y el ejercicio físico como un fármaco universal, con pocos efectos secundarios y bajo coste	A
Incorporar el consejo y prescripción de la actividad física en las consultas de AP motivando y reforzando al paciente en cada visita, aunque este no sea el motivo de consulta	B
El ejercicio aeróbico moderado, al menos 30 min 5 días a la semana, o intenso, un mínimo de 20 min 3 días a la semana, mejora la forma física, reduce el riesgo de padecer enfermedades crónicas, previene el sobrepeso y disminuye la mortalidad prematura por cualquier causa	A
Realizar ejercicio físico de forma regular ayuda a mantener la independencia funcional de las personas mayores y la calidad de vida en todas las edades	A
Realizar ejercicio físico de forma regular disminuye el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles y facilita el control de muchas de las que han aparecido	A

Recomendaciones PAPPs

- Preguntar al paciente que acude al centro de salud sobre sus hábitos en actividad física. Esto podemos realizarlo mediante preguntas directas y sencillas o mediante cuestionarios estandarizados. En el caso de que realice algún tipo de actividad física debemos valorar el tipo de actividad física o deporte que realiza y con qué frecuencia, duración e intensidad lo hace. El cuestionario IPAQ reducido puede resultar muy útil en AP
- Incorporar el consejo y prescripción de la actividad física en las consultas de AP motivando y reforzando al paciente en cada visita, aunque este no sea el motivo de consulta
- Recomendar un mínimo de 60 min diarios de actividad física moderada para niños y jóvenes, y un mínimo de 30 min de actividad física moderada para adultos y ancianos, al menos 5 días por semana

Alimentación

Magnitud del problema

Existe amplia evidencia de la correlación entre determinados estilos de vida saludables y la disminución de la morbimortalidad por las principales enfermedades crónicas. Se estima que el 80% de las enfermedades cardiovasculares, el 90% de las diabetes mellitus tipo 2 y el 30% de los cánceres se podrían prevenir siguiendo una dieta saludable, un adecuado nivel de actividad física y el abandono del tabaco³³. De los 10 factores de riesgo identificados por la Organización Mundial de la Salud como claves para el desarrollo de las enfermedades crónicas, 5 están estrechamente relacionados con la alimentación y el ejercicio físico. Conocer qué componentes de la dieta desempeñan un papel importante en la prevención de enfermedades permitirá desarrollar acciones de educación nutricional encaminadas a modificar el patrón alimentario de la población hacia dietas más equilibradas, saludables y cardioprotectoras, de modo que estas sean efectivas, eficaces y eficientes^{34,35}.

La prevalencia de obesidad y sobrepeso en el mundo no cesa de aumentar y en España no es menos. Según la Encuesta Nacional de Ingesta Dietética (ENIDE) de 2011 realizada por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), en España, 2 de cada 3 personas adultas tienen sobrepeso y 1 de cada 6 tiene obesidad³⁶. Uno de cada 3 niños de entre 13 y 14 años tiene sobrepeso³⁷. Nos estamos alejando de la dieta tradicional mediterránea hacia una dieta más occidentalizada. Ahora bien, aunque los patrones compatibles con una alimentación sana son bien conocidos por la comunidad científica y la población,

continuamos sin contar con evidencia suficiente para recomendar el asesoramiento sistemático que promueva una alimentación saludable en personas sanas asintomáticas atendidas en AP³⁸.

Eficacia de la intervención

El USPSTF, en su Informe sobre Asesoramiento para Promover una Alimentación Saludable, concluye que no hay evidencia suficiente para hacer una recomendación a favor o en contra del asesoramiento sistemático para promover una alimentación saludable en personas sanas asintomáticas atendidas en AP.

Se recomienda el asesoramiento dietético intensivo en personas adultas con dislipemia u otros factores de riesgo cardiovascular o enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación⁶. En la prevención de la ECV, este asesoramiento produce cambios pequeños pero estadísticamente significativos en la adiposidad, presión arterial y colesterol, y medios o importantes en los autorregistros de dieta y actividad física. Sin embargo hay una limitada evidencia en el mantenimiento de estos comportamientos o de sus efectos físicos más allá del año³⁹.

Hay evidencia moderada de que una intervención breve, de intensidad baja a media, puede producir cambios de pequeños a moderados en la ingesta promedio de componentes centrales de una alimentación saludable (especialmente grasa saturada, frutas y verduras). Sin embargo, los estudios tienen defectos metodológicos que hacen que el USPSTF piense que los resultados no son concluyentes.

Aunque no haya evidencia de la efectividad del consejo, sí que parecen claros los beneficios de una alimentación variada, rica en frutas y verduras, potenciando las características de la dieta mediterránea como la utilización primordial como fuente de grasas del aceite de oliva, el consumo moderado de pescado, pollo, leche y productos lácteos, y un bajo consumo de carne y productos cárnicos⁴⁰.

Destacar la importancia de focalizar las recomendaciones dietéticas no solo hacia el individuo, sino hacia su familia, ya que es dentro del seno familiar donde se establecen los hábitos alimentarios que perdurarán en el futuro.

Principales recomendaciones para la práctica clínica (USPSTF)

Recomendación clínica	Grado de evidencia
En población general adulta sin diagnóstico conocido de HTA, diabetes mellitus, dislipemias o ECV, a pesar de que la correlación entre dieta saludable, actividad física y la incidencia de ECV es fuerte, la evidencia que indica los beneficios para iniciar el consejo en AP es pequeña. Los clínicos deben buscar el consejo selectivo para los pacientes susceptibles más que para la población general	C

Recomendaciones de la American Heart Association (AHA) y el American College of Cardiology (ACC)

<i>Recomendaciones en adultos que se beneficiarían de una reducción del cLDL</i>	<i>Tipo de recomendación</i>	<i>Nivel de evidencia</i>
Consumir a diario patrones que enfatizan la toma de vegetales, frutas y cereales integrales, productos lácteos desnatados, aves, pescado, legumbres y grasas no provenientes de aceites de coco o palma y nueces y limitación de bebidas azucaradas y carnes rojas	I	A
Reducir el porcentaje de calorías que provengan de grasas saturadas un 5-6%	I	A
Reducir el porcentaje de calorías de las grasas trans	I	A
<i>Recomendaciones en adultos que se beneficiarían de una bajada de la presión arterial</i>	<i>Tipo de recomendación</i>	<i>Nivel de evidencia</i>
Consumir a diario patrones que enfatizan la toma de vegetales, frutas y cereales integrales, productos lácteos desnatados, aves, pescado, legumbres y grasas no provenientes de aceites de coco o palma y nueces y limitación de bebidas azucaradas y carnes rojas	I	A
Disminuir el consumo de sal	I	A

cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad.

Recomendaciones PAPPs

- No hay evidencia suficiente para hacer una recomendación a favor o en contra del asesoramiento sistemático para promover una alimentación saludable en personas sanas asintomáticas atendidas en AP
- Aunque no haya evidencia de la efectividad del consejo, sí que parecen claros los beneficios de una alimentación variada, rica en frutas y verduras, potenciando las características de la dieta mediterránea
- Se recomienda el asesoramiento dietético intensivo en personas adultas con dislipemia u otros factores de riesgo cardiovascular o enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. American Academy of Family Physicians. Summary of Recommendations for Clinical Preventive Services. 2014 [consultado 3-2014]. Disponible en: http://www.aafp.org/content/dam/AAFP/documents/patient_care/clinical_recommendations/cps-recommendations.pdf
2. Guide to Clinical Preventive Services, 2012: Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. October 2011. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD [consultado 3-2014]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/guide/index.html>
3. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. U.S. Preventive task force [consultado 3-2014]. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/3rduspstf/behavior/behsum1.htm> y <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/3rduspstf/behavior/behsum2.htm>
4. Giguère A, Légaré F, Grimshaw J, Turcotte S, Fiander M, Grudniewicz A, et al. Printed educational materials: effects on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012;10.
5. Zimmerman GL, Olsen CG, Bosworth MF. A 'stages of change' approach to helping patients change behavior. Am Fam Physician. 2000;61:1409-16.
6. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. London: Guilford Press; 2002.
7. NICE public health guidance. Behaviour change: individual approaches. Issued January 2014.
8. Kottke T, Baechler C, Canterbury M, Danner C, Erickson K, Hayes R, et al. ICSI Health Care Guideline: Healthy Lifestyles. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2013 May [consultado 3-2014]. Disponible en: https://www.icsi.org/_asset/4qjdnr/HealthyLifestyles.pdf
9. Lianov L, Johnson M. Physician competencies for prescribing lifestyle medicine. JAMA. 2010;304:202-3.
10. U.S. Department of Health and Human Services. The Health consequences of smoking-50 years of progress. A Report of the Surgeon General. Rockville: MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General; 2014 [consultado 3-2014]. Disponible en: <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/full-report.pdf>
11. Banegas JR, Díez L, Bañuelos B, González-Enríquez J, Villar F, Martín JM, et al. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006. Med Clin (Barc). 2011;136:97-102.
12. Camaralles F, Mataix J, Cabezas C, Lozano J, Ortega G; y grupos de abordaje del tabaquismo (GAT) de semFYC y de Educación para la Salud del PAPPs-semFYC. Guía para el tratamiento del tabaquismo activo y pasivo. Barcelona 2011. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria [consultado 3-2014]. Disponible en: http://www.semanasinhumo.es/upload/file/Guia_bolsillo_tabaquismo_2011_2.pdf
13. Camaralles F, Salvador T, Ramón JM, Córdoba R, Jiménez-Ruiz C, López V, et al. Consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. Rev. Esp Salud Pública. 2009;83:175-200 [consultado 3-2014]. Disponible en: http://www.mssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrm/vol83/vol83_2/RS832C_175.pdf

14. Counseling and Interventions to Prevent Tobacco Use and Tobacco-Caused Disease in Adults and Pregnant Women: U.S. Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2009;150:551-5 [consultado 3-2014]. Disponible en: <http://www.uspreventiveservices.org/uspstf09/tobacco/tobaccors2.htm>
15. Primary Care Interventions to Prevent Tobacco Use in Children and Adolescents. U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine and Pediatrics*. *Ann Intern Med.* 2013 [consultado 3-2014]. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2013/08/20/peds.2013-2079.abstract>
16. Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A US Public Health Service Report. *Am J Prev Med.* 2008;35:158-76 [consultado 3-2014]. Disponible en: http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf
17. Camarelles F, Dalmau R, Clemente L, Díaz-Maroto JL, Muñoz, Lozano A, Pinet MC; y grupo colaborador Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España. *Med Clin (Barc).* 2013;140:272.e1-12.
18. Gascó P, Camarelles F. Mejorando la capacidad resolutive. Abordaje del tabaquismo en tiempo real. *AMF.* 2011;7:402-10.
19. Robledo T. Alcohol: tercer factor de riesgo en países desarrollados. *Aten Primaria.* 2006;38:313-5.
20. Ochoa R, Fierro I, Yáñez JL, Álvarez FJ. Mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en España: 1999-2004. Valladolid: Instituto de Estudios de Alcohol y Drogas, Universidad de Valladolid; 2006.
21. Álvarez J, Cabezas C, Colom J, Galán I, Gual A, Lizarbe V, et al. Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1.ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
22. Bertholet N, Daeppen JB, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in Primary Care. *Systematic Review and Meta-analysis.* *Arch Intern Med.* 2005;165:986-95.
23. Altisent R, Córdoba R, Delgado MT, Pico V, Melús E, Aranguren F, et al. Estudio multicéntrico para la prevención del alcoholismo en atención primaria (EMPA). *Med Clin (Barc).* 1997;109:121-4.
24. Córdoba R, Delgado MT, Pico V, Altisent R, Forés D, Monreal A, et al. Effectiveness of brief intervention on nondependent alcohol drinkers (EBIAL): a Spanish multicentre study. *Family Practice.* 1998;15:562-8.
25. U.S. Preventive Services Task Force. *Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Alcohol Misuse: Clinical Summary.* AHRQ Publication No. 12-05171-EF-4. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/alcmisusesum.htm>
26. Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2 Art no. CD004148. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Disponible en: <http://www.update-software.com>
27. Cooper R, Kuh D, Hardy R. Objectively measured physical capability levels and mortality: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2010;341:c4467.
28. Nacy H, Loannidis JPA. Comparative effectiveness of exercise and drug interventions on mortality outcomes: metaepidemiological study. *BMJ.* 2013;347:f5577.
29. Sánchez A, Grandes G, Sánchez-Pinilla R, Torcal J, Montoya I. Predictors of long-term change of a physical activity promotion programme in primary care. *BMC Public Health.* 2014;14:108.
30. Orrow G, Kinmonth AL, Sanderson S, Sutton S. Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 2012;344:e1389.
31. Gary RA, Richardson CR, Smith DT, Swartz AM, Strath SJ, Kaminsky A, et al. Guide to the Assessment of Physical Activity: Clinical and Research Applications: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation.* 2013;128.
32. Martínez-Gómez D, Martínez de Haro V, Pozo T, Welk GJ, Villagra A, Calle ME, Marcos A, et al. Fiabilidad y validez del cuestionario de actividad física PAQ-A en adolescentes españoles. *Rev Esp Salud Pública.* 2009;83:427-39.
33. WHO. The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Genève: WHO; 2002.
34. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, OMS. 2004. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/en/index.html>
35. Gómez Candela C, Loria Kohen V, Dassen C. Elementos relevantes de la dieta en la prevención de la enfermedad cardiovascular. *FMC.* 2009;16:5-13.
36. Evaluación Nutricional de la Dieta Española I. Energía y Macronutrientes. Sobre datos de la Encuesta Nacional de Ingesta Dietética (ENIDE). Disponible en: www.aesan.msssi.gob.es/AESAN/docs/evaluación_riesgos/estudios_eval
37. Marqués Molías F. Promoción y educación para la salud ¿será la solución? *Aten Primaria.* 2009;41:355-7.
38. U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral Counseling in Primary Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults". Disponible en: <http://www.uspreventiveservices.org/uspstf/uspstphys.htm>
39. American Heart association, 2013. Disponible en: <http://circ.ahajournals.org/content/early/2013/11/11/01.cir.0000437740.48606.d1>
40. ACS Guidelines on Nutrition and Physical Activity for Cancer Prevention, 2012. Disponible en: <http://www.cancer.org/Healthy/EatHealthyGetActive/ACSGuidelinesonNutritionPhysicalActivityforCancerPrevention/nupa-guidelines-toc>
41. Fiore MC, Baker TB. Clinical practice. Treating smokers in the health care setting. *N Engl J Med.* 2011;365:1222-31.