

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID  
FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA



**TESIS DOCTORAL**

Diseño y validación de un cuestionario para la evaluación de estilos de vida en Atención Primaria: "Cuestionario Ponte a 100"

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

Jennifer Jiménez González

DIRECTORES

José Luis Pacheco del Cerro  
Francisco Javier Pérez Rivas

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA**



**DOCTORADO EN CUIDADOS EN SALUD**

**TESIS DOCTORAL**

**Diseño y validación de un cuestionario para la evaluación de estilos de vida en  
Atención Primaria: “Cuestionario Ponte a 100”**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA PRESENTADA POR**

**Jennifer Jiménez González**

**DIRECTORES**

**José Luis Pacheco del Cerro**

**Francisco Javier Pérez Rivas**

**Madrid, 2023**

## Agradecimientos:

A mis directores, José Luis Pacheco del Cerro, por darme la oportunidad y la confianza para empezar este camino, y a Francisco Javier Pérez Rivas, por ser la luz que me ha guiado día a día, y aunque no ha sido fácil, siempre ha sabido ayudarme a continuar andando.

A mi tutor, Juan Vicente Beneit Montesinos, por transmitirme la necesidad de dejar de buscar la imperfección en cada palabra y valorar que el tiempo envejece las investigaciones.

A los expertos que dedicaron su tiempo y formación de manera altruista para que este proyecto maravilloso saliera adelante.

A los investigadores clínicos que, con su buen hacer y entrega, característica de nuestra profesión, que soportaron mis miles de millones de emails y apretaron sus agendas, ¡un gracias doble!

A mi marido, Rubén, por su paciencia, por sobrellevar mi procrastinación y frustración y dejarme ver que siempre consigo lo que me propongo.

A mi pequeño Xoel, consciente de mi hastío, actuando a su manera para hacerme descansar, “¡mamá no!”, cerrándome el ordenador y lanzándome la pelota.

A mis amigos, los cuales notaron mis ausencias y sufrieron mis agobios, volveré pronto, más liviana.

A todo aquel que me preguntó en cualquier momento por el proceso y permitió que me desahogara un minuto.

No seré inminentemente consciente de lo que supone cerrar esta etapa, pero con consciencia plena de este momento, pongo el último punto FINAL.

# Índice

<b>Resumen</b> .....	<b>18</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>21</b>
<b>1.Introducción</b> .....	<b>23</b>
<b>1.1 Definición de salud</b> .....	<b>24</b>
<b>1.2 Promoción y prevención de la salud</b> .....	<b>25</b>
<b>1.3 Determinantes de la salud</b> .....	<b>26</b>
<b>1.4 Estilo de vida</b> .....	<b>28</b>
1.4.1 Relación del estilo de vida y las enfermedades crónicas .....	28
1.4.1.1 Epidemiología de las enfermedades crónicas .....	28
1.4.1.2 Estilo de vida e impacto en salud .....	30
1.4.2 Factores condicionantes del estilo de vida .....	31
1.4.2.1 Alimentación .....	31
1.4.2.1.1 Grupos de alimentos .....	31
1.4.2.2 Actividad física (AF) y sedentarismo.....	39
1.4.2.3. Alcohol, tabaco y otras drogas.....	45
1.4.2.3.1 Consumo de alcohol .....	45
1.4.2.3.2 Consumo de tabaco.....	48
1.4.2.3.3 Consumo de otras drogas.....	53
1.4.2.4 Bienestar emocional (BE) .....	54
1.4.2.5 Seguridad y lesiones no intencionales (SLNI) .....	58
<b>1.5 Estilo de vida y Atención Primaria</b> .....	<b>58</b>
<b>1.6 Cuestionarios de estilos de vida</b> .....	<b>59</b>
<b>1.7 Justificación del presente proyecto</b> .....	<b>63</b>
<b>2. Hipótesis y objetivos</b> .....	<b>65</b>
<b>2.1 Hipótesis</b> .....	<b>66</b>
<b>2.2 Objetivos</b> .....	<b>66</b>
2.2.1 Objetivo Principal.....	66
2.2.2 Objetivos Secundarios.....	66
<b>3. Metodología</b> .....	<b>67</b>

<b>3.1 Fase 1: diseño de la herramienta Ponte a 100 (PA100)</b> .....	<b>68</b>
3.1.1 Revisión bibliográfica .....	69
3.1.2 Propuesta de cuestionario inicial.....	69
3.1.2.1 Definición de dimensiones .....	71
3.1.2.2 Definición de ítems .....	71
3.1.3 Revisión realizada por el grupo de coordinación.....	72
3.1.4 Análisis de legibilidad.....	72
3.1.5 Prueba piloto 1: Evaluación del cuestionario en alumnos y personas de su entorno en la Facultad de Enfermería de la UCM. ....	73
3.1.6 Prueba piloto 2: Evaluación de la funcionalidad del CRD electrónico .....	74
<b>3.2 Fase 2: validación de la herramienta</b> .....	<b>76</b>
3.2.1.1 Diseño del estudio.....	76
3.2.1.2 Período evaluado .....	76
3.2.1.3 Población de estudio:.....	77
3.2.1.4 Tamaño muestral .....	77
3.2.1.5 Método de recogida de información, explotación y procesados de datos .....	77
3.2.1.6 Análisis estadístico .....	81
3.2.2 Validez de criterio .....	82
3.2.3 Fiabilidad de la herramienta .....	82
3.2.3.1 Diseño del estudio.....	82
3.2.3.2 Ámbito de estudio.....	82
3.2.3.3 Período evaluado .....	83
3.2.3.4 Población de estudio.....	84
3.2.3.5 Tamaño muestral .....	84
3.2.3.6 Variables del estudio .....	85
3.2.3.7 Método de recogida de la información.....	86
3.2.3.8. Reclutamiento.....	89
3.2.3.9 Análisis y procesado de los datos.....	89
3.2.3.10 Análisis estadístico .....	90
<b>3.3 Fase 3: Aplicación de la herramienta PA100</b> .....	<b>90</b>
3.3.1 Valoración de la usabilidad y utilidad de la herramienta Ponte a 100 en AP.....	90
3.3.2 Estilo de vida en la población de estudio.....	91
3.3.3 Diseño de la página web: Proyecto Estilo de Vida “Ponte a 100” .....	92
<b>3.4 Aspectos éticos</b> .....	<b>93</b>
<b>3.5 Sesgos</b> .....	<b>94</b>
<b>4. Resultados y discusión</b> .....	<b>95</b>

<b>4.1 Fase 1: diseño de la herramienta Ponte a 100 .....</b>	<b>96</b>
4.1.1 Grupo de trabajo inicial. ....	96
4.1.2 Revisión realizada por el grupo de coordinación. ....	96
4.1.3 Análisis de legibilidad 1:.....	97
4.1.4 Prueba piloto 1: Evaluación del cuestionario en alumnos y personas de su entorno en la Facultad de Enfermería de la UCM. ....	97
4.1.5 Prueba piloto 2: Evaluación de la funcionalidad del CRD electrónico. ....	100
<b>4.2 Fase 2: validación de la herramienta.....</b>	<b>101</b>
4.2.1 Validez de contenido .....	101
4.2.1.1 Composición del panel de expertos .....	101
4.2.1.2 Primera ronda de expertos. ....	101
4.2.1.3 Segunda ronda de expertos. ....	105
4.2.1.4 Tercera ronda de expertos.....	110
4.2.2 Análisis de legibilidad 2.....	116
4.2.3 Validez de criterio .....	117
4.2.4 Fiabilidad de la herramienta .....	118
4.2.4.1 Fiabilidad según la forma de administración: .....	118
4.2.4.2 Fiabilidad intra e inter observador .....	122
4.2.4.3 Consistencia interna.....	125
<b>4.3 Aplicación de la herramienta PA100 .....</b>	<b>126</b>
4.3.1 Valoración de la usabilidad y utilidad de la herramienta Ponte a 100 en AP.....	126
4.3.2 Estilos de vida de la población estudiada .....	128
4.3.2.1 Características sociodemográficas y estilos de vida de la población estudiada	128
4.3.2.2 Características sociodemográficas de la población de estudio según la necesidad de intervención .....	160
4.3.3 Página web: Proyecto Estilo de Vida “Ponte a 100” .....	164
<b>4.4 Limitaciones del estudio .....</b>	<b>165</b>
<b>4.5 Fortalezas del estudio.....</b>	<b>165</b>
<b>4.6 Futuras líneas de investigación.....</b>	<b>166</b>
<b>5. Conclusiones.....</b>	<b>167</b>
<b>6. Bibliografía.....</b>	<b>170</b>
<b>7. Anexos.....</b>	<b>190</b>
Anexo 1: Prueba piloto 1: Versión cuestionario PA100 alumnos .....	191
Anexo 2: Prueba piloto 1: Versión cuestionario PA100 personas del entorno del alumno	197
Anexo 3: Prueba piloto 2: CRD electrónico.....	206

Anexo 4: Prueba piloto 2: Gold estándar. Cuestionario Medlife .....	207
Anexo 5: Datos de filiación del panel de expertos.....	210
Anexo 6: Documento para la validación de contenido de la herramienta PA100: primera ronda de expertos .....	216
Anexo 7: Documento para la validación de contenido de la herramienta PA100: segunda ronda de expertos .....	224
Anexo 8: Documento para la validación de contenido de la herramienta PA100: tercera ronda de expertos .....	230
Anexo 9: Carpeta del investigador: versiones autoadministrada y hetero administrada ...	241
Anexo 10: Documento valoración utilidad/usabilidad de la herramienta PA100 por el grupo de investigación clínica. ....	257
Anexo 11: Documento de aprobación de la Comisión Central de Investigación de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de Madrid y del Comité Ético de Investigación del Hospital Universitario Clínico San Carlos. ....	260
Anexo 12: Análisis descriptivo de las características sociodemográficas y de EV de la prueba piloto 1.....	262
Anexo 13: Recopilación propuestas modificaciones validación de contenido primera ronda de expertos.....	264
Anexo 14: Documento de respuestas controlados por el IP para el desglose propuestas panel expertos, ronda 1, versión 1 PA100. ....	267
Anexo 15: Recopilación propuestas modificaciones validación de contenido segunda ronda de expertos.....	271
Anexo 16: Documento de respuestas controlados por el IP para el desglose propuestas panel de expertos, ronda 2, versión 2 PA100. ....	282
Anexo 17: Recopilación propuestas modificaciones validación de contenido tercera ronda de expertos.....	298
Anexo 18: Versión definitiva cuestionario PA100.....	308
Anexo 19: Tablas características sociodemográficas y estilos de vida de la población estudiada.....	316
Anexo 20: Página web PA100.....	374

## Índice de tablas

Tabla 1: Filiación expertos grupo inicial de trabajo.....	69
Tabla 2: Escala de valoración de la legibilidad de los textos.....	72
Tabla 3: Criterios selección de la muestra para la prueba piloto 2. ....	75
Tabla 4: Grupo clínico con experiencia previa en validación de cuestionarios y centro de salud al que pertenecen. ....	83
Tabla 5: Resumen formato cuestionario PA100 Versión 0. ....	96
Tabla 6: Resumen formato cuestionario PA100 Versión 1. ....	96
Tabla 7: Análisis legibilidad de la versión 1 del cuestionario PA100 y el CI. ....	97
Tabla 8: Media (+ DE) de las valoraciones de la comprensión de la herramienta PA100 por las personas del entorno de los alumnos.....	98
Tabla 9: Validez de contenido por panel de expertos (ronda 1, versión 1): media (+ DE) de las puntuaciones y V de Aiken con su IC.....	102
Tabla 10: Resumen formato cuestionario PA100 Versión 2.....	104
Tabla 11: Validez de contenido por panel de expertos (ronda 2, versión 2): media (+ DE) de las puntuaciones y V de Aiken con su IC.....	105
Tabla 12: Resumen formato cuestionario PA100 Versión 3.....	109
Tabla 13: Porcentaje de respuesta de acuerdo de los expertos (ronda 3) para la modificación y/o inclusión de ítems en la versión 3 de la herramienta PA100.....	110
Tabla 14: Validez de contenido por criterio de expertos (ronda 3, versión 3, nueva dimensión): media (+ DE) de las puntuaciones y V de Aiken con su IC. ....	111
Tabla 15: Versión final cuestionario PA100.....	115
Tabla 16: Análisis legibilidad versión definitiva PA100. ....	116
Tabla 17: Distribución de las versiones administradas por cada enfermero/a.....	118
Tabla 18: Características sociodemográficas de los pacientes que participaron en la validación de la fiabilidad según la forma de administración. ....	118
Tabla 19: Media (+ DE), máximo y mínimos y comparación de medias (t de Student) de las puntuaciones obtenidas en las dos formas de administración del cuestionario PA100. ....	119
Tabla 20: Descripción de la muestra en función del sexo. ....	122

Tabla 21: Fiabilidad inter observador de la herramienta PA100. ....	124
Tabla 22: Fiabilidad intra observador de la herramienta PA100. ....	125
Tabla 23: Consistencia interna de la herramienta Ponte a 100. ....	125
Tabla 24: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alimentación en función de la edad agrupada. ....	129
Tabla 25: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alimentación en función del sexo. ....	130
Tabla 26: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alimentación en función de la nacionalidad. ....	130
Tabla 27: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alimentación en función del estado civil. ....	130
Tabla 28: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alimentación en función del nivel de estudios. ....	131
Tabla 29: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alimentación en función de la ocupación. ....	132
Tabla 30: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alimentación en función de los ingresos. ....	132
Tabla 31: Modelo de regresión múltiple para alimentación. ....	133
Tabla 32: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión actividad física en función de la edad agrupada. ....	135
Tabla 33: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión actividad física en función del sexo. ....	135
Tabla 34: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión actividad física en función del nivel de estudios. ....	136
Tabla 35: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión actividad física en función de la ocupación. ....	136
Tabla 36: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión actividad física en función de los ingresos. ....	137
Tabla 37: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión actividad física en función de presentar o no una enfermedad crónica. ....	137
Tabla 38: Modelo de regresión múltiple para actividad física. ....	138

Tabla 39: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alcohol, tabaco y otras drogas en función de la edad agrupada. ....	140
Tabla 40: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alcohol, tabaco y otras drogas en función del sexo. ....	141
Tabla 41: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alcohol, tabaco y otras drogas en función de la nacionalidad. ....	141
Tabla 42: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alcohol, tabaco y otras drogas en función del estado civil. ....	142
Tabla 43: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alcohol, tabaco y otras drogas en función del nivel de estudios. ....	143
Tabla 44: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alcohol, tabaco y otras drogas en función de la ocupación. ....	144
Tabla 45: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alcohol, tabaco y otras drogas en función de los ingresos. ....	145
Tabla 46: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alcohol, tabaco y otras drogas en función de presentar o no una enfermedad crónica. ....	146
Tabla 47: Modelo de regresión múltiple para alcohol, tabaco y otras drogas. ....	146
Tabla 48: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión bienestar emocional en función de la edad agrupada. ....	148
Tabla 49: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión bienestar emocional en función del sexo. ....	149
Tabla 50: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión bienestar emocional en función de la nacionalidad. ....	149
Tabla 51: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión bienestar emocional en función del estado civil. ....	150
Tabla 52: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión bienestar emocional en función del nivel de estudios. ....	151
Tabla 53: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión bienestar emocional en función de la ocupación. ....	152
Tabla 54: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión bienestar emocional en función de los ingresos. ....	153
Tabla 55: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión bienestar emocional en función de presentar o no una enfermedad crónica. ....	154

Tabla 56: Modelo de regresión múltiple para bienestar emocional.....	154
Tabla 57: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión seguridad y lesiones no intencionales en función de la edad agrupada.....	157
Tabla 58: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión seguridad y lesiones no intencionales en función del sexo. ....	157
Tabla 59: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión seguridad y lesiones no intencionales en función del estado civil.....	158
Tabla 60: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión seguridad y lesiones no intencionales en función de la ocupación. ....	158
Tabla 61: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión seguridad y lesiones no intencionales en función de los ingresos.....	159
Tabla 62: Modelo de regresión múltiple para seguridad y lesiones no intencionales.....	159
Tabla 63: Necesidad de cambio del estilo de vida según características de la muestra.....	160
Tabla 64: Variables relacionadas con el ISEV. Modelo final de regresión lineal. ....	162
Tabla 65: Modelo de regresión logística de tener alta puntuación (>80) en herramienta Ponte a 100....	163
Tabla 66: Relación de necesidad de cambio del estilo de vida con variables de autoevaluación del estado de salud y el estilo de vida.....	163

## Índice de figuras

Figura 1: Esquema metodológico de la fase 1: diseño de la herramienta Ponte a 100.....	68
Figura 2: Esquema metodológico fase 2: validación herramienta PA100. ....	76
Figura 3: Esquema de secuencia de la asignación en la forma de administración de la herramienta PA100. .....	88

## Índice de gráficos

Gráfico 1: Gráfico de sectores resumen formación académica panel de expertos. ....	101
Gráfico 2: Diagrama de dispersión para las puntuaciones totales (ISEV) obtenidas en el cuestionario PA100 para las administraciones auto y hetero administradas. ....	120
Gráfico 3: Diagrama de cajas para la cumplimentación inicial (auto o hetero administrada) del cuestionario PA100. ....	121
Gráfico 4: Histograma para puntuaciones ISEV. ....	128

## Índice de siglas y abreviaturas

ACV:	Accidente cerebrovascular
AF:	Actividad física
AHA:	American Heart Association (Asociación Americana del corazón)
AO:	Aceite de oliva
AOVE:	Aceite de oliva virgen extra
AP:	Atención Primaria
APVP:	Años potenciales de vida perdidos
AVAD:	Años de vida ajustados por discapacidad
BE:	Bienestar emocional
CAM:	Comunidad Autónoma de Madrid
CC:	Centímetros cúbicos
CCI:	Coeficiente de correlación intraclase
CDC:	Centro de Control y Prevención de Enfermedades
CI:	Cardiopatía isquémica
CI:	Consentimiento informado
COC:	Comité de Carcinogenicidad de Productos Químicos en Alimentos, Productos de Consumo y Medio Ambiente
CS:	Centro de salud
CUP:	Proyecto de Actualización Continua
DA:	Dirección Asistencial
DGSP:	Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid
DL:	Dislipemia
DM:	Diabetes Mellitus
DM2:	Diabetes Mellitus tipo 2
EA:	Enfermedad de Alzheimer
ECC:	Enfermedad cardiaca coronaria
ECV:	Enfermedad cardiovascular
EDADES:	Programa de Encuestas sobre Alcohol y Otras Drogas en España
EESE:	Encuesta Europea de Salud en España
EFSA:	European Food Safety Authority
ENIDE:	Encuesta Nacional de ingesta Dietética Española
ENT:	Enfermedad no transmisible
EPIC:	Cohorte prospectiva europea sobre cáncer y nutrición
EV:	Estilos de vida
EVALI:	Lesiones pulmonares asociadas al vapeo
FA:	Fibrilación auricular
FDA:	Food and Drug Administration (Administración de Alimentos y Medicamentos)

FEFYP: Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología  
FIIBAP: Fundación para la Investigación e Innovación Biosanitaria de Atención Primaria  
FR: Factores de riesgo  
GAAP: Gerencia Asistencial de Atención Primaria  
GBD: Global Burden Disease (Estudio global basado en la carga mundial de enfermedades)  
HTA: Hipertensión arterial  
IAM: Infarto agudo de miocardio  
IARC: Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer  
IC: Insuficiencia cardíaca  
IC: intervalo de confianza  
IHME: Instituto de Evaluación y Medición de Salud  
IMC: Índice de masa corporal  
IOM: Instituto de Medicina de EE. UU.  
IP: Investigadores principales  
ISEV: Índice sintético de estilos de vida  
LDL: Lipoproteínas de baja densidad  
LI: Límite inferior  
LS: Límite superior  
MET: unidad metabólica de energía consumida mientras se permanece en reposo  
MFyC: Medicina familiar y comunitaria  
MUICS: Máster Universitario en Investigación en Cuidados  
NHS: Nurses' Health Study  
ODS: Objetivo para el desarrollo sostenible  
OMS: Organización Mundial de la Salud  
ONU: Organización de las Naciones Unidas  
PA: Presión arterial  
PA100: Ponte a 100  
PAPPS: Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud  
PCA: Panel de Consumo Alimentario  
RR: Riesgo relativo  
RSP: Respirable suspended particles (Partículas suspendidas respirables)  
SBRN: Red de Investigación del Comportamiento Sedentario  
SEA: Sociedad Española de Arterioesclerosis  
SEMERGEN: Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria  
SemFYC: Sociedad española de medicina de familia y comunitaria  
SENC: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria  
SERMAS: Servicio Madrileño de Salud  
SII: Síndrome del intestino irritable

SNS: Sistema Nacional de Salud

SP: Salud pública

SS: Secondary stream (corriente secundaria)

SUAP: Servicio Urgencias AP

SUN: Cohorte de Seguimiento Universidad de Navarra

UBE: Unidad de bebida estándar

UCM: Universidad Complutense de Madrid

URJC: Universidad Rey Juan Carlos

# Resumen

**Introducción:** El estilo de vida se considera un conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva, para satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar así su desarrollo personal, lo que puede suponer un factor de riesgo o de protección para su salud.

Las enfermedades no transmisibles, también conocidas como enfermedades crónicas, suelen ser de larga duración y son el resultado de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y de comportamiento.

Los comportamientos modificables, como el consumo de tabaco, la inactividad física, la dieta poco saludable y el consumo nocivo de alcohol, aumentan el riesgo de padecer una enfermedad crónica.

Varios estudios han demostrado que, en la población general, las personas que mantienen un estilo de vida saludable tienen un menor riesgo de mortalidad por todas las causas y una mayor esperanza de vida.

Atención Primaria es el nivel asistencial más accesible para la población en general. Según su cartera de servicios son quienes desarrollan las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, por lo que son los profesionales de este nivel asistencial los que deben, de manera prioritaria, trabajar para conseguir que su población de referencia presente un estilo de vida lo más saludable posible. Las intervenciones individuales sobre un solo factor de riesgo han demostrado tener un escaso impacto en la salud y sus determinantes, por lo que se aconseja el abordaje integral de las conductas susceptibles de cambio para mejorar el estilo de vida.

Pese a las numerosas herramientas existentes en la literatura para la evaluación del constructo estilos de vida, en la actualidad no se dispone de ningún cuestionario que evalúe todas las dimensiones que los organismos nacionales e internacionales consideran relevantes en la relación estilos de vida y salud

Este estudio presenta los siguientes objetivos principales:

- ✓ Diseñar un instrumento de evaluación que permita conocer los estilos de vida de la población adulta.
- ✓ Definir un índice sintético que permita cuantificar en un valor numérico, en una escala de 0 a 100, el estilo de vida de cada individuo.
- ✓ Estudiar las características psicométricas, validez y fiabilidad, del instrumento diseñado, a través de metodologías cuantitativas y cualitativas.
- ✓ Diseñar una página web que permita a los usuarios evaluar su estilo de vida y recibir consejo individualizado en función de las conductas no saludables que pueda presentar.

**Metodología:** El presente estudio se dividió en tres fases.

La primera fase fue la de diseño de la herramienta, mediante la revisión bibliográfica del grupo inicial de propuesta de la herramienta, y dos pruebas piloto, una realizada en alumnos y

personas de su entorno de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid y otra mediante un cuaderno de recogida de datos electrónico llevado a cabo por el grupo de investigadores principales.

La segunda fase corresponde a la validación de la herramienta mediante la validación de contenido a través de un panel de expertos (tres rondas), y la validez de criterio, el análisis de la fiabilidad intra e inter observador y la consistencia interna mediante un grupo de investigación clínico que administró el cuestionario en sus respectivos centros de salud a una muestra de 365 pacientes.

En la tercera fase se realizó el análisis de los estilos de vida de la población de estudio mediante la nueva herramienta.

**Resultados:** Se obtuvo una herramienta de 33 ítems agrupados en 5 dimensiones (alimentación, actividad física, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, bienestar emocional y seguridad y lesiones no intencionales) con un nivel de concordancia alto entre los expertos que lo evaluaron mediante los criterios de suficiencia, relevancia, coherencia y claridad.

La herramienta es fiable tanto en su forma de administración (auto o hetero administrada) (coeficiente de correlación intraclase = 0.818 (p-valor = 0.000)) como en la estabilidad de las respuestas al realizar test-re-test (fiabilidad intra observador) (coeficiente de correlación intraclase = 0.881 (p-valor < 0.001)) y la fiabilidad inter observador (coeficiente de correlación intraclase = 1).

No se obtuvo buena consistencia interna debido al constructo multidimensional que se analiza y la validez de criterio sólo pudo aplicarse parcialmente, obteniendo un coeficiente de correlación intraclase = 0.796 para la dimensión alimentación comparándolo con el *gold* estándar elegido, el cuestionario *Medlife*.

Se ha trasladado el cuestionario elaborado a un entorno digital, diseñando una página web/app que facilita su accesibilidad y difusión.

#### **Conclusiones:**

El cuestionario *Ponte a 100* es un instrumento de evaluación de estilos de vida, formado por 33 ítems agrupados en 5 dimensiones.

El Índice Sintético de Estilo de Vida que se obtiene como resultado permite cuantificar numéricamente el estilo de vida de cada persona, obteniendo una máxima puntuación de 100 puntos cuando el individuo presenta un estilo de vida completamente saludable.

La validez de contenido del instrumento ha sido certificada por un número adecuado de expertos de alta competencia.

La concordancia en las puntuaciones en los criterios de validación (suficiencia, coherencia, claridad y relevancia) de cada ítem y dimensión señalan que esta herramienta es adecuada para medir el estilo de vida de la población adulta.

El cuestionario diseñado presenta muy buenos indicadores de fiabilidad inter observador, intra observador y también en cuanto a su forma de administración.

Los profesionales asistenciales de Atención Primaria consideran que es una herramienta útil, funcional y muy adecuada para valorar y trabajar los estilos de vida con sus pacientes.

El diseño de la página web permite la evaluación del estilo de vida de las personas a través de cualquier dispositivo electrónico, permitiéndoles analizar sus actitudes de riesgo y, mediante los consejos individualizados generados, optimizar su estilo de vida.

**Palabras clave:** estilo de vida; alimentación; actividad física; alcohol; tabaco; drogas; bienestar emocional; seguridad; lesiones no intencionales; cuestionario; diseño; validación; Atención Primaria.

# Abstract

**Introduction:** Lifestyle is considered a set of habits and behavior that people adopt and develop individually or collectively to satisfy their needs as human beings and their personal development, all of which may constitute a harmful or beneficial factor regarding each person's individual health.

Non-communicable diseases, also known as chronic diseases, are often long-lasting and the result of a combination of genetic, physiological, environmental, and behavioral factors.

Modifiable habits and behavior, such as tobacco use, physical inactivity, an unhealthy diet or the harmful use of alcohol, increase the risk of developing a chronic disease.

Several studies have shown that people who maintain a healthy lifestyle present a longer life expectancy.

Primary Care is the most accessible level of healthcare for the general population. According to their portfolio of services, they are the ones who carry out health promotion and disease prevention activities. Thus it is the health care professionals at this level who must ensure that their reference population adopts a lifestyle as healthy as possible. Individual interventions on a single risk factor have been shown to have little impact on health and its key determinants, so a comprehensive approach to habits and behavior susceptible to change is recommended to improve lifestyle.

Despite the vast number of existing tools in literature regarding the evaluation of lifestyle, there is currently no questionnaire that evaluates all dimensions that national and international organizations consider relevant when it comes to the relationship between lifestyles and health.

This study has the following main objectives:

- ✓ Design an evaluation instrument to get to know different lifestyles of the adult population.
- ✓ Develop a synthetic index to quantify the lifestyle of each individual on a scale from 0 to 100.
- ✓ Study the psychometric characteristics, validity, and reliability of the designed instrument, through quantitative and qualitative methodologies.
- ✓ Design a web page that allows users to evaluate their lifestyle and receive individualized advice based on unhealthy habits or behavior they may have adopted.

**Methodology:** The present study was divided into three phases.

The first phase had the questionnaire's initial research team design the tool by conducting a bibliographic review as well as perform two pilot tests: One carried out on students of the Faculty of Nursing, Physiotherapy and Podiatry at Complutense University of Madrid and people from their environment and another via an electronic CRF of the principal investigators.

The second phase corresponds to the validation of the tool via the validation of content by a panel of experts (three rounds), and the validity of criteria, the analysis of intra- and interobserver reliability and

internal consistency through a clinical research group of research that administered the questionnaire at their respective health centers to a sample group of 365 patients.

In the third phase, the analysis of the lifestyles of the study population was carried out using the new tool.

**Results:** A tool of 33 items grouped into five dimensions (diet, physical activity, use of alcohol, tobacco and other drugs, emotional well-being, safety, and unintentional injuries) was obtained with a high level of agreement among the experts who evaluated it, using the criteria of sufficiency, relevance, coherence and clarity.

The tool is reliable both in its form of administration (self- or heteroadministered) (intraclass correlation coefficient = 0.818 (p-value = 0.000)) and in the stability of the responses when performing test-retest (intraobserver reliability) (intraclass correlation coefficient = 0.881 (p-value < 0.001)) and interobserver reliability (intraclass correlation coefficient = 1).

Good internal consistency was not obtained due to the multidimensional construct that is analyzed and the validity criterion could only be partially applied, obtaining an intraclass correlation coefficient = 0.796 for the dimension of diet compared to the chosen gold standard, the *Medlife* questionnaire.

The questionnaire has been transferred to a digital environment, designing a web page/app that facilitates its accessibility and dissemination.

#### **Conclusions:**

The *Ponte a 100* questionnaire is a lifestyle assessment instrument, consisting of 33 items grouped into five dimensions.

The Synthetic Lifestyle Index (ISL) obtained as a result makes it possible to numerically quantify the lifestyle of each person, obtaining a maximum score of 100 points when the individual presents a completely healthy lifestyle.

The content validity of the instrument has been certified by an adequate number of highly competent experts.

The agreement in the scores in the validation criteria (sufficiency, coherence, clarity and relevance) of each item and dimension indicate that this tool is suitable for measuring the lifestyle of the adult population.

The questionnaire presents very good interobserver and intraobserver reliability indicators and also in terms of its form of administration.

Primary Care healthcare professionals consider it a useful, functional and highly appropriate tool for assessing and working on their patients' lifestyles.

The design of the web page allows the evaluation of people's lifestyle through any electronic device, allowing them to analyze potential harmful habits and, through the individualized advice generated, optimize their lifestyle.

**Keywords:** lifestyle; diet; physical activity; alcohol; tobacco; drugs; emotional well-being; security; unintentional injuries; questionnaire; design; validation; Primary Care.

# 1.Introducción

## 1.1 Definición de salud

El concepto de salud, hasta bien avanzado el siglo XX, era de carácter negativo, se poseía salud cuando había ausencia de enfermedad.

Entre 1940 y 1950, se comenzó a definir la salud en sentido positivo, al considerar sano al individuo o colectivo que siente bienestar, en ausencia de malestar. Así, en 1941, Henry Sigerist estableció que «la salud no es simplemente la ausencia de enfermedad, sino que es algo positivo, una actitud gozosa y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida impone al individuo».(1)

En 1945, Andrija Štampar presentó su definición de salud, que se incluyó el 7 de abril de 1946 en el punto uno del preámbulo de la carta fundacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS): «La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o invalidez».(2)

Estas definiciones comenzaron a abarcar aspectos psíquicos y sociales de la salud y no sólo físicos. No obstante, se criticaron algunos aspectos por ser una definición estática, utópica y subjetiva.

Con el fin de superar las objeciones, en 1980, Milton Terris sugirió que hay distintos grados de salud y enfermedad, la cual tendría dos polos: uno subjetivo, la sensación de bienestar, y otro objetivo y medible, la capacidad de funcionamiento de cada individuo, detectable en distintos grados. De acuerdo con estos conceptos, propuso modificar la definición de la OMS y definir la salud como «un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento, y no solo la ausencia de enfermedades o invalideces». Con estas modificaciones se establecen las bases para evolucionar a un concepto dinámico y holístico de salud. (3)

La salud y la enfermedad formarán así un continuo en el que la enfermedad ocupará el polo negativo, en cuyo extremo esta la muerte, y la salud ocupará el polo positivo, en cuyo extremo se sitúa el óptimo de bienestar, según la definición de la OMS, añadiendo también hacia ambos polos distintos grados de enfermedad y de salud. En el centro habría una zona neutra donde sería imposible separar lo normal de lo patológico, pues ambas situaciones coexisten. Tanto la salud como la enfermedad son altamente influenciadas por factores sociales, culturales, económicos y ambientales. Todos estos factores actúan sobre la zona neutra del continuo, provocando la evolución hacia la salud o hacia la enfermedad, positiva o negativamente, según sean factores de riesgo o de protección para la salud.(4)

En 1990 Salleras Sanmartín afirmó que, en el carácter continuo de la salud, la muerte no es evitable, por razones biológicas, y el estado óptimo de salud es difícilmente alcanzable, por lo que considera necesario sustituir estos estados por muerte prematura y elevado nivel de bienestar con capacidad de funcionar, ya que el primero se puede evitar y el segundo se puede alcanzar en grados altos de salud positiva. Además, establece que las diferentes graduaciones de estos dos estados están muy influenciadas por las condiciones sociales en que viven los individuos. Desde esta perspectiva modela nuevamente el concepto dinámico de salud, afirmando que “la salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico,

mental y social, y la capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos los individuos y la colectividad". (5)

El concepto de salud siguió sufriendo modificaciones en las últimas décadas del siglo XX. En particular, la OMS matiza su propia definición, proponiendo como objetivo de la "Estrategia salud para todos en el año 2000" que los habitantes de todos los países tengan "un nivel de salud suficiente para que puedan trabajar productivamente y participar de forma activa en la vida social de la comunidad donde viven".(6)

Este concepto de "salud para todos" ha dado paso al término de salud global, un concepto que refleja la situación de la salud poblacional y de la comunidad internacional como un todo(7). Esto se fundamenta en la estructura, los procesos y las relaciones a nivel mundial, que abren espacios para instituciones políticas verdaderamente globales, con capacidad de influencia en el proceso salud-enfermedad y en los sistemas de salud de cada país. Este enfoque es importante para abordar adecuadamente temas que afectan a la salud de las poblaciones, como el aumento de la temperatura global, el agotamiento de recursos, la disposición de productos tóxicos y radiactivos, el deterioro de la calidad del aire y del agua, y la aparición de pandemias que requieren un control internacional y globalizado. La relación entre la salud y la globalización surge de la creciente transferencia internacional de riesgos y oportunidades para la salud, debido a la fuerza económica de la liberalización comercial y los tratados de libre comercio; el mayor pluralismo de las agencias y agentes, implicados en la salud pública internacional, y el papel más crítico que ocupa la salud en la agenda de desarrollo económico, seguridad global y política. (8)

Surge así la necesidad de realizar un abordaje global de la salud pública para promover y proteger la salud de las poblaciones y reducir las inequidades en salud(9). Las áreas de actuación de la salud pública global son: el comercio internacional, la relación entre las políticas comerciales y sanitarias y la calidad de vida de los ciudadanos; los convenios mundiales y la legislación sanitaria internacional (intervenciones y compromisos a escala mundial); el control de las agencias y organismos que tienen el poder en salud y la regulación de esta en diferentes países y regiones (migraciones, movilidad en las fronteras, importación y exportación de bienes y servicios de salud, y sus efectos en la salud mundial y local)(8,10,11), así como fomentar un enfoque de derechos humanos en salud global. (12)

## 1.2 Promoción y prevención de la salud

A lo largo del siglo XX en los países desarrollados se produce un cambio en el patrón epidemiológico: disminuyen las enfermedades transmisibles y aumentan las enfermedades crónicas y degenerativas, al mismo tiempo que la población va envejeciendo progresivamente como consecuencia del enorme incremento de la esperanza de vida. Un envejecimiento y sobre envejecimiento de la población, que incrementa la demanda de atención sanitaria, del gasto farmacéutico y las patologías crónicas.

Tras la Segunda Guerra Mundial en la medicina surge un aumento del desarrollo tecnológico, lo que conllevó que no fuese posible hacer frente a la asistencia médica con los recursos individuales, pasando

a ser un cometido de la salud pública, responsabilizándose el Estado de proporcionar servicios universales de restauración de la salud a su población.

Desde entonces la salud pública se define como «la ciencia y el arte de organizar y dirigir todos los esfuerzos de la comunidad destinados a defender y promover la salud de la población cuando está sana y a restablecerla cuando se ha perdido»(4). Es una acción de gobierno multidisciplinaria, eminentemente social, cuyo objetivo final es la salud de la población.

De estas actividades, unas son propias de los servicios de salud y están dirigidas primariamente a la consecución de los objetivos de la sanidad pública: acciones de fomento y defensa de la salud y de prevención de las enfermedades, que se llevan a cabo por parte de los servicios sanitarios. Otras son actividades organizadas de la comunidad, que contribuyen también de forma importante a la promoción de la salud de la población, o permiten proporcionar a toda la población asistencia sanitaria gratuita y de calidad.(4)

La promoción o fomento de la salud puede definirse como el conjunto de actividades encaminadas a modificar el entorno o cambiar las conductas de los individuos en sentido positivo, con el objetivo de aumentar su nivel de salud.

Por prevención se entiende cualquier intervención que reduce la probabilidad de presentar una enfermedad o trastorno, o dirigida a diagnosticarla de forma precoz, para detener o reducir su progresión. Incluye procedimientos como el consejo sanitario, las inmunizaciones, la quimioprofilaxis o los cribados.(13)

Según la OMS la Promoción de la Salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. Es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorarla.(14)

Las estrategias de actuación en prevención y promoción varían según los grupos poblacionales a los que se dirigen. Existen por tanto dos estrategias fundamentales: la estrategia poblacional y la estrategia individual. La estrategia poblacional tiene como objetivo reducir el riesgo de la población en su conjunto, mientras que la estrategia individual pretende identificar aquellas personas con riesgo elevado y reducirlo, interviniendo específicamente sobre ellas. (13)

### 1.3 Determinantes de la salud

La salud y el bienestar se plantean como un eje continuo a lo largo de la vida en el que las personas somos copartícipes de nuestra salud, interaccionamos social y globalmente, y estamos bajo la influencia del medio que nos rodea. De esta forma, los determinantes de la salud pueden actuar como factores de riesgo para la salud o como factores protectores o promotores de la misma.(15)

Durante los años setenta aparecieron varios modelos para intentar explicar los determinantes de la salud y los factores que provocaban su pérdida, entre los que destacan el modelo holístico de Laframboise(16), Director de la División de Planificación de la Salud y Bienestar Social en Canadá, que

publicó en 1973 el artículo *“Health policy: breaking the problema down into more manageable segments”*, en el cual explicaba la necesidad de segmentar el concepto de salud en campos más manejables a la hora de analizar los factores de riesgo y elaborar estrategias políticas de prevención.

Un año más tarde, Marc Lalonde, ministro de Sanidad y Bienestar de Canadá, continuó desarrollando las ideas de Laframboise, y estableció que el bienestar completo podía estar lejos de nuestro alcance, dada la biología humana, pero se podía hacer mucho más para aumentar la ausencia de enfermedad y discapacidad, así como, para promover un estado de bienestar suficiente para desempeñarse a niveles adecuados de actividad física, mental y social.

Mediante un examen de las causas y los factores subyacentes de la enfermedad y la muerte en Canadá, identificó cuatro amplios elementos que afectaban al nivel de salud. Por lo que en su documento *“A new perspective on the health of canadians”* (17) subdividió el campo de la salud en cuatro categorías:

1. La biología humana: condicionada por las características de la especie humana, la constitución física, el desarrollo y envejecimiento, la carga genética y los factores hereditarios.
2. El medio ambiente: contaminación del medio por factores físicos, químicos, biológicos y psicosociales.
3. El estilo de vida: se trata de comportamientos a los que el hombre se expone voluntariamente y sobre los que podría ejercer un mecanismo de control. Entre los más importantes destacan:
  - El consumo de drogas: institucionalizadas (tabaco, alcohol), ilegales (cocaína, marihuana, heroína) y fármacos psicoactivos.
  - El sedentarismo y falta de ejercicio.
  - La mala alimentación, con consumo excesivo de azúcares y grasas de origen animal.
  - Situaciones psíquicas generadoras de morbilidad; situaciones de estrés, violencia, conducta sexual insana, conducción peligrosa.
  - La mala utilización de los servicios de asistencia sanitaria.
4. Los sistemas de atención sanitaria: recursos materiales, económicos y humanos, medios tecnológicos y servicios, de forma que, mediante la eficacia, efectividad y accesibilidad pretenden prevenir y promocionar la salud desde la enfermería y la medicina.

De estos cuatro determinantes que Lalonde identificó que influían en la salud de la población, los estilos de vida y conductas de salud, era el que más influencia tenía en la salud, siendo responsable del 43% de la mortalidad.

En 1991 Whitehead y Dahlgren (18) establecieron un modelo en el que los factores determinantes de la salud se estructuraban en capas concéntricas de influencia. Este modelo describe en su capa más interna las características inherentes a las personas, imposibles de modificar (edad, sexo y factores hereditarios) pero que ejercen influencia sobre las condiciones de salud. A continuación, se encuentran los

estilos de vida individuales, aquellos que eligen libremente, y en las capas consecutivas, más externas, e influenciando a las capas internas, los denominados determinantes sociales de la salud, resultantes de la interacción de las siguientes capas: las redes sociales y comunitarias más cercanas a cada individuo (entorno directo), las condiciones de vida y trabajo, y las circunstancias socioeconómicas, culturales y medioambientales del contexto nacional e internacional del momento. Estos determinantes proporcionan acceso a distintos servicios como salud, educación, trabajo, vivienda...provocando desigualdades sociales y afectando a unos estilos de vida susceptibles en las clases sociales y países más vulnerables. En 2009, la OMS publicó un informe como resultado de la Comisión sobre determinantes sociales en el que promulgó la necesidad de un marco político común para la promoción de la salud en un mundo globalizado y lograr así la equidad en salud y reducir estas desigualdades sociales.(19)

## 1.4 Estilo de vida (EV)

El estilo de vida, en el concepto de campo de la salud, según Lalonde, consiste en la agregación de decisiones de los individuos que afectan a su salud y sobre las que tienen más o menos control. La importancia del estilo de vida radica en las elecciones en cuanto a conductas adictivas, alimentación, actividad física y seguridad y riesgos. Las decisiones y hábitos personales que son perjudiciales, desde el punto de vista de la salud, generan riesgos autoimpuestos. Cuando esos riesgos resultan en enfermedad o muerte, se establece que el estilo de vida del paciente ha contribuido o causado su propia enfermedad o muerte.(17)

La OMS lo define como “patrones identificables de comportamiento que están determinados por la interacción entre las características personales de un individuo, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales”.

En la actualidad el estilo de vida se considera un conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar así su desarrollo personal. (20)

### 1.4.1 Relación del estilo de vida y las enfermedades crónicas

#### 1.4.1.1 Epidemiología de las enfermedades crónicas

La esperanza de vida al nacer en España ha ido aumentando desde el siglo pasado y, en la actualidad, es una de las más altas del mundo, situándose en 84 años, 80 en hombres y 86 en mujeres.(21)(22)

La esperanza de vida en buena salud al nacer se sitúa en 79.9 años de media, 78.0 para los hombres y 81.8 para las mujeres, lo que supone un 95.4% de los años de esperanza de vida vividos sin limitación. Las personas de 65 años esperan vivir con buena salud 19.1 años, 17.8 años en hombres y 20.2 años en mujeres. (23)

Las enfermedades no transmisibles (ENT), también conocidas como enfermedades crónicas, suelen ser de larga duración y son el resultado de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y de comportamiento.

Los principales tipos de enfermedades crónicas son las enfermedades cardiovasculares (ECV) [infarto agudo de miocardio (IAM) y accidente cerebrovascular (ACV)], el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (EPOC y asma) y la diabetes mellitus (DM).

Se cobran la vida de 41 millones de personas al año, lo que equivale al 74% de todas las muertes a nivel mundial. Cada año, 17 millones de personas mueren por una enfermedad crónica antes de los 70 años; el 86% de esas muertes prematuras se producen en países de ingresos medios y bajos. Las ECV representan la mayor parte de la mortalidad (17.9 millones de personas al año), seguidas de diferentes tipos de cáncer (9.3 millones), enfermedades respiratorias crónicas (4.1 millones), y DM (2 millones)(24). Además, a nivel mundial, estas fueron responsables de 1.620 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) en 2019, con un aumento del 43.2 % en 1990 al 63.8 % en 2019. (25)

La Asamblea Mundial de la Salud amplió el Plan de Acción Mundial de la OMS para la Prevención y Control de las ENT que marcaba un marco de actuación desde 2013 a 2020, y lo incluyó en la agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, ya que las ENT son un reto importante para el desarrollo sostenible. Como parte de esta Agenda se formularon respuestas ambiciosas para 2030, con el fin de reducir en un tercio la mortalidad prematura por ENT mediante la prevención y tratamiento de los factores de riesgo asociados.(24)

En España el grupo de enfermedades del sistema circulatorio se mantuvo como primera causa de muerte en 2021, con el 26.4% del total (251.8 fallecidos al año por cada 100.000 habitantes), seguida del cáncer, con el 25.2% del total (240.1 fallecidos al año por cada 100.000 habitantes). Por su parte, las enfermedades del sistema circulatorio fueron la primera causa de mortalidad femenina (262.2 muertes al año por cada 100.000 habitantes) y la segunda entre los varones (241.1 muertes al año por cada 100.000 habitantes). Los fallecimientos por estas causas disminuyeron un 1.0% en mujeres y un 0.1% en hombres respecto a 2020. (23)

La prevalencia registrada de cardiopatía isquémica (CI) se sitúa en 20.9 casos al año por cada 1.000 habitantes, más del doble en hombres que en mujeres (29.2 frente a 13.0), prevalencia relativamente estable desde 2013. Se han registrado 29.247 fallecimientos por enfermedad isquémica del corazón (17.709 en hombres y 11.538 en mujeres).(23)

La prevalencia de esta enfermedad aumenta claramente con la edad, comienza a ascender a partir de los 40 años y alcanza los valores máximos a los 85-89 años. Esta tendencia es similar en ambos sexos, aunque la magnitud es mayor en hombres que en mujeres en todos los grupos de edad. Los valores más elevados se alcanzan en hombres de 85 a 89 años y en mujeres de 90 a 95 años (148.1 y 75.6 casos anuales por 1.000 habitantes, respectivamente). (23)

La prevalencia registrada de ACV se sitúa en 15.1 casos al año por cada 1.000 habitantes, con valores muy cercanos en hombres y mujeres (15.9 frente a 14.3). La prevalencia aumenta progresivamente

a partir de los 40 años, alcanzando los valores más elevados entre los 85 y los 94 años, 109.0 en hombres y 97.4 en mujeres. Los valores más elevados se observan en hombres prácticamente en todos los grupos de edad. En 2019 se registraron 25.712 fallecimientos por enfermedad cerebrovascular (11.086 hombres y 14.626 mujeres).(23)

Por sexo, los tumores fueron la primera causa de muerte en los hombres (con 292.5 fallecidos al año por cada 100.000 hombres) y la segunda en mujeres (con 189.8 al año por cada 100.000 mujeres). El número de fallecimientos por esta causa aumentó un 0.9% entre los hombres y un 0.7% en las mujeres con respecto a 2020. (23)

Respecto a la EPOC se han producido 13.808 fallecimientos al año (9.907 en hombres y 3.901 en mujeres), con una tasa bruta de mortalidad de 29.3 por 100.000 habitantes (42.9 en hombres y 16.3 en mujeres). En población de 40 años en adelante se sitúa en 33.9 casos anuales por cada 1.000 habitantes, siendo más del doble en hombres que en mujeres (47.7 frente a 21.3). La prevalencia aumenta con la edad a partir de los 40 años de forma progresiva, hasta alcanzar la mayor prevalencia en el grupo de edad de 80 a 84 años (78.0). (23)

Entre las neoplasias malignas más prevalentes, las que causan mayor impacto en nuestro país, en términos de mortalidad, son el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón, que produjo en 2019, 22.007 defunciones por cada 100.000 habitantes, prácticamente el 75% en hombres (16.935), con una tasa de mortalidad de 73.3 casos al año por 100.000 habitantes, mientras que en mujeres ha ocasionado 5.072 defunciones, con una tasa de mortalidad de 21.1 casos al año por 100.000 habitantes. El cáncer de colon, con una tasa de mortalidad de 32.6 casos al año por 100.000 habitantes, fue un 50% mayor en hombres (39.7 por 100.000) que en mujeres (25.8 por 100.000), y el cáncer de mama en la mujer que supuso 6.373 defunciones, con una tasa de mortalidad de 15.1 casos al año por 100.000 mujeres.(23)(26)

#### *1.4.1.2 Estilo de vida e impacto en salud*

La mayoría de las enfermedades crónicas se pueden atribuir a una serie de factores de riesgo modificables como son el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, una dieta inadecuada y el sedentarismo. Estos comportamientos aumentan el riesgo de padecer una enfermedad crónica(25):

- El tabaco es responsable de más de 8 millones de muertes al año, incluyendo a fumadores pasivos.
- Se atribuyen 1.8 millones de muertes anuales al exceso de consumo de sal/sodio.
- Más de la mitad de los 3 millones de muertes anuales atribuibles al consumo de alcohol lo son por su relación con enfermedades crónicas, incluido el cáncer.
- 830.000 muertes anuales pueden atribuirse a una actividad física insuficiente.

Varios estudios publicados han demostrado que, en la población general, las personas que mantienen un estilo de vida saludable tienen un menor riesgo de mortalidad por todas las causas (27) y una mayor esperanza de vida.(28)

A la hora de cuantificar la relación existente entre el grado o nivel de exposición a los distintos factores de riesgo y el riesgo de enfermar o morir, los investigadores del estudio de Li Y et al.

(29)encontraron que había una relación causa-efecto entre cada comportamiento de un estilo de vida saludable individual y un menor riesgo de muerte prematura.

#### 1.4.2 Factores condicionantes del estilo de vida

Con los avances en el conocimiento de la biología humana se ha hecho patente la compleja patogenia de las enfermedades crónicas. Sabemos que la salud no depende solo de los avances científicos y tecnológicos, sino que cada vez es más evidente el importante peso que tienen, en el ámbito personal y social, la inteligencia y el esfuerzo, así como los recursos disponibles para tomar decisiones adecuadas sobre el estilo de vida.(30)

##### 1.4.2.1 Alimentación

En el estudio basado en la carga mundial de enfermedades (GBD) llevado a cabo por el Instituto de Evaluación y Medición de Salud (IHME) de la Universidad de Washington, analizaron el patrón de consumo alimentario de 195 países y establecieron que en 2017, 11 millones de muertes y 255 millones de AVAD estaban asociados a factores de riesgo (FR) dietéticos. Las ECV fueron la principal causa de muerte relacionada con la dieta (10 millones de muertes y 207 años de AVAD), seguida de diferentes tipos de cáncer (913.090 muertes y 20 millones de AVAD), y diabetes mellitus tipo 2 (DM2) (338.714 muertes y 24 millones de AVAD). Según este estudio, la mejora en la dieta podría prevenir potencialmente una de cada cinco muertes en todo el mundo. Los hallazgos mostraron que una dieta subóptima es responsable de más muertes que cualquier otro riesgo a nivel mundial, incluido el tabaquismo. En la evaluación que realizaron sobre los hábitos alimenticios establecieron que los principales FR dietéticos para la mortalidad son las dietas ricas en sodio, bajas en cereales integrales, bajas en frutas y vegetales, bajas en nueces y semillas y bajas en ácidos grasos omega-3. (31)

A la hora de evaluar la influencia de la alimentación en la salud, autores como Schwingshackl L et al.(32), consideran que, en lugar de centrarse en nutrientes individuales, la evaluación de los patrones dietéticos sería un enfoque más adecuado, ya que, a diferencia de las asociaciones basadas en análisis de un solo nutriente, los patrones dietéticos permiten una evaluación simultánea de componentes favorables y desfavorables en los alimentos, así como sus interdependencias.

##### 1.4.2.1.1 Grupos de alimentos

###### *Verduras y hortalizas*

Numerosos estudios respaldan el efecto protector del consumo adecuado de verduras y hortalizas sobre las enfermedades crónicas como la enfermedad cardíaca coronaria (ECC), ACV, cáncer, sobrepeso y obesidad. (33–37)

En los últimos años se ha investigado con especial atención estos patrones dietéticos, basados en dietas ricas en vegetales, por su importante papel para controlar el peso corporal, el control glucémico y los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con DM2. (38)

La OMS recomienda un consumo mínimo de 300 g diarios (2 raciones), aunque lo deseable sería consumir alrededor de 400 g de verduras y hortalizas por día, priorizando las variedades de temporada (39).

Es preferible que al menos una de las raciones sea en crudo y otra cocinada, mínimamente procesado, para reducir la pérdida de nutrientes.(40)

### *Frutas*

Según el informe de GBD (2017) registraron que el bajo consumo de fruta supuso 2 millones de muertes y 65 millones de AVAD a nivel mundial. (41)

Existe evidencia consistente relacionada con los efectos beneficiosos para la salud del consumo de frutas en relación con las ECV, el riesgo de obesidad, el exceso de peso(32) y algunos tipos de cáncer. En relación con la ECV, existe evidencia moderada de que cada ración adicional de fruta aumenta la protección al menos un 7%, y en cuanto al riesgo de ACV, el consumo de al menos dos raciones y media de frutas se asocia también con menor riesgo.(33–35)

Numerosos estudios evaluaron el papel protector considerando conjuntamente el consumo de frutas y verduras. Así, en el metaanálisis llevado a cabo por Aune D et al.(42) encontraron una asociación dosis-respuesta inversa entre la ingesta de frutas, verduras, y frutas y verduras combinadas, y el riesgo de ECC, ACV, ECV, cáncer total y mortalidad por todas las causas. Para el cáncer total, el riesgo más bajo se observó con una ingesta de 600 g/día (7.5 raciones/día), mientras que, para la ECC, ACV, ECV y mortalidad por cualquier causa, el riesgo más bajo se observó con un consumo de 800 g/día (10 raciones/día), un nivel de ingesta que es el doble de las cinco raciones por día (400 g/día) recomendadas actualmente por el Fondo Mundial de Investigación del Cáncer y la OMS.

Oh H et al. (43) respaldaron con su metaanálisis de diez cohortes prospectivas, los posibles efectos protectores relacionados con el contenido en fibra de frutas y verduras contra el adenoma colorrectal recurrente.

En el estudio de cohorte prospectivo PURE, llevado a cabo en 18 países y cuyo objetivo era analizar el consumo de frutas, verduras y legumbres en patología cardiovascular y mortalidad total, obtuvieron que incluso tres porciones por día (375 g/día) muestran un beneficio similar contra la mortalidad no cardiovascular y total con un nivel de consumo más modesto.(44)

En la actualidad también se ha encontrado una relación dosis-respuesta respecto al consumo de frutas y verduras para la prevención de EPOC, aunque los resultados todavía no son lo suficientemente concluyentes y se necesita más investigación en este campo.(45)

Zeng L et al. (46) observaron una relación entre el consumo de dietas a base de vegetales, así como frutas, granos y otros alimentos de origen vegetal, con un menor riesgo de osteoporosis en mujeres posmenopáusicas.

Teniendo en cuenta el valor nutritivo y su papel protector para la salud, se debería consumir tres o más piezas de fruta al día, enteras, troceadas o trituradas, para facilitar su consumo en grupos determinados, y preferiblemente de temporada.(30)

### *Cereales integrales*

Según el informe de GBD (2017), el bajo consumo de cereales integrales supuso 3 millones de muertes y 82 millones de AVAD a nivel mundial.(41)

La Sociedad Española de Arterioesclerosis (SEA) publicó en 2019 un documento de recomendaciones dietéticas para la prevención de eventos cardiovasculares en el que estableció que el consumo diario de cereales integrales reduce el riesgo de ECV, ECC, DM2 y mortalidad cardiovascular, con un efecto dosis-respuesta(47). Numerosos estudios en la actualidad evidencian que el consumo de cereales, especialmente los de grano entero y los ricos en fibra de avena, cebada o trigo, se asocia con menor riesgo de ECV. (48–53)

Los ácidos fenólicos y la fibra dietética son componentes importantes que se encuentran en los granos integrales y que son en gran parte responsables de estas ventajas para la salud. Tanto los ácidos fenólicos como la fibra dietética, que están predominantemente presentes en la capa de salvado, abundan en los cereales integrales y los pseudocereales. Los cereales integrales se recomiendan en las pautas dietéticas de todo el mundo debido a la creciente evidencia de que su consumo puede aportar beneficios para la salud, más allá de ser una fuente importante de energía y nutrientes. Los estudios epidemiológicos han sugerido que la incorporación de cereales integrales, como parte de una dieta saludable, también juega un papel clave en la reducción del riesgo de obesidad, DM2 y cáncer.(54)

Hajishafiee M et al. (55)concluyeron en su metaanálisis que los sujetos con una mayor ingesta de fibra procedente de cereales integrales tenían un riesgo menor de mortalidad por todas las causas (19%), así como una disminución de la mortalidad por ECV, cáncer y DM2. No concluyen con una dosis diaria recomendada debido a la diversidad de dosis entre los estudios evaluados.

Otros estudios también han asociado el consumo de cereales de grano entero con menor riesgo de cáncer total en adultos, y el consumo de entre 1 y 3 raciones al día de cereales ricos en fibra con menor riesgo de cáncer colorrectal.(43,48,56,57)

De igual modo, Zhang B et al. (58)en su metaanálisis concluyeron que el consumo de una ración diaria de cereales integrales supone una reducción de mortalidad total (9%), por ECV (14%) y por cáncer (3%). Además, observaron la reducción del 16% en la mortalidad por un tipo de cáncer específico, como es el cáncer colorrectal.

Schwingshackl L et al. (59)en su revisión sistemática también establecieron una asociación entre la adherencia a la dieta mediterránea, basada en el consumo de frutas, verduras y cereales integrales, con un descenso del 6% del riesgo de cáncer de mama.

El consumo entre 3 y 5 raciones al día de cereales de grano entero y ricos en fibra se asocia también con menor riesgo de aumento de peso y con menor riesgo de DM2. (49,60–62)

Benisi-Kohansal S et al. (63)en su metaanálisis sugieren que un alto consumo de alimentos integrales se establece como un componente clave de una alimentación saludable para la longevidad.

El consumo recomendado de cereales integrales es de unas 3-4 raciones/día, incluyendo pan en todas las comidas del día y pasta o arroz 2-3 veces/semana. Las recomendaciones dietéticas tienen que encaminarse a incrementar el consumo de cereales integrales frente al de refinados.(30)

### *Aceite*

Los resultados principales del estudio PREDIMED demostraron que los participantes asignados a la dieta mediterránea suplementada con aceite de oliva virgen (AOVE) (32-50 gramos por día)

experimentaron una reducción media del 30% de eventos cardiovasculares mayores, aparte de otros efectos beneficiosos sobre el riesgo de DM2, síndrome metabólico, hipertensión arterial (HTA) o fibrilación auricular (FA). (64)

Toledo E et al. (65) evaluaron la intervención de la dieta mediterránea suplementada con AOVE, otra suplementada con frutos secos, propuestas por el estudio PREDIMED, frente a una dieta baja en grasas para evaluar el efecto sobre la incidencia de cáncer de mama. Las mujeres asignadas a la dieta mediterránea suplementada con AOVE mostraron un riesgo relativamente menor de cáncer de mama (62 %) que las asignadas a la dieta de control.

En el metaanálisis de Schwingshackl L et al. (66) también evidenciaron los efectos favorables del aceite de oliva (AO) sobre el riesgo de DM2 y los parámetros de control glucémico. Martínez-González MA et al. (67) identificaron el efecto protector del consumo de AO en el ACV.

Entre las causas que pueden justificar estos efectos beneficiosos, Fernandes J et al. (68) sugieren en su metaanálisis que el AO tiene un elevado potencial antiinflamatorio, que se considera un factor etiológico importante especialmente en los procesos inflamatorios excesivos del endotelio y un predictor importante de futuros eventos cardiovasculares.

En el metaanálisis de Pelucchi C et al. (69) encontraron evidencia de la relación entre el efecto protector del consumo de AO y el menor riesgo de padecer cáncer de tracto digestivo superior, de mama y colorrectal.

Por su parte, en el estudio de Gavahian M et al. (70) demostraron que los AO tienen efectos positivos en la microbiota intestinal.

La *European Food Safety Authority* (EFSA) recomienda un consumo mínimo de 20 gramos al día para beneficiarse de los efectos saludables de los polifenoles que contiene el AOVE, que a los lípidos de la sangre frente al daño oxidativo. (71)

En función de la evidencia revisada la recomendación actual sería el consumo diario de unas tres a cuatro cucharadas al día de AO, preferiblemente virgen o virgen extra.

#### *Frutos secos*

En el estudio PREDIMED, el grupo aleatorizado a la dieta mediterránea suplementada con frutos secos (30 gramos al día) mostró una reducción significativa de la morbimortalidad cardiovascular frente al que le correspondió la dieta control baja en grasa (72). De igual modo, en el metaanálisis de Afshin A et al. (73) relacionaron que el consumo de 4 raciones semanales de 28 g de nueces disminuía el riesgo de CI mortal (24%), el riesgo de CI no fatal (22%) y el riesgo de DM2 (13%).

En la mayoría de los estudios clínicos aleatorizados que han comparado la ingesta diaria de frutos secos en el contexto de una alimentación saludable con dietas equivalentes sin frutos secos, se demuestra una reducción de la colesterolemia. La disminución del colesterol total y de las lipoproteínas de baja densidad (LDL) oscila entre el 5 y el 15% con dosis diarias de frutos secos de 30-75 gramos. (30)(74)

En el estudio de cohortes prospectivo de Guasch-Ferré M et al. (75) observaron que el consumo de frutos secos (2 o más veces a la semana) y nueces (1 o más veces a la semana) se asoció con un riesgo del 13 % a 19 % menor de ECV total y un riesgo del 15 % a 23 % menor de ECC.

La EFSA también mantiene el efecto beneficioso del consumo de nueces, señalando que un consumo de 30 gramos al día ayuda a mejorar la elasticidad de los vasos sanguíneos (76) El consumo habitual de estos alimentos, además, previene la aparición de ciertas enfermedades intestinales, mejora el estreñimiento, por su elevado contenido en fibra, y su consumo también se asocia a una disminución de la mortalidad en algunos tipos de cáncer, como por ejemplo el de próstata.(77)

En el estudio de Soriano-Hernández AD et al. (78) encontraron que una alta ingesta de frutos secos, incluidos cacahuetes, nueces o almendras, como parte de la dieta, redujo significativamente el riesgo de cáncer de mama de dos a tres veces.

En el estudio de Lee J et al. (79)encontraron que la alta frecuencia de consumo de nueces estaba fuertemente asociada con una disminución en el riesgo de cáncer colorrectal entre mujeres y hombres, con un consumo de al menos 3 veces a la semana. En otro de sus estudios también encontraron que un alto consumo de nueces se asoció con una disminución en la incidencia de cáncer de pulmón, cuya asociación era independiente del consumo de tabaco (en consumos menores a 20 cigarrillos al día), así como de otros factores de riesgo conocidos.(80)

Teniendo en cuenta las evidencias disponibles se recomienda el consumo diario, o al menos 3 veces por semana, de un puñado de frutos secos (equivalente a unos 30 gramos) crudos (no salados), preferiblemente sin tostar, ni pelar, ya que la mayoría de los antioxidantes están en la piel.(47)

#### *Legumbres*

En el metaanálisis de Afshin A et al. (73)identificaron que el consumo de 100 g de legumbres (4 veces/semana) se asociaba a un descenso del 14% del riesgo de ECC. También en otro metaanálisis más reciente de Marventano et al. (81)concluyen que el consumo de legumbres se asocia con un menor riesgo de ECV total y ECC.

El consumo de legumbres también contribuye a la mejora del tránsito intestinal y a la prevención de cáncer colorrectal, este último relacionado con la fermentación de las fibras a nivel intestinal.(82–84)

Debido al bajo índice glucémico de las legumbres y su menor capacidad hipergluceante posprandial son recomendables en pacientes diabéticos y/o con síndrome metabólico, ya que se ha observado que su consumo se asocia con menor peso corporal y perímetro de cintura.(30)

Teniendo en cuenta las evidencias disponibles se recomienda el consumo de 3 a 4 raciones (60-80 g/ración en crudo, 150-200 g/ración en cocido) a la semana de legumbres, preferiblemente acompañadas de verduras de hoja verde(30). Este consumo puede ayudar a alcanzar las recomendaciones mínimas de fibra, 25 gramos por persona al día, según los objetivos nutricionales propuestos por la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC)(85)y por la EFSA. (86)

Pese a sus buenas características nutricionales, el consumo de este grupo de alimentos se ha reducido significativamente. Según el Panel de Consumo Alimentario (PCA) se ha pasado de consumir 41 gramos por persona a 10.6 gramos. (87)

#### *Pescado y marisco*

En el metaanálisis de Xun P et al. (88) se demostró que un incremento de 2 raciones semanales de cualquier tipo de pescado se relaciona con una reducción del riesgo de ACV por cualquier causa, observándose una mayor disminución del riesgo de ictus de tipo isquémico. Otros datos señalan el efecto protector cardiovascular del consumo de pescado y la reducción de muerte súbita. Esta disminución está relacionada con los ácidos grasos omega-3 que se asocian con una menor frecuencia cardíaca y una conducción auriculo-ventricular más lenta, ejerciendo un efecto antiarrítmico.(30)

El consumo de pescado también se ha relacionado con diversos procesos tumorales específicos. Así, en el metaanálisis de Gao M et al. (89) se aporta evidencia de que el consumo de pescado y los ácidos grasos poliinsaturados omega-3 tienen una asociación inversa con el riesgo de carcinoma hepatocelular. Del mismo modo en el metaanálisis de Lian W et al. (90) se encontró asociación entre el consumo de pescado y un riesgo menor de tumor cerebral.

Otros estudios también relacionan el consumo de pescado, más de una vez por semana, y menor riesgo de desarrollar demencia en personas mayores (91), y el consumo de pescado dos o más veces por semana con menor riesgo de degeneración macular. (92)

Las recomendaciones de 2018 de la AHA (Asociación Americana del corazón) (93) enfatizan la importancia de consumir pescado y señalan que parece haber un efecto umbral con aproximadamente una reducción del 50% en el riesgo de muerte súbita de origen cardíaco con un consumo de 1 o 2 raciones de pescado azul a la semana. Un análisis de 8 estudios prospectivos muestra una disminución del 5% del riesgo de IAM por cada ingesta semanal adicional de una ración de 100 g de pescado(94) y corrobora la importancia de su consumo en la prevención de la CI. También en relación con la patología vascular, en el metaanálisis de Zhao W et al. (95) analizaron la relación entre el consumo de pescado y el riesgo de ACV. El análisis dosis-respuesta mostró una relación lineal entre la ingesta de pescado y el riesgo de ACV, que disminuyó entre un 2%-12% al aumentar la ingesta de pescado hasta 100-700 g/semana.

Según las recomendaciones de la SEA para reducir el riesgo cardiovascular se debe consumir pescado o marisco al menos 3 veces por semana, dos de ellas preferentemente en forma de pescado azul.(30)

### *Carnes rojas y procesadas*

El contenido en colesterol y grasas saturadas de las carnes rojas y procesadas se ha relacionado con el incremento del riesgo cardiovascular y la obesidad, y el contenido elevado de sal, principalmente en los procesados, con la HTA y el riesgo de ECV.(96,97)

Además, el contenido en hierro hemínico y precursores de compuestos nitrosos de estos alimentos, se ha relacionado con el incremento de la incidencia de la ECV, cáncer y DM2.(98-103)

Según el informe del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC) publicado en 2015, establecieron que el consumo de carne roja como probable carcinógeno para humanos (Grupo 2A) y que el consumo de carne procesada como carcinogénico para los humanos (Grupo 1). Los expertos llegaron a esta conclusión tras la revisión de 800 estudios en los que se observó que cada ración de 50 gramos de carne procesada consumida diariamente aumentaba el riesgo de cáncer colorrectal en un 18% y que por cada ración de 100 gramos de carne roja consumida diariamente el riesgo de cáncer colorrectal

podría aumentar un 17% (104). En esta misma línea Zaragoza- Martí A et al. (105) establecen una clara relación entre la ingesta de carnes rojas y el cáncer colorrectal.

De igual modo, en el último Informe Científico del Comité Asesor de las Guías Dietéticas Americanas se establece una asociación entre un patrón alimentario con menor consumo de carnes. (106)

Las carnes rojas y las procesadas tienen un contenido similar en grasa y colesterol, sin embargo, los embutidos y los productos cárnicos procesados son tratados para mejorar su palatabilidad y conservación mediante tratamientos de salazón o ahumado, por lo que contiene hasta 400 veces más de sodio, conservantes y aditivos nitrosos.

La SEA y la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) recomiendan que el consumo de carne no sea superior a 4 raciones a la semana, escogiendo piezas magras y retirando la grasa visible previo al cocinado y aplicando métodos de procesado del alimento que no incluyan salazones, ahumados o braseados. El consumo de carne procesada y sus derivados se recomienda de forma ocasional.(47)

### *Alimentos procesados y ultra procesados*

En la cohorte francesa NutriNet-Santé, los autores encontraron asociación estadísticamente significativa entre un incremento absoluto del consumo del 10% de alimentos ultra procesados en la dieta y un aumento en las tasas de ECV (12%), ECC (13%) y ACV (11%) (107), así como un mayor riesgo de cáncer (108) y síndrome del intestino irritable (SII)(109). Además, el consumo temprano de alimentos ultra procesados se asoció con una mayor incidencia de dislipidemia (DL) en niños brasileños(110) y con mayor riesgo de sobrepeso/obesidad (111) e HTA en una cohorte española. (112)

En la cohorte de Seguimiento Universidad de Navarra (SUN) informaron de hallazgos similares entre el consumo de alimentos ultra procesados y la mortalidad por todas las causas. El análisis de esta cohorte identificó que un mayor consumo de alimentos ultra procesados (> 4 raciones diarias) se asoció con un 62% de riesgo mayor para todas las causas de mortalidad, y por cada ración adicional de alimentos ultra procesados, la mortalidad por todas las causas aumentó en un 18%. (113)

Por su parte, Martínez E et al. (114) concluyeron en su estudio que un aumento del 10% en el consumo de alimentos ultra procesados incrementa un 4% la prevalencia de síndrome metabólico. Esta asociación fue más fuerte en la franja de edad de entre 20-39 años, donde este incremento del porcentaje de calorías obtenidas de alimentos ultra procesados conlleva un aumento del 12% de riesgo de síndrome metabólico.

Uno de los principales problemas del consumo de alimentos procesados es que se estima que aproximadamente el 70-75% de la sal consumida procede de este tipo de alimentos (115). El elevado consumo de sal supone 3 millones de muertes y 70 millones de AVAD a nivel mundial según el informe de GBD (2017)(116). Este consumo elevado se asocia con un riesgo mayor de HTA.(117,118)

En España mueren más de 65.000 personas al año por ECC y por ictus cerebrales, debiéndose el 45% y el 50%, respectivamente, a la HTA. (115)

La OMS mantiene como objetivo la reducción del consumo de sal en la población para 2025, recomendando rebajar el consumo de sodio por debajo de los 2g (5g de sal) al día en el caso de los adultos. (119)

En base a las evidencias disponibles el consumo de alimentos procesados debe reducirse a un consumo ocasional.(30)

### *Bebidas edulcoradas/azucaradas/carbonatadas*

La cohorte prospectiva europea sobre cáncer y nutrición (EPIC) analizó la asociación entre el consumo de refrescos y la mortalidad en 10 países europeos entre los cuales se encontraba España. Se encontró una mayor mortalidad por todas las causas entre los participantes que consumieron 2 o más vasos al día (frente a los consumidores de <1 vaso al mes) del total de refrescos, refrescos endulzados con azúcar y refrescos endulzados artificialmente. También se observaron asociaciones positivas entre los refrescos endulzados artificialmente y mortalidad por ECV y entre los refrescos azucarados y las muertes por problemas digestivos. El consumo total de refrescos también se asoció positivamente con el riesgo de mortalidad por enfermedad de Parkinson ( $\geq 1$  vaso por día frente a <1 vaso por mes). En relación con la mortalidad por todas las causas, los mayores riesgos se observaron a niveles de consumo de más de 125 ml por día (medio vaso) de refrescos endulzados artificialmente y más de 225 ml por día (aproximadamente 1 vaso) de refrescos endulzados con azúcar. (120)

Malik V et al. (121)estudiaron una cohorte de adultos en EEUU y concluyeron que una mayor ingesta de bebidas azucaradas tiene una relación dosis-dependiente con un mayor riesgo de mortalidad por ECV y cáncer, y que la ingesta de bebidas endulzadas artificialmente, al menos 4 bebidas/día, se asociaba con un aumento de la mortalidad total y por ECV. De igual modo, en la cohorte francesa NutriNet-Santé también concluyeron que aparte del impacto cardio metabólico que suponen las bebidas azucaradas, estas también se relacionan con mayor riesgo de cáncer total y cáncer de mama. Además, también encontraron asociación entre el consumo de zumos de frutas y cáncer. (122)

Las bebidas azucaradas forman parte de la dieta habitual de muchos individuos a nivel global y pueden suponer hasta un 20% del consumo calórico diario. La sustitución de este tipo de bebidas por agua sería muy importante para reducir el consumo energético y el riesgo de obesidad, DM2 y patologías relacionadas.(30)

### *Agua*

Mantener una hidratación adecuada y constante es uno de los pilares fundamentales para llevar un estilo de vida saludable, ya que el agua es el componente principal de los seres humanos, aproximadamente el 60% de nuestro peso es agua.

El agua tiene, además, un destacado papel en numerosas funciones vitales y es considerada ya como un elemento esencial para la mayoría de los procesos fisiológicos. (123)

La Encuesta Nacional de ingesta Dietética Española (ENIDE), dentro del estudio ANIBES sobre el balance energético en España, señalan que el 75% de los españoles no alcanza la ingesta recomendada

diaria de agua propuesta por la EFSA. Los hombres consumieron 1,7 litros al día, un 33% menos de las recomendaciones establecidas, y las mujeres 1,6 litros, cerca de un 21% menos. (124)

En el estudio NHANES (2009-2012) se encontró una asociación significativa entre la hidratación inadecuada y un elevado índice de masa corporal (IMC).(125)

Un mecanismo por el que la ingesta subóptima de agua conduce a diversas alteraciones cardiovasculares es la elevación de la actividad de la quinasa, que participa en la fisiopatología de varias enfermedades como la HTA, la trombosis, el ictus y la fibrosis cardiaca. (126)

En los adultos con deshidratación mayor del 2 % de la masa corporal, fundamentalmente por ejercicio físico, algunos estudios refieren una menor memoria a corto plazo y menor capacidad de atención (127) funciones ejecutivas y de coordinación.(128)

No existe suficiente evidencia científica para estimar los requerimientos medios, en parte como consecuencia de la capacidad de adaptación del cuerpo a diferentes cantidades de ingesta de agua o de sus pérdidas, además de por la escasez de estudios clínicos y las limitaciones de sus diseños. (129)

Las principales instituciones a nivel mundial y europeo, como la OMS y la EFSA, recomiendan beber 2 litros al día en las mujeres adultas y 2,5 litros diarios en los hombres adultos, bajo condiciones normales de actividad y temperatura, indicando que el 80% sea por ingesta directa de agua y un 20% a través de los alimentos que tomamos. (123)

La SENC recomienda consumir 4-6 vasos de agua al día con el objetivo de asegurar un estado de hidratación óptimo.

Para la ingesta adecuada de agua se recomiendan 10 vasos al día, que es mayor que los 4-6-vasos recomendados con la dieta, pero la recomendación en la pirámide de la hidratación se contabiliza el agua de los alimentos y otras bebidas, que habría que aumentar de manera adecuada en caso de realizar actividad física, de aumentar la temperatura o la humedad ambiental, o de presentar fiebre o pérdida de líquidos. (129)

#### *1.4.2.2 Actividad física (AF) y sedentarismo*

La actividad física (AF) se define como cualquier movimiento del cuerpo producido por la acción muscular voluntaria y que supone un gasto de energía por encima del nivel de reposo. La AF incluye el ejercicio físico, pero también incluye otras actividades que exigen movimiento corporal, como las que se realizan como parte de momentos de juego, transporte activo, tareas domésticas y actividades de ocio (130)

La actividad física puede ser de diversos tipos: (130)

- **Actividades aeróbicas:** son actividades que mejoran la función cardiorrespiratoria porque requieren que el cuerpo transporte oxígeno utilizando el corazón y los pulmones. Comprenden actividades en las que los grandes grupos musculares se mueven rítmicamente durante períodos de tiempo relativamente prolongados (varios minutos o más). También se denominan actividades de resistencia (andar, correr, nadar o montar en bicicleta).

- Actividades de fortalecimiento muscular: son actividades que sirven para desarrollar y fortalecer los músculos y los huesos, incrementan la fuerza muscular ósea, la potencia, la resistencia y la masa. Comprenden actividades de fuerza (aquellas que producen una contracción muscular al vencer una resistencia) y actividades de resistencia muscular (aquellas que mantienen esa contracción). Las actividades de fortalecimiento muscular deben suponer de un moderado a un alto nivel de esfuerzo y trabajar los grandes grupos musculares.

La intensidad de la AF es el esfuerzo que tenemos que hacer para llevarla a cabo. Hay distintos niveles: (130)

- Intensidad leve: te permite hablar sin esfuerzo mientras la practicas (< 3 MET [unidad metabólica de energía consumida mientras se permanece en reposo]) (caminar a paso lento).
- Intensidad moderada: Aumenta la sensación de calor y se inicia una ligera sudoración; Aumenta el ritmo cardíaco y el respiratorio, pero aún se puede hablar sin sentir falta de aire (3-6 MET) [caminar a paso ligero (más de 6 km/h) o pasear en bicicleta (16-19km/h)].
- Intensidad vigorosa: La sensación de calor y sudoración es más fuerte. El ritmo cardíaco es más elevado y cuesta más respirar, por lo que resulta difícil hablar mientras se practica (>6 MET) [correr o ir en bicicleta pedaleando rápidamente (19-22 km/h)].

La AF regular es un importante factor de protección para la prevención y el tratamiento de enfermedades crónicas como las ECV, la DM2, varios tipos de cáncer, así como para la salud mental, ya que previene el deterioro cognitivo y los síntomas de depresión y ansiedad; además puede ayudar a mantener un peso saludable y contribuye al bienestar general. A nivel mundial, cerca del 27.5% de los adultos (131) y el 81% de los adolescentes(132) no cumplen las recomendaciones mundiales de la OMS de 2010 sobre AF y casi no se ha registrado mejora alguna en los últimos 10 años. (133)

El 35.3% de la población mundial entre 15 y 69 años no alcanza el nivel de AF saludable recomendado por la OMS. El incumplimiento de las recomendaciones es mayor en mujeres (37%) que en hombres (33.5%) y en las clases sociales menos acomodadas. (134)

Se considera que cada año podrían evitarse entre cuatro y cinco millones de muertes a nivel mundial si todas las personas se mantuvieran más activas físicamente.(130)

La Red de Investigación del Comportamiento Sedentario (SBRN) propuso, en 2017, una estandarización en las definiciones, estableciendo que se considera *sedentarismo* cualquier comportamiento de vigilia caracterizado con un gasto de energía de  $\leq 1.5$  MET, mientras se está sentado o reclinado. Sin embargo, el término *inactividad física* lo describió como realizar cantidades insuficientes de actividad física, es decir, no cumplir con las pautas de actividad física recomendadas para su edad.(135)

La inactividad física es un determinante para la salud y la evidencia respalda el hecho de que tanto la inactividad como el comportamiento sedentario contribuyen a la carga global de las enfermedades

crónicas, aumento del riesgo de mortalidad por ECV, aumento de grasa abdominal y visceral, mayor riesgo de algunos tipos de cáncer como el de colon, próstata, ovario, mama, endometrio y útero, así como mayor riesgo de DM2. (136,137)

La inactividad física es considerada como uno de los principales factores de mortalidad prematura en los países de altos ingresos, siendo responsable de alrededor de 1 millón de muertes al año solo en la Región Europea de la OMS(138).

Se estima que, si no hay cambios en la prevalencia actual de inactividad física, se producirán alrededor de 500 millones de nuevos casos de enfermedades crónicas evitables entre 2020 y 2030 a nivel mundial, con costes de tratamiento por encima de 280.000 millones de euros. El coste acumulado entre 2020 y 2030 en España será de más de 4.800 millones de euros. (139)

El tiempo dedicado al uso de pantallas (móvil, ordenador, tableta, consola, etc.) tienen también un impacto negativo en salud. Por ello, es necesario tanto aumentar los niveles de actividad física de la población como reducir los periodos sedentarios.(130)

El 73.9% de la población europea infantil (1-14 años) pasa a diario una hora o más de su tiempo libre entre semana frente a una pantalla, incluyendo ordenador, Tablet, TV, vídeos, videojuegos o la pantalla del teléfono móvil. Más de uno de cada dos pequeños de 1 a 4 años pasa más de una hora. (140)

A pesar de la creciente importancia otorgada a la promoción de la actividad física en los Estados miembros de la UE, las tasas de inactividad física en la Unión Europea siguen siendo "alarmantes". Según el euro barómetro de 2022 el 45% de las personas encuestadas no realiza ninguna actividad física. Aunque la proporción de europeos que nunca hacen ejercicio o practican deporte disminuyó ligeramente entre 2017 y 2022 (46% y 45% respectivamente), ha crecido desde 2009 que se situaba en el 39 %. El 17% realiza AF de forma esporádica y el 32% de forma regular. De estos el 23% ha realizado una actividad vigorosa en los últimos 4-7 días, y el 44% en los últimos 1-3 días. (141)

El 46% afirma haber realizado AF moderada al menos de 1-3 días en la última semana. El 37% lo hizo al menos durante 30-60 minutos. El 61% dice que ha caminado al menos 10 minutos al menos 4 días en semana. De estos el 69% dice que camina 60 minutos o menos y el 35% camina entre 30-60 minutos. El 44% establece que pasa sentado entre 2-5 horas al día. El 28% lo hace entre 5 y 8 horas y el 11% lo hace durante más de 8 horas. Sólo el 15% pasa sentado menos de 2 horas. (141)

Según la Encuesta Europea de Salud en España (EESE) del año 2020, el 36.4% refiere que en su tiempo libre llevan una vida sedentaria, de los cuales el 32.3% son hombres y el 40.3% mujeres.(142)

Por otro lado, según la Encuesta de Hábitos Deportivos en España 2020, aproximadamente 6 de cada 10 personas (59.6%) de 15 años o más practicó deporte en el último año, ya sea de forma periódica u ocasional, cifra que aumento respecto a encuestas anteriores (2015). El análisis de las tasas pone de manifiesto que aquellos que practicaron deporte suelen hacerlo con gran frecuencia, el 27.1% de la población diariamente y el 54.8% al menos una vez por semana. El 58.1% de la población practica al menos una vez al mes y el 58.6% al menos una vez al trimestre.(143)

En el informe anual del Sistema Nacional de Salud (SNS) 2020-2021 registra que el 36.4% de la población de 15 años o más declara ser sedentaria en su tiempo de ocio. (130)

### *Actividad física, sedentarismo y enfermedades crónicas*

El tiempo sedentario, evaluado como tiempo sedentario general diario, tiempo sentado, viendo la televisión o tiempo de pantalla, o tiempo libre sentado, se asoció de forma independiente con un mayor riesgo para el aumento de la morbilidad, incidencia y mortalidad de las enfermedades crónicas. (144)

Existe numerosa evidencia epidemiológica que indica que la principal consecuencia del ejercicio regular, en el que se logra una intensidad moderada a vigorosa para la aptitud cardiorrespiratoria (> 8 MET), es la reducción de los riesgos de mortalidad por todas las causas (ECV, HTA, ACV, síndrome metabólico y DM2). (145)

Las personas que mantienen niveles comparativamente altos de AF tienden a vivir significativamente más tiempo que la población general, y tienen tasas de mortalidad más bajas tanto para la ECV como para el cáncer.(146,147)

El estudio de Patterson R et al. (148)reveló un umbral de 6 a 8 horas al día de sedentarismo y de 3 a 4 horas al día de ver la televisión como factores de riesgo para la mortalidad por cualquier causa (ECV, cáncer y DM2). Para los ECV se observó que el riesgo aumentaba cuando el sedentarismo era de 6 horas al día.

Warren T et al. (149)encontraron que los hombres que referían haber estado en un vehículo durante más de 10 horas a la semana tenían un riesgo del 82% mayor de mortalidad por ECV.

Wahid A et al. (150)relacionaron la AF con la disminución del riesgo de ECV y DM2 ajustado por el IMC. Observaron una disminución en el riesgo de todos los resultados cardiovasculares y la incidencia de DM2 con niveles crecientes de realización de AF. Sus hallazgos sugieren que un aumento en 11,25 MET horas a la semana para un individuo inactivo se asocia con una reducción del riesgo de mortalidad cardiovascular en un 23% y la incidencia de DM2 en un 26%, independientemente del peso corporal.

En la revisión de Gao Y et al. (151)evidenciaron el aumento de la prevalencia de DM2 e HTA en los funcionarios públicos con ocupaciones sedentarias.

En el estudio de Smith A et al. (152)establecen que se pueden obtener notables beneficios para la salud incluso a niveles relativamente bajos de AF, pero también que se producen reducciones adicionales considerables en el riesgo de DM2 cuando se superan sustancialmente las pautas actuales de AF. No existe un límite claro en el que no se logren beneficios y la protección de la salud aumenta a niveles de actividad mucho más allá de las recomendaciones actuales. Dada la actual epidemia de obesidad y DM2, es necesario incidir en la necesidad de realizar AF y debe ser una de las prioridades del enfoque actual para mejorar la salud de la población.

El estudio de Vicente-Rodríguez G et al. (153)confirman el efecto negativo de ver la televisión con el riesgo de obesidad para los adolescentes españoles, concluyendo que cada hora de uso de la televisión aumenta el riesgo de sobrepeso en un 15.8% y el riesgo de exceso de grasa corporal en un 26.8% para la población adolescente española en general (22% para los hombres y el 28% para las mujeres). Además,

cada hora adicional de tiempo que pasan jugando a juegos de ordenador o videoconsola se asociaba de forma independiente con un mayor riesgo de adiposidad abdominal del 20%.

En el estudio de Martínez-Moyá M et al. (154) también analizaron la relación entre la obesidad, el sobrepeso y las horas de televisión, pero en universitarios. Obtuvieron que ver más de 2 horas la televisión al día se asoció con un mayor riesgo respecto a verla  $\leq 1$  hora al día, y se observó una tendencia lineal ascendente significativa. Los participantes que indicaron ver más de 2 horas la televisión al día tuvieron un punto de IMC más de media que los que la veían  $\leq 1$  hora al día. Además, una menor actividad física se asoció de forma significativa con un mayor IMC, y los universitarios menos activos presentaron casi medio punto más de IMC respecto a los más activos. También en el estudio de Cleland V et al. (155) en adultos de 26 a 36 años, en Australia, hallaron una relación entre las horas de televisión y el incremento de la obesidad abdominal.

En el estudio llevado a cabo por Shields M et al. (156) observaron que en los hombres que veían 5 o menos horas por semana la televisión aumentó la prevalencia de obesidad un 14% y un 25% en los que lo hacían 21 horas o más a la semana. Para las mujeres aumentó del 11% al 24% para los mismos tiempos de consumo de televisión. También analizaron el uso del ordenador durante al menos 6 horas por semana, para ambos sexos, teniendo mayores probabilidades de ser obesos (20% más probabilidades para los hombres y 30% más probabilidades para las mujeres), en comparación con los que hicieron un uso de 5 o menos horas.

En el metaanálisis dosis-respuesta de Guo C et al. (157) encontraron que los niveles de comportamiento sedentario total elevados y tiempo viendo la televisión aumentaban el riesgo de sobrepeso y/o obesidad, DM2 e HTA entre los adultos, obteniendo que por cada aumento de 1 hora al día viendo la televisión, el riesgo aumentó en un 8% para la DM2 y en un 6% para la HTA.

Según la cohorte Nurses' Health Study (NHS) el sedentarismo desempeña un papel importante en la obesidad: ver la televisión y otras actividades sedentarias en el hogar o en el trabajo aumentaron el riesgo de padecer obesidad. Por el contrario, cada incremento diario de 2 horas de pie o caminando se asoció con un descenso del riesgo del 9%, mientras que una hora al día de caminata rápida se asoció con un descenso del riesgo del 24%. Establecieron que las mujeres con bajos niveles de actividad física (<30 min al día) que aumentaron a niveles altos (> 30 min al día) tuvieron un aumento de peso significativamente menor. Sin embargo, si la actividad física es baja, o disminuye de mayor a menor tiempo, las mujeres tenían un riesgo más elevado de aumentar de peso. Trotar o correr parecía ser lo mejor para limitar el aumento de peso, aunque caminar a paso ligero y andar en bicicleta también estaban inversamente relacionados con aumento de peso. (158)

La IARC en su reciente Proyecto de Actualización Continua (CUP) muestra una consistente asociación inversamente significativa al comparar los niveles más altos y bajos de AF total y recreativa y la incidencia de cáncer de colon. (159)

Estos hallazgos demuestran que la AF (tanto recreativa como no recreativa) está asociada con un menor riesgo de mortalidad y eventos importantes de ECV. Incluso cumpliendo con las pautas mínimas de presión arterial (PA), como caminar solo 30 minutos la mayoría de los días de la semana tuvo un beneficio

sustancial, mientras que niveles más altos de AF) fueron asociados con riesgos aún más bajos. Como participar en AF (especialmente en la vida diaria) es económica, la PA es un enfoque de bajo costo para reducir las muertes y las ECV que se aplica a nivel mundial con potencial de gran impacto.(160)

### *Actividad física, sedentarismo y salud mental*

Las hormonas juegan un papel importante en los cambios de humor y la salud mental. El ejercicio está involucrado principalmente en la liberación de endorfinas que actúan principalmente como sedantes y analgésicos. El ejercicio puede ser una medida exitosa para el tratamiento de la depresión moderada o baja. Shaphe M et al. (161) observaron que el ejercicio físico es una herramienta viable para el tratamiento de pacientes con trastorno mental y depresión.

Huang Y et al. (162) concluyeron en su metaanálisis que existe una asociación positiva entre el comportamiento sedentario mentalmente pasivo (mirar televisión, sentarse, escuchar y hablar mientras está sentado) y el riesgo de depresión, en especial el incremento del tiempo dedicado a ver la televisión.

Numerosos estudios recogidos en la revisión de Meng Q et al. (162) relacionan que la AF puede reducir la probabilidad de demencia y enfermedad de Alzheimer. Smith P et al. (163) observaron que el riesgo de demencia y EA puede reducirse en un 28% y 45% respectivamente con actividad física. Yan S et al. (164) también concluyeron en su metaanálisis que el comportamiento sedentario se asoció significativamente con un mayor riesgo de demencia y que el ejercicio físico regular puede afectar favorablemente las funciones físicas y cognitivas de estos pacientes, aunque aún no se han definido la relación dosis-respuesta de este riesgo/beneficio.

En las directrices de la OMS (2020) sobre AF y hábitos sedentarios, los adultos deben acumular a lo largo de la semana un mínimo de entre 150 y 300 minutos de AF aeróbica de intensidad moderada, o bien un mínimo de entre 75 y 150 minutos de AF aeróbica de intensidad vigorosa, o bien una combinación equivalente de actividades de intensidad moderada y vigorosa, con el fin de obtener beneficios notables para la salud. Los adultos pueden superar los 300 minutos de AF aeróbica de intensidad moderada, o bien los 150 minutos de AF aeróbica de intensidad vigorosa, o bien una combinación equivalente de actividades de intensidad moderada y vigorosa cada semana, con el fin de obtener mayores beneficios para la salud (165). Además, al menos 2 días a la semana se deberían realizar actividades de fortalecimiento muscular y mejora de la masa ósea que incluyan los grandes grupos musculares, realizando de 8 a 12 repeticiones por grupo muscular. Añadir también ejercicios para mejorar la flexibilidad. Se deben reducir los periodos de sedentarismo prolongados de más de 2 horas seguidas, realizando descansos activos cada una o dos horas con sesiones cortas de estiramientos o dando un breve paseo. (166)

En personas mayores de 65 años además se recomienda realizar al menos 3 días en semana actividades físicas que prioricen el equilibrio.(130)

En estudios como el de Tudor-Locke C et al. (167) proponen que para cumplir con las recomendaciones de 30 minutos diarios de AF moderada a vigorosa se deberían realizar unos 7.900 pasos al día en hombres y unos 8.300 pasos al día en mujeres. Si se pretende cumplir la recomendación de 150

minutos de AF semanal se debería conseguir unos 49.000 pasos a la semana, es decir, unos 7.000 pasos al día.(168)

#### 1.4.2.3. Alcohol, tabaco y otras drogas

##### 1.4.2.3.1 Consumo de alcohol

El alcohol es una sustancia que potencialmente puede ocasionar adicción y dependencia si se consume con frecuencia, y en mayor medida cuanto mayor es la graduación alcohólica de la bebida consumida. Es responsable de más de 200 problemas de salud y lesiones, y contribuye de forma significativa en 40 enfermedades específicas (con código CIE-10) con aumento del riesgo y atribución de una parte significativa de la mortalidad y morbilidad prevenible. (169,170)

Según el GBD (2016) el consumo de alcohol fue el séptimo factor de riesgo de mortalidad (2.800.000 fallecimientos)(171). Aproximadamente el 49% de los AVAD atribuibles al alcohol se deben a enfermedades crónicas y trastornos de salud mental como dependencia. (170)

La morbilidad asociada al consumo de alcohol incluye patología digestiva, psiquiátrica, neurológica, infecciosa (tuberculosis), cáncer de diversos tipos, ECV (ictus hemorrágico, IC, arritmias, miocardiopatía...), lesiones intencionales (suicidios), no intencionales (accidentes), patología social (adicción) y problemas familiares. (172)

El riesgo de producir daño a la salud depende de la cantidad que se consuma, de la frecuencia, del patrón de consumo y de las características de la persona que lo consume.

En España, se atribuye al alcohol el 10% de la mortalidad total y el 27.7% de la mortalidad por accidentes de tráfico. (173) El consumo de alcohol es el cuarto factor de riesgo de pérdida de AVAD, siendo el segundo en hombres y el quinto en mujeres (25); además provocó anualmente 15.489 muertes durante el periodo 2010-2017, siendo el 74% en hombres.(174,175)

Se considera el principal factor de riesgo en la población de 15-49 años. (173)

En España el 35,1% de la población de 15 y más años consume bebidas alcohólicas de manera habitual con grandes diferencias entre hombres (46.4%) y mujeres (24.5%); un tercio consume de forma ocasional. En el subgrupo de 15 a 24 años el consumo habitual es del 23.1%, con una diferencia menos marcada entre hombres (26.7%) y mujeres (19.3%).

La prevalencia de bebedores de riesgo de alcohol en esta población es del 1.3%, los hombres presentan una prevalencia de consumo de riesgo mayor que la de las mujeres, 1.5% frente al 1% respectivamente.

En lo que respecta a los hábitos de consumo intensivo episódico de alcohol (*binge drinking*) en los últimos 12 meses, el 6% de la población de 15 y más años refiere haber hecho un consumo intensivo de al menos 1 vez al mes, más del doble en hombres (8.5%) que en mujeres (3.6%). Por grupos de edad, el consumo intensivo de alcohol al menos una vez al mes es más elevado en el grupo de edad de 15 a 24 años (11,3%), con un patrón descendente a medida que aumenta la edad.(23)

Según el Programa de Encuestas sobre Alcohol y Otras Drogas en España (EDADES) el primer consumo de alcohol entre la población se sitúa entre los 15.9 y los 17.3 años.

La prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas en los últimos 12 meses se sitúa en el 16.7%, registrándose un notable descenso con respecto a la anterior encuesta.(176)

El consumo nocivo de bebidas alcohólicas es uno de los principales FR para la salud de la población en todo el mundo, y tiene una repercusión directa sobre las enfermedades crónicas, siendo uno de los objetivos y metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (ODS): fortalecer la prevención y el tratamiento del consumo nocivo del alcohol.(177)

En todo el mundo, el 44.8% del total de consumo de alcohol registrado se consume en forma de licores y aguardientes. El segundo tipo de bebida más consumida es la cerveza (34.3%), seguida del vino (11.7%). (178)

#### *Alcohol y enfermedad cardiovascular*

En el metaanálisis de Wood A et al. (179)establecieron que el umbral de consumo de alcohol para el riesgo más bajo de mortalidad por todas las causas fue de 100 g por semana. Para los hombres se estima que una reducción de 196g/semana a 100g/semana supondría un aumento aproximado de 1 a 2 años la esperanza de vida a los 40 años. Además, los bebedores crónicos de cerveza o licores tendrían el mayor riesgo de mortalidad por todas las causas. Este estudio ha resaltado los complejos y diversos mecanismos potenciales por los cuales el consumo de alcohol puede tener consecuencias cardiovasculares demostrando que la asociación entre el consumo de alcohol y el riesgo total de ECV comprende varias curvas de dosis-respuesta distintas y opuestas, observando que un mayor consumo de alcohol se asoció de manera lineal con un mayor riesgo de todos los subtipos de ACV, EC, IC y varios subtipos de ECV menos comunes, pero se asoció de forma lineal con un menor riesgo de IAM.

El estudio europeo sobre cáncer y nutrición (EPIC), obtuvo que la ingesta de alcohol se asoció de manera inversa con el riesgo de CI no mortal, pero se asoció positivamente con el riesgo de diferentes subtipos de ACV, destacando las asociaciones opuestas de la ingesta de alcohol con diferentes tipos de ECV.(180)

Numerosos estudios sugirieron un efecto protector persistente para algunos niveles bajos o moderados de consumo de alcohol en la mortalidad por todas las causas. Sin embargo, estos estudios estaban limitados por tamaños de muestra pequeños, control inadecuado de los factores de confusión y elecciones no óptimas de una categoría de referencia para calcular los riesgos relativos. Investigaciones más recientes muestran cada vez más un efecto protector no significativo o nulo del consumo de alcohol sobre la mortalidad por todas las causas o los resultados cardiovasculares. (171,181–183)

#### *Alcohol y cáncer*

Según la IARC, el alcohol es un carcinógeno del Grupo A para el cual no existe un nivel seguro de exposición. Considera que beber alcohol aumenta el riesgo de contraer cáncer de la cavidad oral y faringe, laringe, esófago, colorrectal e hígado, así como cáncer de mama en mujeres, y cáncer de páncreas (184)

El Comité de Carcinogenicidad de Productos Químicos en Alimentos, Productos de Consumo y Medio Ambiente (COC), es un comité de expertos independientes del Reino Unido, el cual estableció que las personas que beben, incluso a niveles bajos de alcohol, tienen un mayor riesgo de contraer algunos tipos de cáncer que las personas que no beben alcohol. En comparación con personas con consumo cero de alcohol se ha observado que por debajo del consumo de 1,5 unidades por día (10,5 unidades por semana) ya existe un mayor riesgo de cáncer de la cavidad oral y faringe, esófago y de mama en mujeres. Con ingestas de alcohol superiores a aproximadamente 1,5 unidades por día (10,5 unidades por semana), existe un mayor riesgo de cáncer de laringe y colorrectal. A niveles altos de consumo de alcohol, por encima de aproximadamente 6 unidades por día (42 unidades por semana), existe un mayor riesgo de cáncer de hígado y páncreas. El riesgo de contraer cáncer aumenta cuanto más alcohol bebe una persona. El riesgo de contraer algunos cánceres relacionados con el alcohol disminuye gradualmente con el tiempo en las personas que dejan de beber alcohol, pero puede llevar muchos años para que el riesgo caiga a niveles similares a los de las personas que nunca han bebido alcohol.(185)

En relación con los hallazgos de la cohorte EPIC, el estudio de Romieu I et al. (186) confirmó el efecto cancerígeno de la ingesta de alcohol en el tumor de mama. Observaron que el consumo de alcohol previo al primer embarazo a término parecía tener un efecto adverso mayor que hacerlo después de este. También observaron un aumento lineal de la dosis-respuesta que varía del 2% al 12% por cada bebida adicional consumida por día (equivalente a aproximadamente 10 g / día).

La IARC publicó en 2020 un informe sobre la relación entre el alcohol y el cáncer en Europa. Se estima que el alcohol es el responsable de más de tres millones de muertes anuales, calculándose que, en Europa, unos 180.0000 casos de cáncer y unas 92.000 muertes por cáncer se debieron al alcohol en 2018. Existe una gran variabilidad de los casos de cáncer atribuibles al alcohol en Europa, aunque Europa tiene uno de los mayores niveles de consumo de alcohol a nivel mundial, y España ocupa el décimo tercer puesto en tumores asociados al alcohol, con un 4.4% de tumores causados directamente por el alcohol, según datos de la OMS. Se calcula que, en el año 2020, en España, el alcohol fue responsable del diagnóstico de unos 4.500 casos de cáncer de colon, unos 2.100 casos de cáncer de mama, y alrededor de 1.500 casos de hepatocarcinoma y tumores de la cavidad oral, entre otros. No existe un nivel seguro de consumo de alcohol, ya que se incrementa el riesgo de cáncer incluso con consumos bajos de alcohol. Se estima que hasta 4.600 casos de cáncer de mama anuales en Europa se deben a consumos de alcohol de 1 copa de vino al día, y estas cifras aumentan de manera significativa a mayor consumo de alcohol.(187)

#### *Alcohol y demencia*

En el estudio de cohortes de Sabia S et al. (188) obtuvieron que tanto los abstemios a largo plazo como los que informaron de un consumo de alcohol >14 unidades / semana aumentaron el riesgo de demencia de forma lineal; un exceso de riesgo que fue evidente cuando se evaluó el consumo de alcohol a las edades de 50, 60 y 70 años. No se encontraron evidencias de que el consumo de alcohol entre 1 unidad / semana y 14 unidades / semana aumenta el riesgo de demencia.

Además, dado que cada gramo de alcohol aporta 7 calorías, se estima que puede contribuir a la epidemia de sobrepeso y obesidad de forma significativa. (189)

#### *Medición consumo alcohol*

La unidad de bebida estándar (UBE) constituye una simplificación de la cantidad real de alcohol consumida. Equivale a 10 g que es el contenido medio un vaso de vino de 100 centímetros cúbicos (cc) de 13 grados, 1 vaso de 250 cc de cerveza de 5 grados o 30 cc de licor de 40 grados. El contenido alcohólico en gramos se estima para cada bebida con la fórmula: Cantidad en cc x grado alcohólico x 0.8/100.(173)

Existe una relación dosis-respuesta entre el consumo de alcohol y sus efectos. El riesgo “cero” no existe, sino que progresa en función del nivel de consumo y todavía no se ha llegado a consensuar un rango de validez y aceptación universal.

Según el estudio de cohortes de Midlöv P et al. (190) el umbral de bajo riesgo para el consumo del alcohol se establece en 24 g/día para los hombres y en 12 g/día para las mujeres. Wood A et al.(179) y Goulden R et al.(191) evaluaron el valor mínimo de riesgo estableciendo que el bajo riesgo se sitúa en 14,2 g/día. Knott C et al. (182) en su cohorte establecieron que este umbral se mantiene en 22g/día en hombres y 11g/día en mujeres. Perreault K et al. (192) establece el bajo riesgo de consume en 16g/día en hombres y 8g/día en mujeres. En el gran estudio prospectivo EPIC establecieron el umbral de riesgo mínimo en 5-15g/día. Por lo que en la actualidad en España los límites de consumo de alcohol de bajo riesgo deberían situarse en 20 g/día en hombres y 10g/día en mujeres, asumiendo que no hay un riesgo cero.(193)

No existe ningún nivel de consumo de alcohol que pueda considerarse beneficioso para la salud. El nivel de consumo que minimiza la pérdida de salud es cero. (173)

#### *1.4.2.3.2 Consumo de tabaco*

El control del tabaco es una prioridad de salud global. El Convenio Marco (194) de la OMS para el Control del Tabaco, vigente desde 2005, formalizó un compromiso global, ratificado por 180 países. Sin embargo, el progreso específico de cada país varía significativamente, con una prevalencia muy alta todavía de tabaquismo entre hombres y mujeres. La declaración política de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 2011, sobre enfermedades crónicas, proporcionó un impulso adicional para el control urgente del consumo de tabaco, y para la acción preventiva contra otros factores de riesgo de estas enfermedades. La Asamblea Mundial de la Salud estableció un objetivo global de una reducción relativa del 30% en el consumo de tabaco en todo el mundo entre las personas de 15 años o más para 2025.(195)

El tabaco es un gran problema de salud pública que mata hasta a la mitad de sus consumidores directos. Más de 8 millones de personas fallecen al año a causa del tabaco. Más de 7 millones de estas defunciones se deben al consumo directo de tabaco y alrededor de 1.2 millones son consecuencia de la exposición de no fumadores al humo ajeno. (196)

El tabaquismo constituye una de las principales causas de morbilidad evitable y prematura. Se estima que el 40% de los fumadores morirá prematuramente por el consumo de tabaco si no cesa su

consumo. La mitad de estas muertes se producen en personas de 35 a 70 años, originando una gran cantidad de años potenciales de vida perdidos (APVP).(197)

Se sabe que el humo de tabaco contiene más de 4.000 productos químicos, de los cuales al menos 250 son nocivos y más de 50 de ellos cancerígenos. El cáncer más prevalente relacionado con el consumo de tabaco es el de pulmón, pero además hay otros 15 tipos de cáncer que también están relacionados con su consumo, como el cáncer laringe, orofaringe, vejiga, boca, esófago, hígado, vías biliares y estómago, entre otros.(198)

No existe un nivel seguro de exposición al humo, además es la causa de distintos trastornos cardiovasculares y respiratorios, así como perjudicial en las mujeres embarazadas y en los niños.

Después del alcohol, el tabaco es la segunda sustancia psicoactiva más consumida en España. El 69.6% declara haber fumado tabaco alguna vez en la vida. En el año 2022, el 33.1% de la población de entre 15 y 64 años manifiesta consumir tabaco de manera diaria.

El alcohol y el tabaco son las sustancias que empiezan a consumirse de manera más temprana (16.5 y 16.6 años, respectivamente). (176)

El consumo diario de tabaco es más frecuente entre los hombres (44%) que en las mujeres (34%), con independencia de la edad de los individuos.

En 2022 se ha producido un descenso en la prevalencia del consumo diario de tabaco entre los hombres jóvenes, mientras que entre las mujeres más jóvenes se ha estabilizado. Sin embargo, entre aquellos con 35 o más años el consumo de tabaco a diario ha aumentado en ambos sexos. (176)

En el estudio de Janssen F (199), se observó la evolución de la relación de la esperanza de vida asociada al consumo de tabaco entre 2005 y 2014. La diferencia de esperanza de vida relacionada con el consumo tabaco ha disminuido en 2014 respecto a 2005, en 2005 se atribuía al tabaco la pérdida de 5.2 años de pérdida de esperanza de vida, mientras que en 2014 se atribuían la pérdida de 3 años de esperanza de vida en relación con el tabaco.

El cese, particularmente antes de los 40 años, produce grandes reducciones en el riesgo de mortalidad. Hasta dos tercios de las muertes entre los fumadores, y los exfumadores tienen aproximadamente solo una cuarta parte del riesgo de muerte en comparación con los fumadores activos. La literatura científica ha definido tres características sobre los riesgos para la salud del tabaquismo: la primera es que el riesgo de desarrollar enfermedades entre los fumadores está aumentado; la segunda característica es que para que los fumadores desarrollen estos grandes riesgos, deben comenzar a fumar de forma precoz en la vida adulta y continuar fumando. Si los fumadores no comienzan este consumo de forma precoz, sus riesgos son sustancialmente menores; y la tercera característica, si los fumadores dejan de fumar antes de desarrollar alguna enfermedad grave, entonces sus riesgos se reducen sustancialmente. En cada año de fumador activo, durante la mediana edad (edades de 30 a 69 años), las tasas de mortalidad son aproximadamente tres veces más altas que las de los no fumadores de edades similares. Dejar de fumar a cualquier edad es efectivo, restaurando años sustanciales de pérdida de cigarrillos perdidos versus

continuos. Si este consumo se elimina, particularmente antes de los 40 años, evita casi todo el exceso de riesgo asociado al tabaco.(200)

### *Tabaco y enfermedades cardiovasculares*

Se ha estimado que aproximadamente el 40-50% de todas las muertes cardiovasculares son muertes cardíacas súbitas y aproximadamente el 80% de estas son debidas a taquiarritmias ventriculares. Se observó una relación dosis-respuesta entre un número creciente de cigarrillos por día y un mayor riesgo de muerte cardíaca súbita, así como un menor riesgo de muertes cardíacas súbitas entre los exfumadores en comparación con los fumadores actuales. Se ha demostrado que la nicotina, que es uno de los componentes de los cigarrillos, induce una amplia gama de arritmias cardíacas en estudios con animales. Los estudios epidemiológicos también han encontrado que fumar aumenta el riesgo de FA, la PA, la FC en reposo y el riesgo de DM2. (200)

Aune D et al. (201) en su metaanálisis concluyen que el riesgo relativo de muerte súbita cardíaca entre los fumadores actuales era 3 veces mayor, y el riesgo en exfumadores aumentaba un 38%, respecto a sujetos que nunca habían fumado.

Mons U et al. (202) en su cohorte observaron que el consumo de tabaco es un FR para la aparición de eventos cardiovasculares y mortalidad, especialmente en personas de 60 años o más, disminuyendo la esperanza de vida en 5 años y advierten que dejar de fumar en estos grupos de edad sigue siendo beneficioso para reducir el exceso de riesgo.

Según el metaanálisis de Hackshaw A et al.(203), fumar solo de uno a cinco cigarrillos al día, está asociado con un aumento del riesgo de EC y ACV. Los fumadores que reducen la cantidad de cigarrillos que consumen pueden beneficiarse de grandes reducciones en el riesgo de cáncer, y algunos beneficios en la ECV. Sin embargo, al no existir un nivel seguro de consumo para las ECV, la reducción de este no es proporcional a la reducción del daño causado como se esperaba. En este metaanálisis descubrieron que los hombres que fumaban un cigarrillo al día tenían un 46% más de riesgo de padecer eventos cardiovasculares y un 41% más de ACV.

En el metaanálisis dosis-respuesta de Pan B et al. (204) el riesgo de ACV aumentó en un 12% por cada incremento de 5 cigarrillos por día.

No existe un nivel seguro de tabaquismo para las ECV en las que los fumadores leves pueden asumir que seguir fumando no tiene consecuencias para su salud.

### *Tabaco y cáncer*

La IARC informó de una relación dosis-respuesta con el riesgo de cáncer y la intensidad de fumar (cigarrillos por día informados durante el período de exposición) y la duración (años de exposición), así como para una exposición acumulativa al fumar (paquetes/año).(205)

En comparación con la intensidad, se demostró que la duración del tabaquismo proporciona un mayor riesgo de desarrollar cáncer de cabeza y cuello (cáncer de la cavidad oral, faringe y laringe)(206–208), así como otros cánceres relacionados con el tabaco, como el cáncer de pulmón(209,210) y el de vejiga.(211,212)

En el estudio de Di Credico G et al. (213) reevaluaron el efecto conjunto de la intensidad (número de cigarrillos/día) y la duración (años de consumo) del consumo de tabaco sobre el riesgo de este tipo de tumores. En él se mostró que la duración y la intensidad del consumo de cigarrillos no aumentaron el riesgo en la misma medida, pero el efecto fue mayor cuanto mayor fuera la duración del consumo de tabaco. En los niveles combinados más altos de intensidad y duración de su consumo, los sujetos pueden alcanzar 10 veces más riesgo de padecer cáncer de cavidad oral y faringe y hasta 40 veces más riesgo de cáncer de laringe, en comparación con los que nunca fumaron. Este estudio sugirió que la relación dosis-respuesta con el cáncer de cavidad oral, faringe y laringe todavía está lejos de ser lineal, con un aumento más pronunciado de los consumos intermedios y una posible meseta que indica un "efecto de saturación" en fumadores con > 20 años de duración y > 30 cigarrillos / día. También observaron que el impacto del abandono del hábito tabáquico en el riesgo de este tipo de cáncer, con OR en exfumadores que dejaron de fumar hace  $\geq 10$  años a la mitad para el cáncer de cavidad oral y faringe y un tercio menos para el cáncer de faringe, en comparación con los fumadores actuales, por lo que nunca es tarde para cesar este consumo.

En el estudio de dieta y salud NIH-AARP en EE. UU., Inoue-Choi M et al. (214) determinaron que, aunque numerosos fumadores estadounidenses consumían  $\leq 10$  cigarrillos por día, o no fuma todos los días, tuvieron un mayor riesgo de desarrollar cáncer de pulmón, vejiga y páncreas que los que nunca fumaron. Además, los riesgos fueron menores entre los exfumadores de este nivel, especialmente aquellos que dejaron de fumar a una edad más temprana.

#### *Tabaco y enfermedades respiratorias*

El principal FR para el desarrollo de EPOC es el consumo de tabaco, con el 90% de las muertes por EPOC directamente atribuibles a su consumo. Por lo tanto, dejar de fumar es el medio más eficaz para detener o retrasar el progreso de esta enfermedad. Sin embargo, es desalentador comprobar que un considerable porcentaje de pacientes con EPOC, moderada a grave, continúan fumando (30.4% al 43.0%). (215)

Por otro lado, el tabaquismo en las madres durante el embarazo aumenta el riesgo de asma y síntomas similares al asma en sus hijos. De hecho, la exposición a la nicotina durante los períodos pre y perinatal parece afectar permanentemente al desarrollo de los pulmones del feto, con efectos adversos en su estructura y función vital. Estos cambios pueden aumentar el riesgo de aparición de asma a lo largo de su vida y acelerar el deterioro de la función pulmonar con el envejecimiento. (216)

Aproximadamente el 11% de los bebés, cuyas madres son fumadoras, son considerados de "bajo peso al nacer" (menos de 2500gr), en comparación con el 6% de bebés de madre no fumadoras. El tabaquismo materno activo se asoció también con un mayor riesgo de muerte fetal (riesgo relativo (RR) = 1.46), muerte neonatal (RR = 1.22) y muerte perinatal (RR = 1.33). Estos hallazgos fortalecen la evidencia de que las mujeres no deben fumar durante el embarazo, y todas las mujeres en edad reproductiva deben ser advertidas de que fumar aumenta los riesgos de mortalidad fetal, neonatal y perinatal. (217)

### *Fumador pasivo*

Un tema de salud pública que también preocupa es el fumador pasivo, ya que el 85% del humo del cigarrillo se considera corriente secundaria (SS), es decir, lo que inhala el fumador pasivo. En proporción, los compuestos tóxicos como el amoníaco, las aminas volátiles y las nitrosaminas, los productos de descomposición de nicotina y las aminas aromáticas se encuentran en concentraciones más altas en estas SS. Las partículas de menos de 2.5  $\mu\text{m}$  se denominan partículas suspendidas respirables (RSP) por el Comité del Consejo Nacional de Investigación de EE. UU., por lo que el fumador pasivo también puede inhalar el humo del tabaco hasta el parénquima pulmonar.

Los componentes tóxicos del humo de la corriente secundaria son responsables de una morbilidad y mortalidad cardiovascular significativa a través de la generación de un medio pro-aterogénico. La exposición a estas partículas promueve la atero-trombosis a través de la disfunción endotelial, inflamación, adhesión de plaquetas e inestabilidad de la placa.(218)

No existe un nivel seguro de tabaquismo para las enfermedades cardiovasculares en las que los fumadores pueden asumir que seguir fumando no daña.

### *Otras formas de consumo de tabaco*

#### *Cigarrillo electrónico*

Los líquidos utilizados en los cigarrillos electrónicos se componen principalmente de glicerina, propilenglicol y nicotina en cantidades variables. En la Unión Europea solo se permiten líquidos con concentraciones de nicotina entre los 0 mg/ml a los 20 mg/ml. Además de esta base, algunos líquidos pueden llevar saborizantes y aromatizantes para mejorar su palatabilidad.

El propilenglicol y la glicerina son compuestos inocuos empleados en productos alimentarios, pero su uso en combustión e inhalados por las vías respiratorias conlleva efectos negativos para la salud como irritación de vías respiratorias lo cual puede agravar enfermedades respiratorias previas (EPOC, asma y fibrosis quística) y propiciar infecciones. Además, en la combustión se generan compuestos orgánicos como el formaldehído, el acetaldehído y la acroleína, todos ellos compuestos mutagénicos y carcinógenos.(219)

Respecto a la nicotina que contienen estos dispositivos produce consecuencias análogas a los cigarrillos convencionales en la salud. Sin embargo, su consumo líquido se relacionó en ratones con adenocarcinoma hepático expuestos al aerosol del cigarrillo electrónico(220). También se relacionó con arritmias cardíacas, angina e IAM. (221)

Además, se están realizando estudios recientes en los que se relacionan los fumadores pasivos de este tipo de dispositivos con un aumento del riesgo de padecer cáncer.(222)

En el 2020 el Centro de Control y Prevención de Enfermedades en los EEUU (CDC) emitió una alerta y definió una nueva enfermedad denominada lesiones pulmonares asociadas al vapeo (EVALI)(223). Una enfermedad que presenta síntomas de afección pulmonar de avance muy rápido que puede llevar a una muerte prematura. Tras evaluar muestras de líquido pulmonar de los afectados se observaron restos de vitamina E (acetato de tocoferol), empleado en los líquidos de recarga como ingrediente o espesante. Este compuesto está prohibido en la legislación europea comunitaria.

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) ha recomendado que se prohíba el uso de sabores en los líquidos de recarga para desincentivar su consumo por parte de la juventud.(224)

Hay una tendencia creciente del consumo de este tipo de cigarrillos, habiendo pasado de 6.8% en 2015 hasta el 12.1% registrado en 2022. Atendiendo al sexo, observamos que, la prevalencia es superior también entre los hombres. La mitad de los consumidores de este tipo de cigarrillos lo hacen motivados por reducir el consumo del tabaco, o incluso para dejar de fumar. (176)

#### *Cachimbas*

En el consumo de cachimbas, en la revisión sistemática llevada a cabo por Primack B et al.(225), se observó que en una sola sesión el usuario consume mayores volúmenes de humo y niveles más altos de sustancias tóxicas en comparación con el tabaco de un cigarrillo.

#### *1.4.2.3.3 Consumo de otras drogas*

En lo que respecta al consumo de drogas ilegales, el cannabis es la más extendida en España, siendo consumida alguna vez en la vida por algo más del 40% de la población, el 8.6% de la población declara haberlo consumido en el último mes y un 2.8% de la población de manera diaria. El cannabis es la sustancia que empieza a consumirse a una edad más prematura (18.3 años), siendo la sustancia ilegal con mayor prevalencia de consumo entre la población menor de 35 años. El 6.6% del grupo de edad de 35 a 64 años ha consumido cannabis alguna vez en el último año, proporción que aumenta hasta el 19.1% entre los menores de 35 años. Es en el consumo del cannabis donde se obtiene la mayor diferencia de prevalencias entre ambos sexos, el 48.8% de los hombres han consumido cannabis alguna vez en la vida frente al 32.9% de mujeres. El 12.0% de los hombres reconoce haber consumido cannabis en el último mes, proporción que se reduce notablemente entre las mujeres (5.2%). Entre las sustancias ilegales con menor prevalencia de consumo destacan la cocaína y el éxtasis. El mayor consumo de estas se da entre la población más joven. El consumo de la cocaína en polvo y/o base destaca por su baja prevalencia entre las mujeres (1.1%), encontrándose bastante más extendida entre los varones (3.6%). Aproximadamente uno de cada diez individuos de 15 a 64 años reconoce haber consumido cocaína en polvo alguna vez en la vida (11.7%). La edad media de inicio de consumo de esta sustancia se sitúa en los 21.1 años. El porcentaje de personas que han consumido éxtasis alguna vez en su vida ha registrado en 2022 el máximo de la serie histórica (5.1%). Es consumido en mayor medida entre los hombres. Y respecto a la edad se observa una mayor prevalencia de consumo de 25 a 44 años. El consumo de anfetaminas también ha sido el máximo obtenido en la serie histórica desde el comienzo del estudio (4.6%). Las prevalencias más altas de consumo en los últimos 12 meses se obtienen en los hombres y en el grupo de edad de 25 a 54 años. (176)

El consumo habitual de cannabis provoca una serie de daños orgánicos y psicológicos. El hecho de fumarse sin filtro, aspirando profundamente el humo y reteniéndolo en los pulmones, favorece enfermedades como la bronquitis crónica, el enfisema pulmonar o el cáncer de pulmón. Además, su efecto broncodilatador potencia la absorción de sustancias tóxicas (226). El cannabis ha demostrado una relación dosis-dependiente con un aumento en la prevalencia de IAM y arritmias cardíacas(227). Los efectos

crónicos del consumo de cannabis incluyen trastornos del estado de ánimo, exacerbación de trastornos psicóticos en personas vulnerables personas, deficiencias neurocognitivas y trastornos somáticos.(228)

Recientes estudios epidemiológicos de exposición comunitaria al cannabis demuestran el vínculo entre el consumo de cannabis y la aparición de cáncer testicular(229–232), cáncer de páncreas en adultos y leucemia mieloide aguda pediátrica(233) . La lista de cánceres identificados relacionados con este consumo es numerosa tanto en adultos como en niños: leucemias linfoides y mieloides agudas y crónicas, vejiga, cerebro, mama, colorrectal, linfoma Hodgkins, sarcoma de Kaposi, riñón, hígado, melanoma, mieloma, linfoma no Hodgkins, esófago, ovario, páncreas, próstata, estómago y tiroides (234–236). Se relaciona con el aumento del 50% en el cáncer pediátrico en estudios en EE.UU. 1975–2018 (237) en relación con la carcinogénesis teratogénica heredable transgeneracional (238,239)

El consumo habitual de cocaína tiene consecuencias neurológicas y puede provocar trastornos psíquicos como ideas paranoides (persecución, grandeza...) o depresión, y desencadenar cuadros de psicosis y esquizofrenia. También provoca daños en el sistemas circulatorio, respiratorio y gastrointestinal. A estos daños orgánicos hay que añadir los propios según la vía de administración. Si la vía es nasal puede provocar pérdida del olfato, epistaxis, ronquera o incluso perforación del tabique nasal; en el caso de administrarse intravenosos puede provocar reacciones anafilácticas a la propia droga o a algunos de los componentes con los que se adultera, así como enfermedades infecciosas asociadas a esta vía de consumo (VIH, hepatitis). (226)

El éxtasis puede producir, de forma inmediata, numerosos efectos adversos para la salud, desde náuseas, escalofríos, hiperhidrosis, pérdida de la agudeza visual o trismo, hasta la muerte, ocasionada por sobredosis. En las horas o días siguientes a la ingestión de la droga se produce una reducción de ciertas habilidades mentales, en especial de la memoria y de la capacidad del individuo para procesar la información. En consumidores susceptibles por patologías previas, puede producir deshidratación, HTA e IC, así como ansiedad, agitación y comportamientos violentos o de riesgo. Los usuarios crónicos de éxtasis sufren daño en los procesos de atención, concentración y abstracción, pérdida de memoria, anorexia y una mayor frecuencia de alteraciones psiquiátricas como ansiedad, depresión, sintomatología obsesiva, ideación paranoide o trastornos del sueño. (226)

#### *1.4.2.4 Bienestar emocional (BE)*

Desde su inicio, la OMS ha incluido el bienestar mental en la definición de la salud ya que la define como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.

El bienestar emocional es un estado en el que la persona puede desarrollar sus habilidades, hacer frente a las situaciones cotidianas de estrés, trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad. (240)

La prevalencia registrada de trastornos mentales es de 286.7 casos al año por cada 1.000 habitantes, más elevada en mujeres que en hombres (313.3 frente a 258.8). En 2019 se produjeron una media de 17.0 hospitalizaciones por trastornos mentales por 10.000 habitantes (18.1 en hombres y 15.9

en mujeres). Cabe señalar que mientras que la prevalencia es mayor en mujeres la tasa de hospitalización es mayor en hombres.

La prevalencia aumenta con la edad, cuatro de cada 10 personas de 65 y más años padece algún trastorno mental. Este patrón es similar en ambos sexos, si bien la prevalencia es mayor en mujeres que en hombres a partir de los 20 años. Se observa un claro gradiente social en ambos sexos, los hombres y las mujeres con nivel de ingresos muy bajo padecen el doble de trastornos mentales que los de mayor nivel de ingresos. La prevalencia ajustada por edad es de 251.9 casos al año por cada 1.000 habitantes (235.5 en hombres y 266.7 en mujeres). La prevalencia registrada de trastornos mentales ha aumentado un 19% desde 2013 a 2019, un 23.1% en hombres y un 15.8% en mujeres. Los problemas de salud mental más frecuentemente registrados en las historias clínicas de atención primaria (AP) son los trastornos de ansiedad (74,6 casos al año por cada 1.000 habitantes), seguidos de los trastornos del sueño y de los trastornos depresivos (60,7 y 41,9 al año por cada 1.000 habitantes, respectivamente). (23)(241)

La salud mental positiva o el bienestar mental han surgido como un importante predictor de la salud y longevidad en general. El bienestar mental es más que la ausencia de enfermedad mental o patología psiquiátrica, implica "sentirse bien" y "funcionar bien" e incluye aspectos como optimismo, felicidad, autoestima, resiliencia, autonomía y buenas relaciones con los demás. El bienestar mental es reconocido por tener consecuencias importantes para la salud y los resultados sociales(242,243), y por estar asociado con mejoras en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la prevención de enfermedades(244,245). Su falta sustenta muchas enfermedades físicas, estilos de vida poco saludables y desigualdades sociales en salud. (246)

Los niveles más altos de bienestar mental están relacionados con menores riesgos de trastornos mentales y físicos, discapacidad y uso de servicios de salud, siendo un fuerte predictor de trastornos mentales(247,248)y mortalidad por todas las causas. (249)

Los comportamientos de salud relacionados con el tabaquismo, el consumo de riesgo del alcohol, la actividad física insuficiente y la dieta deficiente constituyen los principales contribuyentes a las enfermedades no transmisibles. La agrupación de estos comportamientos de riesgo es común y aumenta el riesgo de padecer estas enfermedades. Sin embargo, a pesar de los beneficios para la salud, es difícil cambiar los comportamientos de salud en la población, y estudios como el de Thomas K et al. (250)establecen que los factores psicosociales podrían desempeñar un papel en el cambio del comportamiento de la salud, relacionando los factores psicosociales desfavorables y los comportamientos de riesgo para la salud.

Los factores psicosociales son características o facetas que influyen en un individuo psicológica y/o socialmente. Tales factores pueden describir a las personas en relación con su entorno social y cómo afectan a la salud física y mental. Los factores de riesgo psicológicos incluyen agotamiento vital, depresión, desesperanza y hostilidad, así como falta de red o apoyo social y un entorno desfavorable.

Si el individuo aprende que no hay una relación entre sus respuestas y el resultado, el individuo desarrolla "impotencia". Si un individuo percibe una situación como manejable, promueve sentimientos de afrontamiento y dominio. Estas expectativas pueden influir en la comprensión, la motivación y el

cumplimiento de las decisiones sobre su estilo de vida, por lo que resulta importante considerar los aspectos psicosociales en las intervenciones dirigidas al cambio en los comportamientos de salud, especialmente para las personas con múltiples comportamientos de riesgo para la salud ya que es habitual que dos o más comportamientos de riesgo para salud se agrupan dentro del mismo individuo.(250)

En la población adulta general, los estudios observacionales demuestran consistentemente que consumir una dieta poco saludable está asociado con una mayor probabilidad de problemas de salud mental(251). La ingesta más baja de alimentos ricos en nutrientes, como frutas y verduras, y la ingesta más alta de alimentos pobres en nutrientes pero densos en energía innecesaria, se asocian independientemente con mayores tasas de depresión y mayor angustia psicológica y estrés. (252)

En el estudio de Sánchez-Villegas A et al. (253)evaluaron el estilo de vida mediterráneo, entendido no sólo como la adherencia a la dieta mediterránea sino también a la participación en actividades físicas y sociales, como factores protectores de la depresión y encontraron una reducción del 50% en el RR de depresión para aquellos participantes con una mayor adherencia a este estilo de vida.

La mayoría de los estudios que exploran la dieta y la salud mental son en general poblaciones adultas o adultos mayores, y de estos, algunos indican que la relación entre la dieta y la salud mental está moderada también por otros comportamientos de salud o características sociodemográficas como la AF, el tabaquismo, el IMC y la edad. Sin embargo, nace una creciente preocupación por el colectivo de estudiantes universitarios, ya que el proyecto World Mental Health International College Student estimó que entre el 20 y el 31% de los estudiantes universitarios se ven afectados por uno o más trastornos de salud mental en un año determinado, elevándose las tasas de indicadores de salud mental, como el estrés y la angustia psicológica. Papier K et al. (254) demostraron tendencias de dosis-respuesta entre mayores niveles de estrés con un mayor consumo de alimentos poco saludables, como alimentos procesados y alcohol, y un menor consumo de alimentos saludables, como frutas y verduras. Di Benedetto M et al.(255), en un análisis de conglomerados de conductas de salud y riesgo de salud mental, descubrieron que una mayor gravedad de la depresión, la ansiedad y/o el estrés se relacionaba con el no cumplimiento de las pautas recomendadas para la ingesta de frutas. En el estudio de Whatnall M et al. (256)resaltaron incluso un posible vínculo entre la angustia psicológica y la capacidad de recuperación con la dieta en este sector de la sociedad.

Según Stranges S et al. (246) riesgo de obesidad es mayor en pacientes con bajo bienestar mental. Este aumenta de forma lineal cuando el consumo de tabaco es >20 cigarrillos/día, así como con un consumo bajo de frutas y verduras, siendo este <1 porción/día. Este riesgo se reduce en exfumadores y en consumos de frutas y verduras >3 porciones/día.

La evidencia epidemiológica sugiere que los hábitos de sueño están relacionados también con la salud humana, incluidos los resultados de salud mental y metabólicos. Entre los muchos factores estudiados, la dieta ha sido el foco de atención reciente debido a la posible relación con la calidad del sueño, basada en un alto consumo de alimentos de origen vegetal (como frutas, vegetales, legumbres y frutos secos), preferencia por cereales integrales, pescado y productos lácteos en lugar de otras fuentes

de carbohidratos refinados y proteínas animales, así como el consumo diario de aceite de oliva y la ingesta moderada de alcohol. Este patrón dietético mediterráneo puede ejercer beneficios también hacia la salud mental y los resultados neurológicos, incluidos los ACV, el deterioro cognitivo, la depresión y la demencia. Estudios como el de Godos J et al. (257) también concluyeron que la alta adherencia a un patrón dietético mediterráneo se asocia con una mejor calidad del sueño, ya sea hacia un efecto directo sobre la salud o efectos indirectos a través de la mejora del estado de salud general.

La depresión es un trastorno psiquiátrico altamente prevalente que afecta a más de 350 millones de personas en todo el mundo. Es muy común en adultos mayores, especialmente en aquellos afectados por enfermedades médicas crónicas(258,259), y se considera una de las principales causas de discapacidad que contribuye a la carga global de la enfermedad, con graves consecuencias tanto para las personas afectadas como para la sociedad (260). Condiciones particulares como la edad, el sexo, el estado civil, el estado físico y cognitivo están asociadas con la depresión, pero también se asoció una mayor adherencia a una dieta mediterránea con un número reducido de síntomas depresivos nuevos entre los adultos mayores. En estudios prospectivos como el de Ruusunen A et al. (261) y Dipnall J et al.(262) asociaron un patrón dietético occidental poco saludable, rico en bebidas endulzadas, alimentos refinados, alimentos fritos, carne procesada y alto consumo de grasas, se asoció con una mayor prevalencia de depresión. En el estudio de Pagliai G et al. (252) relacionaron una dieta rica en aceite de oliva y frutas, características del patrón dietético mediterráneo, parece proteger contra el riesgo de depresión, además este resultado parece ser particularmente evidente entre las mujeres.

La depresión en la vejez ocurre especialmente después de los 65 años y es un problema importante de salud pública en nuestro país debido a nuestra población regresiva. Se caracteriza por una marcada tristeza, pérdida de interés o placer en las actividades diarias, y puede ir acompañado de cambios de peso, trastornos del sueño, fatiga, dificultad de concentración y una alta tasa de suicidios.(263)

Aunque la etiología de la depresión en la vejez parece surgir de una combinación de efectos fisiológicos del envejecimiento, discapacidades físicas, enfermedades médicas, medicamentos y estrés psicosocial, en los últimos años la evidencia creciente sugiere que la dieta puede jugar un papel protector en el desarrollo, progresión y tratamiento de este estado de enfermedad(264,265). De hecho, varios nutrientes resultaron estar inversamente asociados con el riesgo de depresión, como ácido fólico, ácidos grasos omega-3, ácidos grasos monoinsaturados, magnesio, zinc, vitamina B y D.(266–269)

Se sugiere que el estrés que causan estas enfermedades relacionadas con los malos hábitos en salud desencadena respuestas fisiológicas inducidas por el sistema nervioso simpático, lo que hace que el cuerpo libere cortisol, lo que aumenta la PA. La PA elevada se conoce como el "asesino silencioso" porque generalmente no presenta síntomas, por lo que las personas desconocen su presencia a menos que se mida de manera rutinaria, en consecuencia, pueden causar complicaciones como hemorragia cerebral, ACV y CI. El tratamiento para reducir la PA incluye medicamentos y cambios en el estilo de vida que mejoran la salud. Sin embargo, a pesar de los avances en el tratamiento de la PA, todavía hay un alto porcentaje de la población que la tiene alta y que no puede controlarla. Además, si bien los medicamentos antihipertensivos

son efectivos, pueden producir efectos secundarios como insomnio, sedación, somnolencia y otros síntomas físicos. Estudios como el de Intarakamhang et al. sugieren que terapias que permiten manejar el estrés y mejorar las cogniciones, emociones y aumentar sus niveles de autoaceptación muestran una clara efectividad para la reducción de la PA y con ellos las enfermedades crónicas asociadas a esta.(270)

#### *1.4.2.5 Seguridad y lesiones no intencionales (SLNI)*

Los accidentes de tráfico son una de las principales causas de discapacidad y mortalidad prematura evitable. Cada año fallecen aproximadamente 1.3 millones de personas a consecuencia de las lesiones provocadas por el tráfico. Entre 20 y 50 millones de personas sufren lesiones graves que causan importantes secuelas. Los accidentes de tránsito cuestan a la mayoría de los países el 3% de su producto interior bruto (PIB). Más de la mitad de las defunciones por accidentes de tránsito afectan a «usuarios vulnerables de la vía pública», es decir, peatones, ciclistas y motociclistas.(271,272)

En España fallecen cada año más de 1.700 personas por siniestros viales y más de 8.000 sufren lesiones graves que causan frecuentemente discapacidad. En el año 2020, a pesar de las restricciones a la movilidad por el COVID-19, se produjeron 72.959 accidentes, 1.370 fallecidos, 6.681 ingresos hospitalarios y 87.881 heridos no hospitalizados.(273,274)

Respecto a los fallecidos, en 2020 fallecieron 4,3 veces más hombres que mujeres, en todos los grupos de edad, con una mayor diferencia en el grupo de 75 y más años. Los tres factores concurrentes principales fueron: distracción, consumo de alcohol y velocidad inadecuada. (274)

Las medidas legislativas para evitar lesiones y colisiones de tráfico han sido valoradas en varias revisiones(275,276). Las evidencias más concluyentes se relacionan con el consejo sobre los sistemas de retención y protección en la infancia. Entidades internacionales recomiendan incorporar consejos preventivos entre las personas conductoras. (277)

Las causas externas (siniestros viales, ahogamientos, caídas, suicidio, violencia, etc.) representan algo menos del 4% de la mortalidad en nuestro país y constituyen un gran problema de salud pública porque son la principal causa de mortalidad entre la población más joven, con graves consecuencias en el entorno familiar y social, y porque pueden evitarse en un alto porcentaje de ocasiones. Las caídas accidentales son la segunda causa de muerte por causas externas, siendo la primera causa en mujeres los accidentes por ahogamiento, sumersión y sofocación.(26)(278)

La creación de entornos seguros, la información, identificación y minimización de situaciones de riesgo, y el cumplimiento de las normas de seguridad, son algunos de los aspectos esenciales de la prevención de lesiones. En la actualidad, algunos sistemas de vigilancia para el seguimiento de morbimortalidad por causas externas no existen o requieren mejoras. (279)

## **1.5 Estilo de vida y Atención Primaria**

Atención Primaria (AP) es el nivel asistencial más accesible para la mayoría de la población, acudiendo prácticamente el 95% de las personas en alguna ocasión a su centro de salud en un plazo de 5 años(280). Además de ser el nivel asistencial más accesible, el RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el

que se establece la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, reconoce que corresponde a AP desarrollar las actividades de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, por lo que son los profesionales de este nivel asistencial los que deben de manera prioritaria trabajar para conseguir que su población de referencia presente un estilo de vida lo más saludable posible. (281)

Aunque la tarea no es fácil, ya que la conducta de las personas está determinada por múltiples factores personales, institucionales y ambientales, que operan e interactúan a nivel individual, interpersonal y comunitario, es prioritario que los profesionales del primer nivel asistencial pongan el foco en este tema, llevando a cabo intervenciones de promoción de estilos de vida saludables que permitan desplazar el perfil de toda la población en una dirección más saludable, tal y como se recoge en el “Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria”(282). En este sentido hay que tener en cuenta que pequeños cambios en los estilos de vida y en los factores de riesgo de la mayoría de las personas tiene un impacto enorme en el riesgo atribuible de muerte y discapacidad a nivel poblacional(283).

Teniendo en cuenta estas premisas se considera necesario facilitar a los profesionales de Atención Primaria herramientas que permitan conocer y analizar esta situación (evaluación de estilos de vida) para llevar a cabo estrategias de promoción y prevención de la salud tanto a nivel individual como a nivel poblacional.

Estos patrones de comportamiento se interpretan y analizan continuamente en diferentes situaciones sociales y, por lo tanto, no son fijos, sino que están sujetos a cambios. Los estilos de vida individuales pueden tener un efecto profundo en la salud de un individuo y en la salud de los demás. Si se quiere mejorar la salud, ayudando a las personas a cambiar sus estilos de vida, la acción debe dirigirse no solo al individuo, sino también a las condiciones sociales y de vida que interactúan para producir y mantener estos patrones de comportamiento.(284)

Sin embargo, es importante reconocer que no existe un estilo de vida óptimo para prescribir a todas las personas. La cultura, los ingresos, la estructura familiar, la edad, la capacidad física, el entorno doméstico y laboral harán que determinadas formas y condiciones de vida sean más atractivas, viables y apropiadas. (284)

Según los indicadores empleados para la evaluación de la Cartera de Servicios de Atención Primaria en la Comunidad de Madrid, los relacionados con la promoción y prevención de la salud reflejan un ligero crecimiento de las actividades dirigidas a la promoción de hábitos saludables en la infancia en un 67.56% de la población menor de 14 años, así como en la detección de problemas de salud prevalentes en un 67.15% de la población adulta. Respecto a las intervenciones de educación para la salud dirigidas a la promoción de hábitos y estilos de vida saludables, se realizan en el 85.6 % de los centros de salud; también realizan este tipo de actividades en centros educativos el 60% de los centros de salud. (285)

## 1.6 Cuestionarios de estilos de vida

Las intervenciones individuales sobre un solo factor de riesgo tienen escaso 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 vida.(280)

En la literatura se recogen numerosas herramientas disponibles para evaluar diferentes aspectos de los estilos de vida:

#### *Estilo de vida saludable (EVS)*

El proyecto SUN es una cohorte prospectiva de graduados universitarios en el que evaluaron la relación entre un índice de estilo de vida saludable (EVS) y el riesgo de enfermedad cardiovascular.

En este estudio calcularon un índice para valorar la adhesión a un estilo de vida saludable otorgando 1 punto por cada 1 de los 10 hábitos que forman parte de este cuestionario:

1. No fumar o haber fumado nunca.
2. Realizar actividad física moderada-alta (> 20 MET-h/semana).
3. Consumir una dieta mediterránea (4 puntos alta adherencia).
4. Índice de masa corporal (IMC) inferior o igual a 22.
5. Consumo de alcohol moderado (mujeres, 0,1-5 g/día, varones, 0,1-10 g/día; abstemios excluidos).
6. Estar poco tiempo viendo la televisión (< 2 h/día).
7. No beber alcohol en «atracones» (menos de 5 bebidas alcohólicas en una misma sesión).
8. Dormir una siesta corta (< 30 min/día).
9. Estar con los amigos más de 1 h/día.
10. Trabajar al menos 40 h/semana.

En este índice de EVS, la puntuación obtenida puede oscilar entre 8 (estilo de vida óptimo) y 0 puntos (el peor estilo de vida).(286)

#### *The Health Promoting Lifestyle Profile II*

The Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II) (perfil de estilo de vida que promueve la salud) de Walker S et al. (287) evalúa los comportamientos promotores de salud que sirven para mantener o aumentar el bienestar y la satisfacción de la persona. La primera adaptación al español de la escala HPLP-II fue realizada por Hulme P et al. (288) y se llevó a cabo con estudiantes, posteriormente, Serrano-Fernández M et al. realizaron la adaptación en personas trabajadoras(289) y Reina M et al. lo validaron en estudiantes universitarios mexicanos(290).

La versión en español del HPLP-II está compuesta por 52 ítems agrupados en 6 subescalas. Utiliza un formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos: 1- nunca, 2- algunas veces, 3- casi siempre y 4- siempre. Una mayor puntuación indica un nivel más alto de estilos de vida promotores de salud.

Las dimensiones que componen el instrumento original son:

1. Responsabilidad en salud (9 ítems)
2. Actividad física (8 ítems)
3. Nutrición (9 ítems)
4. Crecimiento espiritual (9 ítems)
5. Relaciones interpersonales (9 ítems)
6. Manejo del estrés (8 ítems)

## FANTASTICO

El cuestionario FANTASTICO es un instrumento diseñado por el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad McMaster de Hamilton (Ontario, Canadá), considerado como una herramienta de apoyo a los profesionales en el contexto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, permite identificar y medir los estilos de vida de una población en particular.(291)

Se validó en pacientes con HTA (292), DM2(293) y en preadolescentes y adolescentes escolarizados(294).

El cuestionario se caracteriza por ser una herramienta breve y sencilla que facilita conocer un panorama general del estilo de vida a través de diez dimensiones:

1. F: familiares y amigos
2. A: asociatividad y actividad física
3. N: nutrición
4. T: toxicidad
5. A: alcohol
6. S: sueño y estrés
7. T: tipo de personalidad y actividades
8. I: imagen interior
9. C: control de la salud y sexualidad
10. O: orden

Presenta tres opciones de respuesta con un valor numérico comprendido entre 0 y 2 puntos para cada categoría (siempre, algunas veces y nunca) y se califican por medio de una escala tipo Likert. La puntuación oscila de 0 a 120 puntos; a mayor puntuación de la dimensión, la calificación es más positiva hacia la salud

La calificación total se clasifica en rangos cualitativos:

- De 103 a 120: Felicitaciones. Tienes un EV fantástico.
- De 85 a 102: Buen trabajo. Estás en el camino correcto.
- De 73 a 84: Adecuado. Estás bien.
- De 47 a 72: Algo bajo, podrías mejorar.
- De 0 a 46: Estás en la zona de peligro, pero la honestidad es tu real valor.

## 5-2-1-0

Elaborado por la Universidad de Wisconsin(295), es un movimiento enfocado en la salud para niños, para prevenir la obesidad infantil.

- 5- piezas de fruta y verdura
- 2- h o menos de pantallas
- 1- h o más de AF
- 0- bebidas azucaradas-más agua

### *ESVISAUN*

Un cuestionario diseñado y validado para conocer los estilos de vida de los estudiantes universitarios, permitiendo identificar hábitos de vida saludables y problemas de salud con el objetivo de diseñar intervenciones en el marco de la promoción de la salud en el entorno universitario.

Está formado por 92 ítems, 63 de estos miden las escalas relativas al estilo de vida:

1. Estado de salud, nivel de estrés, de autoestima y calidad de vida (4 ítems).
2. Sueño (3 ítems).
3. Peso corporal (5 ítems).
4. Actividad física (11 ítems).
5. Tabaco (16 ítems).
6. Alcohol y otras drogas (9 ítems).
7. Hábitos alimentarios (7 ítems). Se incluye en un ítem la valoración de 50 alimentos según su frecuencia de consumo.
8. Conducta sexual (6 ítems).
9. Seguridad vial (1 ítem).
10. Higiene dental (1 ítem).

No otorga una puntuación final, analiza los comportamientos en salud para diseñar una intervención en el marco del entorno universitario.(296)

### *IMEVID*

Es un Instrumento de Medición de EV (IMEVID) en pacientes con DM2. Ha sido propuesto para su utilización en la práctica clínica por su sencillez y reproductibilidad, por ser de autoadministración y breve tiempo de aplicación.

Está formado por 25 ítems con tres opciones de respuesta (4-2-0 puntos). Estos ítems se agrupan en 7 dominios:

1. Nutrición (9 ítems)
2. AF (3 ítems)
3. Consumo de tabaco (2 ítems)
4. Consumo de alcohol (2 ítems)
5. Información sobre DM2 (2 ítems)
6. Emociones (3 ítems)
7. Adherencia terapéutica (4 ítems)

En la escala se obtiene una puntuación total de 0-100 puntos. Clasifica a los sujetos según puntuación <60, corresponde a un EV desfavorable; entre 60-80 puntos, un EV poco favorable; más de 80 puntos, un EV favorable. (293)

### *MEDLIFE*

Es un índice de estilo de vida mediterráneo (MEDLIFE) que fue desarrollado por Sotos-Prieto M et al.(297) como un cuestionario para recoger la adherencia a un estilo de vida saludable mediterráneo.

Primero elaboraron una versión larga de 142 ítems y posteriormente validaron la versión corta de 28 ítems en una población adulta madrileña. Obtuvieron una herramienta que podría ser utilizado como cuestionario independiente en estudios clínicos y epidemiológicos para tal población. Su generalización y validez predictiva para los parámetros clínicos aún debe ser investigada.

Está formado por 3 grandes bloques:

1. Dieta mediterránea (15 ítems)
2. Hábitos dietéticos mediterráneos (7 ítems)
3. Actividad física, descanso, hábitos sociales y convivencia (6 ítems)

Cada ítem se puntúa como 0 (no cumple criterio) o 1 (cumple criterio), de forma que las puntuaciones oscilan entre 0 y 28, a mayor puntuación, mayor adherencia al estilo de vida mediterráneo.

## 1.7 Justificación del presente proyecto

El estilo de vida es determinante de la salud más influyente. Integra el conjunto de hábitos y conductas que modulan la vida diaria. Cuando el estilo de vida es inadecuado, o no saludable, se considera un factor de riesgo para desarrollar enfermedades crónicas. Sin embargo, las personas que mantienen un estilo de vida saludable tienen mejor calidad de vida, menor carga de enfermedad y una mayor esperanza de vida.

Los profesionales que trabajan en el entorno comunitario prestan unos cuidados profesionales enfocados a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, procurando fomentar los autocuidados y el estilo de vida saludable tanto a nivel individual, como grupalmente o en la comunidad.

Para contribuir a fomentar un estilo de vida saludable, los profesionales sanitarios precisan herramientas que les ayuden a valorar los hábitos de salud de su población.

Disponer de un instrumento rápido y de fácil aplicación para evaluar las distintas dimensiones del estilo de vida puede contribuir de manera notable a la promoción de la salud de la población en general.

Las intervenciones individuales sobre un solo factor de riesgo tienen 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 vida.

Pese a que alguno de los cuestionarios disponibles en la actualidad para valorar el estilo de vida, evalúan algunas de las dimensiones que se consideran relevantes en relación con este constructo y sus propiedades psicométricas han demostrado ser válidos y fiables, no se dispone en la actualidad de ningún cuestionario, en nuestro contexto, que evalúe específicamente las 5 dimensiones, en la misma herramienta, que se consideran relevantes en la relación estilo de vida y salud: alimentación, actividad física y sedentarismo, consumo de alcohol, consumo de tabaco u otras drogas, bienestar emocional y seguridad y lesiones no intencionales, también definidas por la Estrategia de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Sanidad(240).

Teniendo en cuenta la situación descrita, un grupo de profesionales de la Consejería de Sanidad [Gerencia Asistencial de Atención Primaria(GAAP), de la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid (DGSP)], y la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología (FEFYP) de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), expertos en diversos aspectos relacionados con el estilo de vida, constituyeron un grupo de trabajo para diseñar un cuestionario para la evaluación del estilo de vida de la población adulta en el contexto de Atención Primaria, por ser el eslabón más accesible en la mayoría de la población y en el cual se realizan mayoritariamente las actividades de promoción y prevención de la salud.

Además de la aplicabilidad clínica, disponer de esta herramienta puede generar nuevas líneas de investigación que permitan generar evidencias sobre la relación entre el estilo de vida inadecuado y enfermedades crónicas, diferencias en variables sociodemográficas (nivel adquisitivo y/o educativo) o según entornos laborales y/o familiares (padres e hijos o de profesionales sanitarios y pacientes).

Para aumentar el alcance de este proyecto, el diseño y acceso a una página web, que facilita la cumplimentación del cuestionario y la cual emite consejos sobre un estilo de vida personalizado, puede ser una herramienta de gran utilidad para la población general, empoderándola para analizar y tomar decisiones sobre su salud y fomentando su autocuidado.

## 2. Hipótesis y objetivos

## 2.1 Hipótesis

El instrumento diseñado y validado en nuestro entorno permite evaluar el estilo de vida de la población y definir estrategias de promoción y prevención de la salud, tanto a nivel individual como a nivel poblacional, fomentando la investigación sobre estilo de vida y contribuyendo a mejorar el nivel de salud de la población, así como, capacitando a la población en el autoconocimiento de su estilo de vida y autocuidado de su salud.

## 2.2 Objetivos

### 2.2.1 *Objetivo Principal*

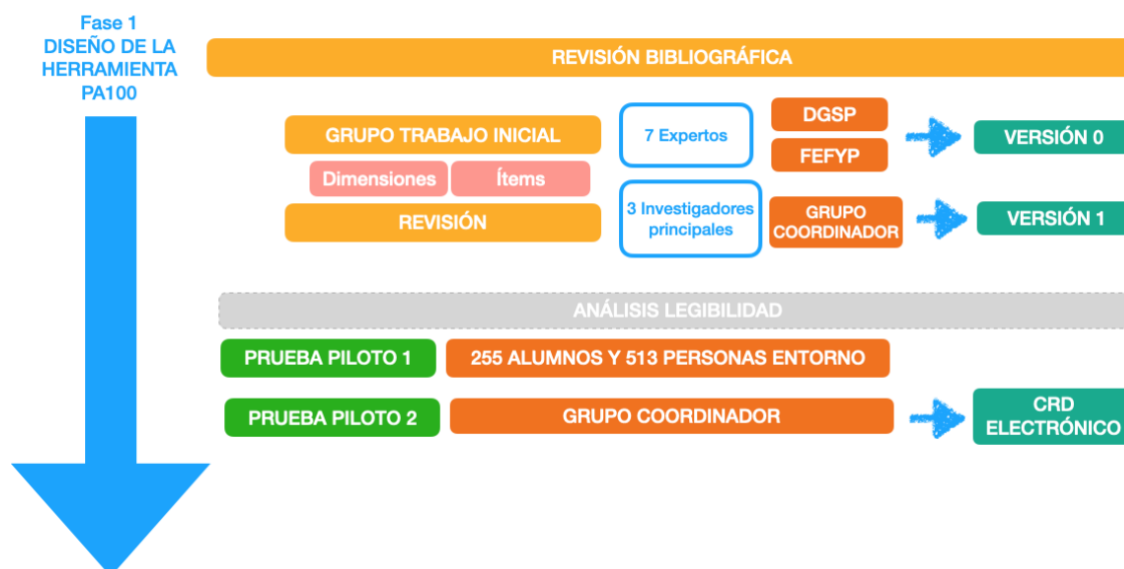
- ✓ Diseñar un instrumento de evaluación que permita conocer el estilo de vida de la población adulta.
- ✓ Definir un índice sintético que permita cuantificar en un valor numérico, en una escala de 0 a 100, el estilo de vida de cada individuo.
- ✓ Estudiar las características psicométricas, validez y fiabilidad, del instrumento diseñado, a través de metodologías cuantitativas y cualitativas.

### 2.2.2 *Objetivos Secundarios*

- ✓ Describir el estilo de vida de la población estudiada: población adulta perteneciente a centros de salud de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.
- ✓ Evaluar la relación entre las distintas variables sociodemográficas y económicas con el índice sintético de estilo de vida.
- ✓ Evaluar la utilidad del cuestionario para su aplicación por parte de los profesionales sanitarios en las consultas de Atención Primaria.
- ✓ Diseñar una página web que permita a los usuarios evaluar su estilo de vida y recibir consejo individualizado en función de las conductas no saludables que pueda presentar.

# 3. Metodología

Figura 1: Esquema metodológico de la fase 1: diseño de la herramienta Ponte a 100.



El presente estudio se dividió en tres fases. La primera fase fue la de diseño de la herramienta, la segunda fase de validación de la misma y la tercera fase de aplicación de la herramienta: análisis de la utilidad/usabilidad por los profesionales de la salud; análisis de los estilos de vida de la población de estudio mediante la nueva herramienta y creación de una página web/app de acceso poblacional a la nueva herramienta. (Véase figura 1)

### 3.1 Fase 1: diseño de la herramienta Ponte a 100 (PA100)

En la fase de diseño se siguieron las etapas descritas por Argimón para la elaboración de un cuestionario: (298)

- Revisar la bibliografía y decidir la información necesaria que debe contener la herramienta.
- Elegir la forma de administración de la herramienta.
- Elegir el tipo de preguntas para cada variable.
- Definir las puntuaciones de la herramienta.
- Elegir el orden de las preguntas a realizar.
- Diseñar el formato de la herramienta.
- Realizar una prueba piloto, para valorar errores o dificultades que puedan surgir a la hora de cumplimentar el cuestionario.
- Preparar el manual de instrucciones, así como con toda la documentación requerida durante el proceso de recogida de información.
- Entrenar a los encuestadores, mediante sesiones de entrenamiento, control y post-encuesta.

- Revisar el cuestionario y el manual de instrucciones.

### 3.1.1 Revisión bibliográfica

La revisión bibliográfica se llevó a cabo con dos finalidades:

1. Explorar y analizar otros cuestionarios/herramientas existentes en la bibliografía que también evalúen el estilo de vida: su formato, dimensiones y sistema de evaluación.
2. Buscar evidencias que justificaran las dimensiones, los ítems y la asignación de puntuaciones del nuevo cuestionario/herramienta a desarrollar.

Para ello se utilizaron las bases de datos primarias: Medline, Cuiden, Cinhal, Enfispo, Cuidatge, Lilacs, Dialnet, Scopus, WOS y Teseo; las bases de datos secundarias: Cochrane Library e Instituto Joanna Briggs; los repositorios Recolecta y Scielo; los sumarios de evidencias Dynamed plus y Nursing + y los metabuscadores Trip, Epistemonikos y Buscare.

Como términos de búsqueda se utilizarán los DeCS 'Estilo de vida', 'Encuestas y Cuestionarios' y 'Adulto' para las bases de datos en castellano y los Major Mesh 'Life Style', 'Questionnaire' y 'Adult' para las bases de datos en inglés.

### 3.1.2 Propuesta de cuestionario inicial

Tras la revisión bibliográfica un grupo de profesionales de la Consejería de Sanidad [Gerencia Asistencial de Atención Primaria (GAAP) y Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid (DGSP)], y de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología (FEFYP) de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), expertos en diversos aspectos relacionados con los EV, constituyeron un grupo de trabajo para diseñar un cuestionario para la evaluación del estilo de vida en población adulta en el contexto de Atención Primaria.

Este grupo realizó 5 reuniones en un periodo de 2 meses (junio y julio de 2019) hasta obtener la **versión 0** de la nueva herramienta. En esta fase inicial participaron 7 expertos.

A continuación, en la Tabla 1 se muestra la filiación de este grupo de expertos inicial.

Tabla 1: Filiación expertos grupo inicial de trabajo.

<i>Experto</i>	<i>Formación académica</i>	<i>Área experiencia profesional</i>	<i>Años experiencia profesional</i>	<i>Cargo actual</i>	<i>Institución</i>
1	Doctor Enfermería Máster Universitario en Investigación en Cuidados	Técnico de salud y calidad (>20 años). Coordinador de la Comisión de Calidad de los Cuidados (4 años).	31	Profesor contratado Doctor Departamento	Universidad Complutense de Madrid

		<i>Profesor Universitario Enfermería Comunitaria y Cuidados Basados en la evidencia (2005).</i>		<i>Enfermería (Facultad Enfermería, Fisioterapia y Podología)</i>	
2	<i>Licenciatura en Psicología clínica</i>	<i>Metodología en Promoción de la Salud. Adherencia tratamientos. Trabajo en grupo. Coordinación desarrollo procesos de valoración de proyectos educativos en salud grupales.</i>	28	<i>Técnica superior en el Servicio de Promoción de la Salud</i>	<i>Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad de Madrid</i>
3	<i>Grado Enfermería</i>	-	31	<i>Enfermera</i>	<i>Servicio Madrileño de Salud</i>
4	<i>Licenciatura en Psicología</i>	<i>Salud Pública</i>	4	<i>Técnica en Salud Pública</i>	<i>Consejería de Sanidad de Madrid</i>
5	<i>Grado Enfermería Máster Calidad Asistencial y Atención al Paciente. Máster Universitario en Investigación en Cuidados Diploma Superior Metodología Investigación Clínica. Diploma Enfermería Empresa.</i>	<i>Puesto técnico como referente de la revisión, mejora e implantación de todos los servicios de Cartera de Servicios estandarizados de AP Madrid.</i>	23	<i>Enfermera de Apoyo Técnico.</i>	<i>Gerencia Asistencial de Atención Primaria</i>
6	<i>Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina familiar y comunitaria. Máster en SP y Administración sanitaria.</i>	<i>22 años de práctica clínica en centros de salud. 3 años en el comité impulsor de PAPPS. 4 años responsable investigación de un Área de Madrid. Coordinador grupo de investigación en Servicios y Resultados de Salud en IMAS12.</i>	38	<i>Director de la Fundación Investigación Innovación Biosanitaria de Atención Primaria</i>	<i>Gerencia Asistencial de Atención Primaria Fundación Investigación Innovación Biosanitaria de Atención Primaria</i>
7	<i>Doctor en Farmacia Grado Nutrición y dietética</i>	<i>Alimentación y nutrición. EV. Promoción de la Salud.</i>	34	<i>Jefe Área de Nutrición y Estilos de vida.</i>	<i>Dirección General Salud Pública Consejería de Sanidad de Madrid</i>

Fuente: elaboración propia.

### 3.1.2.1 Definición de dimensiones

El constructo estilo de vida es un concepto multidimensional por lo que para su evaluación es necesario desglosarlo en dimensiones que nos permitan analizar de forma individual sus partes y a la vez obtener una visión conjunta de qué lo conforman, y cuál o cuáles de sus partes pueden suponer un factor de riesgo y ser susceptibles de mejora. En la versión inicial se incluyeron las dimensiones propuestas por el Ministerio de Sanidad, como parte de las acciones de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud, para la evaluación del estilo de vida: alimentación, actividad física, consumo alcohol, tabaco y bienestar emocional.

### 3.1.2.2 Definición de ítems

Se redactó una batería de ítems siguiendo las recomendaciones de estilo de Argimón (298):

- Evitar preguntas ambiguas.
- No usar términos vagos.
- No formular las preguntas en forma negativa.
- No formular dos preguntas en una.
- Preguntas cortas, evitando interrogar sobre muchos conceptos en una misma pregunta.
- Utilizar un lenguaje sencillo e inclusivo.
- Preguntas neutras, evitando el uso de palabras con alto contenido emocional o ideológico.
- No sobrevalorar la memoria de los encuestados.
- Utilizar preguntas cerradas para cuestiones personales.
- Evitar un número de opciones de respuesta elevado.
- Considerar todas las opciones posibles en las preguntas cerradas y que estas sean mutuamente excluyentes.
- Ordenar lógicamente las preguntas y las alternativas de respuesta.
- Mínimo número de preguntas suficientes para la evaluación del constructo.
- Ítems sencillos, claros, concisos e inequívocos, íntimamente relacionados con beneficios en salud o carga de enfermedad.
- Cálculos sencillos de las puntuaciones individuales y totales.

La selección de las dimensiones e ítems fueron sustentadas por claras evidencias científicas respecto a su influencia en la aparición de patologías crónicas, especialmente en enfermedades cardiovasculares y cáncer, ya que suponen las enfermedades con mayor carga de mortalidad, morbilidad y años potenciales de vida perdidos.

### 3.1.3 Revisión realizada por el grupo de coordinación

Tras el diseño inicial del cuestionario, se formó un grupo de coordinación formado por 3 investigadores principales (IP)(entre los cuales se encuentra la doctoranda de la presente tesis), encargados de la revisión y el seguimiento de las modificaciones llevadas a cabo en el cuestionario durante todo el proceso de diseño y validación. Cada una de las aportaciones fue registrada y analizada en las diferentes rondas de expertos; elaborando y justificando las diferentes versiones del cuestionario y dirigiendo cada una de las pruebas piloto, así como la validación final.

Desde julio de 2019 hasta mayo de 2020 se realizó una nueva revisión bibliográfica exhaustiva que justificara cada uno de los ítems incluidos en las 5 dimensiones propuestas, generando un documento de evidencias enviado posteriormente en todas las rondas de expertos.

En esta revisión se realizaron principalmente modificaciones en la dimensión de alimentación y se obtuvo la **versión 1** del cuestionario.

### 3.1.4 Análisis de legibilidad

La legibilidad es el conjunto de características tipográficas y lingüísticas del texto escrito que permiten leerlo y comprenderlo con facilidad.

*Tabla 2: Escala de valoración de la legibilidad de los textos.*

Escala INSFLESZ	
Puntos	Grado
0-40	Muy difícil
40-55	Algo difícil
55-65	Normal
65-80	Bastante fácil
>80	Muy fácil

Fuente: <https://legible.es/>.

El sistema sanitario actual propugna el principio de autonomía moral de los pacientes, otorgando la información suficiente y necesaria de manera accesible. La legibilidad del consentimiento informado (CI), de las instrucciones de cumplimentación, así como, del propio cuestionario se hace necesario como indicador de calidad de estos textos.

Se analizó la legibilidad del CI y de cada uno de los ítems que conformaban las dimensiones del cuestionario, mediante la escala de INFLESZ. El programa INFLESZ está accesible en <https://legible.es/>.(299)  
Este análisis se llevó a cabo en dos etapas:

1. En la **versión 1** de la herramienta, antes de realizar la validez de contenido a través de las rondas de expertos y las pruebas piloto.
2. En la **versión definitiva**, tras las 3 rondas de expertos.

### 3.1.5 Prueba piloto 1: Evaluación del cuestionario en alumnos y personas de su entorno en la Facultad de Enfermería de la UCM.

La finalidad de esta prueba piloto fue analizar y depurar errores en la formulación de las preguntas, en la distribución de las dimensiones, en la comprensión de las puntuaciones o en el formato de administración del cuestionario.

Esta prueba nos permitió observar:

- ✓ Frecuencia de respuesta
- ✓ Dificultad de las preguntas.
- ✓ Homogeneidad de los ítems.

Según Argimón(298) el tamaño de la muestra de esta prueba debe ser siempre superior al número de ítems, y se recomienda que el número de sujetos se sitúe entre 2-10 veces el número de ítems que tiene el instrumento.

Para llevar a cabo esta prueba piloto se estableció como actividad individual a los alumnos de enfermería de la Universidad Complutense de Madrid en el curso 2020-2021, en la asignatura de Comunitaria II (unidad didáctica V: estilos de vida y salud) como parte del sistema de evaluación, cumplimentar y evaluar el cuestionario PA100.

- o Propuesta de actividad: calcular el índice sintético de estilo de vida (ISEV) en el estudiante y a 2 personas de su entorno (>18 años), a las que también se les realizó la valoración de la comprensión de los ítems del cuestionario.
- o Objetivo docente:
  - Conocer las dimensiones que se incluyen en el Cuestionario “Ponte a 100” (PA100) para valorar el estilo de vida, así como los ítems o preguntas empleadas para valorar cada una de las dimensiones evaluadas.
  - Reflexionar sobre la puntuación alcanzada, en el total del cuestionario y en cada una de las dimensiones, analizando que acciones se pueden llevar a cabo para mejorar la puntuación y tener un estilo de vida más saludable.
- o Objetivo de investigación:
  - Conocer el Índice Sintético de Estilos de Vida (ISEV) de los alumnos matriculados en la asignatura de Enfermería Comunitaria II y los factores asociados con las puntuaciones obtenidas.
- o Cuestionarios que cumplimentar:

- Cuestionario PA100, a través de dos versiones:
  - Versión *Alumnos*: autoadministrada, en la que se incluye consentimiento informado (CI), datos sociodemográficos (edad, sexo, nacionalidad) y antropométricos (talla en metros, peso e IMC) y **versión 1** del cuestionario PA100. (*Anexo 1*)
  - Versión *Personas del entorno* del alumno (>18 años): hetero administrada a través del propio alumno. Se incluye CI, datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, nacionalidad, nivel de estudios, ocupación) y **versión 1** del cuestionario PA100 (*Anexo 2*).

Además, en esta versión se incluyó una valoración de la comprensión de cada ítem mediante una escala Likert: 1 (muy fácil), 2 (fácil), 3 (normal), 4 (difícil), 5 (muy difícil) mediante las siguientes preguntas:

- ✓ *“Indique en una escala del 1 (muy fácil) al 5(muy difícil) la dificultad para comprender la pregunta:”*
- ✓ *“En caso de que le haya resultado difícil (4 o 5) sugiera su propia pregunta:”*

Al final del cuestionario se realizaban unas preguntas de valoración general del cuestionario y el impacto percibido con las puntuaciones obtenidas:

- ✓ *“¿Comprende el encuestado el resultado de cada dimensión y el resultado final (puntuación total)?”*
- ✓ *“¿Se ha sorprendido el encuestado por el resultado obtenido?”*
- ✓ *“¿Considera útil el encuestado conocer el resultado?”*

El envío fue a través del campus virtual. La cumplimentación del cuestionario de todos los grupos se realizó en formato Word.

El periodo de respuesta se estableció desde el 28 de septiembre de 2020 al 30 de octubre de 2020.

Todos estos datos fueron recogidos y analizados estadísticamente.

### 3.1.6 Prueba piloto 2: Evaluación de la funcionalidad del CRD electrónico

Entre noviembre de 2021 y enero de 2022, con la **versión definitiva** de la herramienta, se inicia la construcción de un cuaderno de recogida de datos (CRD) electrónico a través de la plataforma digital Castor (<https://www.castoredc.com>) (*Anexo 3*) con el objetivo de:

- Validar la versión auto administrada.
- Facilitar el trabajo de campo a los centros de salud (CS) que participaron en la validación (versión hetero administrada).

Para valorar la funcionalidad del CRD se realizaron 15 entrevistas llevadas a cabo por el grupo de coordinación.

La selección de la muestra fue por conveniencia. Se trató de que la muestra fuera lo más representativa posible de la población que tendrá acceso a la herramienta PA100, como se muestra en la tabla 3.

El CRD se elaboró mediante financiación de la Fundación para la Investigación e Innovación Biosanitaria en Atención Primaria (FIIBAP).

*Tabla 3: Criterios selección de la muestra para la prueba piloto 2.*

	PA 100	PA100 + Medlife	Total
Mayores de 60 años	4	1	5
Sin estudios universitarios	6	1	7
Lengua nativa diferente al español, pero más de 5 años en España	2	1	3

Fuente: elaboración propia.

Se administró el cuestionario PA100 en su versión electrónica, además, a 3 personas también se les administró el cuestionario *Medlife* (Anexo 4), utilizado como *gold* estándar para realizar la validación de criterio, para recoger el tiempo de aplicación de ambos. Una vez finalizado el cuestionario, se realizaron las siguientes preguntas:

- Dificultad y comprensión:
  - *En general, ¿le ha resultado difícil de responder el cuestionario?*
  - *¿Le ha resultado difícil comprender las preguntas del cuestionario?*
  - *¿Algunas de las preguntas realizadas le han resultado más difíciles de responder?*
  - *¿Algunas de las preguntas realizadas le han resultado más difíciles de comprender que otras?*
  - *¿Cuáles?*
  - *¿Por qué?*
  - *¿Cómo podrían redactarse/preguntarse para que fuese más sencillo?*
- Carga:
  - *¿Se le ha hecho largo o pesado contestar a este cuestionario?*
  - *¿Alguna parte más que otra?*
  - *¿Se le ocurre como se podría aligerar?*

A demás se realizó un registro del tiempo de administración, así como una valoración general de 0-10 del formato del cuestionario.

## 3.2 Fase 2: validación de la herramienta.

Figura 2: Esquema metodológico fase 2: validación herramienta PA100.



La fase 2 de validación de la herramienta PA100 se divide a su vez en las siguientes fases: (Véase figura 2)

- Validez de contenido de la herramienta.
- Validez de criterio de la herramienta.
- Fiabilidad de la herramienta.

### 3.2.1 Validez de contenido

La validez de contenido se basa en el análisis del concepto que se pretende medir y, en especial, en la definición de las áreas o dimensiones que abarca y sus límites con otros conceptos relacionados. Se puede considerar que un cuestionario es válido por su contenido si contempla todos los aspectos relacionados con el concepto de estudio, lo que se ha evaluado mediante un panel de expertos. (298)

#### 3.2.1.1 Diseño del estudio

Estudio observacional transversal descriptivo para la validación de un instrumento de evaluación del estilo de vida.

#### 3.2.1.2 Período evaluado

Se llevaron a cabo 3 rondas de expertos:

La primera ronda de expertos se realizó en el periodo comprendido entre el 17 de mayo de 2020 y el 05 de junio de 2020.

La segunda ronda se realizó en el periodo comprendido entre el 5/10/2020 y el 30/10/2020.

La tercera ronda se realizó entre el 5 de abril de 2021 y el 23 de abril de 2021.

#### *3.2.1.3 Población de estudio:*

La selección de los expertos fue de conveniencia, ajustándose a la experiencia y al conocimiento, basado en su ejercicio profesional, relativo a las diferentes dimensiones del cuestionario.

Se siguieron algunos de los criterios de Escobar y Pérez(300) y se contactó con expertos que recogieran las siguientes características:

- ✓ Más de 4 años de experiencia en Atención Primaria.
- ✓ Experiencia previa en emisión de juicios y toma de decisiones.
- ✓ Formación académica relacionada con las dimensiones que conforman el constructo EV.
- ✓ Reputación académica y científica.
- ✓ Disponibilidad y motivación para participar en esta fase.
- ✓ Imparcialidad y cumplimiento del objetivo de esta validación.

Los datos de filiación del panel de expertos se recogen en el *Anexo 5*.

#### *3.2.1.4 Tamaño muestral*

La literatura es variable en cuanto al número de jueces que se debe emplear para llevar a cabo la validación de contenido, lo cual depende del nivel de experticia y de la diversidad de su conocimiento. Sin embargo, algunos señalan que el rango debe mantenerse entre 7 y 30 expertos.(301,302)

En la primera ronda participaron 7 expertos que formaban parte del grupo inicial de trabajo y diseño.

En la segunda ronda participaron 27 expertos y en la tercera ronda participaron los 7 expertos del grupo inicial de trabajo y los 27 expertos de la segunda ronda, obteniendo un total de 34 expertos.

#### *3.2.1.5 Método de recogida de información, explotación y procesados de datos*

Para llevar a cabo el juicio de expertos se siguió la guía de Escobar Pérez(300), recabando información de manera sistemática a partir de una serie de pasos:

1. Definir el objetivo del juicio de expertos: validar el contenido de la herramienta utilizada por un grupo de investigadores expertos en el tema objeto de estudio.
2. Selección de jueces: considerando la formación académica y su experticia relacionada con el constructo.
3. Explicar tanto las dimensiones como los ítems que se analizan en esta herramienta, para lo cual se elaboró un documento con todas las evidencias actualizadas que justificaran cada uno de los ítems que definían las dimensiones.

4. Especificar el objetivo de la herramienta: explicando cual es el objetivo de las puntuaciones parciales y la puntuación global obtenidas.
5. Establecer los pesos diferenciales de las dimensiones e ítems de la prueba: explicando la asignación de distintas puntuaciones tanto a dimensiones como ítems en relación con la evidencia más actual.
6. Diseño de una plantilla que permitiera a cada juez evaluar la relevancia, suficiencia y claridad de cada ítem, así como, la suficiencia de cada dimensión respecto al constructo estilos de vida.
7. Calcular la concordancia entre las valoraciones de los jueces.
8. Elaboración de las conclusiones del juicio, revisión por parte del grupo coordinador y realización de las modificaciones, obteniendo así las distintas versiones de la herramienta PA100.

Se estableció una comunicación digital escrita a través de correos electrónicos en los que se explicaba el objetivo de validar esta herramienta, se justificaba el diseño del cuestionario, así como el formato de validación de contenido, y se establecían unos plazos para devolver la plantilla de validación.

Los criterios de valoración para la validación de contenido de la herramienta PA100 utilizados fueron: coherencia, relevancia y claridad de cada uno de los ítems, y un criterio común de suficiencia, para cada dimensión. A cada uno de estos criterios se le asignó una puntuación con una escala *Likert* (303) de 1 a 4. (300)

- ✓ **Suficiencia:** Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta. El criterio de suficiencia solo se evalúa una vez en cada dimensión.
  1. No cumple: los ítems no son suficientes para medir la dimensión.
  2. Cumplimiento bajo: los ítems miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden con la dimensión total.
  3. Cumplimiento moderado: se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente.
  4. Cumplimiento alto: los ítems son suficientes.
- ✓ **Coherencia:** El ítem tiene relación lógica con la dimensión que está midiendo. El criterio de coherencia se evalúa en cada uno de los ítems de cada dimensión.
  1. No cumple: el ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
  2. Cumplimiento bajo: el ítem tiene una relación tangencial con la dimensión.
  3. Cumplimiento moderado: el ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.
  4. Cumplimiento alto: el ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.

- ✓ **Relevancia:** El ítem es esencial o importante, es decir, debe ser incluido. El criterio de coherencia se evalúa en cada uno de los ítems de cada dimensión.
  1. No cumple: el ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
  2. Cumplimiento bajo: el ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
  3. Cumplimiento moderado: el ítem es relativamente importante.
  4. Cumplimiento alto: el ítem es muy relevante y debe ser incluido.
- ✓ **Claridad:** El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas. El criterio de coherencia se evalúa en cada uno de los ítems de cada dimensión
  1. No cumple: el ítem no es claro.
  2. Cumplimiento bajo: el ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras, de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
  3. Cumplimiento moderado: se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
  4. Cumplimiento alto: el ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.

El cuestionario fue remitido en 3 rondas, con el fin de llegar al máximo consenso entre los expertos.

La documentación enviada en cada ronda se desglosa a continuación:

#### *Primera ronda de expertos*

Documentación enviada a cada experto:

- Documento de evidencias elaborado por el grupo coordinador que justificaban las dimensiones e ítems incluidos en la herramienta PA100.
- Documento para la validación de contenido de la herramienta PA100 (*Anexo 6*):
  - Datos de filiación del experto
    - Nombre y apellidos
    - Formación académica
    - Áreas de experiencia profesional relacionadas con el objeto de la investigación
    - Años de experiencia profesional
    - Cargo actual
    - Institución
  - Plantilla para la validación de la herramienta PA100, **versión 1**.
    - Criterios de valoración de los ítems de cada dimensión (suficiencia, claridad, coherencia y relevancia).

- A continuación de cada dimensión se preguntaba: “¿Añadiría algún ítem más para valorar la dimensión? (No/Sí, especificar)”
- Al final de la valoración general se preguntaba: “¿Añadiría alguna dimensión más al cuestionario? (No/Sí, especificar)”

### Segunda ronda de expertos

Documentación enviada a cada experto:

- o Documento de evidencias elaborado por el grupo coordinador que justificaban las dimensiones e ítems incluidos en la herramienta PA100.
- o Documento para la validación de contenido de la herramienta PA100 (*Anexo 7*):
  - Datos de filiación del experto
    - Nombre y apellidos
    - Formación académica
    - Áreas de experiencia profesional relacionadas con el objeto de la investigación
    - Años de experiencia profesional
    - Cargo actual
    - Institución
  - Plantilla para la validación de la herramienta PA100, **versión 2**.
    - Criterios de valoración de los ítems de cada dimensión (suficiencia, claridad, coherencia y relevancia).
    - A continuación de cada dimensión se preguntaba: “¿Añadiría algún ítem más para valorar la dimensión? (No/Sí, especificar)”
    - Al final de la valoración general se preguntaba: “¿Añadiría alguna dimensión más al cuestionario? (No/Sí, especificar)”

### Tercera ronda de expertos

Documentación enviada a cada experto:

- Resumen estadístico de la validación de contenido de la ronda 2.
- Resumen de las aportaciones, anónimas, por dimensiones de la ronda 2 de expertos.
- Formulario para la evaluación de la pertinencia de los cambios realizados tras las propuestas de la segunda ronda de expertos, el nuevo sistema de puntuación, así como, la inclusión de una nueva dimensión.
- o Documento para la validación de contenido de la herramienta PA100 (*Anexo 8*):
  - Plantilla para la validación de la **versión 3** del cuestionario Ponte a 100.
  - Datos identificación experto
- Nombre y apellidos
  - Aclaración de modificaciones generales realizadas en el cuestionario.
  - Aclaración de modificaciones específicas por dimensión.

- Plantilla para la validación de la versión 3 del cuestionario PA100
  - En cada ítem se pregunta:
    - ✓ “¿Le parece adecuada la modificación realizada en el ítem y su nueva redacción? Sí/No/Observaciones”
- Se incorpora una nueva dimensión: seguridad y lesiones no intencionales, en la cual fue necesario evaluar los criterios de valoración de los ítems.
- Valoración general de la nueva propuesta de cuestionario:
  - ✓ “Inclusión de la nueva dimensión sobre seguridad y lesiones no intencionales. Sí/No/Observaciones”
  - ✓ “Inclusión de la valoración del consumo de otras drogas en la dimensión sobre el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Sí/No/Observaciones”
  - ✓ “Gradación de las puntuaciones en la dimensión de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en función del consumo. Sí/No/Observaciones”
  - ✓ “Nueva ponderación de los puntos asignados a cada dimensión en función del estudio Global *Burden of Disease Study* (2019). Sí/No/Observaciones”

Una vez pasado el plazo acordado con el panel de expertos se realizó por parte del equipo de coordinación un documento en el que se desglosaron las aportaciones de cada experto identificado por dimensión e ítem. Tras su análisis estadístico se realizó otro documento conjunto por dimensión, guardando el anonimato de cada experto.

Finalmente, se desarrollaba una retroalimentación controlada por el grupo coordinador, el cual revisaba detenidamente las aportaciones elaborando un archivo Excel en el que se desglosaban por dimensiones e ítems todas las propuestas, dando respuesta a las distintas aportaciones para decidir si se incluía o no el cambio sugerido, así como la forma de incluirlo y las modificaciones de formato que debían realizarse en el cuestionario.

#### 3.2.1.6 Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las puntuaciones obtenidas de cada criterio en las diferentes rondas de expertos a partir de las plantillas de validación. Se presentaron estos resultados mediante medias y DE. Para medir el nivel de concordancia de las dimensiones e ítems que conforman el cuestionario PA100 se calculó el coeficiente V de Aiken que permite cuantificar la relevancia del ítem respecto a un dominio de contenido en  $N$  jueces. Su magnitud va desde 0.00 hasta 1.00. El valor 1.00 es la mayor magnitud posible, indica un perfecto acuerdo entre los jueces respecto a la mayor puntuación de validez de los contenidos evaluados, es decir, los jueces seleccionaron la calificación más alta posible. Se obtiene un valor de 0.00 cuando todos los jueces seleccionaron la calificación más baja posible, es decir, un perfecto desacuerdo con el criterio evaluado. Se calcularon los intervalos de confianza al 95% que representan los límites que tienen una alta probabilidad de que ocurra el objeto de estudio en la población.(304)

Cuando las variables eran cualitativas dicotómicas se presentó el porcentaje de acuerdo.

El análisis estadístico de los resultados se realizó con el programa SPSS versión 28.01.1 para Macintosh v20.0.

### 3.2.2 Validez de criterio

Cuando existe un método alternativo de medida del fenómeno estudiado cuya validez haya sido demostrada, ha de tomarse como referencia para determinar la validez de la nueva encuesta. Tras un exhaustivo análisis de la bibliografía existente, a pesar de que ninguna otra herramienta comprende las dimensiones de la herramienta PA100, se consideró como *gold estándar* el cuestionario *Medlife* (305) que evalúa la adherencia a un estilo de vida saludable mediterráneo. Para este análisis se utilizó el CCI.

Puesto que los dos cuestionarios se administraron simultáneamente, hablamos de validez concurrente.

### 3.2.3 Fiabilidad de la herramienta

Un instrumento es fiable si produce resultados consistentes cuando se aplica en diferentes ocasiones (estabilidad o reproducibilidad). La fiabilidad se evalúa administrando el cuestionario a los mismos sujetos, en dos ocasiones distintas (repetibilidad o fiabilidad intra observador) o por dos observadores diferentes (fiabilidad inter observador). Se trata, por tanto, de analizar la concordancia entre los resultados obtenidos en las diversas aplicaciones del cuestionario. La consistencia interna permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o una única dimensión. Se refiere a si los ítems presentan homogeneidad entre ellos. (298)

En esta herramienta se valoraron:

- Fiabilidad según la forma de aplicación (auto o hetero administrada).
- Estabilidad y reproductibilidad de la herramienta (fiabilidad inter e intra observador).
- Consistencia interna.

#### 3.2.3.1 Diseño del estudio

Se diseñó un estudio de concordancia con la finalidad de evaluar si la herramienta de medida era fiable.

#### 3.2.3.2 Ámbito de estudio

Estudio multicéntrico, llevado a cabo en 20 centros de salud de la GAAP de la CAM, donde existe al menos un profesional con experiencia previa en la fase de trabajo de campo para la validación de cuestionarios, pertenecientes al grupo clínico del proyecto de investigación 'Validación y adaptación transcultural de la *Appraisal of Self-Care Agency Scale-Revised* (ASAS\_R)'.

En la fase de análisis de la fiabilidad según la forma de aplicación participaron 3 investigadores clínicos, mientras que en la fase de análisis de la fiabilidad intra e inter observador participaron 17 investigadores clínicos.

*Tabla 4: Grupo clínico con experiencia previa en validación de cuestionarios y centro de salud al que pertenecen.*

Dirección Asistencial (DA)	CÓDIGO INVESTIGADOR CLÍNICO	Centro de salud (CS)
DA NORTE	ENF01	CS. LA VENTILLA
DA CENTRO	ENF02	CS. EL ESPINILLO
DA SUR	ENF03	CS. SECTOR 3
DA CENTRO	ENF04	CS. QUINCE DE MAYO
DA CENTRO	ENF05	CS. LA ALAMEDA
DA CENTRO	ENF06	CS. GOYA
DA CENTRO	ENF07	CS LOS ANGELES
DA NORTE	ENF08	CS. PEDREZUELA
DA NORTE	ENF09	C.S. TRES CANTOS - OFICIOS
DA ESTE	ENF10	CS. VICENTE MUZAS
DA SURESTE	ENF11	CS. CAMPO REAL
DA SUR	ENF12	CS. GRIÑÓN
DA SUR	ENF13	CS. CIEMPOZUELOS
DA CENTRO	ENF14	CS. LAS AGUILAS
DA OESTE	ENF15	CS. ABAJON LAS ROZAS
DA OESTE	ENF16	CS. RAMON Y CAJAL
DA NOROESTE	ENF17	CS. LAS ROZAS
DA NOROESTE	ENF18	CS PASEO IMPERIAL
DA NOROESTE	ENF19	CS CACERES
DA NOROESTE	ENF20	CS VENTURA RODRÍGUEZ

Fuente: elaboración propia.

### 3.2.3.3 Período evaluado

La primera fase de análisis de la fiabilidad según la forma de administración (auto/hetero administrada) se llevó a cabo entre febrero y marzo de 2022.

La segunda fase de análisis de la fiabilidad intra e inter observador se llevó a cabo en mayo de 2022.

#### 3.2.3.4 Población de estudio

Estos criterios fueron comunes en ambas fases.

Pacientes de entre 18 y 75 años, pertenecientes al cupo de AP y citados en las consultas de enfermería de los profesionales participantes en el estudio.

##### *Criterios de inclusión:*

###### ✓ *Profesionales:*

- Trabajar en un puesto asistencial en un CS como miembro de un equipo de AP.
- Tener asignada como población de referencia pacientes mayores de 18 años.
- Aceptar participar como colaborador clínico y firmar el compromiso del investigador.
- Asistir a la sesión de entrenamiento.

###### ✓ *Pacientes:*

- Edad mayor o igual a 18 años hasta 75 años. Se estipuló este grupo de edad ya que, por encima, y por debajo de esta franja, puede ser necesario realizar adaptaciones individuales en las recomendaciones en salud.
- Usuarios adscritos al cupo de población de los profesionales participantes en el estudio, citados en consulta por cualquier causa.
- Personas que acepten participar y den su consentimiento informado para participar en el estudio.

##### *Criterios de exclusión:*

###### ✓ *Profesionales:*

- Profesionales que hayan permanecido de baja laboral o cualquier otro tipo de ausencia durante el período de desarrollo del proyecto.

###### ✓ *Pacientes:*

- Pacientes con cuidados paliativos o con cualquier pronóstico de vida inferior a 6 meses.
- Pacientes inmovilizados e institucionalizados.
- Pacientes con incapacidad de comprender el CI o responder al cuestionario debido a barreras lingüísticas, idiomáticas o deterioro cognitivo severo (Pacientes con registro en AP-Madrid del episodio CIAP-2 'P70-Demencia').

#### 3.2.3.5 Tamaño muestral

No existe en la literatura un criterio único sobre el número de sujetos necesarios para la validación de un cuestionario(306). Algunos sugieren entre un mínimo tolerable de 5 sujetos por ítem y un máximo suficiente de 10 sujetos por ítem(307).

Para el análisis de la fiabilidad según la forma de administración se estableció como suficiente que cada investigador clínico administrara la herramienta a 10 pacientes.

Para el análisis de la fiabilidad inter e intra observador se estableció que cada entrevistador administrara el cuestionario a 20 pacientes con el objetivo de obtener al menos un tamaño muestral de 340 pacientes.

### 3.2.3.6 Variables del estudio

#### Variables independientes

##### - Variables sociodemográficas:

- Sexo: variable cualitativa dicotómica.
  - Hombre
  - Mujer
- Edad: variable cuantitativa continua
- Nacionalidad: variable cualitativa nominal
  - Española
  - Latinoamericano
  - Norteamericano
  - Europa mediterránea
  - Norte de Europa
  - Europa del Este
  - Africano
  - Asiático
  - Australiano
- Estado civil: variable cualitativa nominal
  - Soltero/a
  - Casado/a o En pareja
  - Separado/a o Divorciado/a
  - Viudo/a

##### - Variables socioeconómicas

- Nivel de estudios: variable cualitativa ordinal.
  - Analfabeto O Estudios Primarios Incompletos
  - Educación Primaria
  - Educación Secundaria
  - Bachillerato y Formación profesional
  - Universitario
- Ocupación: variable cualitativa nominal
  - Trabajador por cuenta ajena

- Trabajador por cuenta propia
  - Parado
  - Jubilado/a y pensionistas
  - Trabajo doméstico no remunerado
  - Estudiante
  - No clasificable
  - Ingresos mensuales: variable cualitativa nominal
    - No tiene ingresos de ningún tipo
    - Menos o igual a 1000 euros
    - De 1001 a 2500 euros
    - Más de 2501 euros
    - Prefiere no contestar
- **Variables clínicas**
- Antecedentes de salud:
    - Presenta enfermedad crónica: Sí/No. Variable cualitativa dicotómica.
    - Enfermedad crónica: DM; HTA; EC; EPOC; Obesidad; Cáncer; Otra. variable cualitativa nominal.
  - Autopercepción del estado de salud: variable cualitativa ordinal.
    - Muy bueno
    - Bueno
    - Regular
    - Malo
    - Muy malo
  - Autopercepción estilos de vida: variable cuantitativa discreta (0-100).

#### *Variables dependientes*

- Cuestionario Ponte a 100: variables cuantitativas discretas
  - Dimensiones:
    1. Alimentación: 11 ítems, rango de puntuación
    2. Actividad física y sedentarismo: 3 ítems, rango de puntuación
    3. Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas
    4. Bienestar emocional
    5. Seguridad y lesiones no intencionales
  - Índice sintético de estilo de vida (ISEV): 0-100 puntos
- Cuestionario MEDLIFE: variables cuantitativas discretas.

#### *3.2.3.7 Método de recogida de la información*

La información se recogió mediante el cuestionario Ponte a 100 y el cuestionario *Medlife*,

ambos en formato electrónico.

Se entregó a cada miembro del grupo clínico una “*Carpeta del investigador*” que contenía la siguiente documentación (*Anexo 9*):

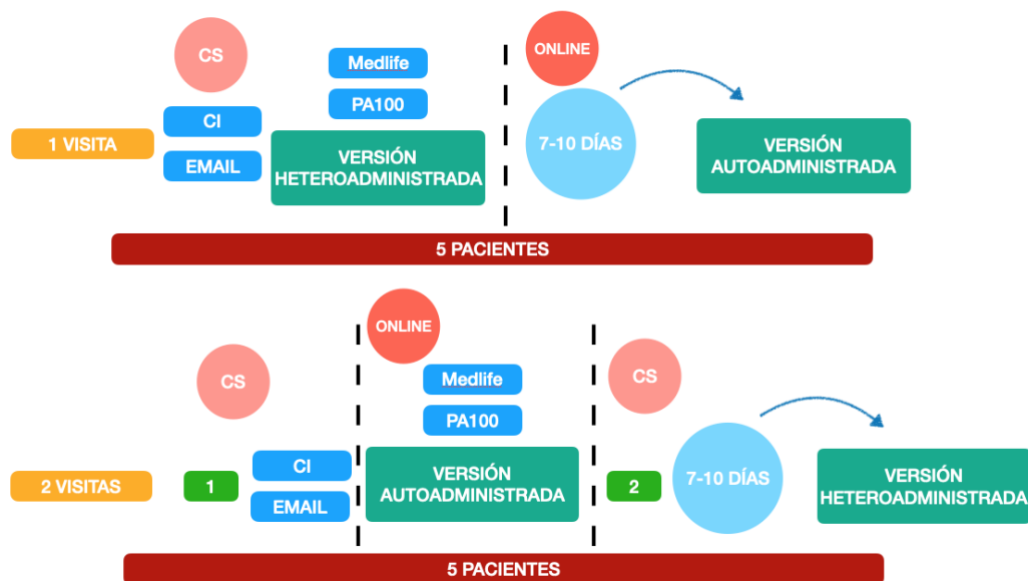
1. Índice de contenido de la “carpeta del investigador”.
2. Información de contacto.
3. Compromiso del investigador: versión para el análisis de la fiabilidad por forma de administración y versión para el análisis de la fiabilidad intra e inter observador.
4. Registro de selección/inclusión de pacientes:
  - ✓ Criterios de elegibilidad de los pacientes (inclusión y exclusión).
  - ✓ Listado de personas incluidas en el estudio. Se elaboraron dos versiones, una para los investigadores que analizaban la fiabilidad según la forma de administración (auto y hetero administrada) con sólo 10 pacientes, y otra para el resto de los investigadores clínicos que administraban la versión hetero administrada, con 20 pacientes asignados y 3-4 re-test, así como un listado especial para los investigadores que llevaron a cabo la fiabilidad inter observador.
  - ✓ Listado de personas que rechazan participar en el estudio.
  - ✓ Hoja de aleatorización de la selección de pacientes, sólo para el análisis de la fiabilidad intra e inter observador.
5. Hoja de información al paciente y CI.
6. Protocolo del estudio.
7. Cuestionario PA100.
8. Cuestionario *Medlife*.
9. Informe favorable de evaluación de la Comisión Central de Investigación.
10. Dictamen favorable del CEIC.
11. Guía de usuario de Castor.

Todos los investigadores clínicos firmaron el compromiso del investigador previo a iniciar el reclutamiento de pacientes. Estos se almacenaron por el grupo de coordinación.

Tras seleccionar al paciente se le ofreció participar en el estudio y se le entregaron 2 copias del CI, una para él y otra para el grupo de coordinación del proyecto PA100.

Para analizar la fiabilidad según la forma de administración se utilizó una modalidad mixta de recogida de la información, ya que para la recogida de la versión autoadministrada se enviaba un correo electrónico con el enlace de acceso al CRD y para la cumplimentación de la versión hetero administrada se realizaba entrevista personal con el entrevistador pertinente a través del CRD. (Véase figura 3)

Figura 3: Esquema de secuencia de la asignación en la forma de administración de la herramienta PA100.



Cada entrevistador realizó el cuestionario a 10 pacientes, de los cuales 5 lo realizaron primero en su versión autoadministrada y, entre 7 y 10 días después lo realizaron en su versión heteroadministrada. Por el contrario, otros 5 realizaron primero la versión heteroadministrada y entre los 7 y 10 días después realizaron la versión autoadministrada.

En el caso del envío posterior de la versión autoadministrada se realizó por correo electrónico, facilitado en la recogida de datos de los entrevistadores, a través de la plataforma Castor, a los 7-10 días tras la cumplimentación previa de la versión heteroadministrada. En el caso de realizar previamente el envío de la versión autoadministrada, se informaba al paciente, que tras firmar el CI entregaba su correo electrónico para iniciar la cumplimentación y tras 7-10 días el entrevistador le citaba en su consulta para realizar la versión heteroadministrada.

También se administró el cuestionario *Medlife*, sólo en la primera versión que realizara el paciente, tanto auto como heteroadministrado.

Para analizar la fiabilidad intra observador, cada investigador clínico volvió a administrar el cuestionario a 3-4 pacientes según conveniencia, se les volvió a administrar sólo el cuestionario PA100 entre 7 y 10 días tras la primera cumplimentación.

Para analizar la fiabilidad inter observador, se realizaron los mismos cuestionarios al mismo paciente por 2 investigadores diferentes pero pertenecientes al mismo CS, en un corto espacio de tiempo, preferiblemente en el mismo día.

Todos los profesionales fueron entrenados previo al inicio del estudio, con el objetivo de normalizar la recogida de datos.

### 3.2.3.8. Reclutamiento

- Para la fase 1 (forma de administración):

La selección de la muestra fue estratificada para alcanzar la mayor representatividad posible de los pacientes a los que va dirigido el cuestionario y que acuden con mayor frecuencia a AP. Todos los pacientes pertenecían al cupo respectivo de cada uno de los 3 entrevistadores.

Criterios de selección que se ofrecían a los entrevistadores como guía del muestreo:

- Sexo:
  - ✓ Varón: 40-50%
  - ✓ Mujer: 50-60%
- Edad:
  - ✓ 18-30: ≈3 pacientes
  - ✓ 30-64: ≈4 pacientes
  - ✓ 65-74: ≈3 pacientes

- Para la fase 2 (fiabilidad inter e intra observador):

A cada investigador clínico se le proporcionó una secuencia de números aleatorios para ofertar la participación en el estudio a los pacientes citados por cualquier causa en su consulta durante los 20 días siguientes al inicio de su participación en el proyecto PA100, con el objetivo de reclutar a 20 pacientes citados en sus agendas, al ritmo de 1 por día. En el caso de que ese paciente seleccionado declinara participar o no cumpliera con los criterios de inclusión, se ofreció consecutivamente a los pacientes citados en la agenda hasta cubrir el cupo del día.

DÍA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
PACIENTE SELECCIONADO	4º	10º	1º	6º	14º	2º	9º	11º	8º	3º	12º	1º	10º	5º	4º	15º	10º	3º	13º	7º

Los pacientes fueron informados de los pormenores de la investigación y se les ofertó su participación. Si aceptaban, se verificaba que cumplían todos los criterios de inclusión y ninguno de exclusión y se les solicitaba la cumplimentación y firma del CI.

### 3.2.3.9 Análisis y procesado de los datos

La información se obtuvo a través del CRD electrónico que incluía las variables sociodemográficas, económicas y las de los cuestionarios PA100 y *Medlife*.

La información procedente del CRD se volcó de forma periódica en una base de datos diseñada y creada mediante el programa Microsoft Office Excel 2013.

### 3.2.3.10 Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las principales variables del estudio. Se presentan las variables cuantitativas, con una distribución normal, mediante media y desviación estándar (DE), en el caso de variables que no seguían una distribución normal se presentó mediana y rango intercuartílico. Para valorar la distribución normal de las variables se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las variables cualitativas se presentan mediante su distribución de frecuencias y porcentajes.

Para analizar la fiabilidad según la forma de administración, intra-observador (test-retest) e inter observador se calculó el coeficiente de correlación intraclass (CCI). Los valores de CCI por debajo del 0.4 representan baja fiabilidad, entre 0.4 y 0.75 representan una fiabilidad entre regular y buena, y por encima de 0.75 representan una fiabilidad excelente (308).

Para analizar la consistencia interna se determinará mediante el coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach. Sus valores están comprendidos entre 0 y 1. Se considerará que el instrumento tiene buena consistencia interna cuando el valor del alfa de Cronbach sea igual o superior a 0.70(309).

Para el análisis de la diferencia de medias en la forma de administración de la herramienta se realizó una *t* de *Student* para muestras emparejadas.

El análisis estadístico de los resultados se realizó con el programa SPSS versión 28.01.1 para Macintosh v20.0.

## 3.3 Fase 3: Aplicación de la herramienta PA100

### 3.3.1 Valoración de la usabilidad y utilidad de la herramienta Ponte a 100 en AP

La *usabilidad* hace referencia a la facilidad con la que un *usuario* puede utilizar una herramienta fabricada por otras personas con el fin de alcanzar un cierto objetivo.(310)

La *utilidad* se define como la capacidad de una herramienta de ser útil, es decir, que sirve para lo que se ha diseñado y permite lograr el objetivo de estudio.(311)

Esta valoración se llevó a cabo en octubre de 2022.

Se envió un documento de valoración (*Anexo 10*) elaborado “ad hoc” a los 20 investigadores clínicos en el que se valoraba de 1 a 5 (siendo 5 muy adecuada y 1 inadecuada) las siguientes cuestiones:

Para valorar la utilidad se realizaron las siguientes preguntas:

- ✓ ¿Considera que el cuestionario es adecuado para valorar el estilo de vida de las personas adultas en Atención Primaria?

- ✓ ¿Incluiría alguna otra dimensión, aparte de las 5 que incluye el cuestionario (alimentación, ejercicio, hábitos tóxicos, bienestar emocional y seguridad y lesiones no intencionales)?
- ✓ ¿Considera que los ítems son adecuados para valorar cada una de las dimensiones del cuestionario?
- ✓ ¿Le ha resultado sencillo calcular las puntuaciones en cada dimensión y la puntuación total del cuestionario?
- ✓ ¿Considera que este cuestionario puede ser una herramienta útil para su utilización por los profesionales sanitarios en las consultas de Atención Primaria?
- ✓ ¿Ve factible la implementación del cuestionario Ponte a 100 como un recurso para valorar el estilo de vida de sus pacientes en la práctica clínica diaria?
- ✓ Describa, si lo considera oportuno, posibles dificultades o barreras para su implementación:
- ✓ ¿Le parecería oportuno que este cuestionario se incluyera en “mi carpeta de salud” y que el propio paciente pudiera cumplimentarlo desde su domicilio?

Para valorar la usabilidad se realizaron las siguientes preguntas:

- ✓ ¿Considera que el cuestionario resulta de fácil comprensión para los pacientes?
- ✓ ¿Ha habido alguna pregunta que ha resultado de difícil comprensión? Señálela y proponga, si es posible, una alternativa:
- ✓ ¿Les ha resultado fácil a los pacientes interpretar la puntuación obtenida en cada una de las dimensiones y la puntuación total del cuestionario?

Se realizó un análisis descriptivo presentando el porcentaje de respuestas obtenidas.

El análisis estadístico de los resultados se realizó con el programa SPSS versión 28.01.1 para Macintosh v20.0.

### 3.3.2 Estilo de vida en la población de estudio

Con el objetivo de describir el estilo de vida de la población adulta perteneciente a los centros de salud en los cuales se llevó a cabo la validación de la herramienta, se realizó un análisis descriptivo de las distintas variables del estudio, presentando las variables cuantitativas mediante media, desviación típica y valores máximos y mínimos.

Las variables cualitativas se presentan mediante su distribución de frecuencia absoluta y porcentaje.

La evaluación de la asociación entre variables cualitativas se analizó mediante el chi cuadrado.

Cuando en el análisis de asociación entre variables se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, se realizó una regresión lineal múltiple para medir la fuerza de esta asociación.

El modelo multi variante se construyó considerando como variables predictivas las variables independientes (edad, sexo, nacionalidad, ocupación, nivel de estudios, ingresos y presencia o no de enfermedad crónica) y como variable dependiente la puntuación en cada una de las dimensiones.

El análisis estadístico de los resultados se realizó con el programa SPSS versión 28.01.1 para Macintosh v20.0.

### 3.3.3 Diseño de la página web: Proyecto Estilo de Vida “Ponte a 100”

Tras la validación del cuestionario PA100, con el objetivo de hacer partícipe a la población de su cuidado en salud y permitirles valorar su estilo de vida se creó una página web/app en la cual cada individuo pueda acceder desde cualquier dispositivo electrónico con conexión a internet y realizar la cumplimentación de esta herramienta.

En el diseño de esta página web y de sus utilidades han participado un grupo de profesionales de la GAAP, de la FEFYP de la UCM y de la DGSP, convencidos de la importancia de desarrollar estrategias de promoción y prevención de la salud que ayuden a fomentar la capacidad de autocuidado y el estilo de vida saludables, tanto a nivel individual como a nivel poblacional.

El objetivo inmediato es disponer de una página web que permita a los usuarios evaluar su estilo de vida desde cualquier dispositivo electrónico y recibir un consejo individualizado en función de las conductas no saludables que pueden presentar.

El objetivo a medio/largo plazo es implementar el cuestionario PA100 en la historia clínica del paciente y que cualquier sanitario con competencias en valoración y educación para la salud pueda utilizarlo. Además, se pretende incorporar a la carpeta de salud de los pacientes para que tenga acceso de forma autosuficiente para evaluar su estilo de vida y valorar en qué aspectos necesitan o no mejorar.

Para acceder el participante debe registrarse y, a continuación, podrá realizar la cumplimentación del cuestionario. Una vez cumplimentado la propia página emite una serie de consejos individualizados (beneficios para la salud, recomendaciones de consumo, consejos de preparación y elaboración, como incrementar su consumo y otras recomendaciones y fuentes de información), correspondientes a cada ítem y dimensión en la cual no se haya alcanzado la máxima puntuación saludable.

Con la puntuación total y la obtenida por dimensión e ítem, junto con los consejos individuales se genera un informe en *pdf* que puede ser descargado para analizar y llevar a la práctica los hábitos saludables aconsejados.

Permite una reevaluación mensual, aunque el objetivo es aplicar los cambios a lo largo de 3 meses y volver a realizar la cumplimentación para valorar si el paciente ha introducido mejoras.

Todos los datos son anónimos y se vuelcan en una base de datos de Excel a la cual tienen acceso los investigadores del grupo de coordinación para futuros análisis y proyectos relacionados con este proyecto.

Este proyecto y esta página web están cofinanciados por 2 convocatorias públicas:

- ✓ Por la Fundación para la Investigación e Innovación Biosanitaria en Atención Primaria (FIIBAP) y la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid mediante subvenciones no reembolsables de los créditos concedidos a la Comunidad de Madrid por el Fondo del Gobierno español COVID-19, incluido en la Orden HAC/667/2020.
- ✓ Por la Fundación para el Conocimiento *madrimasd* a través de un contrato de investigación dentro del programa *Healthstart Plus*.

La web/app se encuentra alojado en el servidor de la Fundación para la investigación e innovación biosanitaria de Atención Primaria (FIIBAP).

### 3.4 Aspectos éticos

El estudio cuenta con la aprobación de la Comisión Central de Investigación de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de Madrid, con código de protocolo 02/20 y del Comité Ético de Investigación del Hospital Universitario Clínico San Carlos, con código interno 20/028-E\_Tesis. (*Anexo 11*)

El estudio se llevó a cabo de acuerdo con los principios básicos de la Declaración de Helsinki (Fortaleza 2013). Los datos fueron incorporados a una base en la que no consta ninguna referencia a la identidad de los sujetos, son identificados mediante un código asignado por el CRD. El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos, se hizo conforme a lo dispuesto por el RGPD (Reglamento UE) 2016/679 de Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y la LOPDGDD 3/2018, de 5 de diciembre.

Se solicitó a los participantes el consentimiento informado (CI). Se informó verbalmente en el momento de su captación, de que los datos recogidos, el seguimiento posterior y los resultados, eran objeto de un estudio de investigación, conforme a la Ley Básica de Autonomía del paciente, 41/2002 de 14 de noviembre, especialmente de su Art. 8.4, a continuación, se entregó el CI escrito en el que se detallaban los pormenores de la investigación y se firmaron dos copias, una para el propio paciente y otra para la custodia por parte de los investigadores principales del estudio.

### 3.5 Sesgos

Los principales sesgos inherentes al instrumento usado en la observación o a la metodología usada en su aplicación se presentan a continuación:

- Sesgo de selección (298): con el fin de no manipular el reclutamiento de pacientes y obtener una muestra lo más representativa posible, se establecieron unos criterios de selección y exclusión. También se elaboró un sistema de aleatorización para la selección de pacientes dentro de las agendas de los investigadores clínicos.

- Sesgo de complacencia (312): “deseo de dar una imagen acorde con lo que espera el entrevistador”. Los encuestados tienden a alterar sistemáticamente las respuestas en la dirección que perciben como buena o deseable, mientras que las consideradas socialmente indeseables tienden a omitirse. Para evitar este sesgo se realizó la validación según la forma de administración, obteniendo puntuaciones muy similares en ambas versiones cumplimentadas por el mismo paciente, autoadministrada y hetero administrada.

# 4. Resultados y discusión

Debido a la estructura particular de este estudio y al volumen de datos obtenidos tras las diferentes fases, se decidió elaborar el apartado de resultados junto con el de discusión para facilitar su abordaje y comprensión.

## 4.1 Fase 1: diseño de la herramienta Ponte a 100

4.1.1 Grupo de trabajo inicial. Realizada por 7 expertos entre junio y julio de 2019.

Se obtuvo la **versión 0** de la herramienta PA100.

Tabla 5: Resumen formato cuestionario PA100 Versión 0.

Dimensión	Ítems	Puntuaciones
Alimentación	7	0-20 Puntos
Actividad Física y sedentarismo	3	0-20 Puntos
Alcohol	1	0-20 Puntos
Tabaco	1	0-20 Puntos
Bienestar Emocional	7	0-20 Puntos

Fuente: elaboración propia.

4.1.2 Revisión realizada por el grupo de coordinación. Se realizó entre agosto de 2019 y mayo de 2020.

Se proponen los siguientes cambios a realizar sobre la **versión 0** de la herramienta PA100:

- Incorporación de tres nuevos ítems en la dimensión de alimentación por su evidente relación con la carga de enfermedad y mortalidad:
  - ✓ El consumo de cereales integrales, frutos secos y aceite de oliva virgen.
  - ✓ Esta dimensión pasó de 7 a 10 ítems, por lo que se reajustó la puntuación del resto de ítems, considerando que en cada uno de ellos la máxima puntuación que se puede alcanzar es de 2 puntos.
- Se cambió la redacción de la pregunta de alimentos procesados y precocinados.
- Se incorporó de nuevo el tema de las bebidas carbonatadas que habían sido eliminadas del ítem las bebidas azucaradas, pero consideramos que hay evidencias para mantenerlo.

Se obtiene la **versión 1** de la herramienta PA100.

Tabla 6: Resumen formato cuestionario PA100 Versión 1.

Dimensión	Ítems	Puntuaciones
Alimentación	10	0-20 Puntos
Actividad Física y sedentarismo	3	0-20 Puntos

Alcohol	1	0-20 Puntos
Tabaco	1	0-20 Puntos
Bienestar Emocional	7	0-20 Puntos

Fuente: elaboración propia.

#### 4.1.3 Análisis de legibilidad 1:

En este primer análisis de legibilidad se evaluó la versión 1 del cuestionario y el CI.

*Tabla 7: Análisis legibilidad de la versión 1 del cuestionario PA100 y el CI.*

Texto que se analiza	INFLESZ	DIFICULTAD
Introducción	59.56	Normal
Normas de cumplimentación	62.21	Normal
Dimensión alimentación	79.79	Bastante fácil
Dimensión AF y sedentarismo	56.42	Normal
Consumo Alcohol	71.96	Bastante fácil
Consumo Tabaco	89.91	Muy fácil
Consumo Otras drogas	52.95	Algo difícil
Dimensión BE	68.95	Bastante fácil
Consentimiento Informado	41.18	Algo difícil

Fuente: elaboración propia.

#### 4.1.4 Prueba piloto 1: Evaluación del cuestionario en alumnos y personas de su entorno en la Facultad de Enfermería de la UCM.

Alumnos y personas de su entorno, de la asignatura de Comunitaria II de la FEYFP de la UCM.

Esta prueba piloto se llevó a cabo con la **versión 2** del cuestionario PA100.

En el estudio participaron 768 personas: 255 (33.2%) alumnos matriculados en la asignatura de Enfermería Comunitaria II de la FEYFP de la UCM y 513 (66.8%) allegados o personas del entorno de los alumnos.

El análisis descriptivo de las características sociodemográficas y de EV de esta muestra se recoge en el *Anexo 12*.

##### *Valoración de la comprensión de los ítems en personas del entorno:*

En la Tabla 8 se recogen los resultados de la dificultad de la comprensión de cada ítem de la herramienta PA100 medida en la escala Likert del 1 (muy fácil) al 5 (muy difícil).

Se puede observar que la puntuación máxima de dificultad de la comprensión fue de 1.29 en los ítems de actividad física intensa y moderada, por lo que lo consideraron una herramienta fácil de comprender.

*Tabla 8: Media (+ DE) de las valoraciones de la comprensión de la herramienta PA100 por las personas del entorno de los alumnos.*

Ítem	Media	DE
Verduras y hortalizas	1.19	0.545
Frutas	1.11	0.405
Cereales integrales	1.14	0.473
Procesados y Ultra procesados	1.17	0.542
Carnes rojas y procesadas	1.11	0.381
Bebidas edulcoradas/azucaradas	1.08	0.362
Legumbres	1.07	0.328
Pescado/marisco	1.06	0.313
Frutos secos	1.10	0.368
Aceite	1.24	0.621
AF Intensa	1.29	0.673
AF Moderada	1.29	0.633
AF Sedentaria	1.11	0.427
Alcohol	1.22	0.588
Tabaco	1.04	0.294
BE Autoaceptación/autoconcepto	1.12	0.417
BE Satisfacción/Desarrollo personal	1.09	0.357
BE Estado de ánimo	1.08	0.336
BE Equilibrio emocional/Control del estrés	1.09	0.374
BE Motivación/Actitud	1.20	0.638
BE Capacidad de afrontamiento	1.08	0.343
BE Relaciones interpersonales Estructura familiar/social de apoyo	1.07	0.318
BE Necesidades afectivas	1.06	0.3
BE Sueño/Descanso	1.06	0.294
BE Ocio/Entretenimiento	1.06	0.322

Fuente: elaboración propia.

#### *Valoración de la comprensión final del cuestionario en personas del entorno de los alumnos:*

- *¿Comprende el encuestado el resultado de cada dimensión y el resultado final (puntuación total)?*
  - El 90.8% (n=466) de los participantes respondieron que sí.
- *¿Se ha sorprendido el encuestado por el resultado obtenido?*
  - El 58.3% (n=299) de los participantes refiere no sorprenderse de los resultados observados en el cuestionario.
  - El 32.2% (n=165) refiere sí sorprenderse con los resultados obtenidos en el cuestionario.
- *¿Considera útil el encuestado conocer el resultado?*
  - El 85% (n=436) de los encuestados reconocen que sí les parece útil el cuestionario.
  - Sólo el 9% (n=46) refiere que no les parece útil.

#### *Consideraciones finales de las personas del entorno de los alumnos:*

Desglose de las respuestas.

- “Esperaba mejores resultados.”
- “Esperaba obtener menos puntuación. La encuesta permite conocer como llevas tu vida y que aspectos puedes mejorar y corregir.”
- “Le parece una puntuación baja.”
- “Pensé que iba a ser menos saludable.”
- “Pensó que tenía peor estilo de vida. Identifica que tiene que mejorar en alimentación.”
- “Punto de inflexión para mejorar.”
- “Se ha sorprendido gratamente y le ha resultado muy útil.”
- “Se ha sorprendido un poco con el resultado. Lo considera útil y algunas preguntas le han servido para conocerse mejor y reflexionar sobre algunos aspectos de su vida.”
- “Sorprendido porque esperaba una puntuación más baja//Utilidad: no, por falta de explicación sobre la puntuación obtenida.”
- “Utilidad: considera que el cuestionario es demasiado general y los resultados no son del todo válidos.”
- “Utilidad: para intentar cambiar varias cosas.”
- “Utilidad: para intentar cambiar su alimentación.”
- “Utilidad: ve resultados gracias a sus nuevos hábitos alimenticios, mejorando su estilo de vida.”
- “Ya conocía su estilo de vida.”

Tras el pilotaje con los alumnos y personas del entorno no se realizaron modificaciones en el cuestionario.

#### 4.1.5 Prueba piloto 2: Evaluación de la funcionalidad del CRD electrónico.

El grupo de coordinación realizó 15 entrevistas en enero de 2022 para valorar así la funcionalidad del CRD.

La valoración general media del cuestionario fue de 8.9 (DE=1.10), siendo la puntuación mínima de 7 y máxima de 10. El 28.6% lo valoraron con un 10. El 21.3% lo valoraron con un 8.

El tiempo medio empleado fue de 14 minutos (DE= 3.39), siendo el tiempo mínimo 10 minutos y el máximo 20 minutos.

En cuanto a la utilidad del cuestionario, al 78.6% (n=11) le pareció útil conocer el resultado de su estilo de vida.

Respecto a la valoración general de la dificultad, comprensión y carga del cuestionario se obtuvieron los siguientes datos:

- El 71.4% (n=10) respondió que no le pareció difícil responder al cuestionario.
- El 64.3% (n=9) respondió que no le pareció difícil comprender las preguntas que se le realizaban.
- El 50% (n=7) sí comprendió la puntuación de cada dimensión y la puntuación final. El 35.7% (n=5) no lo hizo
- EL 64.3% (n=9) respondió que no que no se le había hecho largo contestar al cuestionario.
- Al 78.6% (n=11) le sorprendió el resultado obtenido en el cuestionario.
- Al 78.6% (n=11) le pareció útil conocer el resultado de su EV.

#### *Observaciones de los entrevistadores respecto a los comentarios de los entrevistados:*

- Miedo a ser juzgados por sus hábitos, no son plenamente sinceros al ser otra persona del entorno sanitario la que les hace las preguntas.
- Las preguntas de bienestar emocional se quedan escasas, solicitan preguntas que profundicen en aspectos cotidianos que alteran las respuestas de algunos ítems (tener hijos de cara al ocio, el descanso...)
- Las preguntas de seguridad se contestan por inercia, al preguntar “si siempre cruza por el paso de cebra”, pero al enfatizar el adverbio “siempre”, dudan y la puntuación baja.
- Hubo cierta dificultad al hacer el cálculo de las raciones.
- Describir un poco mejor los tipos de actividad física.
- Diferentes dudas sobre qué incluyen algunos grupos alimentarios.
- Falta de conciencia del consumo alterado de alcohol, productos procesados o bajo consumo de productos frescos.

Tras esta prueba piloto no se realizaron modificaciones en el cuestionario.

## 4.2 Fase 2: validación de la herramienta

### 4.2.1 Validez de contenido

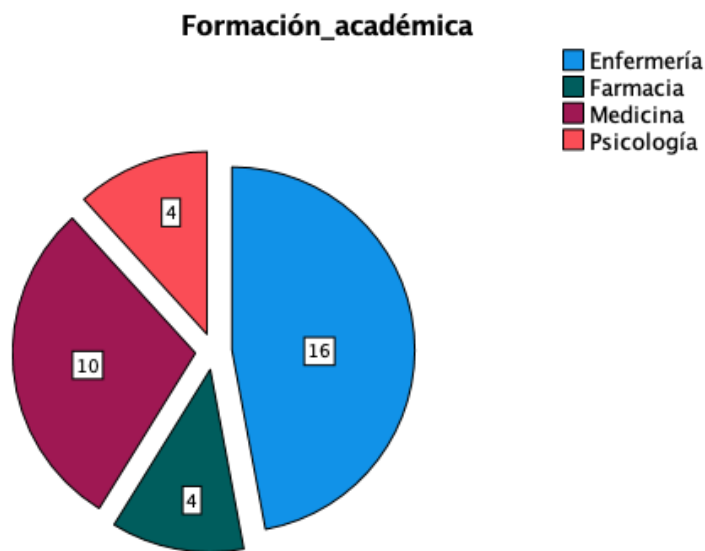
#### 4.2.1.1 Composición del panel de expertos

El número de expertos que participó finalmente en la validación de contenido de la herramienta PA100 fue de 34 expertos.

La media de años de experiencia profesional fue de 26.29 (DE=10). La edad mínima de experiencia fue de 4 años y la máxima de 50 años.

La formación académica se puede observar en el siguiente gráfico.

Gráfico 1: Gráfico de sectores resumen formación académica panel de expertos.



4.2.1.2 Primera ronda de expertos. Realizada por 7 expertos en el período comprendido entre el 17/05/2020 al 05/06/2020.

La recopilación de propuestas de esta primera ronda de expertos para la validación de contenido del cuestionario PA100 analizando la versión 1 de esta herramienta se recogen en el *Anexo 13*.

A continuación, en la Tabla 9, se presenta el análisis descriptivo de las puntuaciones asignadas por el panel de expertos en la ronda 1 (versión 1 de la herramienta PA100), así como el coeficiente de concordancia entre ellos.

Tabla 9: Validez de contenido por panel de expertos (ronda 1, versión 1): media (+ DE) de las puntuaciones y V de Aiken con su IC.

Dimensión/Ítem	Criterio	Media	DE	V de Aiken	LI	LS
<b>Alimentación</b>	Suficiencia	3.86	0.38	0.95	0.84	1.00
Verduras y hortalizas	Coherencia	4.00	0.00	1.00	0.92	1.00
	Relevancia	4.00	0.00	1.00	0.92	1.00
	Claridad	3.71	0.49	0.90	0.77	1.00
Frutas	Coherencia	3.86	0.38	0.95	0.84	1.00
	Relevancia	3.57	1.13	0.86	0.71	1.00
	Claridad	3.43	0.53	0.81	0.65	1.00
Cereales integrales	Coherencia	4.00	0.00	1.00	0.92	1.00
	Relevancia	3.57	1.13	0.86	0.71	1.00
	Claridad	3.86	0.38	0.95	0.84	1.00
Procesados y ultra procesados	Coherencia	3.86	0.38	0.95	0.84	1.00
	Relevancia	4.00	0.00	1.00	0.92	1.00
	Claridad	3.57	0.53	0.86	0.71	1.00
Carnes rojas y procesadas	Coherencia	3.86	0.38	0.95	0.84	1.00
	Relevancia	3.86	0.38	0.95	0.84	1.00
	Claridad	3.86	0.38	0.95	0.84	1.00
Bebidas azucaradas/edulcoradas/carbonatadas	Coherencia	4.00	0.00	1.00	0.92	1.00
	Relevancia	4.00	0.00	1.00	0.92	1.00
	Claridad	3.43	0.53	0.81	0.65	1.00
Legumbres	Coherencia	4.00	0.00	1.00	0.92	1.00
	Relevancia	3.86	0.38	0.95	0.84	1.00
	Claridad	3.57	0.79	0.86	0.71	1.00
Pescado/marisco	Coherencia	3.86	0.38	0.95	0.84	1.00
	Relevancia	3.86	0.38	0.95	0.84	1.00
	Claridad	3.86	0.38	0.95	0.84	1.00
Frutos secos	Coherencia	4.00	0.00	1.00	0.92	1.00
	Relevancia	3.86	0.38	0.95	0.84	1.00
	Claridad	3.57	0.53	0.86	0.71	1.00
Aceite	Coherencia	4.00	0.00	1.00	0.92	1.00
	Relevancia	3.86	0.38	0.95	0.84	1.00
	Claridad	3.29	0.49	0.76	0.60	0.97
<b>Actividad física y sedentarismo</b>	Suficiencia	4.00	0.00	1.00	0.92	1.00
Actividad física Intensa	Coherencia	3.86	0.38	0.95	0.84	1.00
	Relevancia	4.00	0.00	1.00	0.92	1.00

	Claridad	3.86	0.38	0.95	0.84	1.00
Actividad física Moderada	Coherencia	4.00	0.00	1.00	0.92	1.00
	Relevancia	4.00	0.00	1.00	0.92	1.00
	Claridad	3.86	0.38	0.95	0.84	1.00
Sedentarismo	Coherencia	4.00	0.00	1.00	0.92	1.00
	Relevancia	4.00	0.00	1.00	0.92	1.00
	Claridad	3.57	0.53	0.86	0.71	1.00
Alcohol	Suficiencia	3.86	0.38	0.95	0.84	1.00
	Coherencia	4.00	0.00	1.00	0.92	1.00
	Relevancia	4.00	0.00	1.00	0.92	1.00
	Claridad	4.00	0.00	1.00	0.92	1.00
Tabaco	Suficiencia	4.00	0.00	1.00	0.92	1.00
	Coherencia	4.00	0.00	1.00	0.92	1.00
	Relevancia	4.00	0.00	1.00	0.92	1.00
	Claridad	4.00	0.00	1.00	0.92	1.00
<b>Bienestar emocional</b>	Suficiencia	3.86	0.38	0.95	0.84	1.00
Satisfacción/Desarrollo personal	Coherencia	4	0	1	0.92	1.00
	Relevancia	4	0	1	0.92	1.00
	Claridad	4	0	1	0.92	1.00
Estado de ánimo	Coherencia	4	0	1	0.92	1.00
	Relevancia	4	0	1	0.92	1.00
	Claridad	4	0	1	0.92	1.00
Equilibrio emocional/Control del estrés	Coherencia	4	0	1	0.92	1.00
	Relevancia	4	0	1	0.92	1.00
	Claridad	4	0	1	0.92	1.00
Motivación/Actitud	Coherencia	4	0	1	0.92	1.00
	Relevancia	4	0	1	0.92	1.00
	Claridad	4	0	1	0.92	1.00
Relaciones interpersonales Estructura familiar/social de apoyo	Coherencia	4	0	1	0.92	1.00
	Relevancia	4	0	1	0.92	1.00
	Claridad	4	0	1	0.92	1.00
Sueño/Descanso	Coherencia	4	0	1	0.92	1.00
	Relevancia	4	0	1	0.92	1.00
	Claridad	4	0	1	0.92	1.00
Ocio/Entretenimiento	Coherencia	4	0	1	0.92	1.00
	Relevancia	4	0	1	0.92	1.00
	Claridad	4	0	1	0.92	1.00

Fuente: elaboración propia.

El nivel de concordancia entre los jueces fue alto, el mínimo fue de 0.76 para el criterio de claridad en el ítem del aceite. El resto de los criterios oscilaron entre 0.81 y 1, por lo que hubo un elevado consenso en que las dimensiones e ítems propuestos tenían un cumplimiento alto en los criterios evaluados (claridad, coherencia, relevancia y suficiencia).

Se elaboró un archivo de Excel desglosando todas las propuestas realizadas por los expertos. El grupo de coordinación consensuó una respuesta para cada una de las propuestas. (Anexo 14)

Tras esta evaluación se realizaron los siguientes cambios:

*Modificaciones específicas de las dimensiones tras la ronda 1 de expertos:*

- **Alimentación:**
  - Se aclara el consumo de frutas: se define ración y pieza.
  - Se incluyen ejemplos de legumbres y se define la ración en crudo y cocinado en relación con medidas caseras.
  - Se incluye definición de ración de pescado y marisco.
  - Se incluyen ejemplos de frutos secos y se define la ración de consumo.
  - Se incluyen las formas de consumo de aceite.
- **Actividad física**
  - Se realizan cambios en la redacción de los 3 ítems. Se incluye “al menos” en las preguntas de AF intensa y moderada y se suprime “habitualmente” del enunciado tiempo sentado.
- **Bienestar emocional**
  - Se añade ítem relacionado con el estrés percibido:
    - ✓ Me siento capaz de superar las dificultades que se me presentan
  - Se divide el ítem 1 de “satisfacción con uno mismo/a” en 2 para que haga referencia a dos factores diferentes: autoaceptación y dominio del entorno:
    - ✓ Me siento satisfecho de quién soy (estoy a gusto conmigo mismo)
    - ✓ Estoy contento con la vida que llevo
  - Se añade ítem de valoración de sentimientos:
    - ✓ Me siento querido por las personas importantes para mi
  - Se ajusta la puntuación para compensar el incremento de ítems.

Tras esta ronda se obtuvo la **versión 2** del cuestionario Ponte a 100:

*Tabla 10: Resumen formato cuestionario PA100 Versión 2.*

Dimensión	Ítems	Puntuaciones
Alimentación	10	0-20 Puntos

Actividad física y sedentarismo	3	0-20 Puntos
Alcohol	1	0-20 Puntos
Tabaco	1	0-20 Puntos
Bienestar emocional	10	0-20 Puntos

Fuente: elaboración propia.

4.2.1.3 *Segunda ronda de expertos*. Realizada por 27 expertos en el periodo comprendido entre el 5/10/2020 al 30/10/2020.

La recopilación de propuestas de la segunda ronda de expertos para la validación de contenido del cuestionario PA100 analizando la Versión 2 de la herramienta PA100 se recogen en el *Anexo 15*.

A continuación, en la Tabla 11, se presenta el análisis descriptivo de las puntuaciones asignadas por el comité de expertos en la ronda 2 (versión 2 de la herramienta PA100), así como el coeficiente de concordancia entre ellos.

Tabla 11: Validez de contenido por panel de expertos (ronda 2, versión 2): media (+ DE) de las puntuaciones y V de Aiken con su IC.

Dimensión/Ítem	Criterio	Media	DE	V de Aiken	LI	LS
<b>Alimentación</b>	Suficiencia	3.44	0.82	0.81	0.73	0.90
Verduras y hortalizas	Coherencia	3.96	0.20	0.99	0.95	1.00
	Relevancia	3.96	0.20	0.99	0.95	1.00
	Claridad	3.73	0.45	0.91	0.85	0.98
Frutas	Coherencia	4.00	0.00	1.00	0.98	1.00
	Relevancia	4.00	0.00	1.00	0.98	1.00
	Claridad	3.81	0.40	0.94	0.88	1.00
Cereales integrales	Coherencia	3.85	0.37	0.95	0.90	1.00
	Relevancia	3.85	0.37	0.95	0.90	1.00
	Claridad	3.62	0.50	0.87	0.80	0.95
Procesados y ultra procesados	Coherencia	3.92	0.27	0.97	0.93	1.00
	Relevancia	3.88	0.43	0.96	0.91	1.00
	Claridad	3.58	0.64	0.86	0.78	0.94
Carnes rojas y procesadas	Coherencia	3.88	0.43	0.96	0.91	1.00
	Relevancia	3.96	0.20	0.99	0.95	1.00
	Claridad	3.42	0.81	0.81	0.72	0.90
Bebidas azucaradas/edulcoradas/carbonatadas	Coherencia	3.92	0.27	0.97	0.93	1.00
	Relevancia	3.96	0.20	0.99	0.95	1.00
	Claridad	3.58	0.58	0.86	0.78	0.94

Legumbres	Coherencia	4.00	0.00	1.00	0.98	1.00
	Relevancia	3.92	0.27	0.97	0.93	1.00
	Claridad	3.88	0.33	0.96	0.91	1.00
Pescado/Marisco	Coherencia	3.92	0.27	0.97	0.93	1.00
	Relevancia	4.00	0.00	1.00	0.98	1.00
	Claridad	3.81	0.40	0.94	0.88	1.00
Frutos secos	Coherencia	4.00	0.00	1.00	0.98	1.00
	Relevancia	3.96	0.20	0.99	0.95	1.00
	Claridad	3.85	0.37	0.95	0.90	1.00
Aceite	Coherencia	3.92	0.27	0.97	0.93	1.00
	Relevancia	3.88	0.43	0.96	0.91	1.00
	Claridad	3.65	0.56	0.88	0.81	0.96
<b>Actividad física y sedentarismo</b>	Suficiencia	3.67	0.48	0.89	0.82	0.96
Actividad física Intensa	Coherencia	3.96	0.20	0.99	0.95	1.00
	Relevancia	4.00	0.00	1.00	0.98	1.00
	Claridad	3.73	0.45	0.91	0.85	0.98
Actividad física Moderada	Coherencia	3.96	0.20	0.99	0.95	1.00
	Relevancia	4.00	0.00	1.00	0.98	1.00
	Claridad	3.77	0.43	0.92	0.86	0.99
Sedentarismo	Coherencia	3.85	0.46	0.95	0.90	1.00
	Relevancia	3.85	0.46	0.95	0.90	1.00
	Claridad	3.73	0.53	0.91	0.85	0.98
Alcohol	Suficiencia	3.81	0.40	0.94	0.88	1.00
	Coherencia	4.00	0.00	1.00	0.98	1.00
	Relevancia	4.00	0.00	1.00	0.98	1.00
	Claridad	3.73	0.53	0.91	0.85	0.98
Tabaco	Suficiencia	3.54	0.58	0.85	0.77	0.93
	Coherencia	4.00	0.00	1.00	0.98	1.00
	Relevancia	4.00	0.00	1.00	0.98	1.00
	Claridad	3.69	0.68	0.90	0.83	0.97
<b>Bienestar emocional</b>	Suficiencia	3.68	0.48	0.89	0.83	0.97
Satisfacción/Desarrollo personal	Coherencia	3.92	0.41	0.97	0.93	1.00
	Relevancia	3.83	0.48	0.94	0.89	1.00
	Claridad	3.83	0.64	0.94	0.89	1.00
Autoaceptación/Autoconcepto	Coherencia	4.00	0.00	1.00	0.98	1.00
	Relevancia	3.92	0.41	0.97	0.93	1.00
	Claridad	3.88	0.34	0.96	0.91	1.00

Estado de ánimo	Coherencia	4.00	0.00	1.00	0.98	1.00
	Relevancia	3.83	0.56	0.94	0.89	1.00
	Claridad	3.96	0.20	0.99	0.95	1.00
Equilibrio emocional/Control del estrés	Coherencia	4.00	0.00	1.00	0.98	1.00
	Relevancia	3.88	0.45	0.96	0.91	1.00
	Claridad	3.92	0.28	0.97	0.93	1.00
Capacidad de afrontamiento	Coherencia	3.88	0.45	0.96	0.91	1.00
	Relevancia	3.75	0.61	0.92	0.85	0.98
	Claridad	3.75	0.68	0.92	0.85	0.98
Motivación/Actitud	Coherencia	3.87	0.46	0.96	0.91	1.00
	Relevancia	3.83	0.49	0.94	0.89	1.00
	Claridad	3.57	0.79	0.86	0.78	0.94
Relaciones interpersonales. Estructura familiar/social de apoyo	Coherencia	3.96	0.20	0.99	0.95	1.00
	Relevancia	3.96	0.21	0.99	0.95	1.00
	Claridad	3.96	0.20	0.99	0.95	1.00
Necesidades afectivas	Coherencia	4.00	0.00	1.00	0.98	1.00
	Relevancia	3.83	0.48	0.94	0.89	1.00
	Claridad	4.00	0.00	1.00	0.98	1.00
Sueño/Descanso	Coherencia	3.92	0.41	0.97	0.93	1.00
	Relevancia	3.88	0.45	0.96	0.91	1.00
	Claridad	3.83	0.38	0.94	0.89	1.00
Ocio/Entretenimiento	Coherencia	3.81	0.40	0.94	0.88	1.00
	Relevancia	3.90	0.30	0.97	0.92	1.00
	Claridad	3.82	0.39	0.94	0.88	1.00

Fuente: elaboración propia.

El nivel de concordancia entre los jueces fue alto, oscilando entre 0.81 y 1, por lo que hubo un elevado consenso en que las dimensiones e ítems propuestos tenían un cumplimiento alto en los criterios evaluados (claridad, coherencia, relevancia y suficiencia).

Se elaboró un nuevo archivo de Excel desglosando todas las propuestas realizadas por los expertos. El grupo de coordinación consensuó una respuesta para cada una de las propuestas. (Anexo 16)

Tras esta evaluación se realizaron los siguientes cambios:

*Modificaciones generales del cuestionario tras la ronda 2 de expertos:*

- ✓ Se agruparon las dimensiones de tabaco y alcohol en una nueva dimensión ('Consumo de Tabaco, Alcohol y Otras Drogas') en el que se añade un nuevo ítem para la valoración del consumo de 'Otras drogas'. En esta dimensión se modifica la escala de valoración, incorporando la posibilidad de obtener puntuación negativa en función del consumo.

- ✓ Se añadió una nueva dimensión: ‘Seguridad y Lesiones no intencionales’.
- ✓ Se realizó una nueva asignación de puntos a cada dimensión, teniendo en cuenta la propuesta de algunos expertos y los datos de España del ‘*Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019*’.

#### *Modificaciones específicas de las dimensiones tras la ronda 2 de expertos:*

##### *Alimentación*

- Se ordenan los ítems de valoración según frecuencia de consumo recomendada (a diario/varias veces a la semana/ocasionalmente)
- Se asignan 3 puntos a los ítems que tiene más peso en el estudio del *Global Burden Disease*: cereales integrales, carnes rojas y procesadas y alimentos procesados/ultra procesados.
- Se añaden medidas caseras de preparación de los alimentos para complementar la información de gramos por ración.
- Se añaden más ejemplos en varias categorías y se aclaran otros que pudieran resultar confusos o excluidos/incluidos dentro de algunos ítems.
- Se especifica el consumo de cereales integrales en raciones/día, en lugar de veces/semana.
- Se incluye el consumo de frutos secos tostados (3 veces/semana) con una puntuación inferior al consumo de frutos secos crudos.
- Se agrupan las carnes rojas y carnes procesadas en un único ítem.
- En este mismo ítem se aclara que se consideran alimentos procesados los cereales de desayuno ‘refinados/azucarados’.
- También se añade una aclaración final, señalando que en este grupo de procesados se incluyen los alimentos precocinados/listos para consumir con exceso de sal, azúcar, aceites refinados o conservantes/ aditivos y que se excluyen los alimentos poco procesados como las frutas y verduras envasadas, los encurtidos o las legumbres cocidas en bote.
- Se sustituye ‘bebida azucarada/carbonatada’ por ‘azucarada/edulcorada’, asignando una puntuación diferente en función del consumo de una u otra (o ninguna)
- Se añade un nuevo ítem sobre el consumo de agua.

##### *Actividad física*

- Se elimina el término ‘usted’ del enunciado de las preguntas.
- Se incorpora lenguaje inclusivo.
- Se incorpora un nuevo ítem de ejercicios de fortalecimiento muscular, con las aclaraciones correspondientes y una puntuación máxima de 4 puntos.
- Se ajusta la puntuación de la actividad física aeróbica (máximo 12 puntos) para asignárselos al nuevo ítem de fortalecimiento muscular.
- Se incorpora como ejemplo de actividad moderada: caminar 7.000/8.000 pasos/día.

- Se modifica el enunciado de la pregunta del sedentarismo (en la línea de la propuesta del Ministerio de Sanidad).
- Se incorpora una aclaración sobre la posibilidad de alcanzar las recomendaciones de actividad física sumando periodos más cortos, siempre que sean al menos de 10 minutos.

#### *Tabaco, alcohol y otras drogas*

##### *Tabaco:*

- Se añade una aclaración de las sustancias/modalidades de consumo que se incluyen en el concepto de fumar (Cigarros, puros, pipas, sistemas electrónicos de administración de nicotina/cigarrillos electrónicos/vapeadores, pipas de agua/cachimba/narguiles...).
- En el caso de personas fumadoras, se les interroga sobre el consumo de cigarrillos/ cigarrillos electrónicos/puros/cachimbas al día.
- Se establece una nueva puntuación en función del gradiente de consumo: desde (-15) a 15.

##### *Alcohol:*

- Se establece una nueva puntuación en función del gradiente de consumo: desde (-10) a 10.

##### *Otras drogas:*

- Se añade un nuevo ítem para valorar el consumo de ‘Otras drogas’, que en caso de consumirse restan puntos en esta dimensión (hasta -10)

##### *Bienestar emocional*

- Se incorpora lenguaje inclusivo
- Se añade una aclaración en el ítem de la motivación hacia la realización de actividades
- Se modifica el ítem relacionado con sueño/descanso, redactándolo en positivo.

##### *Seguridad y lesiones no intencionales*

- Se incorpora esta nueva dimensión con 5 ítems (3 relacionados con seguridad vial/accidentes de tráfico, 1 con ahogamientos y otros accidentes en el agua y el último relacionado con accidentes en el hogar)

Tras esta ronda se obtuvo la **versión 3** del cuestionario Ponte a 100:

*Tabla 12: Resumen formato cuestionario PA100 Versión 3.*

Dimensión	ítems	Puntuaciones
Alimentación	11	0-25 Puntos
Actividad física y sedentarismo	4	0-20 Puntos
Alcohol	1	(-10)-10 Puntos
Tabaco	1	(-15)-15 Puntos
Otras drogas	1	0(-10) Puntos

Bienestar emocional	10	0-20 Puntos
Seguridad y lesiones no intencionales	5	0-10 Puntos

Fuente: elaboración propia.

4.2.1.4 *Tercera ronda de expertos*. Realizada por 34 expertos en el período comprendido entre el 5/4/2021 al 23/4/2021.

La recopilación de propuestas tras la tercera ronda del comité de expertos para la validación de contenido del cuestionario PA100 analizando la Versión 3 se encuentran en el Anexo 17.

A continuación, en la tabla 13, se presentan los porcentajes de repuesta de acuerdo para la modificación y/o inclusión de ítems en la versión 3 de la herramienta PA100.

*Tabla 13: Porcentaje de respuesta de acuerdo de los expertos (ronda 3) para la modificación y/o inclusión de ítems en la versión 3 de la herramienta PA100.*

Dimensión	Ítem	¿Le parece adecuada la modificación realizada en el ítem?		¿Le parece relevante la inclusión de este nuevo ítem?	
		SI	NO	SI	NO
Alimentación	Verduras y hortalizas	91.42 %	2.8 %		
	Frutas	88.57 %	5.7 %		
	Cereales integrales	88.57 %	5.7 %		
	Frutos secos	77.14 %	17 %		
	Aceite	85.71 %	5.7 %		
	Legumbres	91.42 %	-		
	Pescado/marisco	91.42 %	2.8 %		
	Carnes rojas y procesadas	85.71 %	8.5 %		
	Procesados y ultra procesados	85.71 %	5.7 %		
	Bebidas azucaradas/edulcoradas/carbonatadas	85.71 %	5.7 %		
	Agua			82.85 %	5.7 %
Actividad física y sedentarismo	AF Intensa	85.71 %	2.8 %		
	AF Moderada	91.42 %	2.8 %		
	AF Fortalecimiento			85.71 %	5.7 %
	AF Sedentarismo	85.71 %	8.5 %		
Alcohol, tabaco y otras drogas	Tabaco	82.85 %	11.42 %		
	Alcohol	82.85 %	8.5 %		
	Otras drogas			94.28 %	5.7 %
	Autoaceptación/autoconcepto	91.42 %	2.8 %		

Bienestar emocional	Satisfacción/desarrollo personal				
	Estado de ánimo				
	Equilibrio emocional/Control del estrés				
	Motivación/actitud	<b>85.71 %</b>	8.5%		
	Capacidad de afrontamiento				
	Relaciones interpersonales Estructura familiar/social de apoyo	<b>94.28 %</b>	-		
	Necesidades afectivas				
	Sueño/descanso	<b>88.57 %</b>	5.7 %		
	Ocio/entretenimiento				

Fuente: elaboración propia.

A continuación, en la Tabla 14, se presenta el análisis descriptivo de las puntuaciones asignadas por el comité de expertos en la ronda 3 (versión 3 de la herramienta PA100), así como el coeficiente de concordancia entre ellos para la nueva dimensión “seguridad y lesiones no intencionales”.

Tabla 14: Validez de contenido por criterio de expertos (ronda 3, versión 3, nueva dimensión): media (+ DE) de las puntuaciones y V de Aiken con su IC.

Dimensión/Ítem	Criterio	Media	DE	V de Aiken	LI	LS
Seguridad y lesiones no intencionales	Suficiencia	3.67	0.56	0.89	0.83	0.95
Uso cinturón y casco	Coherencia	4.00	0.00	1.00	0.98	1.00
	Relevancia	4.00	0.00	1.00	0.98	1.00
	Claridad	3.93	0.25	0.98	0.95	1.00
Conducción bajo los efectos del alcohol	Coherencia	3.97	0.18	0.99	0.96	1.00
	Relevancia	3.97	0.18	0.99	0.96	1.00
	Claridad	3.87	0.43	0.96	0.91	1.00
Otras normas de tráfico	Coherencia	3.90	0.31	0.97	0.93	1.00
	Relevancia	3.97	0.18	0.99	0.96	1.00
	Claridad	3.83	0.46	0.94	0.90	0.99
Seguridad en el baño/Prevención de ahogamientos	Coherencia	3.90	0.40	0.97	0.93	1.00
	Relevancia	3.73	0.64	0.91	0.86	0.97
	Claridad	3.77	0.57	0.92	0.87	0.98
Seguridad en el hogar/Prevención de caídas	Coherencia	3.93	0.37	0.98	0.95	1.00
	Relevancia	3.83	0.46	0.94	0.90	0.99
	Claridad	3.60	0.81	0.87	0.80	0.94

Fuente: elaboración propia.

El nivel de concordancia para esta nueva dimensión entre los jueces fue muy alto, oscilando entre 0.87 y 1, por lo que hubo un elevado consenso en que las dimensiones e ítems propuestos tenían un cumplimiento alto en los criterios evaluados (claridad, coherencia, relevancia y suficiencia).

#### *Propuesta de nuevos ítems en las dimensiones de alimentación, actividad física y otras drogas:*

El 74.28% (n=26) respondieron que no era necesario, mientras que 14.28% (n=5) refirió que sí y el 11.42% no contestó.

#### *Valoración general últimas modificaciones del cuestionario PA100:*

- Inclusión de la nueva dimensión sobre “Seguridad y Lesiones No intencionales”:

El 91.42% (n=32) respondió que sí.

- Nueva asignación de la gradación de las puntuaciones (con posibilidad de obtener puntuaciones negativas) en la dimensión del ‘Consumo de Tabaco, Alcohol y otras Drogas’ en función del consumo:

El 91.42% (n=32) respondió que sí.

- Nueva ponderación de los puntos asignados a cada dimensión en función del estudio ‘Global Burden of Disease Study (2019)’:

El 85.71% (n=30) respondió que sí.

#### *Cambios que se aplican tras la última ronda de expertos obteniendo la versión definitiva del cuestionario PA100.*

##### *Dimensión Alimentación*

- Se sustituye en la puntuación < de 1 por ‘Ninguna’.
- Se sustituye ‘2 o más’ por ‘Mas de 1’; ‘3 o más’ por ‘Mas de 2’.
- Se sustituye ‘1 o 2’ por ‘1-2’.
- Se cambia en algunas categorías de respuestas “:” por “=”.

##### ✓ *Verdura y hortalizas:*

- Se sustituye plato hondo por plato grande.

##### ✓ *Frutas:*

- Se sustituye piezas por raciones.
- Se añaden algunos ejemplos de piezas de fruta.
- Se añade ‘bol’ junto a taza (como medida de tamaño casero).

##### ✓ *Aceite:*

- Se sustituye ‘Consume más de 3 cucharadas soperas...’ por ‘Consume al menos 3.’
- Se pone primero la pregunta del aceite y luego la de los frutos secos que es semanal.

✓ *Frutos Secos:*

- Se hacen las categorías excluyentes.
- Se agrupa Crudos y Tostados (de 1 a 3 raciones).
- Se elimina la última línea 'Ni crudos ni tostados (\*) = 0 puntos.' Y se pone directamente 'No puntúa el consumo de frutos secos fritos, salados o dulces' .
- Se añade el interrogante al inicio de la pregunta.

✓ *Legumbres:*

- Se aclara que son "cazos" de servir.

✓ *Pescado/marisco:*

- Se elimina de los ejemplos las latas de conservas.

✓ *Agua:*

- Se elimina la aclaración de las infusiones.

*Dimensión AF y sedentarismo*

- ✓ Se cambia la definición de intensidad según la propuesta de expertos.
- ✓ Se agrupa la información de la definición de intensidad con la de los ejemplos.
- ✓ Se añade una aclaración sobre lo que se considera intensidad moderada.

*Dimensión Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas*

✓ *Tabaco*

- Se cambia el símbolo (>), por la palabra más.

✓ *Alcohol*

- Se ajustan las unidades teniendo en cuenta los nuevos criterios de riesgo del Ministerio de Sanidad.
- Se añade una aclaración en la primera categoría: (\*) Siempre que este consumo no se realice en forma de consumo intensivo, en cuyo caso la puntuación sería 0.

✓ *Otras drogas*

- En la columna de puntuación, se cambia ": "por "=".

*Dimensión Bienestar emocional*

- En el primer ítem de *Satisfacción* se añade "mismo/misma".

*Dimensión Seguridad y lesiones no intencionales*

- Se añade la necesidad de llevar casco en bicicleta, patines o patinete, cuando esté indicado.
- Se modifica la redacción del ítem de normas de tráfico, incorporando algunos ejemplos y lenguaje inclusivo.
- Se añaden los pantanos y embalses y la aclaración de normas 'de seguridad' en el ítem de las normas en el baño. En este mismo ítem se añade que no se tiran de cabeza en las zonas en las que está prohibido y la utilización de protección solar.
- En el ítem de accidentes en el hogar se añade una aclaración sobre prevención de caídas en personas mayores.

Tras esta última ronda de expertos se obtiene la **versión definitiva** de la herramienta PA100 (*Anexo 18*).

[Versión definitiva del cuestionario PA100:](#)

La versión definitiva del cuestionario PA100 consta de 5 dimensiones: alimentación, actividad física, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, bienestar emocional y seguridad y lesiones no intencionales.

La puntuación máxima alcanzable definida como índice sintético de estilo de vida (ISEV) es de 100 puntos, de ahí el nombre que recibe esta herramienta: **cuestionario “Ponte a 100”**.

La dimensión de alimentación está formada por 11 ítems en los cuales se recogen los principales grupos de alimentos con suficiente evidencia que respalda su efecto protector (verduras, frutas, cereales integrales, frutos secos, AOVE, legumbres pescado/marisco y agua) o factor de riesgo (carne roja y/o procesadas, alimentos procesados y/o ultra procesados y bebidas carbonatadas, azucaradas o edulcoradas). Cada ítem tiene asignado una puntuación en función de su impacto en salud y se ordenan de mayor consumo diario recomendado a consumo ocasional.

La dimensión de actividad física se puntúa en función de las recomendaciones actuales, si se realiza actividad física intensa, moderada, o una combinación de ambas, así como ejercicios de fortalecimiento muscular y descansos activos.

La dimensión de alcohol, tabaco y otras drogas otorga puntuaciones negativas en su consumo, lo que penaliza en bastante en la puntuación final a pesar de obtener buenas puntuaciones en el resto de las dimensiones.

La dimensión de bienestar emocional valora los aspectos de: autoaceptación/autoconcepto; satisfacción/desarrollo personal; estado de ánimo; equilibrio emocional/control del estrés; motivación/actitud; capacidad de afrontamiento; relaciones interpersonales/estructura familiar/social de apoyo; necesidades afectivas; sueño/descanso y ocio/entretenimiento.

La dimensión de seguridad y lesiones no intencionales valora aspectos relacionados con conductas de riesgo: respeto de normas de tráfico (como conductor, copiloto y peatón), conducción, normas de baño y accidentes domésticos.

El objetivo de estas puntuaciones es facilitar la comprensión de nuestro estilo de vida, volviendo un concepto multidimensional en pequeñas parcelas de actuación, sintetizando hábitos saludables y no saludables en función de puntuaciones que nos permitan evaluar objetivamente dónde se encuentran los factores de riesgo, posibilitando su modificación y reevaluación para alcanzar una puntuación más alta y con ello mejorar nuestro estilo de vida.

Tabla 15: Versión final cuestionario PA100.

Dimensión	ítem	Puntuación	Sentido
Alimentación	Verduras y hortalizas	0-1-2 puntos	+
	Frutas	0-1-2 puntos	+
	Cereales integrales	0-1-2-3 puntos	+
	Aceite	0-1-2 puntos	+
	Frutos secos	0-1-2 puntos	+
	Legumbres	0-1-2 puntos	+
	Pescado/marisco	0-1-2 puntos	+
	Carnes rojas y procesadas	0-1-3 puntos	-
	Alimentos procesados y ultra procesados	0-1-3 puntos	-
	Bebidas azucaradas	0-1-2 puntos	-
	Agua	0-1-2 puntos	+
Actividad física y sedentarismo	Actividad física intensa	0-6-12 puntos	+
	Actividad física moderada	0-3-6-12 puntos	+
	Fortalecimiento muscular	0-2-4 puntos	+
	Sedentarismo	0-2-4 puntos	+
Alcohol, tabaco y otras drogas	Alcohol	0-5-0-(-5) - (-10) puntos	-
	Tabaco	15-0-(-5) - (-10) - (-15) puntos	-
	Otras drogas	0-(-5) - (-10) puntos	-
Bienestar emocional	Autoaceptación/Autoconcepto	0-1-2 puntos	+
	Satisfacción/Desarrollo personal	0-1-2 puntos	+
	Estado de ánimo	0-1-2 puntos	+
	Equilibrio emocional/Control del estrés	0-1-2 puntos	-
	Motivación/Actitud	0-1-2 puntos	+
	Capacidad de afrontamiento	0-1-2 puntos	+
	Relaciones interpersonales. Estructura familiar/social de apoyo	0-1-2 puntos	+
	Necesidades afectivas	0-1-2 puntos	+
	Sueño/Descanso	0-1-2 puntos	+
	Ocio/Entretenimiento	0-1-2 puntos	+
	Seguridad vial: uso de cinturón y casco	0-1-2 puntos	+

Seguridad y lesiones no intencionales	Seguridad vial: conducción bajo los efectos del alcohol	0-1-2 puntos	+
	Seguridad vial: otras normas de tráfico	0-1-2 puntos	+
	Seguridad en el baño/Prevención de ahogamientos	0-1-2 puntos	+
	Seguridad en el hogar/Prevención de caídas	0-1-2 puntos	+
ISEV	(-35) puntos a 100 puntos		

Fuente: elaboración propia.

#### 4.2.2 Análisis de legibilidad 2

Se realizó el análisis de legibilidad de la versión definitiva de la herramienta PA100.

*Tabla 16: Análisis legibilidad versión definitiva PA100.*

Texto que se analiza	INFLESZ	DIFICULTAD
Introducción	59.56	Normal
Normas de cumplimentación	61.67	Normal
Ítem verduras y hortalizas	65.12	Bastante fácil
Ítem frutas	58.69	Normal
Ítem cereales integrales	68.85	Bastante fácil
Ítem aceite	74.64	Bastante fácil
Ítem frutos secos	61.33	Un poco fácil
Ítem legumbres	74.62	Bastante fácil
Ítem pescado/marisco	63.33	Normal
Ítem carne roja y procesada	53.29	Algo difícil
Ítem procesados/ultra procesados	40.09	Algo difícil
Ítem bebidas carbonatadas/edulcoradas/azucaradas	72.24	Bastante fácil
Ítem agua	107.39	Muy fácil
Ítem AF intensa	44.09	Algo difícil
Ítem AF moderada	48.54	Algo difícil
Ítem fortalecimiento	49.91	Algo difícil
Ítem sedentarismo	61.96	Normal
Explicación AF	54.82	Algo difícil
Ítem alcohol	25.76	Muy difícil
Ítem tabaco	58.31	Normal
Ítem otras drogas	52.95	Algo difícil

Ítem autoaceptación/autoconcepto	95.37	Muy fácil
Ítem satisfacción/Desarrollo personal	97.6	Muy fácil
Ítem Estado de ánimo	97	Muy fácil
Ítem Equilibrio emocional/Control del estrés	56.97	Normal
Ítem Motivación/Actitud	50.87	Algo difícil
Ítem Capacidad de afrontamiento	76.9	Bastante fácil
Ítem Relaciones interpersonales Estructura familiar/social de apoyo	40.01	Algo difícil
Ítem Necesidades afectivas	78.47	Bastante fácil
Ítem Sueño/Descanso	79.24	Bastante fácil
Ítem Ocio/Entretenimiento	67.28	Bastante fácil
Ítem Uso cinturón	70.47	Bastante fácil
Ítem Conducción/alcohol	73.44	Bastante fácil
Ítem Normas de tráfico	58.12	Normal
Ítem Normas de baño	72.82	Bastante fácil
Ítem Seguridad en el hogar	50.29	Algo difícil

Fuente: elaboración propia.

La mayoría de las valoraciones de esta herramienta fueron de “normal” a “muy fácil”. En algunos ítems la valoración fue “algo difícil” pero al realizar las entrevistas del grupo coordinador y en las diferentes pruebas piloto, así como en la validación del cuestionario, llevadas a cabo por entrevistadores expertos, se observó que esta dificultad era aceptable sin generar interferencias en la comprensión ni cumplimentación tanto del CI como de la herramienta PA100.

#### 4.2.3 Validez de criterio

A través de CRD electrónico tanto en las versiones auto como hetero administradas al finalizar la cumplimentación del cuestionario PA100 se realizaba la cumplimentación del cuestionario *Medlife*.

La puntuación media de la escala *Medlife* fue de 16.92 puntos (DE=3.45; Rango=5-24).

Al analizar la correlación entre las dos escalas esta era muy baja porque el cuestionario PA100 analiza más ítems en algunas dimensiones y más dimensiones dentro del constructo estilos de vida.

Por lo que se decidió correlacionar solamente los ítems correspondientes a la dimensión alimentación.

El CCI, para la consistencia con efectos mixtos sobre las medidas promedio, de la escala *Medlife* hasta la pregunta 23 (ítems de alimentación) con la dimensión de alimentación de la herramienta Ponte a 100 es de **0.796**. Ambas escalas están bastante correlacionadas en lo que respecta a sus puntuaciones medias. Cuando una da valores altos en la dimensión de alimentación, la otra también los da.

Sin duda, esta es una limitación de este estudio, no haber podido obtener una validez de criterio para toda la herramienta. Sin embargo, como ya se ha comentado, se trata de una herramienta diseñada a partir de las carencias observadas para el análisis del constructo estilos de vida y la existencia de otras escalas que lo miden, pero con un abordaje de dimensiones y/o ítems diferentes o en poblaciones de referencia concretas.

#### 4.2.4 Fiabilidad de la herramienta

##### 4.2.4.1 Fiabilidad según la forma de administración:

Realizada por 3 investigadores clínicos en 3 centros de salud en el periodo comprendido entre febrero y marzo de 2022.

Participaron en esta fase un total de 30 pacientes.

Todos los pacientes firmaron el CI y cumplían con los criterios de inclusión y ninguno de exclusión.

*Tabla 17. Distribución de las versiones administradas por cada enfermero/a.*

		ENF01	ENF02	ENF03	Total
		n	n	n	n
Cumplimentación	Autoadministrado	5	5	5	15
	Hetero administrado	5	5	5	15
	Total	10	10	10	30

Fuente: elaboración propia.

##### *Parrilla de selección de pacientes:*

Se cumplieron los criterios de selección propuestos para esta fase, de forma que la muestra fue lo más representativa posible de la población objetivo. A continuación, en la Tabla 18 se muestra la distribución de las características sociodemográficas según entrevistador.

*Tabla 18: Características sociodemográficas de los pacientes que participaron en la validación de la fiabilidad según la forma de administración.*

	MUJER	HOMBRE	Total
	n	n	n
ENF01	5	5	10
ENF02	7	3	10
ENF03	6	4	10
Total	18 (60%)	12 (40%)	30

	17-30 años	30-64 años	65-74 años	Total
	n	n	n	n
ENF01	2	4	4	10
ENF02	3	5	2	10
ENF03	3	4	3	10
Total	8 (26,7%)	13 (43,3%)	9 (30%)	30

Fuente: elaboración propia.

*Análisis descriptivo y comparación de medias de las puntuaciones totales obtenidas en las dimensiones y en el ISEV en ambas versiones del cuestionario PA100:*

A continuación, se desglosan las puntuaciones medias (+DE, máximos y mínimos) obtenidas en las dos versiones de administración del cuestionario PA100 por dimensión, así como el p-valor resultante de la comparación de medias.

*Tabla 19: Media (+ DE), máximo y mínimos y comparación de medias (t de Student) de las puntuaciones obtenidas en las dos formas de administración del cuestionario PA100.*

	n	Puntuación mínima	Puntuación máxima	Media	DE	P-valor (****)
Alimentación (h)*	30	8	25	17.53	4.08	0.149
Alimentación (a)**	30	4	22	16.83	3.77	
Actividad física y sedentarismo (h)	30	0	20	12.70	6.14	0.330
Actividad física y sedentarismo (a)	30	0	20	11.93	6.42	
Alcohol, tabaco y otras drogas (h)	30	-5	25	18.33	8.54	0.541
Alcohol, tabaco y otras drogas (a)	30	-5	25	17.83	8.67	
Bienestar emocional (h)	30	6	20	16.00	3.38	1.000
Bienestar emocional (a)	30	6	20	16.00	3.23	
Seguridad y lesiones no intencionales (h)	30	7	10	9.63	0.71	0.380
Seguridad y lesiones no intencionales (a)	30	8	10	9.77	0.50	
ISEV (h)	30	39	95	74.20	14.07	0.227
ISEV (a)	30	45	92	72.37	13.04	

\*h: versión hetero administrada; \*\*a: versión autoadministrada; \*\*\*ISEV: Índice sintético de estilos de vida; \*\*\*\* t de Student para muestras emparejadas.

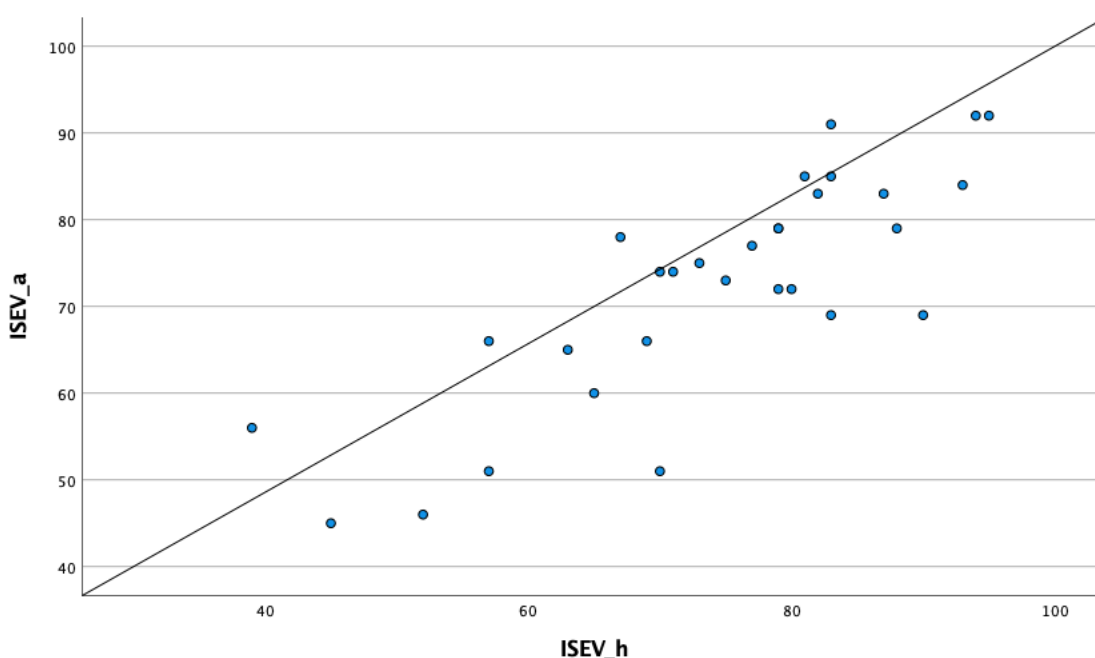
Fuente: elaboración propia.

Como se observa en la tabla no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas en cada dimensión ni en la puntuación total de la herramienta independientemente de la forma de administración.

*Análisis de la correlación entre las puntuaciones obtenidas en el ISEV en las versiones del cuestionario: hetero administrado/autoadministrado.*

El CCI (de dos factores con efectos mixtos para el acuerdo absoluto) obtenido entre las puntuaciones totales (ISEV) de la herramienta PA100 en las dos versiones administradas fue de 0.818 ( $p$ -valor=0.000) por lo que podemos afirmar que en ambas herramientas los pacientes obtuvieron puntuaciones muy similares.

*Gráfico 2: Diagrama de dispersión para las puntuaciones totales (ISEV) obtenidas en el cuestionario PA100 para las administraciones auto y hetero administradas.*



*Análisis de la correlación entre las puntuaciones del ISEV y el orden de administración de las versiones*

- Realizando primero la versión autoadministrada:

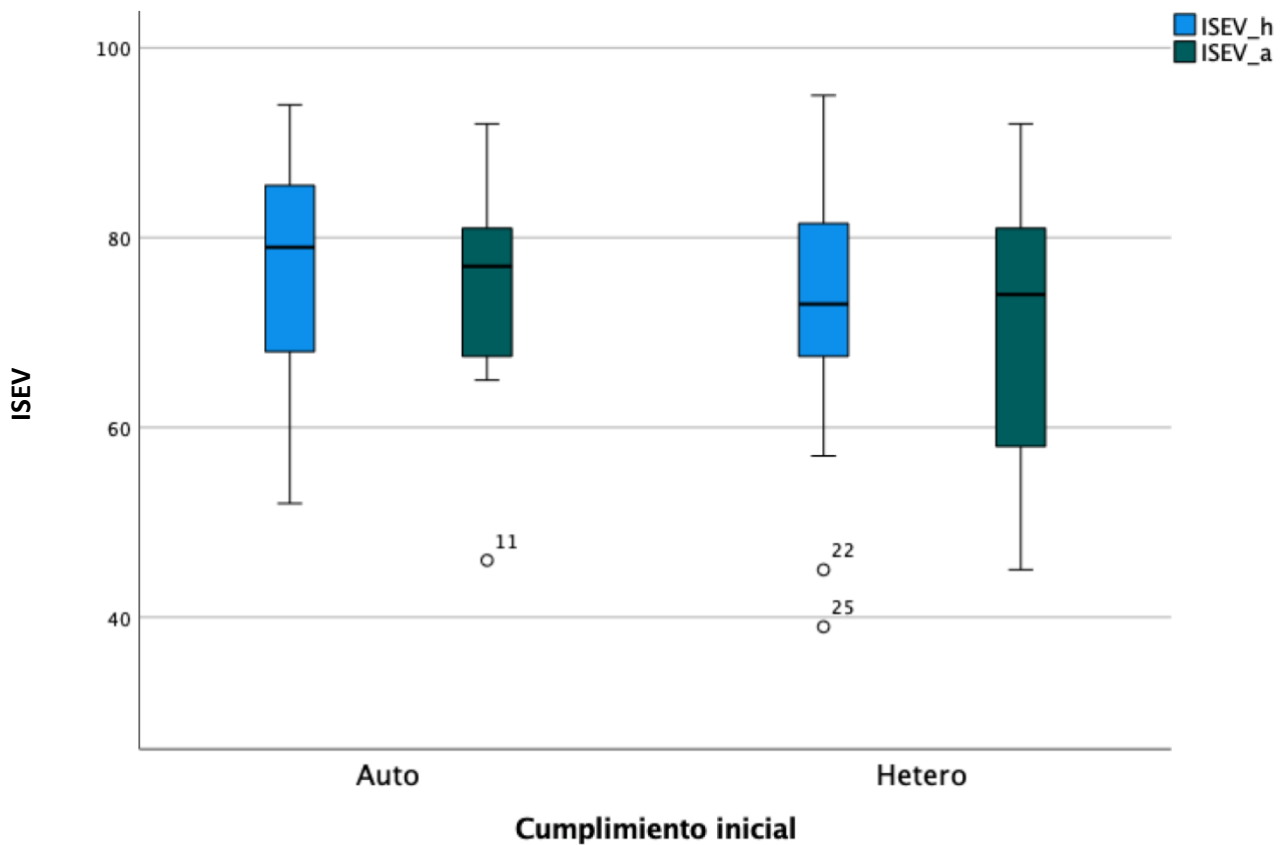
El CCI (de dos factores con efectos mixtos para el acuerdo absoluto) obtenido entre las puntuaciones totales (ISEV) de la herramienta PA100 administrando primero la versión autoadministrada y después la hetero administrada es de 0.754 ( $p$ -valor=<0.01).

- Realizando primero la versión hetero administrada:

El CCI (de dos factores con efectos mixtos para el acuerdo absoluto) obtenido entre las puntuaciones totales (ISEV) de la herramienta PA100 administrando primero la versión hetero administrada y después la autoadministrada es de 0.860 ( $p$ -valor=<0.01).

La correlación entre las puntuaciones de las dos versiones del cuestionario es buena independientemente del orden de administración de la misma. Sin embargo, esta mejora si la primera versión que se administra es la hetero administrada y después la autoadministrada como se muestra en el siguiente gráfico.

*Gráfico 3: Diagrama de cajas para la cumplimentación inicial (auto o hetero administrada) del cuestionario PA100.*



*Valoración utilidad del cuestionario*

Al finalizar la primera versión del cuestionario, tanto auto como hetero administrada, los 30 pacientes que participaron en esta fase contestaron una serie de preguntas relacionadas con la comprensión y valoración del resultado obtenido (sorpresa y utilidad).

El 100% de los participantes afirma haber comprendido bien el resultado de cada dimensión y el resultado final.

El 50% afirma estar sorprendido con el resultado obtenido.

El 100% afirma resultarle útil conocer su resultado.

#### 4.2.4.2 Fiabilidad intra e inter observador

Esta fase se realizó a través de 17 investigadores clínicos en 17 CS en el período comprendido entre mayo y julio de 2022.

#### Características sociodemográficas de la población de estudio:

Se entrevistaron 365 pacientes, en esta muestra se incluyeron las versiones hetero administradas del análisis de la fiabilidad según forma de administración para minimizar la pérdida de datos.

La media de edad era de 54.9 años (DE=15.1; Rango 17-75) y la mediana de 59 años, con el 30% (n= 108) de la muestra mayor de 65 años. El 58.1% (n=207) eran mujeres. La descripción de la muestra se recoge, estratificada por sexo en la Tabla 20.

Tabla 20: Descripción de la muestra en función del sexo.

	TOTAL n (% columna)	Mujeres n (% columna)	Hombres n (% columna)	p*
Edad				
<46	95 (26.7)	60 (29)	35 (23.5)	0.660
46-55	58 (16.3)	31 (15)	27 (18.1)	
56-65	95 (26.7)	54 (26.1)	41 (27.5)	
>65	108 (30.3)	62 (30)	46 (30.9)	
Nacionalidad				
Español	308 (86.5)	177 (85.5)	131 (87.9)	0.511
Otro	48 (13.5)	30 (14.5)	18 (12.1)	
Estado civil				
Soltero/a	91 (25.7)	60 (29)	31 (21.1)	<0.001**
Casado/a	209 (59)	102 (49.3)	107 (72.8)	
Separado/a, divorciado/a, viudo/a	54 (15.3)	45 (21.7)	9 (6.1)	
Nivel de estudios				
Hasta primarios	61 (17.1)	37 (17.9)	24 (16.1)	0.780
Secundarios	43 (12.1)	27 (13)	16 (10.7)	
Bachillerato	108 (30.3)	59 (28.5)	49 (32.9)	
Universitarios	144 (40.4)	84 (40.6)	60 (40.3)	
Ocupación				
Trabajando	180 (50.8)	104 (50.2)	76 (51.7)	0.063

Jubilado/a, pensionista	131 (37.0)	71 (34.3)	60 (40.8)	
Otros (estudiantes, parados/as, tareas hogar)	43 (12.1)	32 (15.5)	11 (7.5)	
Ingresos mensuales				
Ningún ingreso	19 (6.4)	14 (8.3)	5 (3.9)	<0.001**
Menos o igual a 1.000€	79 (26.7)	55 (32.5)	24 (18.9)	
De 1.001 a 2.500€	166 (56.1)	93 (55)	73 (57.5)	
>2.500€	32 (10.8)	7 (4.1)	25 (19.7)	
Diabetes Mellitus (DM)				
Sí	52 (14.6)	23 (11.1)	29 (19.5)	0.028**
No	304 (85.4)	184 (88.9)	120 (80.5)	
Hipertensión arterial (HTA)				
Sí	112 (31.5)	55 (26.6)	57 (38.3)	0.019**
No	244 (68.5)	152 (73.4)	92 (61.7)	
Obesidad				
Sí	66 (18.5)	34 (16.4)	32 (21.5)	0.226
No	290 (81.5)	173 (83.6)	117 (78.5)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación del sexo con las características de la muestra.

\*\*p-valor significativo (<0,05)

Fuente: elaboración propia.

El 59% (n=209) de la muestra está casado/a o viviendo en pareja. Este porcentaje es mayor en hombres (72.8%; n= 107) que en mujeres (49.3%; n=102). El 25.7% (n=91) está soltero, siendo el porcentaje similar en ambos sexos. El 15.3% (n=54) está divorciado/a, separado/a o viudo/a, siendo este porcentaje mayor en mujeres (21.7%; n=45) que en hombres (6.1%; n=9), encontrándose diferencias significativas en la distribución de la muestra según el estado civil ( $p<0.001$ ).

El 56.1% (n=166) de la muestra tiene unos ingresos medios entre 1.001 y 2.500 euros, siendo los porcentajes similares en ambos sexos. El 26.7% (n=79) tiene unos ingresos inferiores o iguales a 1.000 euros, siendo el porcentaje de mujeres (32.5%; n=55) más alto que en los hombres (18.9%; n=24). Sin embargo, el 10.8% (n=32) de la muestra tiene unos ingresos superiores a 2.500 euros, siendo el porcentaje de hombres (19.7%; n=25) mayor que en mujeres (4.1%; n=7), encontrándose diferencias significativas en la distribución de la muestra según el estado civil ( $p<0.001$ ).

En cuanto a la prevalencia de enfermedades crónicas el 85.4% (n=304) de la muestra refiere que no presenta DM, siendo el 88.9% (n=184) mujeres y el 80.5% (n=120) hombres. En cuanto a presentar HTA,

el 68.5% (n=244) refiere que no, frente al 31.5% (n=112) que refiere que sí, siendo mayor el porcentaje de mujeres sanas (73.4%; n=152) respecto a hombres (61.7%; n=92), y siendo el porcentaje mayor en hombres que sí presentan HTA (38.3%; n=57) respecto a mujeres (26.6%; n=55), encontrándose diferencias significativas en la distribución de la muestra según el estado civil ( $p < 0.019$ ).

#### *Fiabilidad inter observador:*

La fiabilidad inter observador se realizó en un mismo CS a través de dos investigadores clínicos que administraban el cuestionario PA100 consecutivamente al mismo paciente, en un corto período de tiempo, preferentemente el mismo día.

La muestra para analizar la fiabilidad inter observador fue de 17 pacientes.

La herramienta es fiable en su forma de aplicación desde la perspectiva intra observador, como se muestra en la Tabla 21.

*Tabla 21: Fiabilidad inter observador de la herramienta PA100.*

		n	Puntuación Media	CCI* (IC95%)	P-valor
Fiabilidad inter-observador	Observador 1	17	74.82	1	-
	Observador 2		74.82		

\*CCI: Coeficiente de correlación intraclass, de dos factores con efectos mixtos para el acuerdo absoluto.

Fuente: elaboración propia.

Las puntuaciones obtenidas al administrar el cuestionario PA100 por dos entrevistadores diferentes tiene una correlación lineal positiva perfecta, es decir, el paciente dio las mismas respuestas en las dos entrevistas.

#### *Fiabilidad intra observador:*

La fiabilidad intra observador se llevó a cabo por los 17 investigadores clínicos, que administraron la herramienta PA100 nuevamente pasados 7-10 días desde su primera administración, al menos a 3 o 4 pacientes.

La muestra para analizar la fiabilidad intra observador fue de 49 pacientes.

Como muestra la Tabla 22 las puntuaciones medias tanto en el test como el re-test son muy similares.

Tabla 22: Fiabilidad intra observador de la herramienta PA100.

		n	Puntuación Media	CCI* (IC95%)	P-valor
Fiabilidad test-re-test	Test	49	72.39	0.881 (0.789- 0.933)	<0.001
	Re-test		74.22		

\*CCI: Coeficiente de correlación intraclass, de dos factores con efectos mixtos para el acuerdo absoluto.

Fuente: elaboración propia.

Las puntuaciones obtenidas al administrar el cuestionario PA100 por el mismo entrevistador transcurridos 7-10 días tienen una correlación muy alta, es decir, las respuestas en las dos ocasiones fueron similares, se puede observar que en la segunda administración del cuestionario (re-test), las puntuaciones fueron más altas.

#### 4.2.4.3 Consistencia interna

La consistencia de los ítems para toda la herramienta y para cada una de las dimensiones, excepto bienestar emocional (0.751), es baja o muy baja, tal y como se observa en la Tabla 23.

Tabla 23: Consistencia interna de la herramienta Ponte a 100.

Dimensión	ítems	Alpha de Cronbach*
Alimentación	11	0.565
Actividad física y sedentarismo	4	0.457
Alcohol, tabaco y otras drogas	3	0.157
Bienestar emocional	10	0.751
Seguridad y lesiones no intencionales	5	0.578
Total	33	0.412

\*Alfa de Cronbach de los elementos tipificados.

Fuente: elaboración propia.

La herramienta Ponte a 100 pretende medir un constructo complejo y multidimensional que estadísticamente carecen de correlación entre sí. Desde esta perspectiva, se entiende que no se cumplen las condiciones para aplicar el análisis de consistencia interna. En concreto, no se cumplen algunas de las condiciones para calcular este estadístico:

- ✓ No hay unidimensionalidad, es decir, que todos los ítems o preguntas midan un solo rasgo latente.
- ✓ No hay tau-equivalencia, que consiste en que los ítems midan el mismo rasgo o la misma variable latente con el mismo o parecido grado de precisión(313).

## 4.3 Aplicación de la herramienta PA100

### 4.3.1 Valoración de la usabilidad y utilidad de la herramienta Ponte a 100 en AP

Tras la validación de la herramienta PA100 se les pidió a los investigadores clínicos (n=20) que valoraran la usabilidad y utilidad de esta herramienta en su aplicación en AP.

#### *Evaluación de la utilidad:*

El 100% (n=18) de los investigadores clínicos consideraron que el cuestionario PA100 es muy adecuado (61.1%; n=11) o adecuado (38%; n=7) para valorar el estilo de vida de las personas adultas en AP.

El 94.4% (n=17) considera que no es necesario incluir ninguna otra dimensión al cuestionario PA100.

El 88.9% (n=16) considera que los ítems son adecuados para valorar cada una de las dimensiones recogidas en la herramienta PA100.

El 77.8% (n=14) considera sencillo el cálculo de las puntuaciones de cada dimensión y la puntuación total.

El 100% (n=18) de los investigadores clínicos considera que esta herramienta puede ser útil (55.6%; n=10) o muy útil (44.4%; n=8) para su utilización por los profesionales sanitarios.

El 88.9% (n=16) ve muy factible y factible la implementación del cuestionario PA100 como un recurso para valorar el EV de sus pacientes en la práctica clínica diaria.

Al 100% (n=18) le parece oportuno que este cuestionario se incluya en la historia clínica de AP.

Al 100% (n=18) le parece oportuno que este cuestionario se incluyera en "mi carpeta de salud" y que el propio paciente pudiera cumplimentarlo en su domicilio.

#### *Evaluación de la usabilidad:*

El 55.6% (n=10) considera que el cuestionario es de fácil comprensión para los pacientes. El 33.3% (n=6) lo considera de comprensión normal.

El 77.7% (n=14) refiere que a los pacientes les ha resultado muy fácil o fácil interpretar la puntuación obtenida tanto en las dimensiones como en la puntuación total del cuestionario.

El 100% (n=18) considera que a los pacientes les pareció muy adecuada o adecuada la utilización de este cuestionario para valorar su EV.

### *Valoración cualitativa del grupo de investigación clínico:*

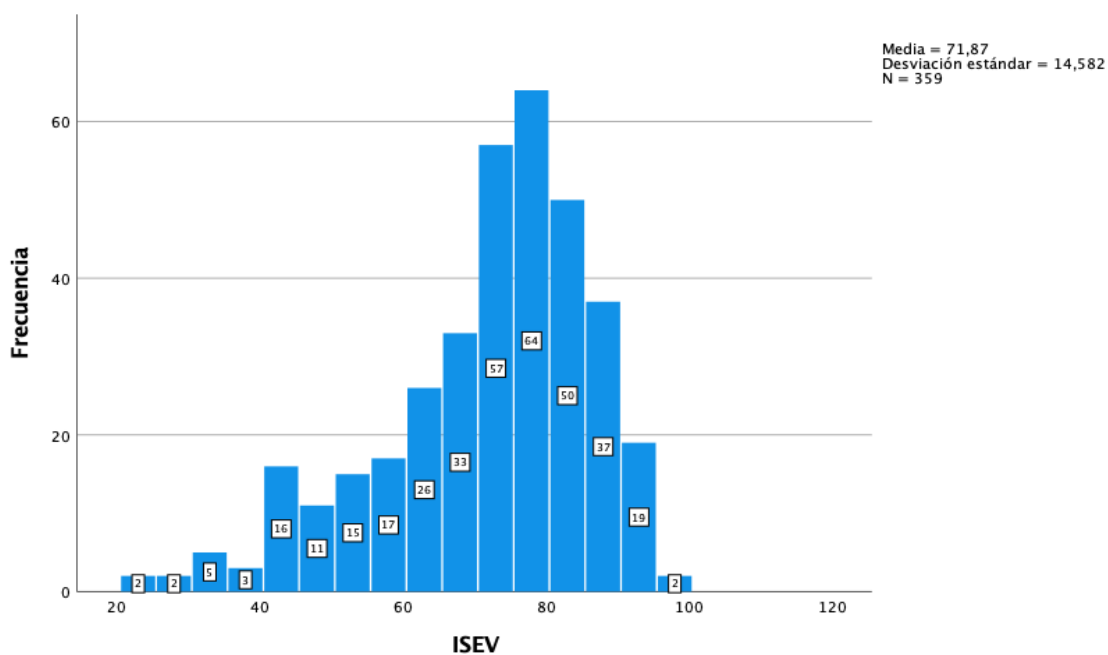
- Duplicidad de las valoraciones:
  - “En AP Madrid tenemos la valoración por patrones, y creo que los compañeros lo verían como duplicar trabajo. Preguntar dos veces lo mismo. O esta escala o la valoración por patrones. Yo creo que es más práctico esto.”
- Necesidad de tiempo en consulta:
  - “Tiempo extra necesario para realizarlo a modo de entrevista. Especialmente en personas más mayores a las que les cuesta identificar que hacen en su rutina semanal, conceptos como ultra procesados o ideas equivocadas (ej. El jamón serrano o el queso no es embutido)”
  - “Cuando es hetero administrado, puede resultar largo si no se dispone del tiempo suficiente.”
- Dificultades o barreras para la implementación de esta herramienta:
  - “Modificaría la redacción de algún texto, hubo que explicar en bastantes ocasiones, y me lleva a pensar que era difícil que fuese un cuestionario autoadministrado.”
  - “Creo que es un cuestionario que es fácil de rellenar, los pacientes lo entienden perfectamente. Es más, como anécdota, un par de veces que iba muy rápido y me equivocaba ellos se daban cuenta y me corregían. Tras pasarle los dos cuestionarios charlábamos sobre los dos cuestionarios y les preguntaba a todos ¿cuál les parecía más práctico? Todos coincidían que era más fácil el “Ponte a 100”. Todos coincidían en que era preguntas sencillas. Otra cosa que me decían es que les confrontaba con su realidad, que ellos ya sabían más o menos lo que iba a dar el cuestionario, había pocas sorpresas.”
  - “Dependiendo del nivel cultural y del nivel educativo del paciente, a veces he tenido que dar más explicaciones, pero en general no ha habido dificultades para la comprensión”
  - “En personas mayores”
  - “Las de alimentación, en las que hay que leer las especificaciones. No hay alternativa, es importante que la población conozca estos conceptos.”
- Inclusión de ítem o dimensiones:
  - “Cargas familiares”.
- Limitaciones de la herramienta:
  - Fundamentalmente su incorporación en la herramienta de gestión clínica (AP-Madrid).

Las aportaciones realizadas por el grupo clínico tras esta valoración no cuestionaron ni la utilidad, formato o forma de administración del cuestionario PA100 por lo que no se modificó la versión definitiva del cuestionario.

### 4.3.2 Estilos de vida de la población estudiada

Las puntuaciones obtenidas en la herramienta Ponte a 100 tienen valores comprendidos entre 23 a 98 puntos, con una media de 71.8 (DE=14.6) puntos.

Gráfico 4: Histograma para puntuaciones ISEV.



#### 4.3.2.1 Características sociodemográficas y estilos de vida de la población estudiada

Se realizó un análisis descriptivo de las diferentes dimensiones e ítems según las variables sociodemográficas (edad agrupada, sexo, nacionalidad, estado civil, nivel de estudios, ocupación, ingresos y si presenta alguna enfermedad crónica) de la población de estudio. Estos datos se muestran completos en el *Anexo 19*. A continuación, se muestran sólo las características sociodemográficas con diferencias estadísticamente significativas en función de las distintas dimensiones del cuestionario. También se muestran los resultados del modelo de regresión múltiple para las puntuaciones de las distintas dimensiones en función de las variables sociodemográficas que resultaron significativas en el análisis bivariado.

Dimensión alimentación

Tabla 24: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alimentación en función de la edad agrupada.

		Edad					P*
		<= 35 n (% columna)	36-50 n (% columna)	51-65 n (% columna)	>=66 n (% columna)	Total n (% columna)	
Frutas	No consume	7 (16.3)	9 (13.4)	10 (11.4)	11 (7)	37 (10.4)	0.010**
	1-2 raciones	24 (55.8)	27 (40.3)	35 (39.8)	51 (32.3)	137 (38.5)	
	Más de 2 raciones	12 (27.9)	31 (46.3)	43 (48.9)	96 (60.8)	182 (51.1)	
Aceite	No consume	9 (20.9)	12 (17.9)	11 (12.5)	15 (9.5)	47 (13.2)	0.037**
	Consume AO	8 (18.6)	14 (20.9)	8 (9.1)	18 (11.4)	48 (13.5)	
	Consume AOVE	26 (60.5)	41 (61.2)	69 (78.4)	125 (79.1)	261 (73.3)	
Pescado	No consume	7 (16.3)	8 (11.9)	4 (4.5)	9 (5.7)	28 (7.9)	0.044**
	1-2 raciones	19 (44.2)	35 (52.2)	37 (42)	65 (41.1)	156 (43.8)	
	Más de 2 raciones	17 (39.5)	24 (35.8)	47 (53.4)	84 (53.2)	172 (48.3)	
Carne	Más de 4 raciones	8 (18.6)	11 (16.4)	5 (5.7)	7 (4.4)	31 (8.7)	0.000**
	3-4 raciones	11 (25.6)	24 (35.8)	19 (21.6)	21 (13.3)	75 (21.1)	
	Menos de 3 raciones	24 (55.8)	32 (47.8)	64 (72.7)	130 (82.3)	250 (70.2)	
Procesados/ultra procesados	Más de 4 raciones	12 (27.9)	11 (16.4)	9 (10.2)	11 (7)	43 (12.1)	0.000**
	3-4 raciones	10 (23.3)	11 (16.4)	4 (4.5)	13 (8.3)	38 (10.7)	
	Menos de 3 raciones	21 (48.8)	45 (67.2)	75 (85.2)	133 (84.7)	274 (77.2)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de la edad agrupada con las puntuaciones en alimentación.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

Tabla 25: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alimentación en función del sexo.

		Nacionalidad			p*
		Otra n (% columna)	Española n (% columna)	Total n (% columna)	
Aceite	No consume	14 (29.2)	33 (10.7)	47 (13.2)	0.000**
	Consume AO	12 (25)	36 (11.7)	48 (13.5)	
	Consume AOVE	22 (45.8)	239 (77.6)	261 (73.3)	
Pescado	No consume	5 (10.4)	23 (7.5)	28 (7.9)	0.039**
	1-2 raciones	28 (58.3)	128 (41.6)	156 (43.8)	
	Más de 2 raciones	15 (31.3)	157 (51)	172 (48.3)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación del sexo con las puntuaciones en alimentación.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

Tabla 26: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alimentación en función de la nacionalidad.

		Sexo			p*
		Mujer n (% columna)	Hombre n (% columna)	Total n (% columna)	
Legumbres	No consume	22 (10.6)	9 (6)	31 (8.7)	< 0.001**
	1-2 raciones	133 (64.3)	73 (49)	206 (57.9)	
	Más de 2 raciones	52 (25.1)	67 (45)	119 (33.4)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de la nacionalidad con las puntuaciones en alimentación.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

Tabla 27: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alimentación en función del estado civil.

		Estado civil				p*	
		Soltero/a n (% columna)	Casado/a En pareja n (% columna)	Separado/a Divorciado/a n (% columna)	Viudo/a n (% columna)		Total n (% columna)
Aceite	No consume	19 (20.9)	24 (11.5)	2 (6.3)	2 (9.1)	47 (13.3)	0,016**

	Consumo AO	19 (20.9)	21 (10)	4 (12.5)	4 (18.2)	48 (13.6)	
	Consumo AOVE	53 (58.2)	164 (78.5)	26 (81.3)	16 (72.7)	259 (73.2)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación del estado civil con las puntuaciones en alimentación.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

*Tabla 28: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alimentación en función del nivel de estudios.*

		Nivel de estudios						p*
		Analfabeto E. Primarios incompletos n (% columna)	Ed. Primaria n (% columna)	Ed. Secundaria n (% columna)	Bachillera to FP n (% columna)	Universitario n (% columna)	Total n (% columna)	
Frutos secos	No consume	2 (28.6)	28 (51.9)	12 (27.9)	40 (37)	34 (23.6)	116 (32.6)	0.002**
	De 1-3 raciones crudos o tostados	3 (42.9)	17 (31.5)	25 (58.1)	38 (35.2)	60 (41.7)	143 (40.2)	
	De 4-7 raciones crudos	2 (28.6)	9 (16.7)	6 (14)	30 (27.8)	50 (34.7)	97 (27.2)	
Carne	Más de 4 raciones	1 (14.3)	3 (5.6)	10 (23.3)	12 (11.1)	5 (3.5)	31 (8.7)	0.013**
	3-4 raciones	1 (14.3)	10 (18.5)	6 (14)	24 (22.2)	34 (23.6)	75 (21.1)	
	Menos de 3 raciones	5 (71.4)	41 (75.9)	27 (62.8)	72 (66.7)	105 (72.9)	250 (70.2)	
Procesados /ultra procesados	Más de 4 raciones	0 (0)	4 (7.4)	12 (27.9)	18 (16.7)	9 (6.3)	43 (12.1)	0.001**
	3-4 raciones	0 (0)	2 (3.7)	2 (4.7)	13 (12)	21 (14.6)	38 (10.7)	
	Menos de 3 raciones	6 (100)	48 (88.9)	29 (67.4)	77 (71.3)	114 (79.2)	274 (77.2)	
Bebidas carbonatadas/ azucaradas/ edulcoradas	Azucaradas	1 (16.7)	4 (7.4)	11 (25.6)	14 (13)	11 (7.6)	41 (11.5)	0.024**
	Edulcoradas	0 (0)	13 (24.1)	10 (23.3)	23 (21.3)	22 (15.3)	68 (19.2)	
	No consume	5 (83.3)	37 (68.5)	22 (51.2)	71 (65.7)	111 (77.1)	246 (69.3)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación del nivel de estudios con las puntuaciones en alimentación.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

Tabla 29: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alimentación en función de la ocupación.

		Ocupación							Total n(% columna)	p*
		Cuenta ajena n (% columna)	Cuenta propia n (% columna)	Parado/a n (% columna)	Jubilado/a Pensionista n (% columna)	Trabajo doméstico no remunerado n (% columna)	Estudiante n (% columna)	No clasificabl e n (% columna)		
Verdura	No consume	9 (5.8)	0 (0)	3 (18.8)	13 (9.9)	4 (25)	1 (9.1)	0 (0)	30 (8.4)	0.039**
	1 ración	70 (45.2)	16 (64)	5 (31.3)	46 (35.1)	4 (25)	4 (36.4)	2 (100)	147 (41.3)	
	Más de 1 ración	76 (49)	9 (36)	8 (50)	72 (55)	8 (50)	6 (54.5)	0 (0)	179 (50.3)	
Frutas	No consume	16 (10.3)	3 (12)	4 (25)	9 (6.9)	4 (25)	1 (9.1)	0 (0)	37 (10.4)	0.017**
	1-2 raciones	71 (45.8)	13 (52)	4 (25)	38 (29)	4 (25)	6 (54.5)	1 (50)	137 (38.5)	
	Más de 2 raciones	68 (43.9)	9 (36)	8 (50)	84 (64.1)	8 (50)	4 (36.4)	1 (50)	182 (51.1)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de la ocupación con las puntuaciones en alimentación.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

Tabla 30: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alimentación en función de los ingresos.

		Ingresos					Total n (% columna)	p*
		Ningún ingreso n (% columna)	≤ a 1000 n (% columna)	De 1001- 2500 n (% columna)	> 2501 n (% columna)	Total		
Pescado	No consume	3 (15.8)	10 (12.7)	9 (5.4)	1 (3.1)	23 (7.8)	0.039**	
	1-2 raciones	7 (36.8)	39 (49.4)	76 (45.8)	9 (28.1)	131 (44.3)		
	Más de 2 raciones	9 (47.4)	30 (38)	81 (48.8)	22 (68.8)	142 (48)		
Agua	No consume	2 (10.5)	1 (1.3)	1 (0.6)	0 (0)	4 (1.4)	0.011**	
	Menos de 4 vasos	4 (21.1)	6 (7.6)	22 (13.3)	4 (12.5)	36 (12.2)		
	Más de 4 vasos	13 (68.4)	72 (91.1)	142 (86.1)	28 (87.5)	255 (86.4)		

\*p del test de chi cuadrado de la relación de los ingresos con las puntuaciones en alimentación.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

Tabla 31: Modelo de regresión múltiple para alimentación.

Predictores	Beta	P valor*
R 0.390/R <sup>2</sup> 0.152/R <sup>2</sup> ajustado 0.140/F12.943		
Constante	16.366 (15.662, 17.070)	0.000
Estudios: Universitarios	1.652 (0.855, 2.449)	0.000
Sexo: Mujer	0.972 (0.188, 1.756)	0.015
Edad: <35 años	-3.156 (-4.337, -1.975)	0.000
Edad: 36-50 años	-1.982 (-2.974, -0.989)	0.000

\* p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

Se encontraron diferencias significativas para todas las variables sociodemográficas a excepción de presentar o no una enfermedad crónica. Este dato es muy característico, ya que podría indicar que los esfuerzos puestos en materia de promoción de la salud y mejora de hábitos higiénico-dietéticos en la población con enfermedades crónicas de España no está siendo efectiva. Estos datos se corroboran con un estudio multicéntrico realizado por Pérez MP et al. (314) en pacientes diabéticos en España, que indica que solamente una minoría (22.3%) seguía una dieta Mediterránea y que su adherencia a un EV saludable en pacientes con DM2 es baja.

Respecto al consumo de fruta, la población joven no la consumió de forma frecuente, mientras que el consumo de más de dos raciones se asoció con tener mayor edad.

Las personas menores de 35 años indicaron que no consumían ningún tipo de aceite de forma habitual, mientras que las personas de entre 36-50 años consumían AO en mayor medida. Los mayores de 51 años fueron los que más AOVE consumían.

En cuanto al pescado, las personas menores de 35 años fueron las menos consumidoras, ingesta que iba incrementando a mayor edad.

En el consumo de carne y productos procesados o ultra procesados, la población más joven obtuvo las cifras más altas, mientras que la población mayor de 51 años fue la que más se acercó a las recomendaciones para seguir una dieta mediterránea. Esto podría deberse a que la población más joven tiene mayor tendencia a comer fuera del hogar, ya que se ha observado según el informe de consumo alimentario en España (2021) (315) un incremento de las ingestas fuera de casa, lo cual se estima ser una de las principales fuentes de consumo de alimentos procesados. Además, según el Ministerio de Sanidad, España refleja una tendencia ascendente en el consumo de comida de bajo valor nutricional y descendente en el consumo de productos frescos como la fruta, verdura y pescado, especialmente en población infantil(279).

Según el estado civil, solamente se observaron diferencias significativas en el consumo de aceite. El AO es el de preferencia en población soltera, aunque es el grupo en el que menos se consume, mientras que el AOVE es el de preferencia en gente separada o divorciada.

En función del nivel de ingresos, se encontraron diferencias en el consumo de pescado, siendo la ausencia de su consumo mayor en personas sin ingresos y mayor en personas con ingresos superiores a los 2501 euros (más de 2 raciones/semana). Según el informe de consumo alimentario en España (2021) (315) este producto compone solamente el 3.6% del volumen en la composición de la cesta de la compra, lo que podría deberse en gran medida a su elevado precio en comparación con otros productos.

En cuanto al consumo del agua, la mayoría de las personas sin ingresos indicaron no consumir o consumir menos de 4 vasos de agua. Teniendo en cuenta que en España toda la población tiene acceso a agua potable esto podría deberse más a un problema de desconocimiento de la importancia de su ingesta.

Las personas españolas tuvieron un consumo significativamente mayor de pescado y AOVE lo que podría deberse al contexto cultural de España, donde tradicionalmente se ha consumido una dieta mediterránea, así como por el acceso de la población a estos alimentos por ser un país productor.

Respecto al nivel de estudios, los universitarios consumieron significativamente mayor cantidad de frutos secos crudos, frente al no consumo o consumo de frutos secos tostados más frecuente en personas con estudios obligatorios (primaria y secundaria).

El mayor consumo de carne se obtuvo en personas con educación secundaria, y el menor en educación primaria o universitaria.

En los resultados de la regresión logística se observó que tener estudios universitarios es un factor con impacto positivo sobre el estilo de vida. Sin embargo, las personas analfabetas o con estudios primarios incompletos fueron las que indicaron menor consumo de productos procesados y ultra procesados y la ausencia de consumo de bebidas azucaradas o edulcoradas.

En cuanto a la ocupación, las personas paradas o con trabajo doméstico no remunerado indicaron no consumir verdura de forma habitual, siendo el consumo de más de 1 ración diaria más elevado en el resto de los grupos, a excepción de los trabajadores por cuenta propia. Además, también se observó que en estos mismos grupos fueron los que indicaron no consumir fruta de forma habitual. Por otra parte, las personas jubiladas fueron el grupo que más habitualmente consumía más de 2 raciones de fruta.

En las diferencias por sexo, estas sólo fueron significativas en el consumo de legumbres, siendo el consumo de más de 2 raciones semanales de legumbres mayor en hombres. Sin embargo, el ser mujer se posicionó como un factor con impacto positivo, aunque con menor

fuerza que el nivel de estudios. La literatura es ambigua en cuanto dichas diferencias(314,315), pero se estima que en España las mujeres tienen un consumo más elevado de frutas y verduras(279).

#### Dimensión Actividad Física

Tabla 32: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión actividad física en función de la edad agrupada.

		Edad					p*
		<= 35 n (% columna)	36-50 n (% columna)	51-65 n (% columna)	>=66 n (% columna)	Total n (% columna)	
Actividad física Intensa	3 o más veces	7 (16.3)	16 (23.9)	15 (17)	19 (12)	57 (16)	0.005**
	1-2 veces	12 (27.9)	15 (22.4)	13 (14.8)	16 (10.1)	56 (15.7)	
	Nunca	24 (55.8)	36 (53.7)	60 (68.2)	123 (77.8)	243 (68.3)	
Actividad física Moderada	5 o más veces	13 (30.2)	32 (47.8)	40 (45.5)	95 (60.1)	180 (50.6)	0.004**
	3-4 veces	11 (25.6)	17 (25.4)	14 (15.9)	20 (12.7)	62 (17.4)	
	1-2 veces	14 (32.6)	12 (17.9)	17 (19.3)	20 (12.7)	63 (17.7)	
	Nunca	5 (11.6)	6 (9)	17 (19.3)	23 (14.6)	51 (14.3)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de la edad agrupada con las puntuaciones en actividad física.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

Tabla 33: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión actividad física en función del sexo.

		Sexo			p*
		Mujer n (% columna)	Hombre n (% columna)	Total n (% columna)	
Descansos activos	Siempre o casi siempre	137 (56.4)	44 (36.1)	181 (49.6)	0,001**
	Algunas veces	58 (23.9)	37 (30.3)	95 (26)	
	Nunca o casi nunca	48 (19.8)	41 (33.6)	89 (24.4)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación del sexo con las puntuaciones en actividad física.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

Tabla 34: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión actividad física en función del nivel de estudios.

		Nivel de estudios						p*
		Analfabeto E. Primarios incompletos n (% columna)	Ed. Primaria n (% columna)	Ed. Secundaria n (% columna)	Bachillerato FP n (% columna)	Universitari o n (% columna)	Total n (% columna)	
Actividad física Intensa	3 o más veces	0 (0)	4 (7.4)	5 (11.6)	15 (13.9)	33 (22.9)	57 (16)	0.007**
	1-2 veces	1 (14.3)	4 (7.4)	4 (9.3)	17 (15.7)	30 (20.8)	56 (15.7)	
	Nunca	6 (85.7)	46 (85.2)	34 (79.1)	76 (70.4)	81 (56.3)	243 (68.3)	
Descansos activos	Siempre o casi siempre	2 (28.6)	28 (51.9)	16 (37.2)	50 (46.3)	82 (56.9)	178 (50)	0.020**
	Algunas veces	1 (14.3)	19 (35.2)	10 (23.3)	28 (25.9)	33 (22.9)	91 (25.6)	
	Nunca o casi nunca	4 (57.1)	7 (13)	17 (39.5)	30 (27.8)	29 (20.1)	87 (24.4)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación del nivel de estudios con las puntuaciones en actividad física.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

Tabla 35: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión actividad física en función de la ocupación.

		Ocupación							p*	
		Cuenta ajena n (% columna)	Cuenta propia n (% columna)	Parado/a n (% columna)	Jubilado/a Pensionista n (% columna)	Trabajo doméstic o no remuner ado n (% columna)	Estudiante n (% columna)	No clasificable n (% columna)		Total n (% columna)
Actividad física Intensa	3 o más veces	33 (21.3)	5 (20)	3 (18.8)	14 (10.7)	0 (0)	2 (18.2)	0 (0)	57 (16)	0.010**
	1-2 veces	34 (21.9)	5 (20)	2 (12.5)	12 (9.2)	1 (6.3)	1 (9.1)	1 (50)	56 (15.7)	
	Nunca	88 (56.8)	15 (16)	11 (68.8)	105 (80.2)	15 (93.8)	8 (72.7)	1 (50)	243 (68.3)	
Actividad física Moderada	5 o más veces	65 (41.9)	13 (52)	8 (50)	83 (63.4)	8 (50)	2 (18.2)	1 (50)	180 (50.6)	0.002**
	3-4 veces	35 (22.6)	2 (8)	1 (6.3)	20 (15.3)	2 (12.5)	2 (18.2)	0 (0)	62 (17.4)	

1-2 veces	37 (23.9)	4 (16)	6 (37.5)	9 (6.9)	2 (12.5)	4 (36.4)	1 (50)	63 (17.7)
Nunca	18 (11.6)	6 (24)	1 (6.3)	19 (14.5)	4 (25)	3 (27.3)	0 (0)	51 (14.3)

\*p del test de chi cuadrado de la relación de la ocupación con las puntuaciones en actividad física.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

*Tabla 36: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión actividad física en función de los ingresos.*

		Ingresos					p*
		Ningún ingreso n (% columna)	≤ a 1000 n (% columna)	De 1001-2500 n (% columna)	> 2501 n (% columna)	Total N (% columna)	
Actividad física Intensa	3 o más veces	1 (5.3)	12 (15.2)	29 (17.5)	10 (31.3)	52 (17.6)	0.039**
	1-2 veces	2 (10.5)	8 (10.1)	28 (16.9)	8 (25)	46 (15.5)	
	Nunca	16 (84.2)	59 (74.7)	109 (65.7)	14 (43.8)	198 (66.9)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de los ingresos con las puntuaciones en actividad física.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

*Tabla 37: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión actividad física en función de presentar o no una enfermedad crónica.*

		Enfermedad crónica			p*
		No n (% columna)	Si n (% columna)	Total n (% columna)	
Actividad física Intensa	3 o más veces	30 (25.9)	27 (11.3)	57 (16)	0.000**
	1-2 veces	23 (19.8)	33 (13.8)	56 (15.7)	
	Nunca	63 (54.3)	180 (75)	243 (68.3)	
Actividad física Moderada	5 o más veces	56 (48.3)	124 (51.7)	180 (50.6)	0.003**
	3-4 veces	27 (23.3)	35 (14.6)	62 (17.4)	
	1-2 veces	26 (22.4)	37 (15.4)	63 (17.7)	
	Nunca	7 (6)	44 (18.3)	51 (14.3)	

Fortalecimiento muscular	2-o más veces	37 (31.9)	40 (16.7)	77 (21.6)	0.005**
	1 vez	7 (6)	20 (8.3)	27 (7.6)	
	Nunca	72 (62.1)	180 (75)	252 (70.8)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de presentar o no una enfermedad crónica con las puntuaciones en actividad física.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

*Tabla 38: Modelo de regresión múltiple para actividad física.*

Predictores	Beta	P valor*
R 0.270/R <sup>2</sup> 0.073/R <sup>2</sup> ajustado 0.063/F7.600		
Constante	11.773 (10.982, 12.565)	0.000
Enfermedad crónica: No	1.789 (0.412, 3.166)	0.011
Estudios: Analfabeto o estudios primarios incompletos	-7.301 (-12.097, -2.165)	0.005
Ocupación: Estudiante	-5.647 (-9.208, -2.086)	0.002

\*p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

Se encontraron diferencias significativas para todas las variables sociodemográficas a excepción de la nacionalidad.

La población joven realizó mayor actividad física (intensa y moderada). Esto puede deberse a que tienen mejor predisposición física a realizar actividades de esfuerzo al encontrarse en un mejor estado de salud. Lo que puede verse reflejado en el análisis en función de presentar o no una patología crónica, dónde las personas sanas realizaron significativamente más actividad intensa y moderada y ejercicios de fortalecimiento muscular frente a personas con presencia de esta. Además, el no tener una enfermedad crónica se posicionó como un factor con impacto positivo para la actividad física. Esto puede deberse a un sentimiento o presencia de incapacidad, y menor motivación para realizar dichas actividades, lo que concuerda con los resultados de este estudio en el que las personas sin enfermedades crónicas eran las que más motivadas estaban para realizar nuevas actividades.

Las personas separadas o divorciadas fueron las que mayor actividad física moderada realizaron. Dicha actividad fue menor en personas viudas, lo que se relaciona con los resultados de este estudio, que indican que este grupo de personas es el que menos motivado estaba para realizar nuevas actividades. Esto podría explicarse también, por la elevada edad que suele tener esta población y por tanto mayor probabilidad de tener alguna enfermedad crónica, limitante o incapacitante.

Un mayor nivel de ingresos significó una mayor frecuencia de actividad física de tipo intenso, esto podría explicarse a que este tipo de actividades se realizan en centros especializados, que suponen un costo adicional mensual para la persona que las realiza. También se observó que a mayor nivel de estudios mayor frecuencia de actividad física intensa y realización de descansos activos. De igual forma, el ser analfabeto o tener estudios primarios incompletos se posicionó como un predictor negativo. Lo que puede deberse a que estos grupos de población podrían tener un mayor desconocimiento acerca de la importancia y beneficios de la práctica habitual de ejercicio físico, y por tanto una disminución del riesgo percibido y modificación de sus creencias en salud. Estos datos se ven reflejados en la literatura, que estima que las personas españolas que pertenecen a clases sociales más bajas y con un menor nivel educativo son las que con mayor frecuencia no alcanzan los niveles de actividad física recomendados(279).

En cuanto a la ocupación, las personas jubiladas, pensionistas o con trabajo doméstico no remunerado realizaron menor actividad física intensa, siendo más elevada en personas que se encontraban trabajando (cuenta ajena y propia). Esto podría deberse a los factores anteriormente comentados referentes a la edad, ya que este tipo de actividad es más común entre gente joven y sana. Sin embargo, las personas jubiladas o pensionistas y que trabajan por cuenta ajena realizaron mayor actividad de intensidad moderada. Los resultados de este estudio referentes a la dimensión de bienestar emocional refieren que las personas jubiladas tenían mayor tiempo de ocio y los trabajadores por cuenta ajena menos, por lo que esto podría deberse a un factor motivacional más que por una diferencia de edad. Los estudiantes fueron el grupo que menos actividad moderada realizaban, lo que concuerda con que el ser estudiante se posicionase como un factor de impacto negativo. Esto además podría explicarse por los resultados acerca del bienestar emocional en este estudio, que indicaba que este grupo tiene tendencia a estar más frecuentemente estresado, nervioso, angustiado o irritable y con menor tiempo de ocio.

En función del sexo, únicamente se encontraron diferencias significativas en la realización de descansos activos, siendo las mujeres más propensas a realizarlo.

Dimensión Alcohol, tabaco y otras drogas

Tabla 39: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alcohol, tabaco y otras drogas en función de la edad agrupada.

		Edad					P*
		<= 35 n (% columna)	36-50 n (% columna)	51-65 n (% columna)	>=66 n (% columna)	Total n (% columna)	
¿Fuma?	No	31(72.1)	49 (73.1)	68 (77.3)	137 (86.7)	285 (80.1)	0.034**
	Sí, ocasionalmente	3 (7)	2 (3)	2 (2.3)	2 (1.3)	9 (2.5)	
	Sí, 1-10 cigarros/día 1 cachimba/día	8 (18.6)	11 (16.4)	7 (8)	13 (8.2)	39 (11)	
	Sí, 11-20 cigarros/día 2 cachimbas/día	1 (2.3)	4 (6)	8 (9.1)	6 (3.8)	19 (5.3)	
	Sí, más de 20 cigarros/día > 3 cachimbas/día	0 (0)	1 (1.5)	3 (3.4)	0 (0)	4 (1.1)	
¿Consume otras drogas?	No	38 (88.4)	67 (100)	87 (98.9)	158 (100)	350 (98.3)	0.000**
	Sí, ocasionalmente	4 (9.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (1.1)	
	Sí, a diario	1 (2.3)	0 (0)	1 (1.1)	0 (0)	2 (0.6)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de la edad agrupada con las puntuaciones en alcohol, tabaco y otras drogas.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

Tabla 40: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alcohol, tabaco y otras drogas en función del sexo.

		Sexo			P*
		Mujer n (% columna)	Hombre n (% columna)	Total n (% columna)	
Alcohol  UBES/semana	Ningún consumo	128 (61.8)	64 (43)	192 (53.9)	0.012**
	Mujer hasta 7 UBES/semana Hombre hasta 14 UBES/semana	59 (28.5)	61 (40.9)	120 (33.7)	
	Mujer 8-12 UBES/semana Hombre 15-21 UBES/semana Consumo intensivo	12 (5.8)	16 (10.7)	28 (7.9)	
	Mujer 13-17 UBES/semana Hombre 22-28 UBES/semana	4 (1.9)	4 (2.7)	8 (2.2)	
	Mujer >17 UBES/semana Hombre >28 UBES/semana	4 (1.9)	4 (2.7)	8 (2.2)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación del sexo con las puntuaciones en alcohol, tabaco y otras drogas.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

Tabla 41: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alcohol, tabaco y otras drogas en función de la nacionalidad.

		Nacionalidad			P*
		Otra n (% columna)	Española n (% columna)	Total n (% columna)	
Alcohol  UBES/semana	Ningún consumo	20 (41.7)	172 (55.8)	192 (53.9)	0.011**
	Mujer hasta 7 UBES/semana Hombre hasta 14 UBES/semana	16 (33.3)	104 (33.8)	120 (33.7)	
	Mujer 8-12 UBES/semana	6 (12.5)	22 (7.1)	28 (7.9)	

	Hombre 15-21 UBES/semana				
	Consumo intensivo				
	Mujer 13-17 UBES/semana	2 (4.2)	6 (1.9)	8 (2.2)	
	Hombre 22-28 UBES/semana				
	Mujer >17 UBES/semana	4 (8.3)	4 (1.3)	8 (2.2)	
	Hombre >28 UBES/semana				

\*p del test de chi cuadrado de la relación de la nacionalidad con las puntuaciones en alcohol, tabaco y otras drogas.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

*Tabla 42: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alcohol, tabaco y otras drogas en función del estado civil.*

		Estado civil					P*
		Soltero/a n (% columna)	Casado/a En pareja n (% columna)	Separado/a Divorciado/a n (% columna)	Viudo/a n (% columna)	Total n (% columna)	
¿Consume otras drogas?	No	86 (94.5)	208 (99.5)	32 (100)	22 (100)	348 (98.3)	0.051**
	Sí, ocasionalmente	4 (4.4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (1.1)	
	Sí, a diario	1 (1.1)	1 (0.5)	0 (0)	0 (0)	2 (0.6)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación del estado civil con las puntuaciones en alcohol, tabaco y otras drogas.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

Tabla 43: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alcohol, tabaco y otras drogas en función del nivel de estudios.

		Nivel de estudios						P*
		Analfabeto E. Primarios incompletos n (% columna)	Ed. Primaria n (% columna)	Ed. Secundaria n (% columna)	Bachillerato FP n (% columna)	Universitario n (% columna)	Total n (% columna)	
¿Consume otras drogas?	No	7 (100)	51 (94.4)	43 (100)	105 (97.2)	144 (100)	350 (98.3)	0.037**
	Sí, ocasionalmente	0 (0)	1 (1.9)	0 (0)	3 (2.8)	0 (0)	4 (1.1)	
	Sí, a diario	0 (0)	2 (3.7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0.6)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación del nivel de estudios con las puntuaciones en alcohol, tabaco y otras drogas.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

Tabla 44: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alcohol, tabaco y otras drogas en función de la ocupación.

		Ocupación								p*	
		Cuenta ajena n (% columna)	Cuenta propia n (% columna)	Parado/a n (% columna)	Jubilado/a Pensionista n (% columna)	Trabajo doméstico no remunerado n (% columna)	Estudiante n (% columna)	No clasificable n (% columna)	Total n (% columna)		
Alcohol  UBES/semana	Ningún consumo	80 (51.6)	8 (32)	7 (43.8)	79 (60.3)	12 (75)	5 (45.5)	1 (50)	192 (53.9)	0.014*	
	Mujer hasta 7 UBES/semana Hombre hasta 14 UBES/semana	59 (38.1)	10 (40)	7 (43.8)	39 (29.8)	3 (18.8)	2 (18.2)	0 (0)	120 (33.7)		
	Mujer 8-12 UBES/semana Hombre 15-21 UBES/semana Consumo intensivo	9 (5.8)	3 (12)	2 (12.5)	10 (7.6)	0 (0)	3 (27.3)	1 (50)	28 (7.9)		
	Mujer 13-17 UBES/semana Hombre 22-28 UBES/semana	3 (1.9)	1 (4)	0 (0)	3 (2.3)	0 (0)	1 (9.1)	0 (0)	8 (2.2)		
	Mujer >17 UBES/semana Hombre >28 UBES/semana	4 (2.6)	3 (12)	0 (0)	0 (0)	1 (6.3)	0 (0)	0 (0)	8 (2.2)		
	No	114 (73.5)	20 (80)	8 (50)	120 (91.6)	13 (81.3)	9 (81.8)	1 (50)	285 (80.1)		0.006*
	Sí, ocasionalmente	5 (3.2)	1 (4)	2 (12.5)	1 (0.8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	9 (2.5)		
Sí, 1-10 cigarros/día 1 cachimba/día	20 (12.9)	3 (12)	4 (25)	8 (6.1)	2 (12.5)	2 (18.2)	0 (0)	39 (11)			
Sí, 11-20 cigarros/día 2 cachimbas/día	13 (8.4)	1 (4)	2 (12.5)	2 (1.5)	0 (0)	0 (0)	1 (50)	19 (5.3)			

	Sí, más de 20 cigarrillos/día > 3 cachimbos/día	3 (1.9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (6.3)	0 (0)	0 (0)	4 (1.1)	
¿Consumen otras drogas?	No	153 (98.7)	25 (100)	16 (100)	130 (99.2)	15 (93.8)	9 (81.8)	2 (100)	350 (98.3)	0.000* *
	Sí, ocasionalmente	2 (1.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (18.2)	0 (0)	4 (1.1)	
	Sí, a diario	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.8)	1 (6.3)	0 (0)	0 (0)	2 (0.6)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de la ocupación con las puntuaciones en alcohol, tabaco y otras drogas.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

Tabla 45: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alcohol, tabaco y otras drogas en función de los ingresos.

		Ingresos					P*
		Ningún ingreso n (% columna)	≤ a 1000 n (% columna)	De 1001-2500 n (% columna)	> 2501 n (% columna)	Total n (% columna)	
¿Consumen otras drogas?	No	16 (84.2)	78 (98.7)	165 (99.4)	32 (100)	291 (98.3)	0.000**
	Sí, ocasionalmente	3 (15.8)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	4 (1.4)	
	Sí, a diario	0 (0)	1 (1.3)	0 (0)	0 (0)	1 (0.3)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de los ingresos con las puntuaciones en alcohol, tabaco y otras drogas.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

Tabla 46: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alcohol, tabaco y otras drogas en función de presentar o no una enfermedad crónica.

		Enfermedad crónica			p*
		No n (% columna)	Si n (% columna)	Total n (% columna)	
¿Fuma?	No	90 (77.6)	195 (81.3)	285 (80.1)	0.042**
	Sí, ocasionalmente	5 (4.3)	4 (1.7)	9 (2.5)	
	Sí, 1-10 cigarros/día 1 cachimba/día	18 (15.5)	21 (8.8)	39 (11)	
	Sí, 11-20 cigarros/día 2 cachimbas/día	3 (2.6)	16 (6.7)	19 (5.3)	
	Sí, más de 20 cigarros/día > 3 cachimbas/día	0 (0)	4 (1.7)	4 (1.1)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de presentar o no una enfermedad crónica con las puntuaciones en alcohol, tabaco y otras drogas.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

Tabla 47: Modelo de regresión múltiple para alcohol, tabaco y otras drogas.

Predictores	Beta	P valor*
R 0.253/R <sup>2</sup> 0.064/R <sup>2</sup> ajustado 0.058/F10.022		
Constante	17.475 (15.857, 19.093)	0.000
Ocupación: Jubilado/a o pensionista	4.679 (2.430, 6.928)	0.000
Sexo: Hombre	-2.307 (-4.494, -0.120)	0.039

\*p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

Se encontraron diferencias significativas para todas las variables sociodemográficas a excepción del estado civil. Esto fue inesperado ya que hay estudios que encontraron que estar casado o vivir en pareja es un factor positivo en la adherencia a un estilo de vida saludable(316)(317), por lo que este factor debería ser estudiado en mayor profundidad. Además, cabe destacar que las diferencias en el consumo de otras drogas rozaron la significación estadística en el estudio presente (p=0.051), donde las personas solteras fueron más propensas a dicho consumo que en el resto de los grupos.

La población menor de 35 años consumía tabaco de forma ocasional más frecuentemente, y mayor consumo de otras drogas. Estos datos concuerdan con las encuestas realizadas por el Ministerio de Sanidad en España y el Observatorio Español de Drogas y Adicciones que observaron que el consumo de drogas ilegales se consume por primera vez en edades de entre 16-18 años(176)(318) y el de tabaco a los 14 años(279). Los que mayor cantidad de tabaco consumían de forma diaria fue la población de entre 51 y 65 años, sin embargo, estos datos podrían explicarse por los resultados del análisis en función de padecer o no una enfermedad crónica, en el que las personas sanas consumían más tabaco de forma ocasional y en cantidades inferiores a 10 cigarros/día (generalmente gente joven), mientras que las que tenían alguna enfermedad crónica consumían mayor cantidad de tabaco diario (personas de edad más avanzada con un consumo de tabaco extendido en el tiempo). Dichos resultados podrían explicarse por la baja percepción del riesgo en el caso de la población joven y de las creencias en salud de las personas de más avanzada edad, determinante de la salud que ha demostrado ser uno de los más importantes para llevar un estilo de vida saludable(319).

Los más propensos a consumir otras drogas de forma ocasional fueron los que no tenían ningún ingreso económico. Se ha observado que en las últimas décadas el consumo de sustancias tóxicas se ha concentrado en las clases sociales más desfavorecidas(279).

Las personas de nacionalidad no española fueron más propensas a la hora de consumir mayores cantidades de alcohol semanal lo cual podría relacionarse con la cultura y el contexto social que les rodea. También se conoce que los estados de estrés o ansiedad suelen desencadenar conductas nocivas para la salud(279). Dato muy relevante para los resultados de este estudio en su dimensión de bienestar emocional, que corrobora que las personas inmigrantes se sentían más estresadas, nerviosas, angustiadas o irritables e indicaban encontrarse en un entorno menos favorable.

Las personas que no alcanzaron estudios universitarios fueron más propensas a consumir otras drogas de forma diaria u ocasional, lo cual es acorde con la literatura, que ya indica que el nivel educativo es un factor relevante a la hora de adquirir hábitos saludables y prevenir conductas nocivas para la salud(316).

La ocupación fue el factor que mayores diferencias encontró para esta dimensión. Respecto al consumo de alcohol, las personas jubiladas o con trabajo doméstico no remunerado fueron las que tuvieron menor consumo, siendo los estudiantes y personas que trabajaban por cuenta propia los que tuvieron un consumo más elevado.

En cuanto al consumo de tabaco, las personas jubiladas tenían menor tendencia a fumar, mientras que las personas en paro fueron las que más frecuentemente consumían tabaco, tanto de forma ocasional como frecuente.

Para el consumo de otras drogas, los estudiantes tuvieron mayor tendencia a un consumo ocasional. Dicha información es acorde con la regresión logística que confirmó que el ser jubilado/a o

pensionista tuvo un impacto positivo en dicha dimensión. Por tanto, y como anteriormente comentado, estas diferencias podrían deberse en gran medida a la edad y sensación percibida del riesgo.

Por último, se encontraron diferencias en base al sexo para el consumo de alcohol, siendo en todas las categorías más frecuente su consumo en hombres. Esto es respaldado por los resultados de la regresión lineal que posicionó el ser hombre como un predictor con impacto negativo y por los datos de consumo de alcohol en España, que además señala que el consumo intensivo en una jornada o “binge drinking” muestran una tendencia ascendente y más extendida en los hombres en todos los tramos de edad(318).

#### Dimensión bienestar emocional

Tabla 48: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión bienestar emocional en función de la edad agrupada.

		Edad					p*
		<= 35 n (% columna)	36-50 n (% columna)	51-65 n (% columna)	>=66 n (% columna)	Total n (% columna)	
Equilibrio emocional/Control del estrés	Siempre o casi siempre	9 (20.9)	15 (22.4)	19 (21.6)	10 (6.3)	53 (14.9)	0.000**
	Algunas veces	25 (58.1)	40 (59.7)	49 (55.7)	86 (54.4)	200 (56.2)	
	Nunca o casi nunca	9 (20.9)	12 (17.9)	20 (22.7)	62 (39.2)	103 (28.9)	
Sueño/Descanso	Siempre o casi siempre	20 (46.5)	27 (40.3)	42 (47.7)	94 (59.5)	183 (51.4)	0.013**
	Algunas veces	18 (41.9)	30 (44.8)	24 (27.3)	44 (27.8)	116 (32.6)	
	Nunca o casi nunca	5 (11.6)	10 (14.9)	22 (25)	20 (12.7)	57 (16)	
Ocio/Entretención	Siempre o casi siempre	23 (53.5)	26 (38.8)	55 (62.5)	133 (84.2)	237 (66.6)	0.000**
	Algunas veces	16 (37.2)	23 (34.3)	22 (25)	20 (12.7)	81 (22.8)	
	Nunca o casi nunca	4 (9.3)	18 (26.9)	11 (12.5)	5 (3.2)	38 (10.7)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de la edad agrupada con las puntuaciones en bienestar emocional.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

Tabla 49: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión bienestar emocional en función del sexo.

		Sexo			
		Mujer n (% columna)	Hombre n (% columna)	Total n (% columna)	p*
Satisfacción/Desarrollo personal	Siempre o casi siempre	120 (58)	105 (70.5)	225 (63.2)	0.037***
	Algunas veces	73 (35.3)	34 (22.8)	107 (30.1)	
	Nunca o casi nunca	14 (6.8)	10 (6.7)	24 (6.7)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación del sexo con las puntuaciones en bienestar emocional.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

Tabla 50: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión bienestar emocional en función de la nacionalidad.

		Nacionalidad			p*
		Otra n (% columna)	Española n (% columna)	Total n (% columna)	
Equilibrio emocional/Control del estrés	Siempre o casi siempre	12 (25)	41 (13.3)	53 (14.9)	0.034**
	Algunas veces	28 (58,3)	172 (55,8)	200 (56,2)	
	Nunca o casi nunca	8 (16.7)	95 (30.8)	103 (28.9)	
Relaciones interpersonales	Siempre o casi siempre	38 (79.2)	266 (86.4)	304 (85.4)	0.045**
	Algunas veces	5 (10.4)	33 (10.7)	38 (10.7)	
	Estructura familiar/social de apoyo	5 (10.4)	9 (2.9)	14 (3.9)	
Ocio/Entretenimiento	Siempre o casi siempre	22 (45.8)	215 (69.8)	237 (66.6)	0.003**
	Algunas veces	16 (33.3)	65 (21.1)	81 (22.8)	
	Nunca o casi nunca	10 (20.8)	28 (9.1)	38 (10.7)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de la nacionalidad con las puntuaciones en bienestar emocional.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

Tabla 51: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión bienestar emocional en función del estado civil.

		Estado civil					p*
		Soltero/a n (% columna)	Casado/a En pareja n (% columna)	Separado/a Divorciado/a n (% columna)	Viudo/a n (% columna)	Total n (% columna)	
Autoaceptación/A utoconcepto	Siempre o casi siempre	48 (52.7)	149 (71.3)	19 (59.4)	17 (77.3)	233 (65.8)	0.048* *
	Algunas veces	36 (39.6)	53 (25.4)	12 (37.5)	4 (18.2)	105 (29.7)	
	Nunca o casi nunca	7 (7.7)	7 (3.3)	1 (3.1)	1 (4.5)	16 (4.5)	
Satisfacción/Desar rollo personal	Siempre o casi siempre	49 (53.8)	149 (71.3)	16 (50)	10 (45.5)	224 (63.3)	0.001* *
	Algunas veces	31 (34.1)	49 (23.4)	16 (50)	10 (45.5)	106 (29.9)	
	Nunca o casi nunca	11 (12.1)	11 (5.3)	0 (0)	2 (9.1)	24 (6.8)	
Motivación/Actitu d	Siempre o casi siempre	59 (64.8)	143 (68.4)	21 (65.6)	12 (54.5)	235 (66.4)	0.005* *
	Algunas veces	24 (26.4)	47 (22.5)	9 (28.1)	2 (9.1)	82 (23.2)	
	Nunca o casi nunca	8 (8.8)	19 (9.1)	2 (6.3)	8 (36.4)	37 (10.5)	
Relaciones interpersonales	Siempre o casi siempre	78 (85.7)	181 (86.6)	22 (68.8)	21 (95.5)	302 (85.3)	0.044* *
	Algunas veces	9 (9.9)	23 (11)	6 (18.8)	0 (0)	38 (10.7)	
	Estructura familiar/social de apoyo	4 (4.4)	5 (2.4)	4 (12.5)	1 (4.5)	14 (4)	
Sueño/descanso	Siempre o casi siempre	38 (41.8)	115 (55)	15 (46.9)	14 (63.6)	182 (51.4)	0.029* *
	Algunas veces	43 (47.3)	56 (26.8)	12 (37.5)	5 (22.7)	116 (32.8)	
	Nunca o casi nunca	10 (11)	38 (18.2)	5 (15.6)	3 (13.6)	56 (15.8)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación del estado civil con las puntuaciones en bienestar emocional.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

Tabla 52: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión bienestar emocional en función del nivel de estudios.

		Nivel de estudios						P*
		Analfabeto E. Primarios incompletos n (% columna)	Ed. Primaria n (% columna)	Ed. Secundaria n (% columna)	Bachillerato FP n (% columna)	Universitario n (% columna)	Total n (% columna)	
Autoaceptación/Autoconcepto	Siempre o casi siempre	5 (71.4)	24 (44.4)	28 (65.1)	71 (65.7)	106 (73.6)	234 (65.7)	0.022*
	Algunas veces	2 (28.6)	27 (50)	11 (25.6)	32 (29.6)	33 (22.9)	105 (29.5)	
	Nunca o casi nunca	0 (0)	3 (5.6)	4 (9.3)	5 (4.6)	5 (3.5)	17 (4.8)	
Satisfacción/Desarrollo personal	Siempre o casi siempre	2 (28.6)	35 (64.8)	22 (51.2)	65 (60.2)	101 (70.1)	225 (63.2)	0.000*
	Algunas veces	5 (71.4)	14 (25.9)	12 (27.9)	40 (37)	36 (25)	107 (30.1)	
	Nunca o casi nunca	0 (0)	5 (9.3)	9 (20.9)	3 (2.8)	7 (4.9)	24 (6.7)	
Motivación/Actitud	Siempre o casi siempre	3 (42.9)	29 (53.7)	23 (53.5)	74 (68.5)	108 (75)	237 (66.6)	0.002*
	Algunas veces	2 (28.6)	17 (31.5)	9 (20.9)	25 (23.1)	29 (20.1)	82 (23)	
	Nunca o casi nunca	2 (28.6)	8 (14.8)	11 (25.6)	9 (8.3)	7 (4.9)	37 (10.4)	
Necesidades afectivas	Siempre o casi siempre	7 (100)	49 (90.7)	34 (79.1)	99 (91.7)	139 (96.5)	328 (92.1)	0.019*
	Algunas veces	0 (0)	3 (5.6)	8 (18.6)	6 (5.6)	4 (2.8)	21 (5.9)	
	Nunca o casi nunca	0 (0)	2 (3.7)	1 (2.3)	3 (2.8)	1 (0.7)	7 (2)	
Sueño/descanso	Siempre o casi siempre	6 (85.7)	34 (63)	18 (41.9)	57 (52.8)	68 (47.2)	183 (51.4)	0.004*
	Algunas veces	1 (14.3)	10 (18.5)	11 (25.6)	35 (32.4)	59 (41)	116 (32.6)	
	Nunca o casi nunca	0 (0)	10 (18.5)	14 (32.6)	16 (14.8)	17 (11.8)	57 (16)	

Ocio/Entretenimiento	Siempre o casi siempre	4 (57.1)	46 (85.2)	22 (51.2)	74 (68.5)	91 (63.2)	237 (66.6)	0.000*
	Algunas veces	1 (14.3)	6 (11.1)	8 (18.6)	24 (22.2)	42 (29.2)	81 (22.8)	
	Nunca o casi nunca	2 (28.6)	2 (3.7)	13 (30.2)	10 (9.3)	11 (7.6)	38 (10.7)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación del nivel de estudios con las puntuaciones en bienestar emocional.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

*Tabla 53: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión bienestar emocional en función de la ocupación.*

		Ocupación								p*
		Cuenta ajena n (% columna)	Cuenta propia n (% columna)	Parado/a n (% columna)	Jubilado/a Pensionista n (% columna)	Trabajo doméstico no remunerado n (% columna)	Estudiante n (% columna)	No clasificable n (% columna)	Total n (% columna)	
Satisfacción/Desarrollo personal	Siempre o casi siempre	92 (59.4)	19 (76)	7 (43.8)	91 (69.5)	7 (43.8)	7 (63.6)	2 (100)	225 (63.2)	0.048*
	Algunas veces	52 (33.5)	2 (8)	9 (56.3)	33 (25.2)	8 (50)	3 (27.3)	0 (0)	107 (30.1)	
	Nunca o casi nunca	11 (7.1)	4 (16)	0 (0)	7 (5.3)	1 (6.3)	1 (9.1)	0 (0)	24 (6.7)	
Equilibrio emocional/Control del estrés	Siempre o casi siempre	30 (19.4)	7 (28)	3 (18.8)	9 (6.9)	1 (6.3)	3 (27.3)	0 (0)	53 (14.9)	0.004*
	Algunas veces	90 (58.1)	15 (60)	10 (62.5)	67 (51.1)	10 (62.5)	7 (63.6)	1 (50)	200 (56.2)	
	Nunca o casi nunca	35 (22.6)	3 (12)	3 (18.8)	55 (42)	5 (31.3)	1 (9.1)	1 (50)	103 (28.9)	
Ocio/Entretenimiento	Siempre o casi siempre	76 (49)	17 (68)	13 (81.3)	117 (89.3)	8 (50)	4 (36.4)	2 (100)	237 (66.6)	0.000*
	Algunas veces	48 (31)	7 (28)	3 (18.8)	11 (8.4)	5 (31.3)	7 (63.6)	0 (0)	81 (22.8)	
	Nunca o casi nunca	31 (20)	1 (4)	0 (0)	3 (2.3)	3 (18.8)	0 (0)	0 (0)	38 (10.7)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de la ocupación con las puntuaciones en bienestar emocional.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

Tabla 54: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión bienestar emocional en función de los ingresos.

		Ingresos					P*
		Ningún ingreso n (% columna)	≤ a 1000 n (% columna)	De 1001-2500 n (% columna)	> 2501 n (% columna)	Total n (% columna)	
Autoaceptación/Autoconce pto	Siempre o casi siempre	8 (42.1)	48 (60.8)	114 (68.7)	26 (81.3)	196 (66.2)	0.047**
	Algunas veces	11 (57.9)	27 (34.2)	44 (26.5)	5 (15.6)	87 (29.4)	
	Nunca o casi nunca	0 (0)	4 (5.1)	8 (4.8)	1 (3.1)	13 (4.4)	
Estado de ánimo	Siempre o casi siempre	6 (31.6)	41 (51.9)	112 (67.5)	23 (71.9)	182 (61.5)	0.013**
	Algunas veces	12 (63.2)	34 (43)	52 (31.3)	8 (25)	106 (35.8)	
	Nunca o casi nunca	1 (5.3)	4 (5.1)	2 (1.2)	1 (3.1)	8 (2.7)	
Motivación/Actitud	Siempre o casi siempre	8 (42.1)	56 (70.9)	115 (69.3)	25 (78.1)	204 (68.9)	0.020**
	Algunas veces	10 (52.6)	13 (16.5)	39 (23.5)	4 (12.5)	66 (22.3)	
	Nunca o casi nunca	1 (5.3)	10 (12.7)	12 (7.2)	3 (9.4)	26 (8.8)	
Ocio/Entretenimiento	Siempre o casi siempre	9 (47.4)	58 (73.4)	111 (66.9)	19 (59.4)	197 (66.6)	0.004**
	Algunas veces	9 (47.4)	14 (17.7)	32 (19.3)	13 (40.6)	68 (23)	
	Nunca o casi nunca	1 (5.3)	7 (8.9)	23 (13.9)	0 (0)	31 (10.5)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de los ingresos con las puntuaciones en bienestar emocional.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

Tabla 55: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión bienestar emocional en función de presentar o no una enfermedad crónica.

		Enfermedad crónica			p*
		No n (% columna)	Sí n (% columna)	Total n (% columna)	
Motivación/Actitud	Siempre o casi siempre	87 (75)	150 (62.5)	237 (66.6)	0.028**
	Algunas veces	23 (19.8)	59 (24.6)	82 (23)	
	Nunca o casi nunca	6 (5.2)	31 (12.9)	37 (10.4)	
Ocio/Entretención	Siempre o casi siempre	66 (56.9)	171 (71.3)	237 (66.6)	0.012**
	Algunas veces	31 (26.7)	50 (20.8)	81 (22.8)	
	Nunca o casi nunca	19 (16.4)	19 (7.9)	38 (10.7)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de presentar o no una enfermedad crónica con las puntuaciones en bienestar emocional.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

Tabla 56: Modelo de regresión múltiple para bienestar emocional.

Predictores	Beta	P valor*
R 0.361/R <sup>2</sup> 0.130/R <sup>2</sup> ajustado 0.115/F8.592		
Constante	15.804 (15.139, 16.469)	0.000
Ocupación: jubilado/a o pensionista	0.999 (0.234, 1.764)	0.011
Estudios: Universitarios	0.861 (0.098, 1.624)	0.027
Estudios: Educación secundaria	-1.885 (-3.057, -0.713)	0.002
Ingresos: Ningún ingreso	-1.526 (-2.990, -0.062)	0.041
Estado civil: Soltero/a	-1.068 (-1.909, -0.227)	0.013

\*p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

Se encontraron diferencias significativas para todas las variables sociodemográficas.

Las personas con una edad superior a los 66 años fueron las que indicaron significativamente estar menos estresadas, nerviosas, angustiadas o irritables, las que dormían bien de forma más habitual y las que en mayor medida disponían de suficiente tiempo de ocio. Esto puede deberse al aumento de la presión educativa y laboral de poblaciones más jóvenes debido a los problemas socioeconómicos que han acontecido. Se estima que la población menor

de 25 años ha sido especialmente vulnerable al ser una etapa de mayor inseguridad, donde se han visto tendencias ascendentes en la incidencia de trastornos mentales(23).

En cuanto al estado civil, las personas casadas o en pareja se encontraron más satisfechas consigo mismas, contentas con la vida que llevaban y motivadas para realizar nuevas actividades; siendo las que indicaron dormir peor. Las personas solteras nunca o casi nunca estaban satisfechas consigo mismas y contentas con la vida que llevaban. Las personas separadas o divorciadas fueron la que comentaron vivir en un entorno menos favorable. Las personas viudas fueron las menos motivadas para realizar nuevas actividades, pero que más frecuentemente se sentían más satisfechas consigo mismas, mejor dormían y mayor entorno favorable indicaban. Los resultados derivados de este último grupo podrían deberse influenciados por una avanzada edad, que posiblemente haya podido generar herramientas de resiliencia a lo largo de su vida. Mientras que en el resto de los grupos poblacionales se observa un beneficio en el encontrarse acompañado por otra persona, algo que ya es respaldado por la literatura(317) y por la regresión múltiple que situó el estar soltero como un predictor con impacto negativo.

Las personas que no presentan una enfermedad crónica se encontraban más motivadas para realizar nuevas actividades, aunque indicaron tener mucho menos tiempo de ocio frente a los que sí que las padecían. Lo que en gran medida podría ser debido a que el primer grupo suele pertenecer a un grupo de edad más joven que el segundo, que probablemente se sienta con mayor vitalidad y energía para afrontar nuevos retos. Estos datos son muy interesantes ya que reflejan la importancia de la motivación frente a la falta de tiempo, la cual, aunque se ha creído tradicionalmente ser una barrera para llevar un estilo de vida saludable actualmente se ha observado que en realidad son otros factores los que afectan a ello en mayor medida(319).

En función del nivel de ingresos, las personas con ingresos inferiores a 1.000 euros nunca o casi nunca se encontraban satisfechas consigo mismas, alegres y de buen humor, motivadas para realizar nuevas actividades y capaces de superar las dificultades; aunque indicaron tener más frecuentemente tiempo de ocio suficiente. Las personas con mayor nivel de ingresos tuvieron unos resultados opuestos al grupo anterior. En concordancia, el no tener ningún ingreso fue un predictor negativo en el bienestar emocional. La literatura ya indica que las personas en situación de pobreza y/o exclusión social son más susceptibles de tener trastornos mentales, debido a los impedimentos que una situación económica limitada suponen(279).

Las personas españolas se encontraban menos estresadas, nerviosas, angustiadas o irritables; indicaron tener en mayor medida suficiente tiempo de ocio y encontrarse en un entorno más favorable en comparación con las personas inmigrantes. Estos datos son comprensibles, ya que las personas inmigrantes suelen encontrarse en mayor situación de inestabilidad y falta de recursos al estar en un entorno social y culturalmente diferente al que están acostumbrados, lo que requiere de un proceso adaptativo que puede ser altamente estresante. También hay ocasiones en las que se encuentran alejadas de su familia y amigos. Todo ello los convierte en una población vulnerable y altamente susceptible de ver su salud mental deteriorada(279).

Comparando el nivel de estudios, se encontró que entre las personas analfabetas o con estudios primarios incompletos estaban siempre o casi siempre satisfechas consigo mismas, con sentimiento de ser queridas y con mejor sueño. Por otra parte, las personas con estudios universitarios se encontraban más satisfechas consigo mismas, contentas con la vida que llevaban y motivadas para realizar nuevas actividades. Siendo las que tenían educación obligatoria (primaria/secundaria) las que menos satisfechas consigo mismo, contentas con la vida que llevaban y peor dormían. En concordancia, tener estudios universitarios se posicionó como un factor positivo y el tener estudios de educación secundaria como un factor negativo en el bienestar emocional. Estas diferencias pueden ser debidas en parte a la situación socioeconómica, ya que las personas con menos estudios generalmente tienen mayor riesgo de pobreza y exclusión social, y por tanto mayor vulnerabilidad.(23)

Respecto a la ocupación, las personas que trabajaban por cuenta ajena indicaron en mayor proporción nunca o casi nunca tener suficiente tiempo de ocio, mientras que las que trabajaban por cuenta propia fueron a la vez las que más y las que menos se encontraban contentas con la vida que llevaban y estaban más frecuentemente estresadas, nerviosas, angustiadas o irritables. Lo que principalmente pueda estar relacionado por el tipo de trabajo y las condiciones laborales, que puedan facilitar o dificultar establecer un equilibrio entre trabajo y ocio. La población pensionista o jubilada se encontraba más frecuentemente contenta con la vida que llevaba, no se sentía nunca o casi nunca estresada, nerviosa, angustiada o irritable y mayor tiempo de ocio tenían. Lo que como anteriormente comentado, sea debido a que se trate de un grupo de edad más avanzada, el cual es caracterizado por tener mayor resiliencia emocional y un estado de mayor tranquilidad al tener menos incertidumbres socioeconómicas en su vida. Respecto a los estudiantes, se observó una tendencia a estar más frecuentemente estresado, nervioso, angustiado o irritable y con menor proporción de tiempo de ocio. Lo que va en concordancia con la literatura y los resultados ya mencionados, al tratarse de un grupo poblacional de menor edad. Estos resultados son apoyados por el análisis de regresión, que situó el ser jubilado/a o pensionista como un factor positivo en el bienestar emocional.

Por último, el sexo masculino se encontraba significativamente más contento con la vida que llevaba. Estos datos son respaldados por los datos recogidos por el Ministerio de Sanidad de España, que comenta que los hombres españoles tienen una salud auto percibida mayor que las mujeres independientemente de la edad, habiendo una mayor incidencia de trastornos mentales en mujeres(23)(279).

*Dimensión seguridad y lesiones no intencionales*

*Tabla 57: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión seguridad y lesiones no intencionales en función de la edad agrupada.*

		Edad					p*
		<= 35 n (% columna)	36-50 n (% columna)	51-65 n (% columna)	>=66 n (% columna)	Total n (% columna)	
Seg. Vial: Respeto normas de tráfico	Sí	26 (60.5)	53 (79.1)	77 (87.5)	137 (86.7)	293 (82.3)	0.002**
	Algunas veces	15 (34.9)	12 (17.9)	11 (12.5)	20 (12.7)	58 (16.3)	
	No	2 (4.7)	2 (3)	0 (0)	1 (0.6)	5 (1.4)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de la edad agrupada con las puntuaciones en seguridad y lesiones no intencionales.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

*Tabla 58: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión seguridad y lesiones no intencionales en función del sexo.*

		Sexo			p*
		Mujer n (% columna)	Hombre n (% columna)	Total n (% columna)	
Normas de baño	Sí	202 (97.6)	140 (94)	342 (96.1)	0.031**
	Algunas veces	3 (1.4)	9 (6)	12 (3.4)	
	No	2 (1)	0 (0)	2 (0.6)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación del sexo con las puntuaciones en seguridad y lesiones no intencionales.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

Tabla 59: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión seguridad y lesiones no intencionales en función del estado civil.

		Estado civil					P*
		Soltero/a N (% columna)	Casado/a En pareja N (% columna)	Separado/a Divorciado/a N (% columna)	Viudo/a N (% columna)	Total N (% columna)	
Seg. Vial: Conducción/Alcohol	Sí	80 (87.9)	198 (94.7)	30 (93.8)	20 (90.9)	328 (92.7)	0.026*
	Algunas veces	8 (8.8)	10 (4.8)	2 (6.3)	0 (0)	20 (5.6)	
	No	3 (3.3)	1 (0.5)	0 (0)	2 (9.1)	6 (1.7)	
Seguridad en el hogar	Sí	85 (93.4)	199 (95.2)	26 (81.3)	22 (100)	332 (93.8)	0.006*
	Algunas veces	4 (4.4)	10 (4.8)	6 (18.8)	0 (0)	20 (5.6)	
	No	2 (2.2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0.6)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación del estado civil con las puntuaciones en seguridad y lesiones no intencionales.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

Tabla 60: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión seguridad y lesiones no intencionales en función de la ocupación.

		Ocupación							Total n (% columna)	P*
		Cuenta ajena n (% columna)	Cuenta propia n (% columna)	Parado/a n (% columna)	Jubilado/a Pensionista n (% columna)	Trabajo doméstico no remunerado n (% columna)	Estudiante n (% columna)	No clasificable n (% columna)		
Seg. Vial: Respeto normas de tráfico	Sí	125 (80.6)	14 (56)	14 (87.5)	116 (88.5)	15 (93.8)	7 (63.6)	2 (100)	293 (82.3)	0.015*
	Algunas veces	26 (16.8)	11 (44)	2 (12.5)	14 (10.7)	1 (6.3)	4 (36.4)	0 (0)	58 (16.3)	
	No	4 (2.6)	0 (0)	0 (0)	1 (0.8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (1.4)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de la ocupación con las puntuaciones en seguridad y lesiones no intencionales.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

Tabla 61: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión seguridad y lesiones no intencionales en función de los ingresos.

		Ingresos					P*
		Ningún ingreso n (% columna)	≤ a 1000 n (% columna)	De 1001-2500 n (% columna)	> 2501 n (% columna)	Total n (% columna)	
Seg. Vial: Respeto normas de tráfico	Sí	13 (68.4)	73 (92.4)	139 (83.7)	17 (53.1)	242 (81.8)	0,000**
	Algunas veces	6 (31.6)	6 (7.6)	23 (13.9)	14 (43.8)	49 (16.6)	
	No	0 (0)	0 (0)	4 (2.4)	1 (3.1)	5 (1.7)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de los ingresos con las puntuaciones en seguridad y lesiones no intencionales.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

Tabla 62: Modelo de regresión múltiple para seguridad y lesiones no intencionales.

Predictores	Beta	P valor*
R 0.308/R <sup>2</sup> 0.095/R <sup>2</sup> ajustado 0.086/F10.053		
Constante	9.760 (9.626, 9.893)	0.000
Edad: <35 años	-0.752 (-1.069, -0.436)	0.011
Ingresos: >2501 euros	-0.428 (-0.763, -0.094)	0.012
Edad: 36-50 años	-0.336 (-0.601, -0.071)	0.013

\*p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

No se encontraron diferencias significativas para las variables sociodemográficas: presentar o no una enfermedad crónica, nacionalidad, nivel de estudios y sexo. Tampoco se encontraron estudios que analizaran la influencia de estos factores socio demográficos en la seguridad y lesiones no intencionales.

Las personas menores de 35 años respetaban en menor proporción las normas de tráfico, siendo el tener menor edad un factor con impacto negativo. Siendo esto debido principalmente al menor riesgo percibido por dicha población. En cuanto a el estado civil, el estar casado o en pareja tuvo también un factor protector para esta dimensión, ya que conducían menos frecuentemente bajo la influencia del alcohol y otras drogas y seguían las recomendaciones de seguridad en el hogar. Lo que puede deberse a que las personas que se encuentren en dicha situación tengan una visión menos individualizada de su salud y sientan una responsabilidad colectiva de cuidar de su entorno.

La población con mayor nivel de ingresos respetaba en menor medida las normas de tráfico, posicionándose dicha característica como un predictor con impacto negativo. Lo que podría deberse en

parte a la falta de disuasión que podría provocar una sanción económica en personas que se puedan permitir mayores gastos.

En cuanto a la ocupación, las personas que trabajaban por cuenta propia respetaban en menor medida las normas de tráfico.

#### 4.3.2.2 Características sociodemográficas de la población de estudio según la necesidad de intervención

##### Relación entre el ISEV y las variables sociodemográficas de la población estudiada

Para la valoración ordinal de las puntuaciones de la herramienta PA100, con una perspectiva de orientación para la intervención, y necesidad de cambio en el estilo de vida, se categorizó la variable ISEV en 4 categorías:

- Mínima necesidad: puntuaciones de 100 a 80 puntos.
- Necesidad leve: puntuaciones de 79 a 60 puntos
- Necesidad media: puntuaciones de 59 a 40 puntos
- Gran necesidad: puntuaciones inferiores a 39 puntos.

Las puntuaciones de mediana y gran necesidad (menores a 59), se agruparon en una sola categoría (Gran+ Media) para la presentación de resultados y así obtener un tamaño de muestra suficiente para la aplicación de las pruebas estadísticas. Se exploró la relación de esta variable ordinal con las características de la muestra mediante la prueba del chi-cuadrado.

En la muestra se clasificaron 126 pacientes (34.5%) con mínima necesidad de cambio en el estilo de vida, 167 (46%) con necesidad leve, 56 (15,6%) con necesidad media y 10 (2.8%) con gran necesidad de cambio. En la Tabla 63 se presentan los resultados de estas clasificaciones en función de las características de la muestra.

Tabla 63: Necesidad de cambio del estilo de vida según características de la muestra.

	Necesidad de cambio del estilo de vida			p*
	GRAN+MEDIA n (% fila)	LEVE n (% fila)	MÍNIMA n (% fila)	
TOTAL	66 (18.4)	167 (46.5)	126 (34.5)	-
Sexo				
Mujer	35 (17.2)	93 (45.6)	76 (37.3)	0.588
Hombre	29 (19.9)	70 (47.9)	47 (32.2)	
Edad				
<46	24 (25.3)	48 (50.5)	23 (24.2)	<0.001**
46-55	8 (13.8)	32 (55.2)	18 (31)	
56-65	25 (26.9)	37 (39.8)	31 (33.3)	

>65	7 (6.7)	46 (44.2)	51 (49)	
Nacionalidad				
Español	53 (17.5)	138 (45.7)	111 (36.8)	0.267
Otro	11 (22.9)	25 (52.1)	12 (25.0)	
Estado civil				
Soltero/a	24 (27)	42 (47.2)	23 (25.8)	0.033**
Casado/a	24 (14.1)	93 (45.1)	84 (40.8)	
Separado/a, divorciado/a, viudo/a	11 (20.4)	27 (50)	16 (29.6)	
Nivel de estudios				
Hasta primarios	8 (13.6)	24 (40.7)	27 (45.8)	0.236
Secundarios	11 (25.6)	21 (48.8)	11 (25.6)	
Bachillerato	20 (18.7)	56 (52.3)	31 (29)	
Universitarios	25 (17.7)	62 (44)	54 (38.3)	
Ocupación				
Trabajando	43 (24)	86 (48)	50 (27.9)	<0.001**
Jubilado/a, pensionista	10 (7.9)	52 (41.3)	64 (50.8)	
Otros (estudiantes, parados/as, tareas hogar)	10 (23.3)	25 (58.1)	8 (18.6)	
Ingresos mensuales				
Ningún ingreso	5 (26.3)	10 (52.6)	4 (21.1)	0.390
Menos o igual a 1.000€	10 (12.7)	44 (55.7)	25 (31.6)	
De 1.001 a 2.500€	29 (17.9)	72 (44.4)	61 (37.7)	
>2.500€	3 (9.4)	17 (53.1)	12 (37.5)	
Diabetes				
Sí	5 (10)	20 (40)	25 (50)	0.040**
No	61 (19.7)	147 (47.6)	101 (32.7)	
Hipertensión				
Sí	23 (20.9)	54 (49.1)	33 (30)	0.377
No	43 (17.3)	113 (45.4)	93 (37.3)	
Obesidad				
Sí	9 (14.1)	36 (56.3)	19 (29.7)	0.220
No	57 (19.3)	131 (44.4)	107 (36.3)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de la necesidad de cambio del estilo de vida con las características de la muestra.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

Respecto a la edad podemos observar que, a mayor edad, menor necesidad de intervención en su estilo de vida.

Respecto al estado civil, las personas casadas o viviendo en pareja son las que parecen requerir menor intervención en su estilo de vida.

Respecto a la ocupación, los jubilados son los que menor necesidad de intervención requieren en su estilo de vida.

Los pacientes que presentan DM tienen una mínima necesidad de modificar su estilo de vida, es decir, tiene un estilo de vida más saludable.

Para completar el análisis bivariado y analizar qué variables pueden tener mayor influencia en las puntuaciones de la herramienta PA100 se realizó un análisis multivariante.

Se realizó un modelo de regresión lineal de la puntuación total de la herramienta Ponte a 100 como variable dependiente (Tabla 64).

El 62% de la variabilidad en la puntuación del cuestionario PA100 se debe a la edad y los estudios universitarios.

Cada año que se incrementa la edad del paciente se incrementa su puntuación en 0.23 puntos. Por lo que podemos decir que a mayor edad mejor puntuación del cuestionario PA100.

Respecto al nivel de estudios, los pacientes con estudios universitarios tienen 3.4 más puntos en el ISEV que los que tienen estudios primarios.

*Tabla 64: Variables relacionadas con el ISEV. Modelo final de regresión lineal.*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
	B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
(Constante)	57.655	3.066		18.802	0.000	51.624	63.687
Edad	0.234	0.051	0.241	4.573	0.000	0.133	0.334
Estudios universitarios	3.491	1.572	0.117	2.221	0.027	0.400	6.583

\*Variable dependiente: ISEV

Fuente: elaboración propia.

Se calculó un modelo para evaluar la influencia de las variables sociodemográficas en presentar una mínima necesidad de cambio, es decir, puntuaciones en el ISEV mayores a 80 puntos. Los resultados se muestran en la Tabla 65.

Se obtiene un R de Nagelkerke de 0.088. Los jubilados obtienen en el ISEV una puntuación superior en casi 1 punto respecto a los trabajadores. Otras categorías tienen una puntuación en el ISEV de 0.53 puntos menos.

Tabla 65: Modelo de regresión logística de tener alta puntuación (>80) en herramienta Ponte a 100

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
<b>Ocupación</b>								
Trabajadores	ref.		21.886	2	0.000	ref		
Jubilados/as	0.980	0.244	16.124	1	0.000	2.663	1.651	4.296
Otros/as	-0.528	0.426	1.538	1	0.215	0.590	0.256	1.359
Constante	-0.948	0.167	32.369	1	0.000	0.388		

Fuente: elaboración propia.

#### Relación entre el ISEV y la autovaloración del estilo de vida y autopercepción en salud.

Previamente a la cumplimentación del cuestionario PA100, tanto en su versión auto como hetero administrada, se solicitaba al paciente que autoevaluara su estilo de vida, otorgando un rango de puntuación de 0-100, y su autopercepción de su estado de salud, categorizándolo en muy bueno, bueno, regular, malo y muy malo.

También se categorizaron las variables de autoevaluación del estilo de vida y autopercepción en salud y se analizó el chi cuadrado encontrando relaciones estadísticamente significativas como se muestran en la Tabla 66.

Tabla 66: Relación de necesidad de cambio del estilo de vida con variables de autoevaluación del estado de salud y el estilo de vida.

	n (% columna)	Necesidad de cambio del estilo de vida			p*
		GRAN+MEDIANA	LEVE	MÍNIMA	
		n (% fila)	n (% fila)	n (% fila)	
TOTAL	-	66 (18.4)	167 (46.5)	126 (34,5)	-
Autovaloración del Estilo de Vida (0-100)					
100-80	146 (41)	16 (11.2)	52 (36.4)	75 (52.4)	<0.001* *
79-60	140 (39.3)	23 (16.5)	81 (58.3)	35 (25.2)	
<60	70 (19.7)	25 (36.8)	30 (44.1)	13 (19.1)	
Autovaloración de salud					
Muy buena	49 (13.8)	6 (12.5)	17 (34.5)	25 (52.1)	0.001**
Buena	194 (54.5)	27 (14.1)	91 (47.6)	73 (38.2)	
Regular/Mala/Muy mala	113 (31.7)	31 (27.9)	55 (49.5)	25 (22.5)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de la necesidad de cambio del estilo de vida con variables de autovaloración del estado de salud y el estilo de vida.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Fuente: elaboración propia.

La puntuación media de la autovaloración del estilo de vida fue de 70.49 (DE=15.966).

La puntuación media de la autovaloración del estilo de vida fue de 70.49 (DE=15.966).

Los pacientes que valoraron su estilo de vida entre 80-100 puntos (41%; n=146) se relacionan con una necesidad leve (36.4%; n=52) o mínima de intervención (52.4%; n=75) en su estilo de vida según la puntuación obtenida en la herramienta PA100.

Los pacientes que valoraron su estilo de vida con puntuaciones entre 60-70 puntos (39.3%; n=140) se relacionaron con una necesidad leve (58.3%; n=81) o mínima (25.2%; n=35) de intervención en su estilo de vida según la puntuación obtenida en la herramienta PA100.

En el caso de la autovaloración en salud, los que valoran que su salud es muy buena (13.8%; n=49) coinciden con la herramienta PA100 en que su necesidad de intervención en estilo de vida es leve (34.5%; n=17) o mínima (52.1%; n=25).

Los que valoraron que su estado de salud era bueno (54.5%; n=194) coinciden con la herramienta PA100 en que su necesidad de intervención en su estilo de vida también es leve (47.6%; n=91) o mínima (38.2%; n=73).

En el caso de los pacientes que valoraron su salud como regular, mala o muy mala (31.7%; n=113), obtuvieron una mejor puntuación en la herramienta PA100, el 49.5% (n=55) sólo necesita un leve cambio en su estilo de vida, el 27.9% (n=31) una gran/media necesidad y al 22.5% (n=25) una mínima necesidad de cambio en su estilo de vida, es decir, valoraron su estado de salud peor respecto a las puntuaciones obtenidas en la herramienta PA100.

#### 4.3.3 [Página web: Proyecto Estilo de Vida “Ponte a 100”](#) (Anexo 20)

La página web consta de dos apartados:

##### 1. Inicio:

- ✓ Definición de estilo de vida saludable.
- ✓ Presentación del cuestionario PA100.
- ✓ Utilidad del cuestionario.
- ✓ Presentación del grupo de profesionales que participan en el proyecto.

##### 2. Acceso al cuestionario:

- ✓ Instrucciones de cumplimentación.
- ✓ Cuestionario PA100.

Una vez cumplimentado la página mostrará las puntuaciones desglosadas por dimensiones y la puntuación total. Además, ofrece la posibilidad de obtener consejos individualizados en cada una de las dimensiones en las que las puntuaciones no hayan alcanzado el máximo saludable.

También permite descargar un informe de las respuestas en cada ítem y dimensión.

## 4.4 Limitaciones del estudio

Las limitaciones principales las encontramos respecto a algunos aspectos de la validación de la herramienta.

Se diseñó un estudio descriptivo por lo que no se puede establecer una relación de causalidad entre el estilo de vida y las enfermedades crónicas.

El objetivo no era obtener una herramienta clínica con valor predictivo para las enfermedades crónicas, si no una herramienta de intervención en el estilo de vida para la prevención derivada de estos en enfermedades crónicas, sin embargo, la validación de cualquier herramienta se hace indispensable para su posterior aplicabilidad.

Debido al carácter multidimensional del constructo estilo de vida no se obtuvo una consistencia interna estadísticamente significativa de esta herramienta.

Tampoco se pudo analizar la validación de criterio, ya que como se comentó al principio de esta tesis, en el apartado de cuestionarios existentes en la literatura, no existía ningún otro cuestionario que evaluara las mismas dimensiones ni otorgara las puntuaciones a cada ítem y dimensión en función del peso en la aparición de enfermedades crónicas, la elección del cuestionario *Medlife* como *gold* estándar sólo mostró una correlación parcial con la dimensión de alimentación.

## 4.5 Fortalezas del estudio

Para el diseño y la validación de esta herramienta se contó con un amplio panel de expertos conformado con perfiles profesionales y académicos competentes para cada una de las dimensiones del constructo estilo de vida, obteniendo un alto nivel de concordancia en sus respuestas, dando lugar a una herramienta válida y fiable, de aplicación en nuestro entorno.

Se obtuvo una alta puntuación en la valoración de la usabilidad de esta herramienta por parte de los profesionales de la salud. Este cuestionario permite evaluar la multidimensionalidad del estilo de vida en población adulta, sintetizando los aspectos más relevantes de cada dimensión y permitiendo identificar por los profesionales el punto de partida en el que se encuentran sus pacientes, y tras ello, planificar actuaciones y servir de apoyo para modificar conductas no saludables, tanto a nivel individual, grupal como comunitario.

Además, se ha analizado la capacidad de autoevaluación del estilo de vida en población adulta, siendo una herramienta de fácil comprensión y manejo. Por ello el diseño y puesta en marcha de la página web permite llegar a toda la población, obteniendo consejos en salud de forma individualizada y permitiendo su reevaluación periódica.

## 4.6 Futuras líneas de investigación

Las enfermedades crónicas constituyen en la actualidad una “epidemia sanitaria” que causan una elevada morbilidad, por lo que constituyen una prioridad para salud pública.

Además de la aplicabilidad clínica, disponer de este cuestionario puede generar nuevas líneas de investigación que permitan generar evidencias sobre la relación entre un estilo de vida inadecuado y la aparición de enfermedades crónicas:

- Estudio intercomunitario para evaluar el estilo de vida entre comunidades autónomas.
- Evaluar los estilos de vida en otros ámbitos como en estudiantes de diferentes niveles educativos y ramas del conocimiento; en trabajadores de diferentes sectores relacionados o no con la salud.
- Validación en otras franjas de edad.
- Validación en otras poblaciones internacionales.
- Adaptación transcultural a otros idiomas.

# 5. Conclusiones

1. El cuestionario Ponte a 100 es un instrumento de evaluación del estilo de vida, formado por 33 ítems agrupados en 5 dimensiones.
2. El índice Sintético de Estilo de Vida (ISEV) que se obtiene al finalizar la cumplimentación del cuestionario permite cuantificar numéricamente el estilo de vida de cada persona, obteniendo una máxima puntuación de 100 puntos cuando el individuo presenta un estilo de vida completamente saludable.
3. La validez de contenido del instrumento ha sido certificada por un número adecuado de expertos de alta competencia.
4. Los valores del coeficiente V de Aiken en los criterios de validación (suficiencia, coherencia, claridad y relevancia) de cada ítem y dimensión señalan que esta herramienta es adecuada para medir el estilo de vida de la población adulta.
5. El cuestionario diseñado presenta muy buenos indicadores de fiabilidad inter observador, intra observador (test-re-test) y también en cuanto a su forma de administración (hetero/autoadministrada).
6. En relación con el estilo de vida de la población de estudio podemos concluir que:
  - ✓ A mayor edad mayor consumo de frutas, pescado y AOVE. Las personas más jóvenes consumen más productos cárnicos y alimentos procesados y/o ultra procesados; realizan mayor actividad física intensa y moderada y un mayor consumo de tabaco y otras drogas.
  - ✓ Las mujeres presentan un mayor consumo de legumbres, realizan más descansos activos, mientras que los hombres consumen más alcohol y señalan sentirse más felices con la vida que llevan.
  - ✓ Las personas con estudios básicos o analfabetas consumen menos productos alimentos procesados y/o ultra procesados y bebidas carbonatadas, edulcoradas o azucaradas, realizan menos actividad física y respecto al bienestar emocional, afirman estar siempre o casi siempre satisfechas consigo mismas, con sentimiento de ser queridas y con mejor sueño.
  - ✓ Las personas con estudios obligatorios fueron las menos satisfechas consigo mismo, menos contentas con la vida que llevaban y peor dormían.
  - ✓ Las personas con estudios universitarios presentan mejores hábitos de alimentación, de actividad física intensa y bienestar emocional
  - ✓ Ser estudiante se relacionó con menor realización de actividad física, mayor consumo de alcohol, mayor ansiedad/estrés y menor tiempo de ocio.
  - ✓ Las personas con ingresos inferiores a 1000 euros presentan un mayor consumo de drogas de forma ocasional y peores indicadores en las dimensiones de bienestar emocional y seguridad y lesiones no intencionales.
  - ✓ Los jubilados tienen menor consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, realizan menos actividad física y presentan mejores indicadores de bienestar emocional.

- ✓ Las personas casadas o que viven en pareja se sienten más contentas consigo mismas y con la vida que llevan, más motivadas para realizar nuevas actividades y tienen mejores indicadores en la dimensión de seguridad y lesiones no intencionales.
7. Los profesionales asistenciales de Atención Primaria consideran que es una herramienta útil, funcional y muy adecuada para valorar y trabajar el estilo de vida con sus pacientes.
  8. El diseño de la página web permite la evaluación del estilo de vida de las personas a través de cualquier dispositivo electrónico, permitiéndoles analizar sus actitudes de riesgo y, mediante los consejos individualizados generados, optimizar su estilo de vida.

# 6. Bibliografía

1. Sigerist H. *Medicine and Human Welfare*. 1941.
2. Organización Mundial de la Salud. *Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la salud*. Conferencia Sanitaria Intenacional. 1946.
3. Terris M. *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México: Editorial Siglo XXI; 1987.
4. Fernández-Crehuet Navajas J, Piédrola Gil. *Medicina preventiva y salud pública*. [Internet]. 12.<sup>a</sup> edici. A. Parras, editor. Elsevier Espana S.L.U; 2016 [cited 2023 Mar 10]. Available from: <https://www-clinicalkey-com.bucm.idm.oclc.org/student/content/toc/3-s2.0-C20140012877>
5. Salleras-Sanmartí L. *Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones*. Madrid; 1990.
6. Organización Mundial de la Salud. *La salud para todos en el siglo XXI*. 1998.
7. Rovere M. Pan American Health Organization. *International dimensions of health*. In: Pan American Health Organization. *International health: a North- South debate*. Washington DC: Pan American Health Organization; 1992. 149–65 p.
8. Franco-Giraldo Á, Álvarez-Dardet C. *Opinión y análisis: un desafío a los límites de la salud internacional a propósito de la epidemia de influenza humana A*. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2009;25(6).
9. Beaglehole R. *Global Public Health: A New Era (Medicine)*. New Zealand: University of Auckland; 2003.
10. Editorial. *¿Qué es la salud internacional?* *Gac Sanit*. 1994;8(2):109–11.
11. Organización Mundial de la Salud. *Día Mundial de la Salud de 1997: las enfermedades infecciosas emergentes*. *Rev Panam Salud Publica*. 1997;1(6):476–80.
12. Mckee M. *A UK global health strategy: the next steps*. *Br Med J*. 2007 Jul 21;335(7611):106–7.
13. Martín Zurro A. *Atención familiar y salud comunitaria*. 2ª Edición. Elsevier Espana S.L.U; 2018. 151–169 p.
14. OMS. *Glosario de Promoción de la Salud: sección I: lista de términos básicos*. 1998;
15. Ministerio de Sanidad. *Acción Comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida*. Madrid; 2021.
16. Laframboise H. *Health policy: breaking the problem down into more manageable segments*. *Canadian Medical Asspciation Journal Journal*. 1973;108:388–91.
17. Lalonde M. *A new perspective on the health of canadians*. *J Chem Inf Model*. 1981;53(9):1689–99.
18. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. 1991.
19. Organización Mundial de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una nacion. Comisión sobre Determinantes de la Salud*. 2009;1–260.
20. Nutbeam D. *Health promotion glossary*. *Health Promot Int*. 1986;1(1):113–27.
21. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Health at a Glance 2021: OECD Indicators Highlights for Spain*. 2021.
22. Ministerio de Sanidad. *Esperanza de vida en España, 2019*. 2021.
23. Equipo de trabajo del Sistema Nacional de Salud. *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021*. Departamento de Salud. 2020;1–303.
24. World Health Organization. *Enfermedades no transmisibles* [Internet]. 2022 [cited 2023 Feb 12]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
25. Soriano J, Rojas-Rueda D, Alonso J, Antó J, Cardona P, Fernández E, et al. *The burden of disease in Spain: Results from the Global Burden of Disease 2016*. *Med Clin (Barc)*. 2018;151(5):171–90.
26. Instituto Nacional de Estadística. *Defunciones según la Causa de Muerte*. 2020.

27. Gènova-Maleras R, Álvarez-Martín E, Catalá-López F, Fernández de Larrea-Baz N, Morant-Ginestar C. Aproximación a la carga de enfermedad de las personas mayores en España. *Gac Sanit.* 2011;25(SUPPL. 2):47–50.
28. Consejería de Sanidad. Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2016. Madrid; 2017. 2017.
29. Li Y, Pan A, Wang D, Liu X, Dhana K, Franco O, et al. Impact of healthy lifestyle factors on life expectancies in the us population. *Circulation.* 2018;138(4):345–55.
30. Pérez-Jiménez F, Pascual V, Meco JF, Pérez Martínez P, Delgado Lista J, Domenech M, et al. Document of recommendations of the SEA 2018. Lifestyle in cardiovascular prevention. Vol. 30, *Clinica e Investigacion en Arteriosclerosis.* Elsevier Doyma; 2018. p. 280–310.
31. Afshin A, Sur P, Fay KA, Cornaby L, Ferrara G, Salama J, et al. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet.* 2019 May 11;393(10184):1958–72.
32. Schwingshackl L, Hoffmann G, Kalle-Uhlmann T, Arregui M, Buijsse B, Boeing H. Fruit and vegetable consumption and changes in anthropometric variables in adult populations: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *PLoS One.* 2015 Oct 16;10(10).
33. Wang X, Ouyang Y, Liu J, Zhu M, Zhao G, Bao W, et al. Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: Systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *BMJ (Online).* 2014 Jul 29;349.
34. Nguyen B, Bauman A, Gale J, Banks E, Kritharides L, Ding D. Fruit and vegetable consumption and all-cause mortality: Evidence from a large Australian cohort study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity [Internet].* 2016 Jan 25 [cited 2023 Mar 10];13(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26810760/>
35. Oyebo O, Gordon-Dseagu V, Walker A, Mindell JS. Fruit and vegetable consumption and all-cause, cancer and CVD mortality: Analysis of health survey for England data. *J Epidemiol Community Health (1978) [Internet].* 2014 [cited 2023 Mar 10];68(9):856–62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24687909/>
36. Nour M, Lutze SA, Grech A, Allman-Farinelli M. The relationship between vegetable intake and weight outcomes: A systematic review of cohort studies [Internet]. Vol. 10, *Nutrients.* MDPI AG; 2018 [cited 2023 Mar 10]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30400139/>
37. Wang X, Ouyang Y, Liu J, Zhu M, Zhao G, Bao W, et al. Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: Systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *BMJ (Online) [Internet].* 2014 Jul 29 [cited 2023 Mar 10];349. Available from: <http://www.bmj.com/content/349/bmj.g4490?tab=related#datasupp>
38. Qian F, Liu G, Hu F, Bhupathiraju S, Sun Q. Association between Plant-Based Dietary Patterns and Risk of Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2019 Oct 1;179(10):1335–44.
39. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002: reducir los riesgos y promover una vida sana [Internet]. 2002 [cited 2023 Feb 9]. Available from: [moz-extension://e406f819-6a47-1d4e-844a-c4154101852e/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Fbitstream%2Fhandle%2F10665%2F67455%2FWHO\\_WHR\\_02.1\\_spa.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy](moz-extension://e406f819-6a47-1d4e-844a-c4154101852e/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Fbitstream%2Fhandle%2F10665%2F67455%2FWHO_WHR_02.1_spa.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy)
40. Sociedad española de medicina de familia y comunitaria., Sociedad Española De Nutrición Comunitaria. *Consejos para una Alimentación Saludable.* 2007.
41. Global Burden of Disease 2016. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet.* 2017;390(10100):1211–59.

42. Aune D, Giovannucci E, Boffetta P, Fadnes LT, Keum NN, Norat T, et al. Fruit and vegetable intake and the risk of cardiovascular disease, total cancer and all-cause mortality-A systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Int J Epidemiol*. 2017 Jun 1;46(3):1029–56.
43. Oh H, Kim H, Lee D, Lee A, Giovannucci EL, Kang S, et al. Different dietary fibre sources and risks of colorectal cancer and adenoma: A dose-response meta-analysis of prospective studies. *British Journal of Nutrition* [Internet]. 2019 Sep 28 [cited 2023 Feb 9];122(6):605–15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31495339/>
44. Miller V, Mente A, Dehghan M, Rangarajan S, Zhang X, Swaminathan S, et al. Fruit, vegetable, and legume intake, and cardiovascular disease and deaths in 18 countries (PURE): a prospective cohort study. *The Lancet*. 2017 Nov 1;390(10107):2037–49.
45. Zhai H, Wang Y, Jiang W. Fruit and Vegetable Intake and the Risk of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Dose-Response Meta-Analysis of Observational Studies. Vol. 2020, *BioMed Research International*. Hindawi Limited; 2020.
46. Zeng L, Yang W, Liang G, Luo M, Cao Y, Chen H, et al. Can increasing the prevalence of vegetable-based diets lower the risk of osteoporosis in postmenopausal subjects? A systematic review with meta-analysis of the literature. *Complement Ther Med* [Internet]. 2019 Feb 1 [cited 2023 Mar 10];42:302–11. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30670259/>
47. Pascual V, Perez Martinez P, Fernández JM, Solá R, Pallarés V, Romero Secín A, et al. SEA/SEMERGEN consensus document 2019: Dietary recommendations in the prevention of cardiovascular disease. *Semergen*. 2019 Jul 1;45(5):333–48.
48. Aune D, Keum N, Giovannucci E, Fadnes LT, Boffetta P, Greenwood DC, et al. Whole grain consumption and risk of cardiovascular disease, cancer, and all cause and cause specific mortality: Systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *BMJ (Online)* [Internet]. 2016 Jun 14 [cited 2023 Feb 9];353. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i2716>
49. Cho S, Qi L, Fahey G, Klurfeld D. Consumption of cereal fiber, mixtures of whole grains and bran, and whole grains and risk reduction in type 2 diabetes, obesity, and cardiovascular disease. *American Journal of Clinical Nutrition* [Internet]. 2013 Aug 1 [cited 2023 Feb 9];98(2):594–619. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23803885/>
50. Wu H, Flint A, Qi Q, Van Dam R, Sampson L, Rimm E, et al. Association Between Dietary Whole Grain Intake and Risk of Mortality Two Large Prospective Studies in US Men and Women Supplemental content at [jamainternalmedicine.com](http://jamainternalmedicine.com). *JAMA Intern Med* [Internet]. 2015 [cited 2023 Feb 9];175(3):373–84. Available from: <https://jamanetwork.com/>
51. Zong G, Gao A, Hu F, Sun Q. Whole grain intake and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer. *Circulation* [Internet]. 2016 Jun 14 [cited 2023 Feb 9];133(24):2370–80. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.021101>
52. Wei H, Gao Z, Liang R, Li Z, Hao H, Liu X. Whole-grain consumption and the risk of all-cause, CVD and cancer mortality: A meta-analysis of prospective cohort studies. *British Journal of Nutrition*. 2016 Aug 14;116(3):514–25.
53. Chen G, Tong X, Xu J, Han S, Wan Z, Qin J, et al. Whole-grain intake and total, cardiovascular, and cancer mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective studies 1,2. [cited 2023 Feb 9]; Available from: <http://ajcn>.
54. Khan J, Khan MZ, Ma Y, Meng Y, Mushtaq A, Shen Q, et al. Overview of the Composition of Whole Grains' Phenolic Acids and Dietary Fibre and Their Effect on Chronic Non-Communicable Diseases. Vol. 19, *International Journal of Environmental Research and Public Health*. MDPI; 2022.
55. Hajishafiee M, Saneei P, Benisi-Kohansal S, Esmailzadeh A. Cereal fibre intake and risk of mortality from all causes, CVD, cancer and inflammatory diseases: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. Vol. 116, *British Journal of Nutrition*. Cambridge University Press; 2016. p. 343–52.
56. Aune D, Norat T, Romundstad P, Vatten LJ. Whole grain and refined grain consumption and the risk of type 2 diabetes: A systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies

- [Internet]. Vol. 28, *European Journal of Epidemiology*. Eur J Epidemiol; 2013 [cited 2023 Feb 9]. p. 845–58. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24158434/>
57. Aune D, Chan D, Lau R, Vieira R, Greenwood D, Kampman E, et al. Dietary fibre, whole grains, and risk of colorectal cancer: Systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies [Internet]. Vol. 343, *BMJ (Online)*. British Medical Journal Publishing Group; 2011 [cited 2023 Feb 9]. p. 1082. Available from: [www.wcrf.org/](http://www.wcrf.org/)
  58. Zhang B, Zhao Q, Guo W, Bao W, Wang X. Association of whole grain intake with all-cause, cardiovascular, and cancer mortality: A systematic review and dose-response meta-analysis from prospective cohort studies [Internet]. Vol. 72, *European Journal of Clinical Nutrition*. Nature Publishing Group; 2018 [cited 2023 Feb 9]. p. 57–65. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29091078/>
  59. Schwingshackl L, Schwedhelm C, Galbete C, Hoffmann G. nutrients Adherence to Mediterranean Diet and Risk of Cancer: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. 2017 [cited 2023 Feb 9]; Available from: <https://www.crd.york.ac.uk/prospero/>
  60. Ye E, Chacko S, Chou E, Kugizaki M, Liu S. Greater whole-grain intake is associated with lower risk of type 2 diabetes, cardiovascular disease, and weight gain. *Journal of Nutrition* [Internet]. 2012 Jul [cited 2023 Feb 9];142(7):1304–13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22649266/>
  61. Pol K, Christensen R, Bartels EM, Raben A, Tetens I, Kristensen M. Whole grain and body weight changes in apparently healthy adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. *American Journal of Clinical Nutrition* [Internet]. 2013 Oct 1 [cited 2023 Feb 9];98(4):872–84. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23945718/>
  62. Parker E, Liu S, Van Horn L, Tinker L, Shikany J, Eaton C, et al. The association of whole grain consumption with incident type 2 diabetes: The Women’s Health Initiative Observational Study. *Ann Epidemiol* [Internet]. 2013 Jun [cited 2023 Feb 9];23(6):321–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23608304/>
  63. Benisi-Kohansal S, Saneei P, Salehi-Marzijarani M, Larijani B, Esmailzadeh A. Whole-grain intake and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: A systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies [Internet]. Vol. 7, *Advances in Nutrition*. American Society for Nutrition; 2016 [cited 2023 Feb 9]. p. 1052–65. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28140323/>
  64. Ros E, Martínez-González MA, Estruch R, Salas-Salvadó J, Fitó M, Martínez JA, et al. Mediterranean diet and cardiovascular health: Teachings of the PREDIMED Study. *Advances in Nutrition*. 2014;5(3):330S-336S.
  65. Toledo E, Salas-Salvado J, Donat-Vargas C, Buil-Cosiales P, Estruch R, Ros E, et al. Mediterranean diet and invasive breast cancer risk among women at high cardiovascular risk in the predimed trial a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2015 Nov 1 [cited 2023 Feb 12];175(11):1752–60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26365989/>
  66. Schwingshackl L, Lampousi AM, Portillo MP, Romaguera D, Hoffmann G, Boeing H. Olive oil in the prevention and management of type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis of cohort studies and intervention trials. *Nutr Diabetes* [Internet]. 2017 Apr 10 [cited 2023 Feb 10];7(4). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28394365/>
  67. Martínez-González M, Dominguez L, Delgado-Rodríguez M. Olive oil consumption and risk of CHD and/or stroke: A meta-analysis of case-control, cohort and intervention studies. *British Journal of Nutrition* [Internet]. 2014 Jul 28 [cited 2023 Feb 10];112(2):248–59. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24775425/>
  68. Fernandes J, Fialho M, Santos R, Peixoto-Plácido C, Madeira T, Sousa-Santos N, et al. Is olive oil good for you? A systematic review and meta-analysis on anti-inflammatory benefits from regular dietary intake [Internet]. Vol. 69, *Nutrition*. Elsevier Inc.; 2020 [cited 2023 Feb 10]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31539817/>

69. Pelucchi C, Bosetti C, Negri E, Lipworth L, La Vecchia C. Olive Oil and Cancer Risk: an Update of Epidemiological Findings through 2010. *Curr Pharm Des* [Internet]. 2011 Apr 18 [cited 2023 Feb 10];17(8):805–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21443483/>
70. Gavahian M, Mousavi Khaneghah A, Lorenzo J, Munekata P, Garcia-Mantrana I, Collado MC, et al. Health benefits of olive oil and its components: Impacts on gut microbiota antioxidant activities, and prevention of noncommunicable diseases. Vol. 88, *Trends in Food Science and Technology*. Elsevier Ltd; 2019. p. 220–7.
71. EFSA. Scientific Opinion on the substantiation of health claims related to polyphenols in olive and protection of LDL particles from oxidative damage (ID 1333, 1638, 1639, 1696, 2865), maintenance of normal blood HDL cholesterol concentrations (ID 1639), mainte. *EFSA Journal*. 2011;9(4):1–25.
72. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, et al. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet Supplemented with Extra-Virgin Olive Oil or Nuts. *New England Journal of Medicine*. 2018 Jun 21;378(25):e34.
73. Afshin A, Micha R, Khatibzadeh S, Mozaffarian D. Consumption of nuts and legumes and risk of incident ischemic heart disease, stroke, and diabetes: A systematic review and meta-analysis [Internet]. Vol. 100, *American Journal of Clinical Nutrition*. American Society for Nutrition; 2014 [cited 2023 Feb 10]. p. 278–88. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24898241/>
74. Sabaté J, Oda K, Ros E. Nut consumption and blood lipid levels: A pooled analysis of 25 intervention trials. *Arch Intern Med*. 2010 May 10;170(9):821–7.
75. Guasch-Ferré M, Liu X, Malik VS, Sun Q, Willett WC, Manson JAE, et al. Nut Consumption and Risk of Cardiovascular Disease. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2017 Nov 14 [cited 2023 Mar 26];70(20):2519–32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29145952/>
76. EFSA. Scientific Opinion on the substantiation of health claims related to walnuts and maintenance of normal blood LDL-cholesterol concentrations (ID 1156, 1158) and improvement of endothelium-dependent vasodilation (ID 1155, 1157) pursuant to Article 13(1) of Regulation (EC) No 1924/2006. *EFSA Journal*. 2011 Apr 1;9(4).
77. Sleiman-Figueroa R. Efecto de los frutos secos sobre la salud: alimentos clave en la prevención de diferentes enfermedades - Dialnet. *ANS Alimentación, nutrición y salud*. 2002;9(2):51–8.
78. Soriano-Hernandez AD, Madrigal-Perez DG, Galvan-Salazar HR, Arreola-Cruz A, Briseño-Gomez L, Guzmán-Esquivel J, et al. The Protective Effect of Peanut, Walnut, and Almond Consumption on the Development of Breast Cancer. *Gynecol Obstet Invest* [Internet]. 2015 Aug 25 [cited 2023 Mar 26];80(2):89–92. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26183374/>
79. Lee J, Shin A, Oh JH, Kim J. The relationship between nut intake and risk of colorectal cancer: A case control study. *Nutr J* [Internet]. 2018 Mar 7 [cited 2023 Mar 26];17(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29514652/>
80. Lee J, Lai G, Liao L, Subar A, Bertazzi P, Pesatori A, et al. Nut consumption and lung cancer risk: Results from two large observational studies. *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention* [Internet]. 2017 Jun 1 [cited 2023 Mar 26];26(6):826–36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28077426/>
81. Marventano S, Izquierdo Pulido M, Sánchez-González C, Godos J, Speciani A, Galvano F, et al. Legume consumption and CVD risk: A systematic review and meta-analysis [Internet]. Vol. 20, *Public Health Nutrition*. Cambridge University Press; 2017 [cited 2023 Feb 10]. p. 245–54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28077199/>
82. Messina V. Nutritional and health benefits of dried beans. In: *American Journal of Clinical Nutrition*. American Society for Nutrition; 2014.
83. Marinangeli C, Jones P. Pulse grain consumption and obesity: Effects on energy expenditure, substrate oxidation, body composition, fat deposition and satiety. *British Journal of Nutrition* [Internet]. 2012 Aug [cited 2023 Feb 10];108(SUPPL. 1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22916815/>

84. Zhu B, Sun Y, Qi L, Zhong R, Miao X. Dietary legume consumption reduces risk of colorectal cancer: Evidence from a meta-analysis of cohort studies. *Sci Rep* [Internet]. 2015 [cited 2023 Feb 10];5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25739376/>
85. Sociedad Española De Nutrición Comunitaria. Objetivos nutricionales para la población española. *Rev Esp Nutr Comunitaria* . 2011;17(4):178–99.
86. EFSA. Scientific Opinion on Dietary Reference Values for carbohydrates and dietary fibre. *EFSA Journal*. 2016 May 23;8(3).
87. Perales L, Rodríguez P, Valero T, Ruiz E, Ávila JM, Valera G. Informe sobre Legumbres, Nutrición y Salud. *Fundacion Española de Nutrición*. 2017;94.
88. Xun P, Qin B, Song Y, Nakamura Y, Kurth T, Yaemsiri S, et al. Fish consumption and risk of stroke and its subtypes: Accumulative evidence from a meta-analysis of prospective cohort studies. *Eur J Clin Nutr* [Internet]. 2012 Nov [cited 2023 Feb 10];66(11):1199–207. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23031847/>
89. Gao M, Sun K, Guo M, Gao H, Liu K, Yang C, et al. Fish consumption and n-3 polyunsaturated fatty acids, and risk of hepatocellular carcinoma: systematic review and meta-analysis. *Cancer Causes and Control* [Internet]. 2015 Mar 1 [cited 2023 Feb 10];26(3):367–76. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25534918/>
90. Lian W, Wang R, Xing B, Yao Y. Fish intake and the risk of brain tumor: A meta-analysis with systematic review [Internet]. Vol. 16, *Nutrition Journal*. BioMed Central Ltd.; 2017 [cited 2023 Feb 10]. p. 1. Available from: <http://nutritionj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12937-016-0223-4>
91. National Health and Medical Research Council. A review of the evidence to address targeted questions to inform the revision of the Australian Dietary Guidelines Evidence Statements. 2011.
92. Chong E, Kreis A, Wong T, Simpson J, Guymer R. Dietary  $\omega$ -3 fatty acid and fish intake in the primary prevention of age-related macular degeneration: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Ophthalmology*. 2008 Jun;126(6):826–33.
93. Rimm E, Appel L, Chiuev S, Djoussé L, Engler M, Kris-Etherton P, et al. Seafood Long-Chain n-3 Polyunsaturated Fatty Acids and Cardiovascular Disease: A Science Advisory From the American Heart Association. *Circulation*. 2018 Jul 3;138(1):e35–47.
94. Leung Yinko S, Stark K, Thanassoulis G, Pilote L. Fish consumption and acute coronary syndrome: A meta-analysis. *American Journal of Medicine*. 2014 Sep 1;127(9):848-857.e2.
95. Zhao W, Tang H, Yang X, Luo X, Wang X, Shao C, et al. Fish Consumption and Stroke Risk: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* [Internet]. 2019 Mar 1 [cited 2023 Feb 10];28(3):604–11. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30470619/>
96. World Health Organization. *Global Health Risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. 2009.
97. Susic D, Frohlich ED. Salt consumption and cardiovascular, renal, and hypertensive diseases. *Curr Opin Lipidol* [Internet]. 2011 Dec [cited 2023 Feb 10];23(1):11–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22123673/>
98. Tzoulaki I, Brown IJ, Chan Q, Van Horn L, Ueshima H, Zhao L, et al. Relation of iron and red meat intake to blood pressure: Cross sectional epidemiological study. *BMJ*. 2008 Jul 26;337(7663):215–7.
99. De Oliveira Otto M, Alonso A, Lee D, Delclos G, Bertoni A, Jiang R, et al. Dietary intakes of zinc and heme iron from red meat, but not from other sources, are associated with greater risk of metabolic syndrome and cardiovascular disease. *Journal of Nutrition* [Internet]. 2012 Mar 1 [cited 2023 Feb 10];142(3):526–33. Available from: [/pmc/articles/PMC3278268/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22123673/)
100. González CA, Jakszyn P, Pera G, Agudo A, Bingham S, Palli D, et al. Meat intake and risk of stomach and esophageal adenocarcinoma within the European Prospective Investigation Into Cancer and

- Nutrition (EPIC). *J Natl Cancer Inst* [Internet]. 2006 Mar [cited 2023 Feb 10];98(5):345–54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16507831/>
101. Pan A, Sun Q, Bernstein A, Schulze M, Manson J, Willett W, et al. Red meat consumption and risk of type 2 diabetes: 3 Cohorts of US adults and an updated meta-analysis. *American Journal of Clinical Nutrition* [Internet]. 2011 Oct 1 [cited 2023 Feb 10];94(4):1088–96. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21831992/>
  102. Fernandez-Cao JC, Arija V, Aranda N, Bullo M, Basora J, Martínez-González MA, et al. Heme iron intake and risk of new-onset diabetes in a Mediterranean population at high risk of cardiovascular disease: An observational cohort analysis. *BMC Public Health* [Internet]. 2013 [cited 2023 Feb 10];13(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24188615/>
  103. Toyokuni S. Role of iron in carcinogenesis: Cancer as a ferrotoxic disease [Internet]. Vol. 100, *Cancer Science. Cancer Sci*; 2009 [cited 2023 Feb 10]. p. 9–16. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19018762/>
  104. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre los vínculos entre la carne procesada y el cáncer colorrectal [Internet]. [cited 2023 Feb 10]. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/29-10-2015-links-between-processed-meat-and-colorectal-cancer>
  105. Zaragoza-Martí A, García EC. Influence of food or food groups intake on the occurrence and/or protection of different types of cancer: Systematic review [Internet]. Vol. 37, *Nutricion Hospitalaria. ARAN Ediciones S.A.*; 2020 [cited 2023 Feb 10]. p. 169–92. Available from: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.02588>
  106. Usda H. 2015 Dietary Guidelines Advisory Committee Report. 2015.
  107. Srouf B, Fezeu LK, Kesse-Guyot E, Allès B, Méjean C, Andrianasolo RM, et al. Ultra-processed food intake and risk of cardiovascular disease: Prospective cohort study (NutriNet-Santé). *The BMJ*. 2019 May 29;365.
  108. Fiolet T, Srouf B, Sellem L, Kesse-Guyot E, Allès B, Méjean C, et al. Consumption of ultra-processed foods and cancer risk: Results from NutriNet-Santé prospective cohort. *BMJ (Online)*. 2018 Feb 14;360:322.
  109. Schnabel L, Buscaill C, Sabate JM, Bouchoucha M, Kesse-Guyot E, Allès B, et al. Association Between Ultra-Processed Food Consumption and Functional Gastrointestinal Disorders: Results From the French NutriNet-Santé Cohort. *American Journal of Gastroenterology*. 2018 Aug 1;113(8):1217–28.
  110. Rauber F, Campagnolo PDB, Hoffman DJ, Vitolo MR. Consumption of ultra-processed food products and its effects on children’s lipid profiles: A longitudinal study. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*. 2015 Jan 1;25(1):116–22.
  111. De Deus Mendonça R, Pimenta AM, Gea A, De La Fuente-Arrillaga C, Martinez-Gonzalez MA, Lopes ACS, et al. Ultraprocessed food consumption and risk of overweight and obesity: The University of Navarra Follow-Up (SUN) cohort study. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2016 Nov 1;104(5):1433–40.
  112. De Deus Mendonça R, Souza Lopes AC, Pimenta AM, Gea A, Martinez-Gonzalez MA, Bes-Rastrollo M. Ultra-processed food consumption and the incidence of hypertension in a mediterranean cohort: The seguimiento universidad de navarra project. *Am J Hypertens*. 2017;30(4):358–66.
  113. Rico-Campà A, Martínez-González MA, Alvarez-Alvarez I, De Deus Mendonça R, De La Fuente-Arrillaga C, Gómez-Donoso C, et al. Association between consumption of ultra-processed foods and all cause mortality: SUN prospective cohort study. *The BMJ*. 2019;365.
  114. Martínez Steele E, Juul F, Neri D, Rauber F, Monteiro CA. Dietary share of ultra-processed foods and metabolic syndrome in the US adult population. *Prev Med (Baltim)* [Internet]. 2019 Aug 1 [cited 2023 Feb 10];125:40–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31077725/>
  115. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte Año 2014. 2016.

116. Global Burden of Disease 2017, Diet Collaborators. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2019;393(10184):1958–72.
117. Brown IJ, Tzoulaki I, Candeias V, Elliott P. Salt intakes around the world: Implications for public health. *Int J Epidemiol*. 2009;38(3):791–813.
118. Baudrand R, Campino C, Carvajal CA, Olivieri O, Guidi G, Faccini G, et al. High sodium intake is associated with increased glucocorticoid production, insulin resistance and metabolic syndrome. *Clin Endocrinol (Oxf)* [Internet]. 2014 [cited 2023 Feb 9];80(5):677–84. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23594269/>
119. Asamblea General De Las Naciones Unidas. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. 2011;49780:1–14.
120. Mullee A, Romaguera D, Pearson-Stuttard J, Viallon V, Stepien M, Freisling H, et al. Association between Soft Drink Consumption and Mortality in 10 European Countries. *JAMA Intern Med*. 2019 Nov 1;179(11):1479–90.
121. Malik V, Li Y, Pan A, De Koning L, Schernhammer E, Willett W, et al. Long-Term Consumption of Sugar-Sweetened and Artificially Sweetened Beverages and Risk of Mortality in US Adults. *Circulation* [Internet]. 2019 Apr 30 [cited 2023 Feb 10];139(18):2113–25. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30882235/>
122. Chazelas E, Srouf B, Desmetz E, Kesse-Guyot E, Julia C, Deschamps V, et al. Sugary drink consumption and risk of cancer: Results from NutriNet-Santé prospective cohort. *The BMJ*. 2019 Jul 10;366.
123. Instituto de investigación agua y salud. La importancia de una hidratación natural para alcanzar un estilo de vida saludable. 2018.
124. Nissensohn M, Sánchez Villegas A, Ortega RM, Aranceta-Bartrina J, Gil Á, González-Gross M, et al. Hábitos de consumo de bebidas y su asociación con la ingesta total de agua y de energía en la población española: resultados del estudio científico ANIBES. *Nutrients*. 2016;8(4).
125. Chang T, Ravi N, Plegue MA, Sonnevile KR, Davis MM. Inadequate Hydration, BMI, and Obesity Among US Adults: NHANES 2009–2012 |. *Ann Fam Med*. 2016;14(4):320–4.
126. Watso J, Farquhar W. Hydration status and cardiovascular function. Vol. 11, *Nutrients*. MDPI AG; 2019.
127. Edmonds CJ, Crosbie L, Fatima F, Hussain M, Jacob N, Gardner M. Dose-response effects of water supplementation on cognitive performance and mood in children and adults. *Appetite*. 2017 Jan 1;108:464–70.
128. Masento N, Golightly M, Field D, Butler L, Van Reekum C. Effects of hydration status on cognitive performance and mood. *British Journal of Nutrition*. 2014 May 28;111(10):1841–52.
129. Salas-Salvadó J, Maraver F, Rodríguez-Mañas L, Sáenz De Pipaon M, Vitoria I, Moreno LA. Importancia del consumo de agua en la salud y la prevención de la enfermedad: situación actual. *Nutr Hosp*. 2020;37(5):1072–86.
130. Ministerio de Sanidad. Actividad física para la salud y reducción del sedentarismo. Recomendaciones para la población. Estrategia de Promoción y Prevención en el SNS. 2022.
131. Guthold R, Stevens G, Riley L, Bull F. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *Lancet Glob Health*. 2018 Oct 1;6(10):e1077–86.
132. Guthold R, Stevens G, Riley L, Bull F. Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1.6 million participants. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020 Jan 1;4(1):23–35.

133. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Suiza; 2010.
134. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. 2010;21(1):1–9.
135. Tremblay M, Aubert S, Barnes J, Saunders T, Carson V, Latimer-Cheung A, et al. Sedentary Behavior Research Network (SBRN) - Terminology Consensus Project process and outcome. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2017 Jun 10;14(1):75.
136. González K, Fuentes J, Márquez JL. Physical inactivity, sedentary behavior and chronic diseases. Vol. 38, *Korean Journal of Family Medicine*. Korean Journal of Family Medicine; 2017. p. 111–5.
137. Cannioto R, LaMonte M, Risch H, Hong C, Sucheston-Campbell L, Eng K, et al. Chronic recreational physical inactivity and epithelial ovarian cancer risk: Evidence from the ovarian cancer association consortium. *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention [Internet]*. 2016 Jul 1 [cited 2023 Feb 10];25(7):1114–24. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27197285/>
138. Health Organization Regional Office for Europe W. Physical activity strategy for the WHO European Region 2016–2025. 2016.
139. World Health Organization. 194 country profiles no page numbers.pdf | Enhanced Reader [Internet]. 2022 [cited 2023 Feb 11]. Available from: [moz-extension://e406f819-6a47-1d4e-844a-c4154101852e/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fcdn.who.int%2Fmedia%2Fdocs%2Fdefault-source%2Fcountry-profiles%2Fphysical-activity%2Fphysical-activity-esp-2022-country-profile.pdf%3Fsvrsn%3D761223ab\\_5%26download%3Dtrue](moz-extension://e406f819-6a47-1d4e-844a-c4154101852e/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fcdn.who.int%2Fmedia%2Fdocs%2Fdefault-source%2Fcountry-profiles%2Fphysical-activity%2Fphysical-activity-esp-2022-country-profile.pdf%3Fsvrsn%3D761223ab_5%26download%3Dtrue)
140. World Health Organization. Special Eurobarometer 472 Sport and physical activity Report Fieldwork. 2017.
141. European Comission. Eurobarometer 525 [Internet]. 2022. Available from: [https://www.spordiinfo.ee/Sport\\_physical\\_activity\\_2022\\_eb525\\_report\\_en](https://www.spordiinfo.ee/Sport_physical_activity_2022_eb525_report_en)
142. Ministerio de Sanidad. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud en España (EESE). 2020.
143. Ministerio de Cultura y Deporte. Encuesta de hábitos deportivos 2020. 2021.
144. Ploeger H, Takken T, De Greef M, Timmons B. The effects of acute and chronic exercise on inflammatory markers in children and adults with a chronic inflammatory disease: a systematic review. *Exerc Immunol Rev*. 2009;15:6–41. PMID: 19957870.
145. World Helath Organization. The top 10 causes of death [Internet]. 2020. [cited 2023 Feb 11]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
146. Roger V, Go A, Lloyd-Jones D, Benjamin E, Berry J, Borden W, et al. Heart disease and stroke statistics-2012 update: A report from the American heart association. *Circulation*. 2012 Jan 3;125(1).
147. Kodama S, Saito K, Tanaka S, Maki M, Yachi Y, Asumi M, et al. Cardiorespiratory fitness as a quantitative predictor of all-cause mortality and cardiovascular events in healthy men and women: A meta-analysis [Internet]. Vol. 301, *JAMA*. American Medical Association; 2009 [cited 2023 Mar 12]. p. 2024–35. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19454641/>
148. Patterson R, McNamara E, Tainio M, de Sá TH, Smith AD, Sharp SJ, et al. Sedentary behaviour and risk of all-cause, cardiovascular and cancer mortality, and incident type 2 diabetes: a systematic review and dose response meta-analysis [Internet]. Vol. 33, *European Journal of Epidemiology*. Springer Netherlands; 2018 [cited 2023 Mar 12]. p. 811–29. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29589226/>
149. Warren T, Barry V, Hooker S, Sui X, Church T, Blair SN. Sedentary behaviors increase risk of cardiovascular disease mortality in men. *Med Sci Sports Exerc [Internet]*. 2010 May [cited 2023 Mar 12];42(5):879–85. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19996993/>

150. Wahid A, Manek N, Nichols M, Kelly P, Foster C, Webster P, et al. Quantifying the Association Between Physical Activity and Cardiovascular Disease and Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Heart Assoc* [Internet]. 2016 Sep 1 [cited 2023 Mar 12];5(9). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27628572/>
151. Gao Y, Xie X, Wang SX, Li H, Tang HZ, Zhang J, et al. Effects of sedentary occupations on type 2 diabetes and hypertension in different ethnic groups in North West China. *Diab Vasc Dis Res* [Internet]. 2017 Jul 1 [cited 2023 Mar 12];14(4):372–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28622744/>
152. Smith AD, Crippa A, Woodcock J, Brage S. Physical activity and incident type 2 diabetes mellitus: a systematic review and dose–response meta-analysis of prospective cohort studies [Internet]. Vol. 59, *Diabetologia*. Springer Verlag; 2016 [cited 2023 Mar 12]. p. 2527–45. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27747395/>
153. Vicente-Rodríguez G, Rey-López JP, Martín-Matillas M, Moreno LA, Wärnberg J, Redondo C, et al. Television watching, videogames, and excess of body fat in Spanish adolescents: The AVENA study. *Nutrition* [Internet]. 2008 Jul [cited 2023 Mar 12];24(7–8):654–62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18472399/>
154. Martínez-Moyá M, Navarrete-Muñoz EM, García de la Hera M, Giménez-Monzo D, González-Palacios S, Valera-Gran D, et al. Asociación entre horas de televisión, actividad física, horas de sueño y exceso de peso en población adulta joven. *Gac Sanit* [Internet]. 2014 [cited 2023 Feb 11];28(3):203–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.12.003>
155. Cleland V, Schmidt MD, Dwyer T, Venn A. Television viewing and abdominal obesity in young adults: Is the association mediated by food and beverage consumption during viewing time or reduced leisure-time physical activity? *American Journal of Clinical Nutrition* [Internet]. 2008 May 1 [cited 2023 Mar 12];87(5):1148–55. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18469233/>
156. Shields M, Tremblay MS. Article Sedentary behaviour and obesity [Internet]. 2008 [cited 2023 Feb 11]. Available from: [www.statcan.ca](http://www.statcan.ca)
157. Guo C, Zhou Q, Zhang D, Qin P, Li Q, Tian G, et al. Association of total sedentary behaviour and television viewing with risk of overweight/obesity, type 2 diabetes and hypertension: A dose–response meta-analysis. *Diabetes Obes Metab* [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2023 Mar 12];22(1):79–90. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31468597/>
158. Hruby A, Manson JAE, Qi L, Malik VS, Rimm EB, Sun Q, et al. Determinants and consequences of obesity. Vol. 106, *American Journal of Public Health*. American Public Health Association Inc.; 2016. p. 1656–62.
159. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer: a Global Perspective A summary of the Third Expert Report. 2018.
160. Lear S, Hu W, Rangarajan S, Gasevic D, Leong D, Iqbal R, Casanova A, Swaminathan S, Anjana R, Kumar R, Rosengren A, Wei L, Yang W, Chuangshi W, Huaxing L, Nair S, Diaz R, Swidon H, Gupta R, Mohammadifard N, Lopez-Jaramillo P, Oguz S. The effect of physical activity on mortality and cardiovascular disease in 130000 people from 17 high-income, middle-income, and low-income countries. 2020.
161. Huang Y, Li L, Gan Y, Wang C, Jiang H, Cao S, et al. Sedentary behaviors and risk of depression: a meta-analysis of prospective studies [Internet]. Vol. 10, *Translational Psychiatry*. Springer Nature; 2020 [cited 2023 Mar 12]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32066686/>
162. Meng Q, Lin S, Tzeng S. Relationship Between Exercise and Alzheimer’s Disease: A Narrative Literature Review [Internet]. Vol. 14, *Frontiers in Neuroscience*. Frontiers Media S.A.; 2020 [cited 2023 Mar 12]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32273835/>
163. Smith J, Blumenthal A, Hoffman M, Cooper H, Strauman A, Welsh-Bohmer K, et al. Aerobic exercise and neurocognitive performance: A meta-analytic review of randomized controlled trials. *Psychosom Med* [Internet]. 2010 Apr [cited 2023 Mar 12];72(3):239–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20223924/>

164. Yan S, Fu W, Wang C, Mao J, Liu B, Zou L, et al. Association between sedentary behavior and the risk of dementia: a systematic review and meta-analysis [Internet]. Vol. 10, *Translational Psychiatry*. Springer Nature; 2020 [cited 2023 Mar 12]. Available from: [/pmc/articles/PMC7174309/](#)
165. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios. *J Chem Inf Model*. 2020;1(9):1–17.
166. Del Pino V, Astray J. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2019. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A). Madrid; 2019.
167. Tudor-Locke C, Leonardi C, Johnson W, Katzmarzyk P, Church T. Accelerometer steps/day translation of moderate-to-vigorous activity. *Prev Med (Baltim)* [Internet]. 2011 Jul [cited 2023 Feb 11];53(1–2):31–3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21295063/>
168. Cristi-Montero C. ¿Es suficiente recomendar a los pacientes salir a caminar? Importancia de la cadencia. *Nutr Hosp*. 2013;28(4):1018–21.
169. Rehm J, Gmel G, Gmel G, Hasan O, Imtiaz S, Popova S, et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease—an update. Vol. 112, *Addiction*. Blackwell Publishing Ltd; 2017. p. 968–1001.
170. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. Geneva; 2018 [cited 2023 Mar 20]. Available from: <moz-extension://e406f819-6a47-1d4e-844a-c4154101852e/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Frest%2Fbitstreams%2F1151838%2Fretrieve>
171. Global Burden Disease 2016, Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 GBD 2016.
172. Shield KD, Gmel G, Gmel G, Mäkelä P, Probst C, Room R, et al. Life-time risk of mortality due to different levels of alcohol consumption in seven European countries: implications for low-risk drinking guidelines. *Addiction*. 2017 Sep 1;112(9):1535–44.
173. Ministerio de Sanidad. Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol. Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida. Madrid; 2020.
174. Donat M, Sordo María L, Belza J, Barrio G. Mortalidad atribuible al alcohol en España 2001-2017. Metodología y resultados. Madrid: Ministerio de Sanidad (España); 2020.
175. Observatorio Español de las drogas y de las Adicciones. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES): 1995-2017. Informe 2019 [Internet]. Madrid; 2019 [cited 2023 Mar 20]. Available from: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/>
176. Ministerio de Sanidad. Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES). Informe Nacional 1995-2022 [Internet]. 2022 [cited 2023 Feb 12]. Available from: [moz-extension://e406f819-6a47-1d4e-844a-c4154101852e/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fpnsd.sanidad.gob.es%2Fprofesionales%2FsistemasInformacion%2FsistemaInformacion%2Fpdf%2F2022\\_Informe\\_EDADES.pdf](moz-extension://e406f819-6a47-1d4e-844a-c4154101852e/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fpnsd.sanidad.gob.es%2Fprofesionales%2FsistemasInformacion%2FsistemaInformacion%2Fpdf%2F2022_Informe_EDADES.pdf)
177. World Health Organization. Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018.
178. Wild C, Weiderpass E, Stewart B. World Cancer Report: Cancer research for cancer prevention. Lyon; 2020.
179. Wood A, Kaptoge S, Butterworth A, Nietert P, Warnakula S, Bolton T, et al. Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *The Lancet* [Internet]. 2018 Apr 14 [cited 2023 Mar 20];391(10129):1513–23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29676281/>

180. Ricci C, Wood A, Muller D, Gunter MJ, Agudo A, Boeing H, et al. Alcohol intake in relation to non-fatal and fatal coronary heart disease and stroke: EPIC-CVD case-cohort study. *BMJ (Online)*. 2018 May 29;361.
181. Holmes M, Dale C, Zuccolo L, Silverwood R, Guo Y, Ye Z, et al. Association between alcohol and cardiovascular disease: Mendelian randomisation analysis based on individual participant data. *BMJ (Online) [Internet]*. 2014 Jul 10 [cited 2023 Mar 20];349. Available from: <http://www.bmj.com/>
182. Knott C, Coombs N, Stamatakis E, Biddulph J. All cause mortality and the case for age specific alcohol consumption guidelines: Pooled analyses of up to 10 population based cohorts. *BMJ (Online) [Internet]*. 2015 Feb 10 [cited 2023 Mar 20];350. Available from: <http://www.bmj.com/>
183. Stockwell T, Zhao J, Panwar S, Roemer A, Naimi T, Chikritzhs T. Do “moderate” drinkers have reduced mortality risk? A systematic review and meta-analysis of alcohol consumption and all-cause mortality [Internet]. Vol. 77, *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. Alcohol Research Documentation Inc.; 2016 [cited 2023 Mar 20]. p. 185–98. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26997174/>
184. International Agency for Research on Cancer. List of classifications by cancer sites with sufficient or limited evidence in humans. Vols. 1–132. 2022.
185. Committee on Carcinogenicity of Chemicals in Food Consumer Products and the Environment. Statement on consumption of alcoholic beverages and risk of cancer. Oxfordshire; 2015.
186. Romieu I, Scoccianti C, Chajès V, De Batlle J, Biessy C, Dossus L, et al. Alcohol intake and breast cancer in the European prospective investigation into cancer and nutrition. *Int J Cancer*. 2015 Oct 15;137(8):1921–30.
187. Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España 2023. 2023.
188. Sabia S, Fayosse A, Dumurgier J, Dugravot A, Akbaraly T, Britton A, et al. Alcohol consumption and risk of dementia: 23 year follow-up of Whitehall II cohort study. *BMJ (Online) [Internet]*. 2018 [cited 2023 Mar 20];362. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30068508/>
189. Shelton N, Knott C. Association between alcohol calorie intake and overweight and obesity in english adults. *Am J Public Health*. 2014;104(4):629–31.
190. Midlöv P, Calling S, Memon A, Sundquist J, Sundquist K, Johansson S. Women’s health in the Lund area (WHILA) - Alcohol consumption and all-cause mortality among women - A 17 year follow-up study. *BMC Public Health [Internet]*. 2016 Jan 12 [cited 2023 Mar 20];16(1):22. Available from: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-2700-2>
191. Goulden R. Moderate Alcohol Consumption Is Not Associated with Reduced All-cause Mortality. *American Journal of Medicine*. 2016 Feb 1;129(2):180-186.e4.
192. Perreault K, Bauman A, Johnson N, Britton A, Rangul V, Stamatakis E. Does physical activity moderate the association between alcohol drinking and all-cause, cancer and cardiovascular diseases mortality? A pooled analysis of eight British population cohorts. *Br J Sports Med [Internet]*. 2017 Apr 1 [cited 2023 Mar 20];51(8):651–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27581162/>
193. Ferrari P, Licaj I, Muller DC, Andersen PK, Johansson M, Boeing H, et al. Lifetime alcohol use and overall and cause-specific mortality in the European Prospective Investigation into Cancer and nutrition (EPIC) study. *BMJ Open*. 2014;4(7).
194. Organización Mundial de la Salud. Convenio marco de la OMS para el control del tabaco. 2003.
195. Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. 2011.
196. Organización Mundial de la Salud. Tabaco [Internet]. 2022. [cited 2023 Mar 25]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
197. Gutiérrez-Abejón E, Rejas-Gutiérrez J, Criado-Espejel P, Campo-Ortega EP, Breñas MT, Breñas-Villalón B, et al. Impacto del consumo de tabaco sobre la mortalidad en España en el año 2012. *Med Clin (Barc)*. 2015;145(12):520–5.

198. Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer. Doce formas de reducir el riesgo de cáncer [Internet]. 2014 [cited 2023 Mar 25]. Available from: <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/es/doce-formas/tabaco/458-produce-cancer-el-consumo-de-tabaco-que-porcentaje-de-cancer-causa-el-fumar>
199. Janssen F. Changing contribution of smoking to the sex differences in life expectancy in Europe, 1950–2014. *Eur J Epidemiol*. 2020 Sep 1;35(9):835–41.
200. Jha P. The hazards of smoking and the benefits of cessation: A critical summation of the epidemiological evidence in high-income countries. *Elife* [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2023 Mar 25];9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32207405/>
201. Aune D, Schlesinger S, Norat T, Riboli E. Tobacco smoking and the risk of sudden cardiac death: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Eur J Epidemiol* [Internet]. 2018 Jun 1 [cited 2023 Mar 25];33(6):509–21. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10654-017-0351-y>
202. Mons U, Müezzinger A, Gellert C, Schöttker B, Abnet CC, Bobak M, et al. Impact of smoking and smoking cessation on cardiovascular events and mortality among older adults: Meta-analysis of Individual participant data from prospective cohort studies of the CHANCES consortium. *The BMJ* [Internet]. 2015 Apr 20 [cited 2023 Mar 25];350. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25896935/>
203. Hackshaw A, Morris JK, Boniface S, Tang JL, Milenkovi D. Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: Meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports [Internet]. Vol. 360, *BMJ (Online)*. BMJ Publishing Group; 2018 [cited 2023 Mar 25]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29367388/>
204. Pan B, Jin X, Jun L, Qiu S, Zheng Q, Pan M. The relationship between smoking and stroke A meta-analysis [Internet]. Vol. 98, *Medicine (United States)*. Lippincott Williams and Wilkins; 2019 [cited 2023 Mar 25]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30896633/>
205. International Agency for Research on Cancer. Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. 2004.
206. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Parkin DM, Piñeros M, Znaor A, et al. Cancer statistics for the year 2020: An overview. *Int J Cancer*. 2021 Aug 15;149(4):778–89.
207. Lubin J, Purdue M, Kelsey K, Zhang Z, Winn D, Wei Q, et al. Total exposure and exposure rate effects for alcohol and smoking and risk of head and neck cancer: A pooled analysis of case-control studies. *Am J Epidemiol* [Internet]. 2009 Oct [cited 2023 Mar 25];170(8):937–47. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19745021/>
208. Lubin J, Gaudet M, Olshan A, Kelsey K, Boffetta P, Brennan P, et al. Body mass index, cigarette smoking, and alcohol consumption and cancers of the oral cavity, pharynx, and larynx: Modeling odds ratios in pooled case-control data. *Am J Epidemiol* [Internet]. 2010 Jun 6 [cited 2023 Mar 25];171(12):1250–61. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2015496/>
209. Doll SR. The Epidemiology of Cancer. *Cancer*. 1980;45(10):2475–85.
210. Vlaanderen J, Portengen L, Schüz J, Olsson A, Pesch B, Kendzia B, et al. Effect modification of the association of cumulative exposure and cancer risk by intensity of exposure and time since exposure cessation: A flexible method applied to cigarette smoking and lung cancer in the SYNERGY study. *Am J Epidemiol* [Internet]. 2014 Feb [cited 2023 Mar 25];179(3):290–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24355332/>
211. Lubin J, Alavanja M, Caporaso N, Brown L, Brownson R, Field R, et al. Cigarette smoking and cancer risk: Modeling total exposure and intensity. *Am J Epidemiol*. 2007 Jul;166(4):479–89.
212. Baris D, Karagas M, Verrill C, Johnson A, Andrew A, Marsit C, et al. A case-control study of smoking and bladder cancer risk: Emergent patterns over time. *J Natl Cancer Inst* [Internet]. 2009 Nov [cited 2023 Mar 25];101(22):1553–61. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19917915/>
213. Di Credico G, Edefonti V, Polesel J, Pauli F, Torelli N, Serraino D, et al. Joint effects of intensity and duration of cigarette smoking on the risk of head and neck cancer: A bivariate spline model

- approach. *Oral Oncol* [Internet]. 2019 Jul 1 [cited 2023 Mar 25];94:47–57. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31178212/>
214. Inoue-Choi M, Hartge P, Liao L, Caporaso N, Freedman N. Association between long-term low-intensity cigarette smoking and incidence of smoking-related cancer in the national institutes of health-AARP cohort. *Int J Cancer* [Internet]. 2018 Jan 15 [cited 2023 Mar 25];142(2):271–80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28929489/>
  215. Tashkin D, Murray R. Smoking cessation in chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med*. 2009;103:963–74.
  216. Accordini S, Calciano L, Johannessen A, Portas L, Benediktsdóttir B, Bertelsen RJ, et al. A three-generation study on the association of tobacco smoking with asthma. *Int J Epidemiol*. 2018 Aug 1;47(4):1106–17.
  217. Pineles B, Hsu S, Park E, Samet J. Systematic review and meta-analyses of perinatal death and maternal exposure to tobacco smoke during pregnancy. Vol. 184, *American Journal of Epidemiology*. Oxford University Press; 2016. p. 87–97.
  218. Digiacomo SI, Jazayeri MA, Barua RS, Ambrose JA. Environmental tobacco smoke and cardiovascular disease. Vol. 16, *International Journal of Environmental Research and Public Health*. MDPI AG; 2019.
  219. Canistro D, Vivarelli F, Cirillo S, Marquillas CB, Buschini A, Lazzaretti M, et al. E-cigarettes induce toxicological effects that can raise the cancer risk. *Sci Rep*. 2017 Dec 1;7(1).
  220. Saji S, Patil SS, Alleyn M, Lockey R, Kolliputi N. Nicotine in E-cigarette smoke: cancer culprit? *J Cell Commun Signal*. 2020 Mar 1;14(1):127–8.
  221. Shi H, Fan X, Horton A, Haller ST, Kennedy DJ, Schiefer IT, et al. The Effect of Electronic-Cigarette Vaping on Cardiac Function and Angiogenesis in Mice. *Sci Rep*. 2019;9(1):1–9.
  222. Avino P, Scungio M, Stabile L, Cortellessa G, Buonanno G, Manigrasso M. Second-hand aerosol from tobacco and electronic cigarettes: Evaluation of the smoker emission rates and doses and lung cancer risk of passive smokers and vapers. *Science of the Total Environment*. 2018 Nov 15;642:137–47.
  223. Centers for Disease Control and Prevention. Brote de lesiones pulmonares asociado al uso de productos de cigarrillos electrónicos o vapeo | Cigarrillos electrónicos | CDC [Internet]. 2020 [cited 2023 Mar 25]. Available from: [https://www.cdc.gov/tobacco/basic\\_information/e-cigarettes/spanish/enfermedad-pulmonar-grave/index.html](https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/spanish/enfermedad-pulmonar-grave/index.html)
  224. Ministerio de Sanidad. Informe sobre los cigarrillos electrónicos: situación actual, evidencia disponible y regulación. Madrid; 2022.
  225. Primack B, Carroll M, Weiss P, Shihadeh A, Shensa A, Farley S, et al. Systematic review and meta-analysis of inhaled toxicants from waterpipe and cigarette smoking. *Public Health Reports*. 2016;131(1):76–85.
  226. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía sobre Drogas. ISBN: 84-920522-3-6. 2007
  227. Reece AS. Chronic toxicology of cannabis. Vol. 47, *Clinical Toxicology*. Clin Toxicol (Phila); 2009. p. 517–24.
  228. Karila L, Roux P, Rolland B, Benyamina A, Reynaud M, Aubin HJ, et al. Send Orders for Reprints to [reprints@benthamsience.net](mailto:reprints@benthamsience.net) Acute and Long-Term Effects of Cannabis Use: A Review. 2014.
  229. Daling J, Doody D, Sun X, Trabert B, Weiss N, Chen C, et al. Association of marijuana use and the incidence of testicular germ cell tumors. *Cancer*. 2009 Mar 15;115(6):1215–23.
  230. Trabert B, Sigurdson A, Sweeney A, Strom S, McGlynn K. Marijuana use and testicular germ cell tumors. *Cancer*. 2011 Feb 15;117(4):848–53.
  231. Callaghan R, Allebeck P, Akre O, McGlynn K, Sidorchuk A. Cannabis use and incidence of testicular cancer: A 42-year follow-up of Swedish men between 1970 and 2011. *Cancer Epidemiology*

- Biomarkers and Prevention [Internet]. 2017 Nov 1 [cited 2023 Mar 26];26(11):1644–52. Available from: <http://cebp.aacrjournals.org/>
232. Lacson J, Carroll J, Tuazon E, Castelao E, Bernstein L, Cortessis V. Population-based case-control study of recreational drug use and testis cancer risk confirms an association between marijuana use and nonseminoma risk. *Cancer* [Internet]. 2012 Nov 1 [cited 2023 Mar 26];118(21):5374–83. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.27554>
  233. Reece A, Hulse G. Epidemiological overview of multidimensional chromosomal and genome toxicity of cannabis exposure in congenital anomalies and cancer development. *Sci Rep*. 2021;11(1):1–21.
  234. Reece A, Hulse G. Geotemporospatial and causal inferential epidemiological overview and survey of USA cannabis, cannabidiol and cannabinoid genotoxicity expressed in cancer incidence 2003–2017: part 2 – categorical bivariate analysis and attributable fractions. *Archives of Public Health*. 2022 Dec 1;80(1):1–36.
  235. Reece A, Hulse G. Geotemporospatial and causal inferential epidemiological overview and survey of USA cannabis, cannabidiol and cannabinoid genotoxicity expressed in cancer incidence 2003–2017: part 3 – spatiotemporal, multivariable and causal inferential pathfinding and exploratory analyses of prostate and ovarian cancers. *Archives of Public Health* [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2023 Mar 26];80(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35354499/>
  236. Reece A, Hulse G. Geotemporospatial and causal inferential epidemiological overview and survey of USA cannabis, cannabidiol and cannabinoid genotoxicity expressed in cancer incidence 2003–2017: part 1 – continuous bivariate analysis. *Archives of Public Health* [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2023 Mar 26];80(1):1–30. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00811-8>
  237. Reece A, Hulse G. A geospatiotemporal and causal inference epidemiological exploration of substance and cannabinoid exposure as drivers of rising US pediatric cancer rates. *BMC Cancer*. 2021 Dec 1;21(1).
  238. Gröbner S, Worst B, Weischenfeldt J, Buchhalter I, Kleinheinz K, Rudneva V, et al. The landscape of genomic alterations across childhood cancers. *Nature*. 2018 Mar 15;555(7696):321–7.
  239. Ma X, Liu Y, Liu Y, Alexandrov L, Edmonson M, Gawad C, et al. Pan-cancer genome and transcriptome analyses of 1,699 paediatric leukaemias and solid tumours. *Nature* [Internet]. 2018 Mar 15 [cited 2023 Mar 26];555(7696):371–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29489755/>
  240. Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 18 de diciembre de 2013 Informes, estudios e investigación. 2014.
  241. Subdirección General de Información Sanitaria. Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2. Madrid; 2021.
  242. Huppert F. Positive Mental Health in Individuals and Population. New York; 2007.
  243. Linley PA, Joseph S. Positive Psychology in Practice. ISBN:9780471459064. 2004
  244. Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology. An introduction. *Am Psychol*. 2000;55(1):5–14.
  245. Keyes C. Promoting and Protecting Mental Health as Flourishing: A Complementary Strategy for Improving National Mental Health. *American Psychologist* [Internet]. 2007 Feb [cited 2023 Mar 26];62(2):95–108. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17324035/>
  246. Stranges S, Samaraweera P, Taggart F, Kandala N, Stewart-Brown S. Major health-related behaviours and mental well-being in the general population: The health survey for England. *BMJ Open* [Internet]. 2014 [cited 2023 Mar 26];4(9). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25239293/>

247. Tennant R, Hiller L, Fishwick R, Platt S, Joseph S, Weich S, et al. The Warwick-Dinburgh mental well-being scale (WEMWBS): Development and UK validation. *Health Qual Life Outcomes*. 2007 Nov 27;5(1):63.
248. Keyes C, Simoes E. To flourish or not: Positive mental health and all-cause mortality. *Am J Public Health* [Internet]. 2012 Nov [cited 2023 Mar 26];102(11):2164–72. Available from: [/pmc/articles/PMC3477942/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/193477942/)
249. Castellví P, Forero CG, Codony M, Vilagut G, Brugulat P, Medina A, et al. The Spanish version of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) is valid for use in the general population. *Quality of Life Research*. 2014;23(3):857–68.
250. Thomas K, Nilsson E, Festin K, Henriksson P, Lowén M, Löf M, et al. Associations of psychosocial factors with multiple health behaviors: A population-based study of middle-aged men and women. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 Feb 2 [cited 2023 Mar 26];17(4). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32075162/>
251. Middleton G, Keegan R, Smith MF, Alkhatib A, Klonizakis M. Implementing a Mediterranean diet intervention into a RCT: Lessons learned from a non-Mediterranean based country. *Journal of Nutrition, Health and Aging*. 2015 Dec 1;19(10):1019–22.
252. Pagliai G, Sofi F, Vannetti F, Caiani S, Pasquini G, Molino Lova R, et al. Mediterranean Diet, Food Consumption and Risk of Late-Life Depression: The Mugello Study. *Journal of Nutrition, Health and Aging* [Internet]. 2018 May 1 [cited 2023 Mar 26];22(5):569–74. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29717755/>
253. Sánchez-Villegas A, Ruíz-Canela M, Gea A, Lahortiga F, Martínez-González MA. The Association Between the Mediterranean Lifestyle and Depression. *Clinical Psychological Science* [Internet]. 2016 Nov 1 [cited 2023 Mar 26];4(6):1085–93. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2167702616638651>
254. Papier K, Ahmed F, Lee P, Wiseman J. Stress and dietary behaviour among first-year university students in Australia: Sex differences. *Nutrition* [Internet]. 2015 Feb 1 [cited 2023 Mar 26];31(2):324–30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25442361/>
255. Di Benedetto M, Towt C, Jackson M. A Cluster Analysis of Sleep Quality, Self-Care Behaviors, and Mental Health Risk in Australian University Students. *Behavioral Sleep Medicine* [Internet]. 2020 May 3 [cited 2023 Mar 26];18(3):309–20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30821507/>
256. Whatnall M, Patterson A, Siew Y, Kay-Lambkin F, Hutchesson M. Are psychological distress and resilience associated with dietary intake Among Australian university students? *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 Nov 1 [cited 2023 Mar 26];16(21). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31653026/>
257. Godos J, Ferri R, Caraci F, Cosentino FII, Castellano S, Galvano F, et al. Adherence to the mediterranean diet is associated with better sleep quality in Italian adults. *Nutrients* [Internet]. 2019 May 1 [cited 2023 Mar 26];11(5). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31035395/>
258. Beekman A, Geerlings S, Deeg D, Smit J, Schoevers R, De Beurs E, et al. The natural history of late-life depression: A 6-year prospective study in the community. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(7):605–11.
259. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. In: *Lancet* [Internet]. Elsevier B.V.; 2005 [cited 2023 Mar 26]. p. 1961–70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15936426/>
260. Ferrari A, Charlson F, Norman R, Patten S, Freedman G, Murray C, et al. Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS Med*. 2013 Nov;10(11).
261. Ruusunen A, Lehto S, Mursu J, Tolmunen T, Tuomainen T, Kauhanen J, et al. Dietary patterns are associated with the prevalence of elevated depressive symptoms and the risk of getting a hospital

- discharge diagnosis of depression in middle-aged or older Finnish men. *J Affect Disord*. 2014 Apr 20;159:1–6.
262. Dipnall J, Pasco JA, Meyer D, Berk M, Williams L, Dodd S, et al. The association between dietary patterns, diabetes and depression. *J Affect Disord*. 2015 Mar 15;174:215–24.
  263. Friedlander A, Norman D. Late-life depression: Psychopathology, medical interventions, and dental implications. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2002;94(4):404–12.
  264. Rahe C, Unrath M, Berger K. Dietary patterns and the risk of depression in adults: A systematic review of observational studies. Vol. 53, *European Journal of Nutrition*. Dr. Dietrich Steinkopff Verlag GmbH and Co. KG; 2014. p. 997–1013.
  265. Lopresti A, Hood S, Drummond P. A review of lifestyle factors that contribute to important pathways associated with major depression: Diet, sleep and exercise [Internet]. Vol. 148, *Journal of Affective Disorders*. *J Affect Disord*; 2013 [cited 2023 Mar 26]. p. 12–27. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23415826/>
  266. Murakami K, Mizoue T, Sasaki S, Ohta M, Sato M, Matsushita Y, et al. Dietary intake of folate, other B vitamins, and -3 polyunsaturated fatty acids in relation to depressive symptoms in Japanese adults. 2008;
  267. Derom M, Sayón-Orea C, Martínez-Ortega J, Martínez-González MA. Magnesium and depression: A systematic review [Internet]. Vol. 16, *Nutritional Neuroscience*. *Nutr Neurosci*; 2013 [cited 2023 Mar 26]. p. 191–206. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23321048/>
  268. Vashum K, McEvoy M, Milton A, McElduff P, Hure A, Byles J, et al. Dietary zinc is associated with a lower incidence of depression: Findings from two Australian cohorts. *J Affect Disord* [Internet]. 2014 [cited 2023 Mar 26];166:249–57. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25012438/>
  269. Okereke OI, Singh A. The role of Vitamin D in the prevention of late-life depression. Vol. 198, *Journal of Affective Disorders*. Elsevier B.V.; 2016. p. 1–14.
  270. Intarakamhang U, Macaskill A, Prasittichok P. Mindfulness interventions reduce blood pressure in patients with non-communicable diseases: A systematic review and meta-analysis. Vol. 6, *Heliyon*. Elsevier Ltd; 2020.
  271. Organización Mundial de la Salud. Traumatismos causados por el tránsito [Internet]. 2022 [cited 2023 Mar 26]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
  272. Wijnen W. An analysis of official road crash cost estimates in European countries.
  273. Dirección General de Tráfico. Las principales cifras de la Siniestralidad Vial. 2019.
  274. Dirección General de Tráfico. Las principales cifras de la Siniestralidad Vial. 2020.
  275. Fisa R, Musukuma M, Sampa M, Musonda P, Young T. Effects of interventions for preventing road traffic crashes: an overview of systematic reviews. *BMC Public Health*. 2022 Dec 1;22(1):513.
  276. Bunn F, Collier T, Frost C, Ker K, Steinbach R, Roberts I, et al. Area-wide traffic calming for preventing traffic related injuries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2009.
  277. Córdoba García R, Camaralles Guillem F, Muñoz Seco E, Gómez Puente JM, San José Arango J, Ramírez Manent JI, et al. PAPPS expert group: Lifestyle recommendations. *Aten Primaria*. 2022 Oct 1;54:102442.
  278. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte. 2022.
  279. Ministerio de Sanidad. Estrategia de salud pública 2022. Mejorando la salud y el bienestar de la población. Madrid; 2022.
  280. Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. 2015.

281. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. 2006.
282. Ministerio de Sanidad. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. 2019.
283. Organización Mundial de la Salud. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe técnico 916. 2003.
284. World Health Organization. Health promotion glossary. *Health Promot Int.* 1986;1(1):113–27.
285. Servicio Madrileño de Salud. Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud. Sexto Informe de Atención Primaria 2015-2017. 2018.
286. Díaz-Gutiérrez J, Ruiz-Canela M, Gea A, Fernández-Montero A, Martínez-González MÁ. Relación entre un índice de estilo de vida saludable y el riesgo de enfermedad cardiovascular en la cohorte SUN. *Rev Esp Cardiol.* 2018;71(12):1001–9.
287. Walker S, Sechrist K, Pender N. The Health-Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics. *Nurs Res.* 1987;(36):76–81.
288. Hulme P, Walker S, Effle K, Jorgensen L, McGowan M, Nelson J, et al. Health-Promoting Lifestyle Behaviors of Spanish-Speaking Hispanic Adults. *Journal of Transcultural Nursing.* 2003;14(3):244–54.
289. Serrano-Fernández MJ, Boada-Grau J, Vigil-Colet A, Gil-Ripoll C. Adaptación española de la escala HPLP-II con una muestra de empleados. *Universitas Psychologica.* 2016;15(4):1–14.
290. Reyna M, Alejandro P, González A, Infante E, Salazar A, Rodríguez R. Psychometric properties of the Spanish version of the Health-Promoting Lifestyle Profile-II instrument in Mexican university students. *Enfermería Global.* 2022 Apr 1;21(2):411–23.
291. Wilson DMC Nielsen E, Ciliska D. Lifestyle Assessment: Testing the FANTASTIC Instrument. Vol. 30, *Canadian Family Physician.* College of Family Physicians of Canada; 1984.
292. López-Carmona JM, Rodríguez-Moctezuma R, Munguía-Miranda C, Hernández-Santiago JL, Casas de la Torre E. Validez y fiabilidad del instrumento «FANTASTIC» para medir el estilo de vida en pacientes mexicanos con hipertensión arterial. *Atención primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.* 2000 Nov 15;26(8):542–9.
293. López-Carmona J, Ariza-Andraca R, Rodríguez-Moctezuma J, Munguía-Miranda C. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Publica Mex [Internet].* 2003 [cited 2023 Mar 26];45:259–68. Available from: <https://e406f819-6a47-1d4e-844a-c4154101852e/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fwww.scielo.org.mx%2Fpdf%2Fspm%2Fv45n4%2Fa04v45n4.pdf>
294. Betancurth D, Vélez C, Jurado L. Validación de contenido y adaptación del cuestionario Fantástico por técnica Delphi. *Salud Uninorte.* 2014;31(2).
295. Iowa Medical Society. 5-2-1-0. Healthy choices count! Action guide health care. 2014.
296. Bennassar Veny M. Estilo de vida y control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Validación por constructo del IMEVID [Internet]. Universidad de las Islas Baleares; 2012 [cited 2023 Mar 26]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13056494>
297. Sotos-Prieto M, Santos-Beneit G, Bodega P, Pocock S, Mattei J, Luis Peñalvo J. Validation of a questionnaire to measure overall Mediterranean lifestyle habits for research application: the MEDiterranean LIFEstyle index (MEDLIFE). *Nutr Hosp.* 2015;32(3):1153–63.
298. Argimon Pallás JM<sup>a</sup>, Jiménez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 5ª edición. Elsevier España S.L.U; 2019. 217–243 p.
299. Barrio-Cantalejo IM, Simón-Lorda P, Melguizo M, Escalona I, Marijuán MI, Hernando P. Validación de la Escala INFLESH para evaluar la legibilidad de los textos dirigidos a pacientes. *An Sist Sanit Navar.* 2008;31(2):135–52.

300. Escobar-Pérez J, Cuervo-Martínez Á. Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. Vol. 6. 2008.
301. Urrutia Egaña M, Barrios Araya S, Marina Gutiérrez Núñez L, Magdalena Mayorga Camus L. Métodos óptimos para determinar validez de contenido Optimal method for content validity. Vol. 28, Educación Médica Superior. 2014.
302. Varela Ruíz M, L DB, R GD. Descripción y usos de la técnica Delphi en investigaciones en áreas de la salud. Investigación en Educación Médica. 2012;1(2):90–5.
303. Likert R. A Technique for the teasurement of attitudes PDF | PDF | Standard Deviation | Attitude (Psychology). Archives of Psychology. New York; 1932.
304. Soto C, Segovia J. Intervalos de confianza asimétricos para el índice la validez de contenido: Un programa Visual Basic para la V de Aiken. Vol. 25. 2009.
305. Sotos-Prieto M, Santos-Beneit G, Bodega P, Pocock S, Mattei J, Luis Peñalvo J. Validation of a questionnaire to measure overall Mediterranean lifestyle habits for research application: the MEDiterranean LIFEstyle index (MEDLIFE). Nutr Hosp. 2015;32(3):1153–63.
306. Morales Vallejo P. Guía para construir cuestionarios y escalas de actitudes. 2011.
307. Nunnally J, Bernstein I. Psychometric theory. 3ª Edition. New York: McGraw-Hill; 1994.
308. Fleiss J. The Design and Analysis of Clinical Experiments. New York: Wiley; 1986.
309. Bland J, Altman D. Statistics notes: Cronbach’s alpha. BMJ. 1997 Feb 22;314(7080):572.
310. Real Academia Española. Definición de “funcional” [Internet]. [cited 2023 Mar 21]. Available from: <https://dle.rae.es/funcional?m=form>
311. Real Academia Española. Definición de “útil” [Internet]. [cited 2023 Mar 21]. Available from: <https://dle.rae.es/útil#FwSWURh>
312. Choi B, Pak A. A catalog of biases in questionnaires. Prev Chronic Dis. 2005;2(1).
313. Peterson RA. A Meta-Analysis of Cronbach’s Coefficient Alpha. Journal of Consumer Research. 1994 Sep 1;21(2):381.
314. Pérez MP, Alonso M, López F, Sorian T, Peral I, Mancera J. Adherence to healthy lifestyle behaviours in patients with type 2 diabetes in Spain. Semergen. 2021 Apr 1;47(3):161–9.
315. Ministerio de Agricultura. Informe del consumo de alimentación en España 2021. 2021.
316. Arce Espinoza L, Rojas Sáurez K. Factores que influyen en el estilo de vida de los funcionarios de una universidad estatal de Costa Rica: nivel educativo, estado civil y número de niños. UNED Research Journal [Internet]. 2020 [cited 2023 Apr 4];12(2):e3151. Available from: [moz-extension://e406f819-6a47-1d4e-844a-c4154101852e/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fwww.scielo.sa.cr%2Fpdf%2Fcinn%2Fv12n2%2F1659-4266-cinn-12-02-400.pdf](https://e406f819-6a47-1d4e-844a-c4154101852e/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fwww.scielo.sa.cr%2Fpdf%2Fcinn%2Fv12n2%2F1659-4266-cinn-12-02-400.pdf)
317. Zheng H. Do the Health Benefits of Marriage Depend on the Likelihood of Marriage?: Health Benefits of Marriage. Journal of Marriage and Family 80 (June 2018): 622–636 DOI:10.1111/jomf.12471
318. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Monografía alcohol 2021. Consumo y consecuencias. Madrid; 2021.
319. Amigo Vázquez I, González-Roz A. Manual de psicología de la salud. 1º edición. Pirámide. 2023.

# 7. Anexos



## CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE EN ATENCIÓN PRIMARIA: "PONTE A 100"

Los **estilos de vida saludable** hacen referencia a un conjunto de comportamientos, hábitos y costumbres cotidianas que llevan a cabo las personas para mantener, de manera adecuada, su cuerpo y su mente a lo largo de todo el ciclo vital. Contribuyen a mejorar el bienestar personal y la calidad de vida, a mantenerse sano y a disminuir la discapacidad y el dolor.

### ¿TIENE USTED UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE?



- ✓ **Cumplimente** el siguiente cuestionario y conozca si su estilo de vida es saludable.
- ✓ Consta de **25 preguntas agrupadas en cinco apartados**: alimentación, actividad física y sedentarismo, consumo de alcohol, tabaco y bienestar emocional.
- ✓ **Valore** cada una de las **preguntas y asigne los puntos** de la opción que más se adapte a su situación personal en los **últimos 3 meses**. No hay respuestas correctas e incorrectas.
- ✓ Obtenga la puntuación para cada uno de los **apartados**, con un **mínimo de 0** puntos y un **máximo de 20**.
- ✓ Obtenga la **puntuación final** sumando la obtenida para cada uno de los apartados con un máximo de **100 puntos**.

## ACLARACIONES PREVIAS SOBRE LA TAREA A REALIZAR

El objetivo de esta área es doble:

- **Objetivo docente:**
  - o Que el alumno conozca las dimensiones que se incluyen en el Cuestionario 'Ponte a 100' para valorar los estilos de vida, así como los ítems o preguntas empleadas para valorar cada una de las dimensiones evaluadas.
  - o Que el estudiante reflexione sobre la puntuación alcanzada, en el total del cuestionario y en cada una de las dimensiones, analizando que acciones puede llevar a cabo para mejora la puntuación y tener un estilo de vida más saludable.
- **Objetivo de investigación:**
  - o Conocer el Índice Sintético de Estilos de Vida y los factores asociados con las puntuaciones obtenidas

La participación del alumno en el objetivo docente es obligatoria, mientras que en el objetivo de investigación es voluntaria. Si no marcáis la cruz que aparece en la parte inferior de esta autorización, vuestros datos no se incluirán en el análisis de la información.

### INFORMACIÓN DEL ESTUDIO

1.- **Investigadores:** Profesores de la Facultad de Enfermería de la UCM y la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de Madrid

- Francisco Javier Pérez Rivas ([friperez@ucm.es](mailto:friperez@ucm.es))
- Tomás Gómez Gascón ([tomas.gomez@salud.madrid.org](mailto:tomas.gomez@salud.madrid.org))
- Jennifer Jiménez González ([jenniime@ucm.es](mailto:jenniime@ucm.es))
- Milagros Rico Blázquez ([milarico@ucm.es](mailto:milarico@ucm.es))

2.- **Objetivo del estudio:**

Conocer el Índice Sintético de Estilos de Vida y los factores asociados con las puntuaciones obtenidas

3.- **¿A quién va dirigida la encuesta?:**

- Alumnos matriculados en la asignatura de Enfermería Comunitaria II

4.- **Tiempo requerido** para cumplimentar la encuesta: Esta encuesta dura aproximadamente 10 minutos.

5.- **Confidencialidad de los datos:**

- Los datos son anónimos. En cualquier momento puedes solicitar a los investigadores que tus datos no se incluyan en el estudio.
- El tratamiento de los datos será exclusivamente con fines académicos y para esta investigación.

6.- **Consideraciones éticas:**

- El estudio no cuenta con financiación externa ni pública ni privada.
- Los investigadores declaran no tener conflicto de intereses.

7.- **Beneficios y riesgos:**

Tu participación no supondrá ningún riesgo directo ni derivado, así como ningún beneficio directo

8.- **Compensación Económica:**

Tu participación en el estudio no te supondrá ningún gasto ni percibirá compensación económica

Muchas gracias por vuestra colaboración

### CONSENTIMIENTO INFORMADO (\*)

He recibido información sobre el estudio por lo que presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para la utilización de mis datos en las condiciones detalladas anteriormente



**Firma (Marcar una cruz si estáis de acuerdo):**

**(\*) Si no firmáis la autorización no se incluirán vuestros datos en el estudio**

## 0.- DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS/ ANTROPOMÉTRICOS

EDAD		TALLA (en metros)	
SEXO	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	PESO	
Nacionalidad	<input type="checkbox"/> Española <input type="checkbox"/> Otra:	IMC (Peso/Talla <sup>2</sup> )	

## 1.- ALIMENTACION



### PREGUNTAS DE VALORACIÓN

### RESPUESTAS

PUNTOS

1. ¿Cuántas raciones de verduras u hortalizas consume al día? (1 ración: 150-200g)	2 o más = 2 puntos 1 ración = 1 punto < de 1 = 0 puntos	
2. ¿Cuántas piezas de fruta consume al día? (1 ración= 150-200 g, 1 pieza mediana, 2 mandarinas pequeñas, 1 taza de cerezas/fresas, 1 rodaja de melón/sandía)	3 o más = 2 puntos 1-2 piezas = 1 punto < de 1 = 0 puntos	
3.- Cuantas veces consume a la semana cereales integrales (pan, pasta, arroz...)?	7 o más = 2 puntos De 4 a 6 = 1 puntos 3 o menos = 0 puntos	
4. ¿Cuántas veces consume a la semana productos altamente procesados o ultraprocesados (*): (*): Sopas 'instantáneas', patatas fritas de bolsa y otros snacks, galletas y bollería industrial, Nuggets de pollo, palitos de pescado, salsas, cereales de desayuno, pizza, y otros alimentos listos para consumir.	3 o menos = 2 puntos De 4 a 6 = 1 puntos 7 o más = 0 puntos	
5. ¿Cuántas raciones de carnes rojas (vacuno, cordero, cerdo), hamburguesas, salchichas o embutidos consume a la semana? (ración: 100 - 150 g)	3 o menos = 2 puntos De 4 a 6 = 1 puntos 7 o más = 0 puntos	
6. ¿Cuántas bebidas azucaradas/carbonatadas (refrescos, colas, zumos envasados) consume a la semana?	3 o menos = 2 puntos De 4 a 6 = 1 puntos 7 o más = 0 puntos	
7. ¿Cuántas raciones de legumbres (garbanzos, lentejas, alubias...) consume a la semana? (1 ración: 50 g crudo, 150 g cocido o 1 plato hondo mediano)	3 o más = 2 puntos 1 o 2 = 1 punto < de 1 = 0 puntos	
8. ¿Cuántas raciones de pescado/marisco consume a la semana? (1 ración=100-150g o un filete/rodaja mediano, 3-4 piezas de marisco)	3 o más = 2 puntos 1 o 2 = 1 punto < de 1 = 0 puntos	
9. ¿Cuántas raciones de frutos secos crudos (nueces, avellanas, almendras) consume a la semana (sin tostar, ni freír, sin sal ni otros condimentos)? (1 ración: 1 puñado de 20-30 g)	De 5 a 7= 2 puntos De 2 a 4 = 1 punto < de 2 = 0 puntos	
10. ¿Consume más de 3 cucharadas (30 ml) de aceite al día (crudo, frito...)?	Si, de Aceite de Oliva Virgen (o virgen extra) = 2 puntos Si, de aceite de Oliva = 1 punto Si, de otro tipo de aceite o No consume esa cantidad de aceite = 0 puntos	

### 3.- CONSUMO DE ALCOHOL

1.- Habitualmente, ¿cuántas **unidades** de bebida alcohólica suele consumir en una **semana**?

**Nº unidades**

#### UNIDADES ALCOHÓLICAS DE CADA BEBIDA



1 copa de vino tinto, blanco o cava (100 ml): 1 unidad



1 caña de cerveza o 1 vaso de sidra (200 ml): 1 unidad



1 carajillo (25 ml) o 1 vermut (50 ml): 1 unidad



1 chupito de anís, pacharán, licor (30 ml): 1 unidad



1 tercio de cerveza (330 ml): 1,5 unidades



1 combinado de gin tonic, ron cola... (50 ml): 2 unidades



1 copa de whisky o coñac (50 ml): 2 unidades

#### VALORACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL:

Mujeres ♀	Hombres ♂	PUNTOS
NINGÚN CONSUMO DE ALCOHOL (CONSUMO CERO)		20
Consumo de hasta 7 unidades/semana	Consumo de hasta 14 unidades/semana	10
Consumo superior a 7 unidades/semana o 4 unidades en una sesión (3-4 horas)	Consumo superior a 14 unidades/semana o 6 unidades en una sesión (3-4 horas)	0

**PUNTUACIÓN TOTAL CONSUMO DE ALCOHOL (Máximo 20 puntos)**

## 4.- CONSUMO DE TABACO

### PREGUNTAS DE VALORACIÓN

### RESPUESTAS

PUNTOS



#### 1.- ¿Fuma usted?

Responda **SI** en el caso de que fume en la actualidad, bien de forma habitual (diariamente) o de forma ocasional.

**NO: 20 PUNTOS**  
**SI: 0 PUNTOS**  
(Máximo 20 puntos)



## 5.- BIENESTAR EMOCIONAL

### PREGUNTAS DE VALORACIÓN

### RESPUESTAS

PUNTOS

1.- Me siento satisfecho de quién soy (estoy a gusto conmigo mismo)	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos	
2.- Estoy contento con la vida que llevo	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos	
3.- Estoy alegre y de buen humor	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos	
4.- Me siento estresado (nervioso, angustiado, irritable...)	Siempre o casi siempre: 0 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 2 puntos	
5.- Me siento motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos	
6.- Me siento capaz de superar las dificultades que se me presentan	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos	
7.- Tengo personas en mi entorno con las que me relaciono satisfactoriamente y comparto mis preocupaciones	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos	
8.- Me siento querido por las personas importantes para mí	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos	
9.- Tengo problemas de sueño.	Siempre o casi siempre: 0 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 2 puntos	
10.- Tengo suficiente tiempo de ocio.	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos	

**CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA  
SALUDABLE EN ATENCIÓN PRIMARIA:  
"PONTE A 100"**

**PUNTUACIÓN TOTAL**



**ALIMENTACION**



**ACTIVIDAD FÍSICA**



**CONSUMO DE ALCOHOL**



**CONSUMO DE TABACO**



**BIENESTAR EMOCIONAL**



**PUNTUACIÓN  
TOTAL (ISEV\*)**

- ✓ El **OBJETIVO** es **ALCANZAR LA MAXIMA PUNTUACIÓN** (100 puntos).  
Cuanto mayor es la puntuación, más saludable se considera su estilo de vida
- ✓ **REVISE** los **APARTADOS** donde haya alcanzado **MENOR PUNTUACIÓN** y planifique por dónde quiere empezar a cambiar.
- ✓ Siempre es **POSIBLE CAMBIAR EL ESTILO DE VIDA** para hacerlo más **SALUDABLE**.

\* ISEV: ÍNDICE SINTÉTICO DE ESTILOS DE VIDA



## CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE EN ATENCIÓN PRIMARIA: "PONTE A 100"



### INFORMACIÓN DEL ESTUDIO

1.- **Investigadores:** Profesores de la Facultad de Enfermería de la UCM y la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de Madrid

- Francisco Javier Pérez Rivas ([frjperez@ucm.es](mailto:frjperez@ucm.es))
- Tomás Gómez Gascón ([tomas.gomez@salud.madrid.org](mailto:tomas.gomez@salud.madrid.org))
- Jennifer Jiménez González ([jenniime@ucm.es](mailto:jenniime@ucm.es))
- Milagros Rico Blázquez ([milarico@ucm.es](mailto:milarico@ucm.es))

2.- **Objetivo del estudio:**

Elaborar un cuestionario que permita identificar el estilo de vida de las personas y poder modificar aquellos factores que supongan un riesgo para la salud.

3.- **¿A quién va dirigida la encuesta?:**

- Población adulta (mayor de 18 años)

4.- **Tiempo requerido** para cumplimentar la encuesta: Esta encuesta dura aproximadamente 15/20 minutos.

5.- **Confidencialidad de los datos:**

- Los datos son anónimos. En cualquier momento puede solicitar a los investigadores que sus datos no se incluyan en el estudio.
- El tratamiento de los datos será exclusivamente con fines académicos y para esta investigación.

6.- **Consideraciones éticas:**

- El estudio no cuenta con financiación externa ni pública ni privada.
- Los investigadores declaran no tener conflicto de intereses.

7.- **Beneficios y riesgos:**

Su participación no supondrá ningún riesgo directo ni derivado, así como ningún beneficio directo

8.- **Compensación Económica:**

Su participación en el estudio no le supondrá ningún gasto ni percibirá compensación económica

Muchas gracias por su colaboración

### CONSENTIMIENTO INFORMADO (\*)

He recibido información sobre el estudio por lo que presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para la utilización de mis datos en las condiciones detalladas anteriormente.

Firma:

(\*) Si el encuestado no firma la autorización no se incluirán sus datos en el estudio

## ACLARACIONES PREVIAS

El objetivo de esta entrevista es doble:

- Identificar y calcular el índice sintético de estilo de vida de las personas encuestadas.
- Evaluar si este cuestionario resulta fácil o difícil de entender.

Para valorar este proceso de comprensión (preguntas sobre fondo amarillo), se preguntará al encuestado sobre la dificultad de entender cada una de las preguntas. La respuesta se codificará con una escala Likert:

- 1.- Muy fácil
- 2.- Fácil
- 3.- Normal
- 4.- Difícil
- 5.- Muy difícil

## 0.- DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

<b>EDAD</b>		
<b>SEXO</b>	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	
<b>ESTADO CIVIL</b>	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a/En pareja <input type="checkbox"/> Separado/a o Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	
<b>NACIONALIDAD</b>	<input type="checkbox"/> Española <input type="checkbox"/> Latinoamericano <input type="checkbox"/> Norteamericano <input type="checkbox"/> Europa mediterránea <input type="checkbox"/> Norte de Europa	<input type="checkbox"/> Europa del Este <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Australiano
<b>NIVEL DE ESTUDIOS</b>	<input type="checkbox"/> Analfabeto O Estudios Primarios Incompletos <input type="checkbox"/> Educación Primaria <input type="checkbox"/> Educación Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato y similares <input type="checkbox"/> Enseñanza de formación profesional grado medio	<input type="checkbox"/> Enseñanzas de formación profesional de grado superior <input type="checkbox"/> Grados <input type="checkbox"/> Licenciados y Máster <input type="checkbox"/> Doctorado
<b>OCUPACIÓN</b>	<input type="checkbox"/> Directores/as y profesionales <input type="checkbox"/> Técnicos/as y cuadros medios <input type="checkbox"/> Pequeños/as empresarios/as <input type="checkbox"/> Agricultores/as <input type="checkbox"/> Empleados/as de oficinas y servicios <input type="checkbox"/> Obreros/as cualificados/as <input type="checkbox"/> Obreros/as no cualificados/as	<input type="checkbox"/> Jubilados/as y pensionistas <input type="checkbox"/> Parados/as <input type="checkbox"/> Estudiantes <input type="checkbox"/> Trabajo doméstico no remunerado <input type="checkbox"/> No clasificables

# 1.- ALIMENTACION

## PREGUNTAS DE VALORACIÓN




## RESPUESTAS

PUNTOS

<p>1. ¿Cuántas raciones de verduras u hortalizas consume al día? (1 ración: 150-200g)</p>	<p>2 o más = 2 puntos 1 ración = 1 punto &lt; de 1 = 0 puntos</p>	
<p>- Indique en una escala del 1 (muy fácil) al 5(muy difícil) la dificultad para comprender la pregunta: - En caso de que le haya resultado difícil (4 o 5) sugiera su propia pregunta:</p>		
<p>2. ¿Cuántas piezas de fruta consume al día? (1 ración= 150-200 g, 1 pieza mediana, 2 mandarinas pequeñas, 1 taza de cerezas/fresas, 1 rodaja de melón/sandía)</p>	<p>3 o más = 2 puntos 1-2 piezas = 1 punto &lt; de 1 = 0 puntos</p>	
<p>- Indique en una escala del 1 (muy fácil) al 5(muy difícil) la dificultad para comprender la pregunta: - En caso de que le haya resultado difícil (4 o 5) sugiera su propia pregunta:</p>		
<p>3.- Cuantas veces consume a la semana cereales integrales (pan, pasta, arroz...)?</p>	<p>7 o más = 2 puntos De 4 a 6 = 1 puntos 3 o menos = 0 puntos</p>	
<p>- Indique en una escala del 1 (muy fácil) al 5(muy difícil) la dificultad para comprender la pregunta: - En caso de que le haya resultado difícil (4 o 5) sugiera su propia pregunta:</p>		
<p>4. ¿Cuántas veces consume a la semana productos altamente procesados o ultraprocesados (*)? (* Sopas 'instantaneas', patatas fritas de bolsa y otros snacks, galletas y bollería industrial, nuggets de pollo, palitos de pescado, salsas, cereales de desayuno, pizza, y otros alimentos listos para consumir.</p>	<p>3 o menos = 2 puntos De 4 a 6 = 1 puntos 7 o más = 0 puntos</p>	
<p>- Indique en una escala del 1 (muy fácil) al 5(muy difícil) la dificultad para comprender la pregunta: - En caso de que le haya resultado difícil (4 o 5) sugiera su propia pregunta:</p>		
<p>5. ¿Cuántas raciones de carnes rojas (vacuno, cordero, cerdo), hamburguesas, salchichas o embutidos consume a la semana? (ración: 100 - 150 g)</p>	<p>3 o menos = 2 puntos De 4 a 6 = 1 puntos 7 o más = 0 puntos</p>	
<p>- Indique en una escala del 1 (muy fácil) al 5(muy difícil) la dificultad para comprender la pregunta: - En caso de que le haya resultado difícil (4 o 5) sugiera su propia pregunta:</p>		
<p>6. ¿Cuántas bebidas azucaradas/carbonatadas (refrescos, colas, zumos envasados) consume a la semana?</p>	<p>3 o menos = 2 puntos De 4 a 6 = 1 puntos 7 o más = 0 puntos</p>	
<p>- Indique en una escala del 1 (muy fácil) al 5(muy difícil) la dificultad para comprender la pregunta: - En caso de que le haya resultado difícil (4 o 5) sugiera su propia pregunta:</p>		

<p>7. ¿Cuántas raciones de legumbres (garbanzos, lentejas, alubias...) consume a la semana? (1 ración: 50 g crudo, 150 g cocido ó 1 plato hondo mediano)</p>	<p>3 o más = 2 puntos 1 o 2 = 1 punto &lt; de 1 = 0 puntos</p>	
<p>- Indique en una escala del 1 (muy fácil) al 5(muy difícil) la dificultad para comprender la pregunta: - En caso de que le haya resultado difícil (4 o 5) sugiera su propia pregunta:</p>		
<p>8. ¿Cuántas raciones de pescado/marisco consume a la semana? (1 ración=100-150g o un filete/rodaja mediano, 3-4 piezas de marisco)</p>	<p>3 o más = 2 puntos 1 o 2 = 2 puntos &lt; de 1 = 0 puntos</p>	
<p>- Indique en una escala del 1 (muy fácil) al 5(muy difícil) la dificultad para comprender la pregunta: - En caso de que le haya resultado difícil (4 o 5) sugiera su propia pregunta:</p>		
<p>9. ¿Cuántas raciones de frutos secos crudos (nueces, avellanas, almendras) consume a la semana (sin tostar, ni freír, sin sal ni otros condimentos)? (1 ración: 1 puñado de 20-30 g)</p>	<p>De 5 a 7= 2 puntos De 2 a 4 = 1 punto &lt; de 2 = 0 puntos</p>	
<p>- Indique en una escala del 1 (muy fácil) al 5(muy difícil) la dificultad para comprender la pregunta: - En caso de que le haya resultado difícil (4 o 5) sugiera su propia pregunta:</p>		
<p>10.¿Consumo más de 3 cucharadas (30 ml) de aceite al día (crudo, frito...)?</p>	<p>Si, de Aceite de Oliva Virgen (o virgen extra) = 2 puntos Si, de aceite de Oliva = 1 punto Si, de otro tipo de aceite o No consume esa cantidad de aceite = 0 puntos</p>	
<p>- Indique en una escala del 1 (muy fácil) al 5(muy difícil) la dificultad para comprender la pregunta: - En caso de que le haya resultado difícil (4 o 5) sugiera su propia pregunta:</p>		

## 2.- ACTIVIDAD FÍSICA Y SEDENTARISMO

PREGUNTAS DE VALORACIÓN	RESPUESTAS	PUNTOS
 <p>1. ¿Cuántas veces por semana realiza usted, al menos, 25 minutos de <b>actividad física INTENSA</b>?</p>	<p>3 o más = 16 puntos 1-2 = 8 puntos Nunca = 0 puntos</p>	<input type="text"/>
 <p>2. ¿Cuántas veces por semana realiza usted, al menos, 30 minutos de <b>actividad física MODERADA</b>?</p>	<p>5 o más = 16 puntos 3-4 = 8 puntos 1-2 = 4 puntos Nunca = 0 puntos</p>	<input type="text"/>
 <p>3. Permanece sentado, reclinado o tumbado más de 2 horas seguidas al día (sin incluir el descanso nocturno)?</p>	<p>SI = 0 puntos NO = 4 puntos</p>	<input type="text"/>

LAS PREGUNTAS 1 Y 2 PUEDEN COMPLEMENTARSE PERO EL MÁXIMO SON 16 PUNTOS

Puntuación 1+ 2: (Máximo 16 puntos) <input type="text"/>	+	Puntuación 3: (Máximo 4 puntos) <input type="text"/>	=	<b>PUNTUACIÓN TOTAL ACTIVIDAD FÍSICA (Máximo 20 puntos)</b> <input type="text"/>
---	---	---	---	--

### VALORACIÓN DE LA COMPRENSIÓN

1. ¿Cuántas veces por semana realiza usted al menos 25 minutos de actividad física INTENSA?	- Indique en una escala del 1 (muy fácil) al 5(muy difícil) la dificultad para comprender la pregunta: - En caso de que le haya resultado difícil (4 o 5) sugiera su propia pregunta:
2. ¿Cuántas veces por semana realiza usted al menos 30 minutos de actividad física MODERADA?	- Indique en una escala del 1 (muy fácil) al 5(muy difícil) la dificultad para comprender la pregunta: - En caso de que le haya resultado difícil (4 o 5) sugiera su propia pregunta:
3. Permanece sentado, reclinado o tumbado más de 2 horas seguidas al día (sin incluir el descanso nocturno)?	- Indique en una escala del 1 (muy fácil) al 5(muy difícil) la dificultad para comprender la pregunta: - En caso de que le haya resultado difícil (4 o 5) sugiera su propia pregunta:

### 3.- CONSUMO DE ALCOHOL

1.- Habitualmente, ¿cuántas **unidades** de bebida alcohólica suele consumir en una **semana**?

**Nº unidades**

#### UNIDADES ALCOHÓLICAS DE CADA BEBIDA



1 copa de vino tinto, blanco o cava (100 ml): **1** unidad



1 caña de cerveza o 1 vaso de sidra (200 ml): **1** unidad



1 carajillo (25 ml) o 1 vermut (50 ml): **1** unidad



1 chupito de anís, pacharán, licor (30 ml): **1** unidad



1 tercio de cerveza (330 ml): **1,5** unidades



1 combinado de gin tonic, ron cola... (50 ml): **2** unidades



1 copa de whisky o coñac (50 ml): **2** unidades

#### VALORACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL:

Mujeres 	Hombres 	PUNTOS
NINGÚN CONSUMO DE ALCOHOL (CONSUMO CERO)		20
Consumo de hasta 7 unidades/semana	Consumo de hasta 14 unidades/semana	10
Consumo superior a 7 unidades/semana o 4 unidades en una sesión (3-4 horas)	Consumo superior a 14 unidades/semana o 6 unidades en una sesión (3-4 horas)	0

**PUNTUACIÓN TOTAL CONSUMO DE ALCOHOL (Máximo 20 puntos)**

#### VALORACIÓN DE LA COMPRESIÓN

1.- Habitualmente, ¿cuántas unidades de bebida alcohólica suele consumir en una semana?

- Indique en una escala del 1 (muy fácil) al 5 (muy difícil) la dificultad para comprender la pregunta:
- En caso de que le haya resultado difícil (4 o 5) sugiera su propia pregunta:

## 4.- CONSUMO DE TABACO

### PREGUNTAS DE VALORACIÓN

### RESPUESTAS

PUNTOS



#### 1.- ¿Fuma usted?

Responda SI en el caso de que fume en la actualidad, bien de forma habitual (diariamente) o de forma ocasional.

NO: 20 PUNTOS  
SI: 0 PUNTOS  
(Máximo 20 puntos)



### VALORACIÓN DE LA COMPRENSIÓN

#### 1.- ¿Fuma usted?

Responda SI en el caso de que fume en la actualidad, bien de forma habitual (diariamente) o de forma ocasional.

- Indique en una escala del 1 (muy fácil) al 5(muy difícil) la dificultad para comprender la pregunta:  
- En caso de que le haya resultado difícil (4 o 5) sugiera su propia pregunta:

## 5.- BIENESTAR EMOCIONAL

### PREGUNTAS DE VALORACIÓN

### RESPUESTAS

PUNTOS

<p>1.- Me siento satisfecho de quién soy (estoy a gusto conmigo mismo)</p>	<p>Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos</p>	
<p>- Indique en una escala del 1 (muy fácil) al 5(muy difícil) la dificultad para comprender la pregunta: - En caso de que le haya resultado difícil (4 o 5) sugiera su propia pregunta:</p>		
<p>2.- Estoy contento con la vida que llevo</p>	<p>Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos</p>	
<p>- Indique en una escala del 1 (muy fácil) al 5(muy difícil) la dificultad para comprender la pregunta: - En caso de que le haya resultado difícil (4 o 5) sugiera su propia pregunta:</p>		

3.- Estoy alegre y de buen humor	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos	
- Indique en una escala del 1 (muy fácil) al 5(muy difícil) la dificultad para comprender la pregunta: - En caso de que le haya resultado difícil (4 o 5) sugiera su propia pregunta:		
4.- Me siento estresado (nervioso, angustiado, irritable...)	Siempre o casi siempre: 0 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 2 puntos	
- Indique en una escala del 1 (muy fácil) al 5(muy difícil) la dificultad para comprender la pregunta: - En caso de que le haya resultado difícil (4 o 5) sugiera su propia pregunta:		
5.- Me siento motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos	
- Indique en una escala del 1 (muy fácil) al 5(muy difícil) la dificultad para comprender la pregunta: - En caso de que le haya resultado difícil (4 o 5) sugiera su propia pregunta:		
6.-Me siento capaz de superar las dificultades que se me presentan	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos	
- Indique en una escala del 1 (muy fácil) al 5(muy difícil) la dificultad para comprender la pregunta: - En caso de que le haya resultado difícil (4 o 5) sugiera su propia pregunta:		
7.- Tengo personas en mi entorno con las que me relaciono satisfactoriamente y comparto mis preocupaciones	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos	
- Indique en una escala del 1 (muy fácil) al 5(muy difícil) la dificultad para comprender la pregunta: - En caso de que le haya resultado difícil (4 o 5) sugiera su propia pregunta:		
8.- Me siento querido por las personas importantes para mí	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos	
- Indique en una escala del 1 (muy fácil) al 5(muy difícil) la dificultad para comprender la pregunta: - En caso de que le haya resultado difícil (4 o 5) sugiera su propia pregunta:		
9.- Tengo problemas de sueño.	Siempre o casi siempre: 0 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 2 puntos	
- Indique en una escala del 1 (muy fácil) al 5(muy difícil) la dificultad para comprender la pregunta: - En caso de que le haya resultado difícil (4 o 5) sugiera su propia pregunta:		
10.- Tengo suficiente tiempo de ocio.	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos	
- Indique en una escala del 1 (muy fácil) al 5(muy difícil) la dificultad para comprender la pregunta: - En caso de que le haya resultado difícil (4 o 5) sugiera su propia pregunta:		

**CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA  
SALUDABLE EN ATENCIÓN PRIMARIA:  
"PONTE A 100"**

**PUNTUACIÓN TOTAL**



**ALIMENTACION**



**ACTIVIDAD FÍSICA**



**CONSUMO DE ALCOHOL**



**CONSUMO DE TABACO**



**BIENESTAR EMOCIONAL**



**PUNTUACIÓN  
TOTAL (ISEV\*)**



**VALORACIÓN FINAL**

¿Comprende el encuestado el resultado de cada dimensión y el resultado final (puntuación total)?

¿Se ha sorprendido el encuestado por el resultado obtenido?

¿Considera útil el encuestado conocer el resultado?

\* ISEV: ÍNDICE SINTÉTICO DE ESTILOS DE VIDA

### Anexo 3: Prueba piloto 2: CRD electrónico

My Studies [Search] [Refresh] [Filter] [Add]

● Live Monocenter UK Server [More]

Diseño y validación de un cuestionario de estilos de vida en Atención Primaria

Participant ID: 110671 ● Live Participant status: Not Set

Participant: 110671

Not Set

Progress: 0%

- Not Started
- Datos del participante
- Not Started
- Questionnaire of healthy lifestyle in Primary Care: "Ponte a 100"
- Not Started
- Alimentación
- Not Started
- Physical activity and sedentary behavior

Questionnaire of healthy lifestyle in Primary Care: "Ponte a 100"

#### 7. Alimentación

Puede obtener más información de cada pregunta pinchando en el icono i

7.1	¿Cuántas raciones de verduras u hortalizas consume al día? (1 ración: 150-200g)	<input type="radio"/> Más de 1 ración <input type="radio"/> 1 ración <input type="radio"/> Ninguna	[Settings]
7.2	¿Cuántas raciones de fruta consume al día? (1 ración= 150-200 g)	<input type="radio"/> Más de 2 raciones <input type="radio"/> 1-2 raciones <input type="radio"/> Ninguna	[Settings]
7.3	¿Cuántas raciones de cereales integrales (pan, pasta, arroz...) consume al día?	<input type="radio"/> Más de 2 raciones <input type="radio"/> 2 raciones <input type="radio"/> 1 ración <input type="radio"/> Ninguna	[Settings]
7.4	¿Cuántas raciones de frutos secos crudos (nueces, avellanas, almendras) consume a la semana (sin tostar, ni freír, sin sal ni...)	<input type="radio"/> Crudos (al natural): De 4 a 7 rac/semana <input type="radio"/> Crudos o Tostados (1-3 raciones) <input type="radio"/> No consumo esas cantidades o los consumo fritos, salados o...	[Settings]

[Previous](#) [Next](#)

Participant ID: 110001 ● Live Participant status: Not Set

Participant: 110001

Not Set

Progress: 100%

- Bienestar emocional
- Completed
- Seguridad y lesiones no intencionales
- Completed
- Puntuación total
- Completed
- Validation of questionnaire
- Completed
- Questionnaire MEDLIFE

Questionnaire of healthy lifestyle in Primary Care: "Ponte a 100"

#### 14. Puntuación total

14.1	Alimentación (0 - 25)	8	[Settings]
14.2	Actividad física (0 - 20)	12	[Settings]
14.3	Consumo e alcohol, tabaco y otras drogas (-35 a 25)	10	[Settings]
14.4	Bienestar emocional (0 - 20)	17	[Settings]
14.5	Seguridad y lesiones no intencionales (0 - 10)	10	[Settings]
14.6	Puntuación total ISEV (0 - 100)	57	[Settings]

[Previous](#) [Next](#)



### CUESTIONARIO MEDLIFE

1 ¿Cuántas veces consume repostería comercial (galletas NO tipo maría, pastas de té, turrón, ensaimada, croissant, donuts, pasteles, chocolate) **a la semana**? (1 ración= 4-6 galletas o pastas, 1/8 de barra de turrón o 1 unidad de ensaimada, donuts, croissant, pasteles, 2 bombones, 1 onza de chocolate)

2 veces o menos  1 punto

3 veces o más  0 puntos

2 ¿Cuántas raciones de carne roja (cordero, ternera, cerdo) consume **a la semana**? (1 ración = 100-150 g o 1 filete mediano)

Menos de 2  1 punto

2 o más de 2  0 puntos

3 ¿Cuántas raciones de carne procesada (hamburguesa, embutido, vísceras, paté) consume **a la semana incluyendo el jamón serrano, jamón cocido y salchichas**? (1 ración = 1 filete o 100-150 g, 3-4 lonchas de embutido, 25 g paté)

1 o menos  1 punto

Más de 1  0 puntos

4 ¿Cuántos huevos consume **a la semana**?

Menos de 2 o más de 4  0 puntos

Entre 2 y 4  1 punto

5 ¿Cuántas raciones de legumbres consume **a la semana**? (1 ración= 1 plato mediano o 150g)

Menos de 2  0 puntos

2 o más  1 punto

6 ¿Cuántas raciones de carne blanca (pollo, filete de pavo, conejo) consume **a la semana**? (1 ración=100-150g, filete pequeño, 1 cuarto de pollo, 1 cuarto de conejo)

Menos de 2 o más de 2  0 puntos

2  1 punto

7 ¿Cuántas raciones de pescado-marisco consume **a la semana**? (1 ración=100-150g o un filete mediano, 4-5 piezas o 200 g de marisco, 1 lata pequeña o media normal)

Menos de 2  0 puntos

2 o más  1 punto

8 ¿Cuántas raciones de patatas consume **a la semana**? (1 ración= 1 patata grande o dos pequeñas, 150 g patatas fritas (no tipo snack))

3 o menos  1 punto

Más de 3  0 puntos

9 ¿Cuántas raciones de lácteos **desnatados** consume **al día**? (1 ración= 1 vaso de leche o 2 yogures o 1 porción de queso)

Menos de 2 o más de 2  0 puntos

2  1 punto

10 ¿Cuántas raciones de frutos secos (nueces, avellanas, almendras) y/o aceitunas consume **al día**? (1 ración de frutos secos= 30 g o un puñado o 10 unidades de aceitunas)

Menos de 1 o más de 2  0 puntos

Entre 1 y 2  1 punto

11 ¿Cuántas veces utiliza especias, hierbas, cebollas y el ajo **diariamente** para cocinar?

Menos de 1  0 puntos

1 o más  1 punto

12 ¿Cuántas raciones de fruta consume (incluyendo zumos de fruta naturales) **al día**?

(1 ración= 150-200 g, 1 pieza mediana, 1 taza de cerezas, 2 rodajas de melón, 1 vaso de zumo natural)

Menos de 3 o más de 6  0 puntos

Entre 3 y 6  1 punto

13 ¿Cuántas raciones de verduras u hortalizas consume **al día**? (excepto patatas)

(1 ración=150-200 g de verdura cocida o plato de ensalada variada o 1 tomate grande o 2 zanahorias. Guarniciones=½ ración)

Menos de 2  0 puntos

2 o más  1 punto

14 ¿Cuántas cucharadas de aceite de oliva utiliza **al día** (cocinar o aliñar)?

Menos de 3  0 puntos

3 o más  1 punto

15 ¿Cuántas raciones de cereales (pan, pasta, arroz, cereales desayuno y derivados, galletas tipo maría) consume **al día**? (1 ración =40 g pan (3 rebanadas), 1 plato mediano, un bol, 4-6 galletas integrales)

Menos de 3 o más de 6  0 puntos

Entre 3 y 6  1 punto

16 ¿Toma más de 6 vasos de agua o 1 o más infusiones **diariamente**?

Sí  1 punto

No  0 puntos

17 ¿Bebe vino en las comidas **diariamente**? (1 copa)

Menos de 1 o más de 2 copas  0 puntos

Entre 1 y 2 copas  1 punto

18 ¿Limita la sal en las comidas?

Sí  1 punto

No  0 puntos

- 19 ¿Suele escoger los cereales integrales (pan, pasta, arroz, cereales de desayuno)?
- Sí  1 punto
- No  0 puntos
- 20 ¿Consume snacks (bolsa de patatas fritas, palomitas) **3 o más veces a la semana**?
- Sí  0 punto
- No  1 punto
- 21 ¿Suele picotear o tomar el aperitivo?
- Sí  1 punto
- No  0 puntos
- 22 ¿Limita el consumo de azúcar (incluyendo el azúcar que añade a las bebidas) y las bebidas azucaradas?
- Sí  1 punto
- No  0 puntos
- 23 ¿Hace actividad física? (**30 minutos-día** caminar rápido/ **150 min semana** de actividad moderada: correr despacio, caminar a paso rápido, bailar, aerobio, jardinería)
- Sí  1 punto
- No  0 puntos
- 24 ¿Se echa la siesta durante los **fines de semana**?
- Sí  1 punto
- No  0 puntos
- 25 ¿Cuántas horas duerme al día **durante la semana**?
- Menos de 6 o más de 8 h  0 puntos
- Entre 6 y 8 h  1 punto
- 26 ¿Cuántas horas de televisión ve **al día durante la semana laboral** (sin incluir los fines de semana)?
- 1 hora o menos  1 punto
- Más de 1 hora  0 puntos
- 27 ¿Cuánto tiempo (horas) le dedica al ocio con los amigos o familia **durante los fines de semana**?
- 2 horas o más  1 punto
- Menos de 2 horas  0 puntos
- 28 ¿Cuánto tiempo (horas) hace actividad física en compañía (fútbol, salir a correr en grupo, baloncesto, ...) **a la semana**?
- 2 horas o más  1 punto
- Menos de 2 horas  0 puntos

Anexo 5: Datos de filiación del panel de expertos

Experto	Formación académica	Área experiencia profesional	Años experiencia profesional	Cargo actual	Institución
1	Doctor Enfermería Máster Universitario en Investigación en Cuidados	Técnico de salud y calidad (>20 años). Coordinador de la Comisión de Calidad de los Cuidados (4 años). Profesor Universitario Enfermería Comunitaria y Cuidados Basados en la evidencia (2005).	31	Profesor contratado Doctor Departamento Enfermería (Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología)	Universidad Complutense de Madrid
2	Licenciatura en Psicóloga clínica	Metodología en Promoción de la Salud. Adherencia tratamientos. Trabajo en grupo. Coordinación desarrollo procesos de valoración de proyectos educativos en salud grupales.	28	Técnica superior en el Servicio de Promoción de la Salud	Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad de Madrid
3	Grado Enfermería	-	31	Enfermera	Servicio Madrileño de Salud
4	Licenciatura en Psicología	Salud Pública	4	Técnica en Salud Pública	Consejería de Sanidad de Madrid
5	Grado Enfermería Máster Calidad Asistencial y Atención al Paciente. Máster Universitario en Investigación en Cuidados Diploma Superior Metodología Investigación Clínica. Diploma Enfermería Empresa.	Puesto técnico como referente de la revisión, mejora e implantación de todos los servicios de Cartera de Servicios estandarizados de AP Madrid.	23	Enfermera de Apoyo Técnico.	Gerencia Asistencial de Atención Primaria

6	Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria Máster en Salud Pública y Administración sanitaria.	22 años de práctica clínica en CS. 3 años en el comité impulsor de PAPPS. 4 años responsable investigación de un Área de Madrid. Coordinador grupo de investigación en Servicios y Resultados de Salud en IMAS12.	38	Director de la Fundación Investigación e Innovación Biosanitaria de Atención Primaria	Gerencia Asistencial de Atención Primaria
7	Doctor en Farmacia Grado Nutrición y dietética	Alimentación y nutrición. Estilo de vida Promoción de la Salud.	34	Jefe Área de Nutrición y EV.	Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad de Madrid
8	Doctor Enfermería.	Enfermería Comunitaria en AP. Profesor Universitario de Enfermería Familiar y Comunitaria.	16 años Atención Primaria 16 años universidad	Vicedecanato	Universidad Rey Juan Carlos
9	Diplomatura enfermería	Atención Primaria	32	Enfermería familiar y comunitaria	Centro de salud Abrantes. Dirección Asistencial Centro. Servicio Madrileño de Salud
10	Doctor Medicina	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria Especialista en Endocrinología y Nutrición	50	Jubilado	Servicio Catalán de Salud
11	Grado Enfermería Máster Universitario Ciencias de la Enfermería Doctoranda Universidad Jaume I (Castellón)	Atención Primaria	20	Enfermera. Servicio de Cuidados en AP y Atención Sociosanitaria. Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria	Principado de Asturias.
12	Doctor en Medicina	Estilo de vida, especialmente tabaco y actividad física.	Atención Primaria 40 años Profesor asociado	Investigador Senior	Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol

			Medicina 31 años		
13	Grado Enfermería	AP: función asistencial, coordinación, docencia, elaboración y desarrollo de programas comunitarios, promoción de la salud y educación para la salud.	30	Enfermera Familiar y Comunitaria	Centro de salud Ensanche Vallecas. Dirección asistencial Sureste. Servicio Madrileño de Salud
14	Doctor en Medicina	Miembro del grupo de Educación para la salud PAPPS-Semfyc	25	Medicina Familiar y Comunitaria Profesora Medicina Familiar y Comunitaria	Ibsalut Menorca UIB Palma de Mallorca
15	Diplomatura Enfermería	Enfermera asistencial y desarrollo de educación para la salud. Tutora residentes enfermería familiar y comunitaria. Miembro Escuela Madrileña de Salud.	31	Responsable enfermería	Centro de salud Barrio del Pilar. Servicio Madrileño de Salud
16	Doctor en Medicina y cirugía Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria Experto universitario en inmunonutrición	Miembro grupo de trabajo Nutrición Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria Profesora y coordinadora optativa Grado Medicina "Hábitos saludables y Enfermedades no transmisibles" Investigador Principal proyecto NEDICES 2.	25	Médico familia en Atención Primaria Profesora asociada Facultad Medicina	Servicio Madrileño de Salud Universidad Complutense de Madrid
17	Doctor en Medicina Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria	-	40	Médico de familia Profesor Titular de Medicina	Servicio Extremeño de Salud Facultad Medicina Extremadura
18	Grado Enfermería Especialista en salud mental. Máster Universitario Ciencias de la Enfermería. Doctor en Programa Oficial de Posgrado en	Grupo Investigación en Salud Mental y Atención Primaria en el Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol	14	Investigador y enfermero en Atención Primaria	Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol

	Ciencias de la Salud y Biomedicina.				
19	Doctor en Farmacia	-	30	Catedrático de Nutrición y Bromatología. Director Dpto. CC Farmacéuticas y de la salud USP-CEU. Presidente FEN	CEU San Pablo FEN
20	Diplomatura Enfermería	Calidad y seguridad del paciente	34	Enfermero en Centro de salud	Servicio Madrileño de Salud
21	Doctor en Psicología Clínica y de la Salud	Investigadora Servicio Evaluación Servicio Canario de Salud. Docente Máster Universitario Psicología General Sanitaria, Máster SP y Grado Enfermería. Responsable del grupo de investigación RETICS. Miembro RedETS, EUnetHTA, CIBICAN, ULL y cofundadora REDES.	19	Investigadora de Evaluación de Servicios Sanitarios. Psicóloga Clínica	Servicio Canario de Salud
22	Doctor en Farmacia	Nutrición, componentes bioactivos de la dieta y situación nutricional.	25	Profesor Titular Universidad	Universidad Complutense de Madrid
23	Grado Enfermería Especialista Enfermería Familiar y comunitaria Máster en Salud Pública y Administración Pública. Doctor en Ciencias Políticas y Sociología.	Práctica clínica Enfermería Comunitaria. Docente universitario en salud comunitaria y cuidados paliativos.	36	Servicio de urgencias de Atención Primaria Profesor Asociado	Atención Primaria Granada-Metropolitano Servicio Andaluz de Salud Universidad de Granada
24	Diplomatura Enfermería. Máster Epidemiología y Salud Pública. Especialista Enfermería Familiar y comunitaria	Atención Primaria Unidad docente multiprofesional de Atención Familiar y comunitaria	10	Coordinadora del Programa Formativo de Enfermería Familiar y Comunitaria de la Unidad docente	Dpto. Salud Alicante. Conselleria de Sanidad Universal y SP.

	Doctorando Ciencias de la Salud.			multiprofesional de Alicante	
25	Doctor en Psicología Diplomatura Enfermería	Trabajo en desarrollo, implementación y evaluación de programas de autogestión, empoderamiento y aumento del autocuidado con enfoques en promoción de la salud y trabajo comunitario.	28	Coordinadora Escuela de Salud de Asturias. Programa paciente activo Asturias. IP Proyecto EFFICHRONIC.	Consejería de Salud de Asturias
26	Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina Preventiva y Salud Pública.	Médico Atención Primaria. Técnico de Apoyo en proyectos de investigación de Atención Primaria Técnico Superior de Salud Pública en la Sección de Promoción, Prevención y Educación para la Salud y la Sección de Epidemiología.	16	Técnico Superior de Salud Pública, Sección Epidemiología	Dirección General Salud Pública de la Comunidad de Madrid
27	Diplomatura Enfermería Especialista Enfermería Familiar y comunitaria	Enfermera en Atención Primaria	28	Enfermera Hospital San Agustín de Avilés	Servicio de Salud del Principado de Asturias
28	Doctor en Enfermería	Investigador colaborador estudio EIRA3	29	Enfermero AP Vicenpresidente FAECAP Coordinador atención domiciliaria CAMFIC Coordinador atención personas mayores de la AIFICC.	Institut Català de la Salut
29	Doctor en Medicina	Miembro grupo investigación tabaquismo Miembro GAT de la semFYC	38	Médico de familia	Servicio Aragonés de Salud. Universidad de Zaragoza.

		Coordinador del grupo de Educación para la Salud y Promoción de la Salud de la semFYC Presidente CNPT		Profesor Universidad Zaragoza	
30	Doctor en Enfermería Máster en Educación y Gestión Enfermera. Licenciatura en Estudios Europeos de Enfermería Universidad Brighton	AP Docente de formación especializada en el ámbito de la atención familiar y comunitaria en la Unidad Docente multiprofesional de Atención Familiar y comunitaria de Araba-Osakidetza. Coordinadora líneas formativas investigación en salud y abordaje comunitario y de promoción de la salud. Referente programa educativo paciente activo Biziza en la OSI Araba-Osakidetza.	19	Presidenta de la Subcomisión de Enfermería de la unidad docente multiprofesional de Atención familiar y comunitaria de Araba-Osakidetza.	Osakidetza, Servicio Vasco de Salud
31	Licenciatura en Medicina. Especialista en Medicina interna. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.	Promoción de la salud (Actividad física y sedentarismo) Prevención del consumo de alcohol. Promoción del envejecimiento saludable y prevención de fragilidad.	19	Responsable del Área de Prevención	Ministerio de Sanidad
32	Licenciatura en Medicina. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.	Promoción de la salud (Actividad física y sedentarismo) Prevención del consumo de alcohol. Desnutrición infantil.	15	Técnica del Área de Prevención	Ministerio de Sanidad
33	Doctor en Farmacia	Nutrición	10	Profesor Titular	CEU San Pablo
34	Doctor en Enfermería. Licenciatura en Pedagogía	Enfermera comunitaria. Profesora e investigadora en enfermería comunitaria, promoción y educación para la salud, aprendizaje universitario y aprendizaje-servicio.	10 años asistencial 26 años docencia	Profesora Dpto Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno-infantil. Coordinadora proyectos de aprendizaje-servicio.	Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Barcelona

## Anexo 6: Documento para la validación de contenido de la herramienta PA100: primera ronda de expertos

### DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE ESTILOS DE VIDA EN POBLACION ADULTA: VALIDACIÓN DE CONTENIDO POR PANEL DE EXPERTOS

#### RESUMEN DEL PROYECTO

Un grupo de profesionales de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria (GAAP) de Madrid y de la Facultad de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid (UCM) están llevando a cabo un proceso de investigación con el objetivo de Diseñar y validar un instrumento de valoración que permita conocer los estilos de vida de la población adulta y definir un índice sintético para cuantificar en un valor numérico (escala de 0 a 100) el estilo de vida.

Se pretende diseñar un cuestionario que evalúe específicamente las 5 dimensiones que en la actualidad se consideran relevantes en la relación estilos de vida/salud, recogidas en la Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS en el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y que se ha visto que tienen más influencia en la aparición y control de las principales enfermedades crónicas: alimentación, actividad física y sedentarismo, consumo de alcohol, consumo de tabaco y bienestar emocional.

El cuestionario debe ser un instrumento rápido y de fácil aplicabilidad, tanto para su utilización por parte de los profesionales de Atención Primaria (se va a realizar la validación del cuestionario hetero administrado en este contexto), como para su autoadministración (esta validación se va a realizar con estudiantes y personal de la UCM)

#### Investigadores Principales:

- Gómez Gascón, Tomás. Médico. Director de la Fundación para la Investigación e Innovación Biosanitaria de Atención Primaria.

- Pérez Rivas, Francisco Javier. Enfermero. Profesor Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la UCM.

#### FASE DE DESARROLLO DEL PROYECTO: VALIDACIÓN DE CONTENIDO

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica con el objetivo de identificar y seleccionar ítems recogidos en distintos cuestionarios/instrumentos que miden estilos de vida en población adulta. Se han

agrupado los ítems identificados en las dimensiones correspondientes, planteando un cuestionario con las siguientes características:

19 preguntas agrupadas en cinco apartados: alimentación, actividad física y sedentarismo, consumo de alcohol, tabaco y bienestar emocional.

Cada participante que cumplimente el cuestionario valorará cada una de las preguntas según la opción que más se adapte a la situación de cada persona en los últimos 3 meses.

En cada uno de los 5 apartados (dimensión) se obtiene una puntuación que oscila entre un mínimo de 0 puntos y un máximo de 20.

La puntuación final será la suma de las 5 dimensiones y podrá alcanzar un máximo de 100 puntos.

El diseño de cuestionario propuesto permite que cada individuo se marque, en coordinación con sus profesionales sanitarios de referencia, objetivos de mejora parciales en una o varias de las dimensiones o en el conjunto de la puntuación obtenida.

**OBJETIVO DE ESTA ETAPA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:**

Realizar la validez de contenido, a partir del juicio de expertos, del cuestionario propuesto por los investigadores tras la revisión bibliográfica, para la evaluación de estilos de vida.

# DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE ESTILOS DE VIDA EN POBLACION ADULTA:

## VALIDACIÓN DE CONTENIDO POR PANEL DE EXPERTOS

### 1. EXPERTO: DATOS DE FILIACIÓN

Nombre y Apellidos:

Formación Académica:

Áreas de Experiencia Profesional (más relacionadas con el objeto de investigación):

Años de Experiencia Profesional:

Cargo Actual:

Institución:

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN
<b>COHERENCIA</b> El ítem tiene relación lógica con la dimensión que está midiendo.	1.- No cumple	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión
	2.- Cumplimiento Bajo	El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión
	3.- Cumplimiento Moderado	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.
	4.- Cumplimiento alto	El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.

El criterio de coherencia se evalúa en cada uno de los ítems de cada dimensión

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN
<b>RELEVANCIA</b> El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido	1.- No cumple	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión
	2.- Cumplimiento Bajo	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3.- Cumplimiento Moderado	El ítem es relativamente importante
	4.- Cumplimiento alto	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

El criterio de relevancia se evalúa en cada uno de los ítems de cada dimensión |

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN
<b>COHERENCIA</b> El ítem tiene relación lógica con la dimensión que está midiendo.	1.- No cumple	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión
	2.- Cumplimiento Bajo	El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión
	3.- Cumplimiento Moderado	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.
	4.- Cumplimiento alto	El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.

El criterio de coherencia se evalúa en cada uno de los ítems de cada dimensión

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN
<b>RELEVANCIA</b> El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido	1.- No cumple	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión
	2.- Cumplimiento Bajo	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3.- Cumplimiento Moderado	El ítem es relativamente importante
	4.- Cumplimiento alto	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

El criterio de relevancia se evalúa en cada uno de los ítems de cada dimensión |

## 2. 2.- VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO

### – DIMENSIÓN 1: ALIMENTACIÓN

DIMENSIÓN	ÍTEM	PUNTUACIÓN	SUFICIENCIA	COHERENCIA	RELEVANCIA	CLARIDAD	OBSERVACIONES
ALIMENTACIÓN	1. ¿Cuántas raciones de verduras u hortalizas consume al día? (1 ración: 150-200g)	2 o más = 2 puntos 1 ración = 1 punto < de 1 = 0 puntos					
	2. ¿Cuántas piezas de fruta consume al día?	3 o más = 2 puntos 1-2 piezas = 1 punto < de 1 = 0 puntos					
	3.- Cuántas veces consume a la semana cereales integrales (pan, pasta, arroz...)?	7 o más = 2 puntos De 4 a 6 = 1 puntos 3 o menos = 0 puntos					
	4. ¿Cuántas veces consume a la semana productos altamente procesados o ultraprocesados (*)? (*) Sopas 'instantáneas', patatas fritas de bolsa y otros snacks, galletas y bollería industrial, Nuggets de pollo, palitos de pescado, salsas, cereales de desayuno, pizza, y otros alimentos listos para consumir.	3 o menos = 2 puntos De 4 a 6 = 1 puntos 7 o más = 0 puntos					
	5. ¿Cuántas raciones de carnes rojas (vacuno, cordero, cerdo), hamburguesas, salchichas o embutidos consume a la semana? (ración: 100 - 150 g)	3 o menos = 2 puntos De 4 a 6 = 1 puntos 7 o más = 0 puntos					
	6. ¿Cuántas bebidas azucaradas/carbonatadas (refrescos, colas, zumos envasados) consume a la semana?	3 o menos = 2 puntos De 4 a 6 = 1 puntos 7 o más = 0 puntos					
	7. ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana? (1 plato o ración de 150 g -cocido-)	3 o más = 2 puntos 1 o 2 = 1 punto < de 1 = 0 puntos					
	8. ¿Cuántas raciones de pescado/marisco consume a la semana?	3 o más = 2 puntos 1 o 2 = 2 puntos < de 1 = 0 puntos					

	9. ¿Cuántas raciones de frutos secos (crudos, sin tostar ni freír, sin sal ni otros condimentos) consume a la semana (ración: 20-30 g)?	De 5 a 7= 2 puntos De 2 a 4 = 1 punto < de 2 = 0 puntos					
	10. Habitualmente, ¿consume 4 o más cucharadas (40 ml) de aceite al día?	Si, de Aceite de Oliva Virgen (o virgen extra) = 2 puntos Si, de aceite de Oliva = 1 punto Si, de otros aceites o No consume esa cantidad de aceite = 0 puntos					

Añadiría algún ítem más para valorar la dimensión 'ALIMENTACIÓN':  NO  SI: Especificar: .....

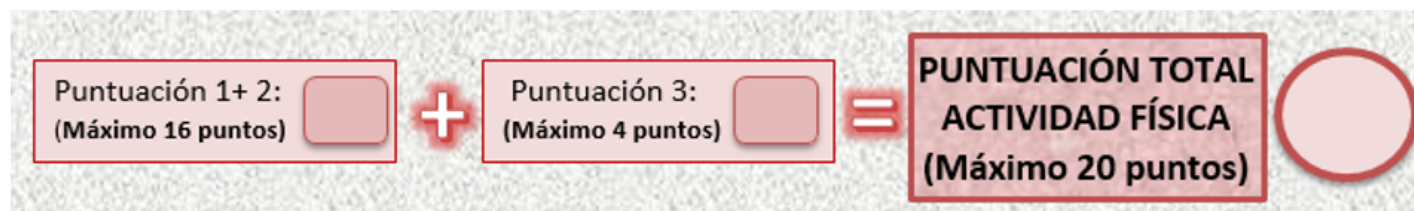
## – DIMENSIÓN 2: ACTIVIDAD FÍSICA Y SEDENTARISMO

DIMENSIÓN	ÍTEM (*)	PUNTUACIÓN	SUFICIENCIA	COHERENCIA	RELEVANCIA	CLARIDAD	OBSERVACIONES
ACTIVIDAD FÍSICA Y SEDENTARISMO	1. ¿Cuántas veces por semana realiza usted 25 minutos de actividad física INTENSA?	3 o más = 16 puntos 1-2 = 8 puntos Nunca = 0 puntos					
	2. ¿Cuántas veces por semana realiza usted 30 minutos de actividad física MODERADA?	5 o más = 16 puntos 3-4 = 8 puntos 1-2 = 4 puntos Nunca = 0 puntos					
	3. Habitualmente, ¿permanece sentado más de 2 horas seguidas al día?	SI = 0 puntos NO = 4 puntos					

Añadiría algún ítem más para valorar la dimensión 'ACTIVIDAD FÍSICA Y SEDENTARISMO':  NO  SI: Especificar:.....

(\*) En el cuestionario se incluirán en este apartado las siguientes aclaraciones:

- LAS PREGUNTAS 1 Y 2 PUEDEN COMPLEMENTARSE PERO EL MÁXIMO SON 16 PUNTOS



### EJEMPLOS DE LA INTENSIDAD (\*) DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

1.- INTENSA o VIGOROSA (Requiere una gran cantidad de esfuerzo y provoca una respiración rápida y un aumento sustancial de la frecuencia cardíaca): footing, ascender a paso rápido o trepar por una ladera, desplazamientos rápidos en bicicleta, aerobic, natación rápida, deportes y juegos competitivos (fútbol, voleibol, hockey, baloncesto, patinaje, squash,...)

2.- MODERADA (Requiere un esfuerzo moderado, que acelera de forma perceptible el ritmo cardíaco): caminar a paso rápido, bailar, participación activa en juegos y deportes con niños y paseos con animales domésticos, pasear en bicicleta, nadar por placer,...

### – DIMENSIÓN 3: CONSUMO DE ALCOHOL

DIMENSIÓN	ÍTEM	PUNTUACIÓN	SUFICIENCIA	COHERENCIA	RELEVANCIA	CLARIDAD	OBSERVACIONES
<b>CONSUMO DE ALCOHOL</b>	1.- Habitualmente, ¿cuántas unidades de bebida alcohólica suele consumir en una semana?	Ver Tabla de valoración					

En el cuestionario figurará la siguiente información:

UNIDADES ALCOHÓLICAS DE CADA BEBIDA	
	1 copa de vino tinto, blanco o cava (100 ml): 1 unidad
	1 caña de cerveza o 1 vaso de sidra (200 ml): 1 unidad
	1 carajillo (25 ml) o 1 vermut (50 ml): 1 unidad
	1 chupito de anís, pacharán, licor (30 ml): 1 unidad
	1 tercio de cerveza (330 ml): 1,5 unidades
	1 combinado de gin tonic, ron cola... (50 ml): 2 unidades
	1 copa de whisky o coñac (50 ml): 2 unidades

VALORACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL:		
Mujeres ♀	Hombres ♂	PUNTOS
NINGÚN CONSUMO DE ALCOHOL (CONSUMO CERO)		20
Consumo mayor a 0 y menor o igual a 7 unidades/semana	Consumo mayor a 0 y menor o igual a 10 unidades/semana	15
Consumo mayor a 7 e inferior a 17 unidades/semana	Consumo mayor a 10 e inferior a 28 unidades/semana	10
Consumo habitual mayor o igual a 17 unidades por semana o 4 en una sesión (4-6 horas)	Consumo habitual mayor o igual a 28 unidades por semana o 6 en una sesión (4-6 horas)	0

Añadiría algún ítem más para valorar la dimensión 'CONSUMO DE ALCOHOL':  NO  SI: Especificar: .....

### – DIMENSIÓN 4: CONSUMO DE TABACO

DIMENSIÓN	ÍTEM	PUNTUACIÓN	SUFICIENCIA	COHERENCIA	RELEVANCIA	CLARIDAD	OBSERVACIONES
<b>CONSUMO DE TABACO</b>	1.- ¿Fuma usted? Responda SI en el caso de que fume en la actualidad, bien de forma habitual (diariamente) o de forma ocasional.	NO: 20 PUNTOS SI: 0 PUNTOS					

Añadiría algún ítem más para valorar la dimensión 'CONSUMO DE TABACO':  NO  SI: Especificar: .....

– DIMENSIÓN 5: BIENESTAR EMOCIONAL

DIMENSIÓN	ÍTEM	PUNTUACIÓN	SUFICIENCIA	COHERENCIA	RELEVANCIA	CLARIDAD	OBSERVACIONES
BIENESTAR EMOCIONAL	1.- Me siento satisfecho de quién soy y la vida que llevo	Siempre o casi siempre: 3 puntos Frecuentemente: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos					
	2.- Estoy alegre y de buen humor	Siempre o casi siempre: 3 puntos Frecuentemente: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos					
	3.- Me siento estresado (nervioso, angustiado, irritable...)	Siempre o casi siempre: 0 puntos Frecuentemente: 1 puntos Algunas veces: 2 puntos Nunca o Casi Nunca: 3 puntos					
	4.- Me siento motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad	Siempre o casi siempre: 3 puntos Frecuentemente: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos					
	5.- Tengo personas en mi entorno con las que me relaciono satisfactoriamente y comparto mis preocupaciones	Siempre o casi siempre: 3 puntos Frecuentemente: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos					
	6.- Tengo problemas de sueño.	Siempre o casi siempre: 0 puntos Frecuentemente: 1 puntos Algunas veces: 2 puntos Nunca o Casi Nunca: 3 puntos					
	7.- Tengo suficiente tiempo de ocio.	Siempre o casi siempre: 2 puntos Frecuentemente: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos					

Añadiría algún ítem más para valorar la dimensión 'BIENESTAR EMOCIONAL':  NO  SI: Especificar: .....

Añadiría alguna dimensión más en el cuestionario:  NO  SI: Especificar: .....

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

## DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE ESTILOS DE VIDA EN POBLACION ADULTA: VALIDACIÓN DE CONTENIDO POR PANEL DE EXPERTOS

### 1. EXPERTO: DATOS DE FILIACIÓN

Nombre y Apellidos:

Formación Académica:

Áreas de Experiencia Profesional (más relacionadas con el objeto de investigación):

Años de Experiencia Profesional:

Cargo Actual:

Institución:

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN
<b>COHERENCIA</b> El ítem tiene relación lógica con la dimensión que está midiendo.	1.- No cumple	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión
	2.- Cumplimiento Bajo	El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión
	3.- Cumplimiento Moderado	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.
	4.- Cumplimiento alto	El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.

El criterio de coherencia se evalúa en cada uno de los ítems de cada dimensión

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN
<b>COHERENCIA</b> El ítem tiene relación lógica con la dimensión que está midiendo.	1.- No cumple	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión
	2.- Cumplimiento Bajo	El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión
	3.- Cumplimiento Moderado	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.
	4.- Cumplimiento alto	El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.

El criterio de coherencia se evalúa en cada uno de los ítems de cada dimensión

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN
<b>RELEVANCIA</b> El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido	1.- No cumple	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión
	2.- Cumplimiento Bajo	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3.- Cumplimiento Moderado	El ítem es relativamente importante
	4.- Cumplimiento alto	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

El criterio de relevancia se evalúa en cada uno de los ítems de cada dimensión |

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN
<b>RELEVANCIA</b> El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido	1.- No cumple	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión
	2.- Cumplimiento Bajo	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3.- Cumplimiento Moderado	El ítem es relativamente importante
	4.- Cumplimiento alto	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

El criterio de relevancia se evalúa en cada uno de los ítems de cada dimensión |

## 2. 2.- VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO

### – DIMENSIÓN 1: ALIMENTACIÓN

DIMENSIÓN	ÍTEM	PUNTUACIÓN	SUFICIENCIA	COHERENCIA	RELEVANCIA	CLARIDAD	OBSERVACIONES
ALIMENTACIÓN	1. ¿Cuántas raciones de verduras u hortalizas consume al día? (1 ración: 150-200g)	2 o más = 2 puntos 1 ración = 1 punto < de 1 = 0 puntos					
	2. ¿Cuántas piezas de fruta consume al día? (1 ración= 150-200 g, 1 pieza mediana, 2 mandarinas pequeñas, 1 taza de cerezas/fresas, 1 rodaja de melón/sandía)	3 o más = 2 puntos 1-2 piezas = 1 punto < de 1 = 0 puntos					
	3.- Cuantas veces consume a la semana cereales integrales (pan, pasta, arroz...)?	7 o más = 2 puntos De 4 a 6 = 1 puntos 3 o menos = 0 puntos					
	4. ¿Cuántas veces consume a la semana productos altamente procesados o ultraprocesados (*): (*): Sopas 'instantáneas', patatas fritas de bolsa y otros snacks, galletas y bollería industrial, Nuggets de pollo, palitos de pescado, salsas, cereales de desayuno, pizza, y otros alimentos listos para consumir.	3 o menos = 2 puntos De 4 a 6 = 1 puntos 7 o más = 0 puntos					
	5. ¿Cuántas raciones de carnes rojas (vacuno, cordero, cerdo), hamburguesas, salchichas o embutidos consume a la semana? (ración: 100 - 150 g)	3 o menos = 2 puntos De 4 a 6 = 1 puntos 7 o más = 0 puntos					
	6. ¿Cuántas bebidas azucaradas/carbonatadas (refrescos, colas, zumos envasados) consume a la semana?	3 o menos = 2 puntos De 4 a 6 = 1 puntos 7 o más = 0 puntos					
	7. ¿Cuántas raciones de legumbres (garbanzos, lentejas, alubias...) consume a la semana? (1 ración: 50 g crudo, 150 g cocido o 1 plato hondo mediano)	3 o más = 2 puntos 1 o 2 = 1 punto < de 1 = 0 puntos					
	8. ¿Cuántas raciones de pescado/marisco consume a la semana? (1 ración=100-150g o un filete/rodaja mediano, 3-4 piezas de marisco)	3 o más = 2 puntos 1 o 2 = 1 punto < de 1 = 0 puntos					

9. ¿Cuántas raciones de frutos secos crudos (nueces, avellanas, almendras) consume a la semana (sin tostar, ni freír, sin sal ni otros condimentos)? (1 ración: 1 puñado de 20-30 g)	De 5 a 7= 2 puntos De 2 a 4 = 1 punto < de 2 = 0 puntos					
10.¿Consume más de 3 cucharadas (30 ml) de aceite al día (crudo, frito...)?	Si, de Aceite de Oliva Virgen (o virgen extra) = 2 puntos Si, de aceite de Oliva = 1 punto Si, de otro tipo de aceite o No consume esa cantidad de aceite = 0 puntos					

Añadiría algún ítem más para valorar la dimensión 'ALIMENTACIÓN':  NO  SI: Especificar: ....

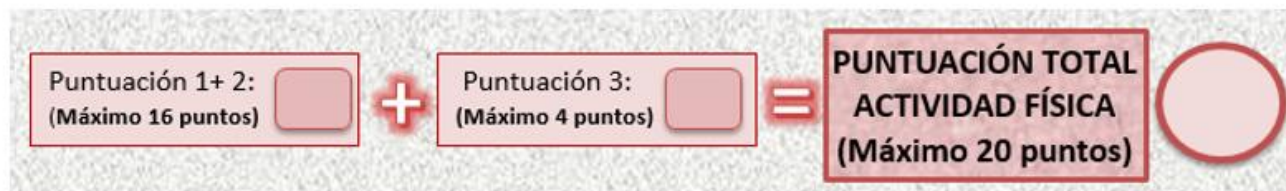
– DIMENSIÓN 2: ACTIVIDAD FÍSICA Y SEDENTARISMO

DIMENSIÓN	ÍTEM (*)	PUNTUACIÓN	SUFICIENCIA	COHERENCIA	RELEVANCIA	CLARIDAD	OBSERVACIONES
ACTIVIDAD FÍSICA Y SEDENTARISMO	1. ¿Cuántas veces por semana realiza usted al menos 25 minutos de actividad física INTENSA?	3 o más = 16 puntos 1-2 = 8 puntos Nunca = 0 puntos					
	2. ¿Cuántas veces por semana realiza usted al menos 30 minutos de actividad física MODERADA?	5 o más = 16 puntos 3-4 = 8 puntos 1-2 = 4 puntos Nunca = 0 puntos					
	3. Permanece sentado, reclinado o tumbado más de 2 horas seguidas al día (sin incluir el descanso nocturno)?	SI = 0 puntos NO = 4 puntos					

Añadiría algún ítem más para valorar la dimensión 'ACTIVIDAD FÍSICA Y SEDENTARISMO':  NO  SI: Especificar: ....

(\*) En el cuestionario se incluirán en este apartado las siguientes aclaraciones:

- LAS PREGUNTAS 1 Y 2 PUEDEN COMPLEMENTARSE PERO EL MÁXIMO SON 16 PUNTOS



**EJEMPLOS DE LA INTENSIDAD (\*) DE LA ACTIVIDAD FÍSICA**

1.- **INTENSA o VIGOROSA** (Requiere una gran cantidad de esfuerzo y provoca una respiración rápida y un aumento sustancial de la frecuencia cardíaca): footing, ascender a paso rápido o trepar por una ladera, desplazamientos rápidos en bicicleta, aeróbic, natación rápida, deportes y juegos competitivos (fútbol, voleibol, hockey, baloncesto, patinaje, squash,...)

2.- **MODERADA** (Requiere un esfuerzo moderado, que acelera de forma perceptible el ritmo cardíaco): caminar a paso rápido, bailar, participación activa en juegos y deportes con niños y paseos con animales domésticos, pasear en bicicleta, nadar por placer,...

– DIMENSIÓN 3: CONSUMO DE ALCOHOL

DIMENSIÓN	ÍTEM	PUNTUACIÓN	SUFICIENCIA	COHERENCIA	RELEVANCIA	CLARIDAD	OBSERVACIONES
<b>CONSUMO DE ALCOHOL</b>	1.- Habitualmente, ¿cuántas unidades de bebida alcohólica suele consumir en una semana?	Ver Tabla de valoración					

En el cuestionario figurará la siguiente información:

**UNIDADES ALCOHÓLICAS DE CADA BEBIDA**

- 1 copa de vino tinto, blanco o cava (100 ml): 1 unidad
- 1 caña de cerveza o 1 vaso de sidra (200 ml): 1 unidad
- 1 carajillo (25 ml) o 1 vermut (50 ml): 1 unidad
- 1 chupito de anís, pacharán, licor (30 ml): 1 unidad
- 1 tercio de cerveza (330 ml): 1,5 unidades
- 1 combinado de gin tonic, ron cola... (50 ml): 2 unidades
- 1 copa de whisky o coñac (50 ml): 2 unidades

**VALORACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL:**

Mujeres ♀	Hombres ♂	PUNTOS
NINGÚN CONSUMO DE ALCOHOL (CONSUMO CERO)		20
Consumo de hasta 7 unidades/semana	Consumo de hasta 14 unidades/semana	10
Consumo superior a 7 unidades/semana o 4 unidades en una sesión (3-4 horas)	Consumo superior a 14 unidades/semana o 6 unidades en una sesión (3-4 horas)	0

Añadiría algún ítem más para valorar la dimensión 'CONSUMO DE ALCOHOL':  NO  SI: Especificar: ....

– DIMENSIÓN 4: CONSUMO DE TABACO

DIMENSIÓN	ÍTEM	PUNTUACIÓN	SUFICIENCIA	COHERENCIA	RELEVANCIA	CLARIDAD	OBSERVACIONES
<b>CONSUMO DE TABACO</b>	1.- ¿Fuma usted? Responda <b>SI</b> en el caso de que fume en la actualidad, bien de forma habitual (diariamente) o de forma ocasional.	NO: 20 PUNTOS SI: 0 PUNTOS					

Añadiría algún ítem más para valorar la dimensión 'CONSUMO DE TABACO':  NO  SI: Especificar: ....

– DIMENSIÓN 5: BIENESTAR EMOCIONAL

DIMENSIÓN	ÍTEM	PUNTUACIÓN	SUFICIENCIA	COHERENCIA	RELEVANCIA	CLARIDAD	OBSERVACIONES
<b>BIENESTAR EMOCIONAL</b>	1.- Me siento satisfecho de quién soy (estoy a gusto conmigo mismo)	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos					
	2.- Estoy contento con la vida que llevo	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos					
	3.- Estoy alegre y de buen humor	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos					
	4.- Me siento estresado (nervioso, angustiado, irritable...)	Siempre o casi siempre: 0 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 2 puntos					
	5.- Me siento motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos					
	6.- Me siento capaz de superar las dificultades que se me presentan	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos					
	7.- Tengo personas en mi entorno con las que me relaciono satisfactoriamente y comparto mis preocupaciones	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos					
	8.- Me siento querido por las personas importantes para mí	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos					
	9.- Tengo problemas de sueño.	Siempre o casi siempre: 0 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 2 puntos					
	10.- Tengo suficiente tiempo de ocio.	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos					

Añadiría algún ítem más para valorar la dimensión 'BIENESTAR EMOCIONAL':  NO  SI: Especificar:...

Añadiría alguna dimensión más en el cuestionario:  NO  SI: Especificar: ....|

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

**DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN  
DE ESTILOS DE VIDA EN POBLACION ADULTA:  
VALIDACIÓN DE CONTENIDO POR PANEL DE EXPERTOS  
- 2ª RONDA - (Abril/2021)**

### 1. EXPERTO: DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y Apellidos:

#### 1.- MODIFICACIONES GENERALES DEL CUESTIONARIO:

- Se agrupan las dimensiones de tabaco y alcohol en una nueva dimensión ('Consumo de Tabaco, Alcohol y Otras Drogas') en el que se añade un nuevo ítem para la valoración del consumo de 'Otras drogas'. En esta dimensión se modifica la escala de valoración, incorporando la posibilidad de obtener puntuación negativa en función del consumo.
- Se añade una dimensión más ('Seguridad y Lesiones no intencionales').
- Se realiza una nueva asignación de puntos a cada dimensión, teniendo en cuenta la propuesta de algunos expertos y los datos de España del '*Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study/2019*' (Se adjunta archivo Excel con esta información).

DIMENSIONES	Versión Octubre/2020	Versión Abril/2021
ALIMENTACIÓN	20	25
EJERCICIO	20	20
CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y OTRAS DROGAS	Tabaco: 20	Tabaco: -15 a 15
	Alcohol: 20	Alcohol: -10 a 10
	Otras Drogas: No figuraba	Otras Drogas: Hasta - 10
BIENESTAR EMOCIONAL	20	20
SEGURIDAD Y LESIONES NO INTENCIONALES	NO FIGURABA	10
TOTAL	0-100 PUNTOS	Máximo 100 PUNTOS

## 2.-MODIFICACIONES ESPECÍFICAS DE CADA DIMENSIÓN

### 2.1.- ALIMENTACIÓN:

- Se ordenan los ítems de valoración según frecuencia de consumo recomendada (a diario/varias veces a la semana/ocasionalmente)
- Se asignan 3 puntos a los ítems que tiene más peso en el estudio del Global Burden Disease: cereales integrales, carnes rojas y procesadas y alimentos procesados/ultraprocesados.
- Se añaden medidas caseras de preparación de los alimentos para complementar la información de gramos por ración.
- Se añaden más ejemplos en varias categorías y se aclaran otros que pudieran resultar confusos o excluidos/incluidos dentro de algunos ítems.
- Se especifica el consumo de cereales integrales en raciones/día, en lugar de veces/semana.
- Se incluye el consumo de frutos secos tostados (3 veces/semana) con una puntuación inferior al consumo de frutos secos crudos.
- Se agrupan las carnes rojas y carnes procesadas en un único ítem.  
En este mismo ítem se aclara que se consideran alimentos procesados los cereales de desayuno 'refinados/azucarados'.
- También se añade una aclaración final, señalando que en este grupo de procesados se incluyen los alimentos precocinados/listos para consumir con exceso de sal, azúcar, aceites refinados o conservantes/ aditivos y que se excluyen los alimentos poco procesados como las frutas y verduras envasadas, los encurtidos o las legumbres cocidas en bote.
- Se sustituye 'bebida azucarada/carbonatada' por 'azucarada/edulcorada', asignando una puntuación diferente en función del consumo de una u otra (o ninguna)
- Se añade un nuevo ítem sobre el consumo de agua.

Se muestra **EN AZUL** los ítems previos y **EN ROJO/GRANATE**, las nuevas propuestas:

ÍTEM	PUNTUACIÓN	¿Le parece adecuada la modificación realizada en el ítem?
1. ¿Cuántas raciones de verduras u hortalizas consume al día? (1 ración: 150-200g)	2 o más = 2 puntos 1 ración = 1 punto < de 1 = 0 puntos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Observaciones:
<b>1.</b> ¿Cuántas raciones de verduras u hortalizas (no se incluyen patatas) consume al día? (1 ración*: 150-200g) * Plato hondo de ensalada variada, de verdura cocida, de puré de verduras o de gazpacho/salmorejo; 1 tomate grande; 2 zanahorias. Guarnición=1/2 ración.	2 o más = 2 puntos 1 ración = 1 punto < de 1 = 0 puntos	
2. ¿Cuántas piezas de fruta consume al día? (1 ración: 150-200 g, 1 pieza mediana, 2 mandarinas pequeñas, 1 taza de cerezas/fresas, 1 rodaja de melón/sandía)	3 o más = 2 puntos 1-2 piezas = 1 punto < de 1 = 0 puntos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Observaciones:
<b>2.</b> ¿Cuántas piezas de fruta consume al día? (1 ración*: 150-200 g) * 1 pieza mediana, 2 piezas pequeñas, 1 taza de cerezas/fresas, 1 raja/rodaja de sandía/melón, 1 plátano	3 o más = 2 puntos 1-2 piezas = 1 punto < de 1 = 0 puntos	

3.- Cuántas veces consume a la semana cereales integrales (pan, pasta, arroz...)?	7 o más = 2 puntos De 4 a 6 = 1 puntos 3 o menos = 0 puntos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Observaciones:
<b>3.</b> Cuántas raciones* de cereales integrales (pan, pasta, arroz...) consume al día? *1 ración de pan integral:40-60 g (2-3 rebanadas); 1 ración de arroz/ pasta integral:60-80 g (3 cucharadas en crudo o 1 plato mediano cocinado)	3 o más = 3 puntos 2 = 2 puntos 1 = 1 punto < de 1 = 0 puntos	
9. ¿Cuántas raciones de frutos secos crudos (nueces, avellanas, almendras) consume a la semana (sin tostar, ni freír, sin sal ni otros condimentos)? (1 ración: 1 puñado de 20-30 g)	De 5 a 7 = 2 puntos De 2 a 4 = 1 punto < de 2 = 0 puntos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Observaciones:
<b>4.</b> ¿Cuántas raciones* de frutos secos (nueces, avellanas, almendras, anacardos, pistachos) consume a la semana? *1 ración: 1 puñado de 20-30 g	Crudos (al natural): De 3 a 7 raciones/semana = 2 puntos Crudos (1-3 raciones) o Tostados: 3 raciones = 1 punto Ni crudos ni tostados (*) = 0 puntos. (* No puntúa el consumo de frutos secos fritos, salados o dulces.	
10. ¿Consume más de 3 cucharadas (30 ml) de aceite al día (crudo, frito...)?	Si, de Aceite de Oliva Virgen (o virgen extra) = 2 puntos Si, de aceite de Oliva = 1 punto Si, de otro tipo de aceite o No consume esa cantidad de aceite = 0 puntos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Observaciones:
<b>5.</b> ¿Consume más de 3 cucharadas soperas (30 ml) de aceite al día (crudo, frito...)?	- Si, de Aceite de Oliva Virgen (o virgen extra) = 2 puntos - Si, de aceite de Oliva = 1 punto - No consume esa cantidad de aceite o consume otro tipo de aceite/margarina/mantequilla = 0 puntos	
7. ¿Cuántas raciones de legumbres (garbanzos, lentejas, alubias...) consume a la semana? (1 ración: 50 g crudo, 150 g cocido ó 1 plato hondo mediano)	3 o más = 2 puntos 1 o 2 = 1 punto < de 1 = 0 puntos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Observaciones:
<b>6.</b> ¿Cuántas raciones* de legumbres (garbanzos, lentejas, alubias...) consume a la semana? *1 ración: 60-80 g crudo (1 puñado/taza), 150-200 g cocido (1 plato hondo mediano o 2-3 cazos con caldo)	3 o más = 2 puntos 1 o 2 = 1 punto Ninguna = 0 puntos	
8. ¿Cuántas raciones de pescado/marisco consume a la semana? (1 ración=100-150g o un filete/rodaja mediano, 3-4 piezas de marisco)	3 o más = 2 puntos 1 o 2 = 1 punto < de 1 = 0 puntos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Observaciones:
<b>7.</b> ¿Cuántas raciones* de pescado/marisco consume a la semana? *1 ración=100-150g (1 filete/rodaja mediana, 1 lata pequeña o 1/2 lata normal, 3-4 piezas de marisco)	3 o más = 2 puntos 1 o 2 = 1 punto Ninguna = 0 puntos	

## 2.2.- ACTIVIDAD FÍSICA/SEDENTARISMO:

- Se elimina el término 'usted' del enunciado de las preguntas.
- Se incorpora lenguaje inclusivo.
- Se incorpora un nuevo ítem de ejercicios de fortalecimiento muscular, con las aclaraciones correspondientes y una puntuación máxima de 4 puntos.
- Se ajusta la puntuación de la actividad física aeróbica (máximo 12 puntos) para asignárselos al nuevo ítem de fortalecimiento muscular.
- Se incorpora como ejemplo de actividad moderada: caminar 7.000/8.000 pasos/día.
- Se modifica el enunciado de la pregunta del sedentarismo (en la línea de la propuesta del Ministerio de Sanidad).
- Se incorpora una aclaración sobre la posibilidad de alcanzar las recomendaciones de AF sumando periodos más cortos, siempre que sean al menos de 10 minutos.

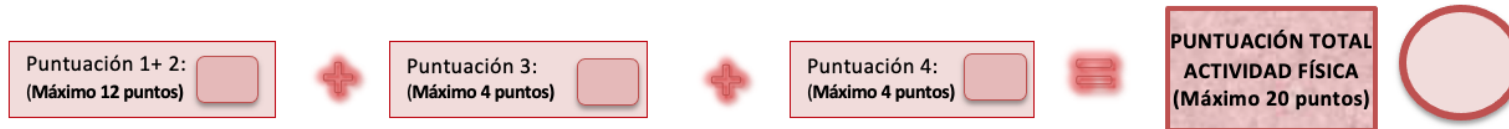
Se muestra **EN AZUL** los ítems previos y **EN ROJO/GRANATE**, las nuevas propuestas:

ÍTEM	PUNTUACIÓN	¿Le parece adecuada la modificación realizada en el ítem?
1. ¿Cuántas veces por semana realiza usted, al menos, 25 minutos de actividad física INTENSA?	3 o más = 16 puntos 1-2 = 8 puntos Nunca = 0 puntos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Observaciones:
<b>1. ¿Cuántas veces por semana realiza al menos 25 minutos de actividad física INTENSA?</b>	<b>3 o más = 12 puntos</b> <b>1-2 = 6 puntos</b> <b>Nunca = 0 puntos</b>	
2. ¿Cuántas veces por semana realiza usted, al menos, 30 minutos de actividad física MODERADA?	5 o más = 16 puntos 3-4 = 8 puntos 1-2 = 4 puntos Nunca = 0 puntos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Observaciones:
<b>2. ¿Cuántas veces por semana realiza, al menos, 30 minutos de actividad física MODERADA?</b>	<b>5 o más = 12 puntos</b> <b>3-4 = 6 puntos</b> <b>1-2 = 3 puntos</b> <b>Nunca = 0 puntos</b>	
<b>3. ¿Cuántas veces por semana realiza ejercicios de fortalecimiento muscular*?</b> * Pesas/Mancuernas, máquinas de pesas, bandas de resistencia o actividades con el propio peso corporal, (flexiones en el suelo o contra la pared, sentadillas, abdominales, ...)	<b>2 o más = 4 puntos</b> <b>1 = 2 puntos</b> <b>Nunca = 0 puntos</b>	¿Le parece relevante la inclusión de este nuevo ítem? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Observaciones:
3. ¿Permanece sentado, reclinado o tumbado más de 2 horas seguidas al día (sin incluir el descanso nocturno)?	SI = 0 puntos NO = 4 puntos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Observaciones:
<b>4. A lo largo del día, durante el tiempo que se encuentra sentado/a, reclinado/a o tumbado/a, ¿realiza descansos activos cada 60-90 minutos dando un breve paseo o con sesiones cortas de estiramientos?</b>	<b>Siempre o casi siempre: 4 puntos</b> <b>Algunas veces: 2 puntos</b> <b>Nunca o Casi Nunca: 0 puntos</b>	

Las recomendaciones de actividad física también se pueden alcanzar sumando periodos más cortos, a partir de 10 minutos.

En el cuestionario figurará esta información:

**LAS PREGUNTAS 1 Y 2 PUEDEN COMPLEMENTARSE, PERO EL MÁXIMO SON 12 PUNTOS**



(\*) La **intensidad** refleja la velocidad a la que se realiza la actividad, o la magnitud del esfuerzo requerido para realizarla. Se puede estimar preguntándose cuánto tiene que esforzarse una persona para realizar esa actividad. La intensidad de diferentes formas de actividad física varía de una persona a otra y depende de lo ejercitado que esté cada uno y de su forma física. Por ello, los ejemplos expuestos son orientativos y pueden variar de una persona a otra.

### **EJEMPLOS DE LA INTENSIDAD (\*) DE LA ACTIVIDAD FÍSICA**

**1.- INTENSA o VIGOROSA (Requiere una gran cantidad de esfuerzo y provoca una respiración rápida y un aumento sustancial de la frecuencia cardíaca):** footing, ascender a paso rápido o trepar por una ladera, desplazamientos rápidos en bicicleta, aerobio, natación rápida, deportes y juegos competitivos (fútbol, voleibol, hockey, baloncesto, patinaje, squash...)

**2.- MODERADA (Requiere un esfuerzo moderado, que acelera de forma perceptible el ritmo cardíaco):** caminar a paso rápido (7.000-8.000 pasos/día), bailar, participación activa en juegos y deportes con niños y paseos con animales domésticos, pasear en bicicleta, nadar por placer...

## 2.3.- CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS:

- TABACO:
  - o Se añade una aclaración de las sustancias/modalidades de consumo que se incluyen en el concepto de fumar (Cigarros, puros, pipas, sistemas electrónicos de administración de nicotina/cigarrillos electrónicos/vapeadores, pipas de agua/cachimba/narguiles...).
  - o En el caso de personas fumadoras, se les interroga sobre el consumo de cigarrillos/ cigarrillos electrónicos/puros/cachimbas al día.
  - o Se establece una nueva puntuación en función del gradiente de consumo: desde -15 a 15.
- ALCOHOL:
  - o Se establece una nueva puntuación en función del gradiente de consumo: desde -10 a 10.
- OTRAS DROGAS:
  - o Se añade un nuevo ítem para valorar el consumo de 'Otras drogas', que en caso de consumirse restan puntos en esta dimensión (hasta -10)

### 2.3.1.- CONSUMO DE TABACO:

Se muestra **EN AZUL** la redacción previa y **EN ROJO/GRANATE**, las nuevas propuestas:

ÍTEM (*)	PUNTUACIÓN	¿Le parece adecuada la modificación realizada en el ítem?
1.- ¿Fuma usted? Responda SI en el caso de que fume en la actualidad, bien de forma habitual (diariamente) o de forma ocasional.	NO: 20 PUNTOS SI: 0 PUNTOS (Máximo 20 puntos)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Observaciones:
<b>1.- ¿Fuma en la actualidad?</b> Responda <b>SI</b> en el caso de que fume (*) en la actualidad, bien de forma habitual (diariamente) o de forma ocasional. * Cigarros, puros, pipas, sistemas electrónicos de administración de nicotina/cigarrillos electrónicos/vapeadores, pipas de agua/cachimba/shisha/narguiles, ...	NO: 15 PUNTOS SI, ocasionalmente = 0 puntos SI, 1-10 cig/día (1 cachimba/día) = -5 SI, 11-20 cig/día (2 cachimbas/día) = - 10 SI, > de 20 cig/día (> 3 cachimbas/día) = - 15 puntos	
<b>2.- En caso de personas fumadoras, señalar:</b> - N.º de cigarrillos/cigarrillos electrónicos o puros/día: - N.º de cachimbas/día:		

### 2.3.1.- CONSUMO DE ALCOHOL:

ÍTEM	PUNTUACIÓN
1.- Habitualmente, ¿cuántas unidades de bebida alcohólica suele consumir en una semana?	Ver Tabla de valoración

UNIDADES ALCOHÓLICAS DE CADA BEBIDA	
	1 copa de vino tinto, blanco o cava (100 ml): 1 unidad
	1 caña de cerveza o 1 vaso de sidra (200 ml): 1 unidad
	1 carajillo (25 ml) o 1 vermut (50 ml): 1 unidad
	1 chupito de anís, pacharán, licor (30 ml): 1 unidad
	1 tercio de cerveza (330 ml): 1,5 unidades
	1 combinado de gin tonic, ron cola... (50 ml): 2 unidades
	1 copa de whisky o coñac (50 ml): 2 unidades

### Se propone la modificación de la tabla de valoración del consumo de alcohol

PROPUESTA ANTERIOR:

VALORACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL:		
Mujeres ♀	Hombres ♂	PUNTOS
NINGÚN CONSUMO DE ALCOHOL (CONSUMO CERO)		20
Consumo de hasta 7 unidades/semana	Consumo de hasta 14 unidades/semana	10
Consumo superior a 7 unidades/semana o 4 unidades en una sesión (3-4 horas)	Consumo superior a 14 unidades/semana o 6 unidades en una sesión (3-4 horas)	0

NUEVA PROPUESTA:

Mujeres ♀	Hombres ♂	PUNTOS
NINGÚN CONSUMO DE ALCOHOL (CONSUMO CERO)		10
Consumo de hasta 7 unidades/semana	Consumo de hasta 14 unidades/semana	5
Consumo entre 8 y 14 unidades/semana	Consumo entre 15 y 21 unidades/semana	0
Consumo intensivo o 'binge drinking': 4 unidades en una sesión de 3-4 h	Consumo intensivo o 'binge drinking': 6 unidades en una sesión de 3-4 h	
Consumo entre 15 y 21 unidades/semana	Consumo entre 22 y 28 unidades/semana	- 5
Consumo superior a 21 unidades/semana	Consumo superior a 28 unidades/semana	- 10

¿Le parece adecuada la modificación realizada?

SÍ  NO

Observaciones:

### 2.3.1.- CONSUMO DE OTRAS DROGAS:

ÍTEM	PUNTUACIÓN	¿Le parece relevante la inclusión de este nuevo ítem?
1.-¿Consume algún otro tipo de droga*?. * Cannabis/marihuana/hachís, cocaína, heroína, éxtasis, drogas de síntesis, otro tipo de drogas...	- No: 0 puntos - Sí, ocasionalmente: - 5 puntos - Sí, a diario: - 10	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Observaciones:

## 2.4.- BIENESTAR EMOCIONAL:

- Se incorpora lenguaje inclusivo
- Se añade una aclaración en el ítem de la motivación hacia la realización de actividades
- Se modifica el ítem relacionado con sueño/descanso, redactándolo en positivo.

Se muestra EN AZUL la redacción previa y EN GRANATE, las nuevas propuestas:

ÍTEM	PUNTUACIÓN	¿Le parece adecuada la modificación realizada en el ítem?
1.- Me siento satisfecho/a de quién/como soy (estoy a gusto conmigo mismo)	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Observaciones:
2.- Estoy contento/a con la vida que llevo	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos	Sin cambios (salvo lenguaje inclusivo)
3.- Estoy alegre y de buen humor	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos	Sin cambios
4.- Me siento estresado/a, nervioso/a, angustiado/a, irritable...	Siempre o casi siempre: 0 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 2 puntos	Sin cambios (salvo lenguaje inclusivo)
5.- Me siento motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Observaciones:
5.- Me siento motivado/a a la hora de realizar nuevas actividades (ocio/laborales/deportivas)		
6.-Me siento capaz de superar las dificultades que se me presentan	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos	Sin cambios
7.- Tengo personas en mi entorno con las que me relaciono satisfactoriamente y comparto mis preocupaciones cuando lo necesito	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Observaciones:
8.- Me siento querido/a por las personas importantes para mi	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos	Sin cambios (salvo lenguaje inclusivo)
9.- Tengo problemas de sueño.	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Observaciones:
9.- Duermo bien, me levanto descansado/a.		
10.- Tengo suficiente tiempo de ocio.	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos	Sin cambios

## NUEVA DIMENSIÓN: 5.- SEGURIDAD Y LESIONES NO INTENCIONALES

- Se incorpora esta nueva dimensión con 5 ítems (3 relacionados con seguridad vial/accidentes de tráfico, 1 con ahogamientos y otros accidentes en el agua y el último relacionado con accidentes en el hogar)

Al haber incorporado esta nueva dimensión (no incluida en el anterior cuestionario) necesitamos que evalúe los siguientes criterios en cada uno de los ítems de esta dimensión (son los mismos criterios utilizados en la valoración del cuestionario en la primera ronda):

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN
<b>COHERENCIA</b> El ítem tiene relación lógica con la dimensión que está midiendo.	1.- No cumple	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión
	2.- Cumplimiento Bajo	El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión
	3.- Cumplimiento Moderado	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.
	4.- Cumplimiento alto	El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN
<b>CLARIDAD</b> El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1.- No cumple	El ítem no es claro
	2.- Cumplimiento Bajo	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	3.- Cumplimiento Moderado	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4.- Cumplimiento Alto	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN
<b>SUFICIENCIA</b> Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta.	1.- No cumple	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión
	2.- Cumplimiento Bajo	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión pero no corresponden con la dimensión total
	3.- Cumplimiento Moderado	Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente.
	4.- Cumplimiento Alto	Los ítems son suficientes

El criterio de suficiencia solo se evalúa una vez en cada dimensión

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN
<b>RELEVANCIA</b> El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido	1.- No cumple	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión
	2.- Cumplimiento Bajo	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3.- Cumplimiento Moderado	El ítem es relativamente importante
	4.- Cumplimiento alto	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Cada criterio se tiene que puntuar en base a la siguiente escala Likert de 1 a 4:

- 1.- No cumple
- 2.- Cumplimiento Bajo
- 3.- Cumplimiento Moderado
- 4.- cumplimiento Alto

DIMENSIÓN	ÍTEM	PUNTUACIÓN	SUFICIENCIA	COHERENCIA	RELEVANCIA	CLARIDAD	OBSERVACIONES
<b>SEGURIDAD Y LESIONES NO INTENCIONALES</b>	1.- Llevo el cinturón de seguridad cuando viajo en coche (como conductor o acompañante) y/o el casco si voy en moto	SI: 2 puntos NO: 0 puntos					
	2.- No conduzco bajo la influencia del alcohol u otras drogas, ni viajo con alguien que conduzca bajo su influencia.	SI: 2 puntos NO: 0 puntos					
	3.- Respeto las normas de tráfico (como peatón/conductor) y evito distracciones con el teléfono (enviar WhatsApp@/redes sociales/llamadas...).	SI: 2 puntos NO: 0 puntos					
	4. Respeto las normas (*) relacionadas con el baño en playas, ríos y piscinas (*) Bañarse en playas con vigilancia; no bañarse si esta la bandera roja, si es de noche o se ha consumido alcohol; no tirarse de cabeza en zonas desconocidas...	SI: 2 puntos NO: 0 puntos					
	5.- Sigo las recomendaciones básicas (*) para evitar los accidentes en el hogar (*) Revisión periódica de instalaciones de gas, ventilar a diario salas con estufas o braseros, manejo con prudencia de sustancias peligrosas como los productos de limpieza, instalación de tiras antideslizantes en duchas y bañeras...	SI: 2 puntos NO: 0 puntos					

Añadiría algún ítem más para valorar la dimensión 'SEGURIDAD Y LESIONES NO INTENCIONALES':  SI  NO

Observaciones:

### 3.- VALORACIÓN GENERAL DE LA NUEVA PROPUESTA DE CUESTIONARIO

---

Para finalizar, indique si le parecen adecuadas las modificaciones generales realizadas en el cuestionario:

1. Inclusión de la nueva dimensión sobre Seguridad y Lesiones No intencionales:

SI  NO

Observaciones:

2. Gradación de las puntuaciones (con posibilidad de obtener puntuaciones negativas) en la dimensión del ‘Consumo de Tabaco, Alcohol y otras Drogas’ en función del consumo:

SI  NO

Observaciones:

3. Nueva ponderación de los puntos asignados a cada dimensión en función del estudio ‘Global Burden of Disease Study\_2019’

DIMENSIONES	Versión Octubre/2020	Versión Abril/2021
ALIMENTACIÓN	20	25
EJERCICIO	20	20
CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y OTRAS DROGAS	Tabaco: 20	Tabaco: -15 a 15
	Alcohol: 20	Alcohol: -10 a 10
	Otras Drogas: No figuraba	Otras Drogas: Hasta - 10
BIENESTAR EMOCIONAL	20	20
SEGURIDAD Y LESIONES NO INTENCIONALES	NO FIGURABA	10
TOTAL	0-100 PUNTOS	Máximo 100 PUNTOS

SI  NO

Observaciones:

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

## Anexo 9: Carpeta del investigador: versiones autoadministrada y hetero administrada

Se incluye:

- Índice de la “carpeta del investigador clínico”.
- Compromiso del investigador: versión auto/hetero administrada.
- Compromiso del investigador: versión hetero administrada.
- Criterios elegibilidad de los pacientes.
- Listado inclusión de pacientes: versión auto/hetero administrada.
- Listados inclusión de pacientes: versión hetero administrada (fiabilidad intra observador).
- Listado inclusión de pacientes: versión hetero administrada (fiabilidad inter observador).
- Listado de personas que rechazan participar.
- Hoja de información al paciente y CI

También formaban parte de esta carpeta, pero no se incluyen directamente en este anexo:

- Información de contacto, por la ley de protección de datos.
- Protocolo del estudio: por ser un resumen de la metodología ya descrita.
- Hoja aleatorización de la muestra: versión hetero administrada. Ya mostrada en metodología (reclutamiento).
- Cuestionario PA100, ya que se muestra en otros apartados pertenecientes a estos anexos.
- Cuestionario *Medlife*, ya que se muestra en otros apartados pertenecientes a estos anexos.
- Guía usuario Castor,
- Informes favorables de los Comités de ética ya que se muestran en otros apartados pertenecientes a estos anexos.



 **Gerencia Asistencial  
de Atención Primaria**

 **F I I B A P - FUNDACIÓN  
PARA LA INVESTIGACIÓN  
E INNOVACIÓN BIOMÉDICA  
DE ATENCIÓN PRIMARIA  
Servicio Madrileño de Salud**

## ARCHIVO DEL INVESTIGADOR DEL GRUPO CLÍNICO

### Índice

1. Información de contacto
2. Compromiso del Investigador (adjunto)
3. Registro de selección / inclusión de sujetos:
  - Criterios de elegibilidad de los sujetos (inclusión y exclusión) (adjunto)
  - Hoja de aleatorización de la selección de la muestra
  - Listado de personas incluidas en el estudio
  - Listado de personas que rechazan participar
4. Hoja de información al Paciente y Consentimiento Informado (adjunto)
5. Protocolo de estudio
6. Cuestionario Ponte a 100 (adjunto)
7. Cuestionario MEDLIFE (adjunto)
8. Guía usuario CASTOR

Compromiso del investigador: versión auto/hetero administrada



### COMPROMISO DEL INVESTIGADOR

*Proyecto: Diseño y validación de un cuestionario para la evaluación de estilos de vida en población adulta.*

El objetivo de este estudio es estudiar la validez y fiabilidad del cuestionario Ponte a 100 diseñado para evaluar el estilo de vida de la población adulta.

Si aceptas colaborar en el estudio como investigador del grupo clínico, te comprometes a participar en una sesión de entrenamiento de 1-1,5 horas. En esta sesión recibirás formación básica en materia de normativa y legislación en investigación, normas de buena práctica clínica y aspectos clave del trabajo de campo para este proyecto.

Durante el periodo de reclutamiento, te comprometes a captar 10 pacientes de entre 18 y 75 años, adscritas a tu cupo. Para participar en el estudio, estos pacientes deberán cumplir todos los criterios de elegibilidad y dar su consentimiento escrito para participar.

Para realizar la captación, deberás informar al paciente sobre el estudio, explicarle detenidamente la hoja de información y el consentimiento informado, guardar un original firmado del mismo en el archivo del investigador y entregar un segundo original al participante.

También te comprometes a registrar toda la información de cada paciente en el Cuaderno de Recogida de Datos (CRD) electrónico.

En este proyecto se realizará un re-test a un número determinado de pacientes, pero no requerirá ningún seguimiento.

Te comprometes a realizar las actividades propias del estudio según el código de Normas de Buena Práctica Clínica en Investigación; a respetar la protección de datos de carácter personal y garantías de confidencialidad.



La firma de este compromiso y la realización de todas las actividades delegadas te dará derecho a la autoría de las publicaciones/comunicaciones que se deriven del estudio. Dicha autoría será como Grupo Clínico de Investigación. Por último, como consecuencia de la colaboración prestada se certificará tu participación como integrante del Grupo de Investigación "ESTVID\_A-100".

### **COMPROMISO DE COLABORACIÓN**

SÍ ACEPTO colaborar en el proyecto titulado: "Diseño y validación de un cuestionario para la evaluación de estilos de vida en población adulta", reclutando un mínimo de 20 pacientes de mi población asignada, realizando la recogida de datos y registro definido en el protocolo del estudio.

Además, me comprometo a que cada sujeto sea tratado siguiendo lo establecido en el protocolo autorizado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Clínico San Carlos.

En Madrid, a      de      de 2022.

Firma del Investigador Principal

Firma del investigador del Grupo Clínico

---

#### **Datos del investigador**

Nombre y apellidos.....

DNI: .....

Centro de Salud.....

Dirección Asistencial..... Gerencia Asistencial de Atención Primaria de Madrid. e-mail de contacto.....

Compromiso del investigador: versión hetero administrada.



SaludMadrid Gerencia Asistencial de Atención Primaria

SaludMadrid F I B A P - FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN BIOMÉDICA DE ATENCIÓN PRIMARIA Servicio Madrileño de Salud

### COMPROMISO DEL INVESTIGADOR

*Proyecto: Diseño y validación de un cuestionario para la evaluación de estilos de vida en población adulta.*

El objetivo de este estudio es estudiar la validez y fiabilidad del cuestionario Ponte a 100 diseñado para evaluar el estilo de vida de la población adulta.

Si aceptas colaborar en el estudio como investigador del grupo clínico, te comprometes a participar en una sesión de entrenamiento de 1-1,5 horas. En esta sesión recibirás formación básica en materia de normativa y legislación en investigación, normas de buena práctica clínica y aspectos clave del trabajo de campo para este proyecto.

Durante el periodo de reclutamiento, te comprometes a captar 20 pacientes de entre 18 y 75 años, adscritas a tu cupo. Para participar en el estudio, estos pacientes deberán cumplir todos los criterios de elegibilidad y dar su consentimiento escrito para participar.

Para realizar la captación, deberás informar al paciente sobre el estudio, explicarle detenidamente la hoja de información y el consentimiento informado, guardar una copia original firmado por el mismo en el archivo del investigador y entregar un segundo original al participante.

Te comprometes a registrar toda la información de cada paciente en el Cuestionario de Recogida de Datos (CRD) electrónico. Una vez cumplimentado el CRD se ofertarán consejos de salud relacionados con la puntuación obtenida. Con el fin de evaluar la aplicación y la toma de conciencia respecto a las puntuaciones obtenidas, a una muestra seleccionada posteriormente, se le volverá a pasar el cuestionario a los 3-6 meses siguientes a la primera cumplimentación.

A 3-4 pacientes, de los 20 participantes, se les realizará un re-test a los 7-10 días tras haber cumplimentado el primero.

Te comprometes a realizar las actividades propias del estudio según el código de Normas de Buena Práctica Clínica en Investigación; a respetar la protección de datos de carácter personal y garantías de confidencialidad.

La firma de este compromiso y la realización de todas las actividades delegadas te dará derecho a la autoría de las publicaciones/comunicaciones que se deriven del estudio. Dicha autoría será como Grupo



Clínico de Investigación. Por último, como consecuencia de la colaboración prestada se certificará tu participación como integrante del Grupo de Investigación "ESTVID\_A-100".

### COMPROMISO DE COLABORACIÓN

SÍ ACEPTO colaborar en el proyecto titulado: "Diseño y validación de un cuestionario para la evaluación de estilos de vida en población adulta", reclutando a 20 pacientes de mi población asignada, realizando la recogida de datos y registro definido en el protocolo del estudio.

Además, me comprometo a que cada sujeto sea tratado siguiendo lo establecido en el protocolo autorizado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Clínico San Carlos.

En Madrid, a      de      de 2022.

Firma del Investigador Principal

Firma del investigador del Grupo Clínico

---

#### Datos del investigador

Nombre y apellidos.....

DNI: .....

Centro de Salud.....

Dirección Asistencial..... Gerencia Asistencial de Atención Primaria de Madrid.

e-mail de contacto.....

Teléfono de contacto.....

Criterios elegibilidad de los pacientes.



### CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS PACIENTES

**Criterios de inclusión:** para participar en el estudio ha de responder **afirmativamente a todas las preguntas** que se presentan a continuación:

- Edad entre 18 y 75 años.
- Usuarios adscritos al cupo de población de Atención Primaria, citados en consulta por cualquier causa.
- Personas que acepten participar y den su consentimiento informado por escrito para participar en el estudio.

**Criterios de exclusión:** para participar en el estudio ha de responder **negativamente a todas las preguntas** que se presentan a continuación:

- Pacientes en cuidados paliativos o con cualquier pronóstico de vida inferior a 6 meses.
- Pacientes inmovilizados e institucionalizados.
- Pacientes con incapacidad de comprender el consentimiento informado o responder al cuestionario debido a barreras lingüísticas, idiomáticas o deterioro cognitivo severo (Pacientes con registro en AP- Madrid del episodio CIAP-2 'P70-Demencia').

¿La persona que participa en el estudio ha respondido afirmativamente a todas las preguntas del apartado de criterios de inclusión y negativamente a todas las preguntas del apartado de criterios de exclusión?

No, esta persona no cumple los criterios establecidos en este estudio para ser incluido.

Si, ofertar la participación en el estudio y entregar hoja informativa para firmar el consentimiento informado. Se incluye a la persona en el estudio: Si No (marcar con un círculo)

Listado inclusión de pacientes: versión auto/hetero administrada.



**LISTADO DE PERSONAS INCLUIDAS EN EL ESTUDIO**

Proyecto: DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE ESTILOS DE VIDA EN POBLACIÓN ADULTA.

Investigadores: Jennifer Jiménez/Javier Pérez Rivas/ Tomas Gómez Gascón

ENFERMERA:

Centro de Salud:

Código identificación del profesional: ENF\_\_

	RECORD ID	Código identificación del PACIENTE	APELLIDOS, NOMBRE (PACIENTE)	Edad	Mail/TELÉFONO	FECHA DE FIRMA DEL CI	FECHA CUMPLIMENTACION HETERO	FECHA ENVIO AUTO	FECHA CUMPLIMENTACION AUTO
HETEROAD-MINISTRADO		__01			@: Tif:				
		__02			@: Tif:				
		__03			@: Tif:				
		__04			@: Tif:				
		__05			@: Tif:				
AUTOAD-MINISTRADO		__06			@: Tif:				
		__07			@: Tif:				
		__08			@: Tif:				
		__09			@: Tif:				
		__10			@: Tif:				

Campos para cumplimentar por administradores de la base de datos

Criterios de selección: Sexo (Varón: 40-50%; Mujer: 50-60%). Edad (18-30: 3 pacientes; 30-64: 4 pacientes; 65-74: 3 pacientes)

Listados inclusión de pacientes: versión hetero administrada (fiabilidad intra observador)



**LISTADO DE PERSONAS INCLUIDAS EN EL ESTUDIO**

Proyecto: DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE ESTILOS DE VIDA EN POBLACIÓN ADULTA.

Investigadores: Jennifer Jiménez/Javier Pérez Rivas/ Tomas Gómez Gascón

ENFERMERA/O: \_\_\_\_\_ CS: \_\_\_\_\_ CS asignado Castor: \_\_\_\_\_ Código identificación profesional: ENF\_\_

RECORD ID	Código identificación del PACIENTE	APELLIDOS, NOMBRE (PACIENTE)	Edad	Mail/TELÉFONO	FECHA DE FIRMA DEL CI	FECHA CUMPLIMENTACION HETERO	FECHA CUMPLIMENTACION RETEST HETERO *
	_01			@: TIF:			
	_02			@: TIF:			
	_03			@: TIF:			
	_04			@: TIF:			
	_05			@: TIF:			
	_06			@: TIF:			
	_07			@: TIF:			
	_08			@: TIF:			
	_09			@: TIF:			
	_10			@: TIF:			

\* Seleccionar a 3-4 pacientes, según conveniencia, para realizar el retest, pasados 7-10 días desde la primera cumplimentación.



RECORD ID	Código identificación del PACIENTE	APELLIDOS, NOMBRE (PACIENTE)	Edad	Mail/TELÉFONO	FECHA DE FIRMA DEL CI	FECHA CUMPLIMENTACION HETERO	FECHA CUMPLIMENTACION RETEST HETERO *
	_11			@: Tif:			
	_12			@: Tif:			
	_13			@: Tif:			
	_14			@: Tif:			
	_15			@: Tif:			
	_16			@: Tif:			
	_17			@: Tif:			
	_18			@: Tif:			
	_19			@: Tif:			
	_20			@: Tif:			

\* Seleccionar a 3-4 pacientes, según conveniencia, para realizar el retest, pasados 7-10 días desde la primera cumplimentación.

Listado inclusión de pacientes: versión hetero administrada (fiabilidad inter observador).



**LISTADO DE PERSONAS INCLUIDAS EN EL ESTUDIO**

Proyecto: DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE ESTILOS DE VIDA EN POBLACIÓN ADULTA.

Investigadores: Jennifer Jiménez/Javier Pérez Rivas/ Tomas Gómez Gascón

CS: CS. RAMÓN Y CAJAL CS asignado Castor: **CS. RAMÓN Y CAJAL**

ENFERMERA/O: Código identificación profesional: **ENF16\_01**

ENFERMERA/O: Código identificación profesional: **ENF16\_02**

Código identificación del PACIENTE	ENFERMERA	RECORD ID	APELLIDOS, NOMBRE (PACIENTE)	Edad	Mail/Teléfono	FECHA DE FIRMA DEL CI	FECHA CUMPLIMENTACIÓN LEONOR	FECHA CUMPLIMENTACIÓN RETEST	FECHA CUMPLIMENTACIÓN M <sup>a</sup> BELEN
1601	ENF16_01	RETEST			@:				
		Tif:							
1602	ENF16_01	RETEST			@:				
		Tif:							
1603	ENF16_01	RETEST			@:				
		Tif:							
1604	ENF16_01				@:				
	ENF16_02				Tif:				
1605	ENF16_01				@:				
	ENF16_02				Tif:				
1606	ENF16_01				@:				
	ENF16_02				Tif:				
1607	ENF16_01				@:				
	ENF16_02				Tif:				
1608	ENF16_01				@:				
	ENF16_02				Tif:				
1609	ENF16_01				@:				
	ENF16_02				Tif:				
1610	ENF16_01				@:				
	ENF16_02				Tif:				

Código identificación del PACIENTE	ENFERMERA	RECORD ID	APELLIDOS, NOMBRE (PACIENTE)	Edad	Mail/Teléfono	FECHA DE FORMA DEL CI	FECHA CUMPLIMENTACIÓN LEONOR	FECHA CUMPLIMENTACIÓN BELÉN
1611	ENF16_01				@:			
	ENF16_02				Tíf:			
1612	ENF16_01				@:			
	ENF16_02				Tíf:			
1613	ENF16_01				@:			
	ENF16_02				Tíf:			
1614	ENF16_01				@:			
	ENF16_02				Tíf:			
1615	ENF16_01				@:			
	ENF16_02				Tíf:			
1616	ENF16_01				@:			
	ENF16_02				Tíf:			
1617	ENF16_01				@:			
	ENF16_02				Tíf:			
1618	ENF16_01				@:			
	ENF16_02				Tíf:			
1619	ENF16_01				@:			
	ENF16_02				Tíf:			
1620	ENF16_01				@:			
	ENF16_02				Tíf:			

Listado de personas que rechazan participar.




**Gerencia Asistencial  
de Atención Primaria**


**FIBAP - FUNDACIÓN  
PARA LA INVESTIGACIÓN  
E INNOVACIÓN BIOMÉDICA  
DE ATENCIÓN PRIMARIA**  
 Servicio Madrileño de Salud

Listado de personas que RECHAZAN participar en el estudio

Proyecto: Diseño y validación de un cuestionario para la evaluación de estilos de vida en población adulta.

Investigador Principal: Jennifer Jiménez González

Investigador Colaborador: \_\_\_\_\_.

Centro de Salud: \_\_\_\_\_.

	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	RAZÓN DE NO PARTICIPACIÓN
1			<input type="checkbox"/> No le interesa participar <input type="checkbox"/> No quiere contestar <input type="checkbox"/> Falta de tiempo <input type="checkbox"/> Otras razones
2			<input type="checkbox"/> No le interesa participar <input type="checkbox"/> No quiere contestar <input type="checkbox"/> Falta de tiempo <input type="checkbox"/> Otras razones
3			<input type="checkbox"/> No le interesa participar <input type="checkbox"/> No quiere contestar <input type="checkbox"/> Falta de tiempo <input type="checkbox"/> Otras razones
4			<input type="checkbox"/> No le interesa participar <input type="checkbox"/> No quiere contestar <input type="checkbox"/> Falta de tiempo <input type="checkbox"/> Otras razones



## **HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### Diseño y validación de un cuestionario de estilo de vida en Atención Primaria.

#### INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio en el que se le invita a participar. Nuestra intención es que reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio.

#### DESCRIPCIÓN GENERAL DE ESTUDIO:

Como parte del estudio “Diseño y validación de un cuestionario para la evaluación del estilo de vida en población adulta”, que se realiza en la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid, y en colaboración con la Gerencia Asistencial de Atención Primaria, se está realizando una investigación para elaborar un cuestionario que nos permita identificar el estilo de vida de las personas y poder modificar aquellos factores que supongan un riesgo para la salud.

Usted ha sido seleccionado por tener una edad comprendida entre 18 y 75 años, y pertenecer al cupo de pacientes de Atención Primaria. Por este motivo le solicitamos que permita a su enfermera o médico de referencia realizarle una entrevista clínica para valorar su estilo de vida. Estas entrevistas serán realizadas en un corto período de tiempo, no superior a 15 minutos, y podrán tener aplicación para un mayor conocimiento de la salud de la población así como evaluar su propia salud y aprender a fomentarla.

#### CONFIDENCIALIDAD:

El acceso a su información personal quedará restringido a la investigadora principal del estudio y colaboradores así como al Comité Ético de Investigación, siempre manteniendo la confidencialidad de estos de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal que le confiere los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos.

En la comunicación y la cesión de sus datos se garantiza la confidencialidad como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país.



A partir de dichos datos se podrán elaborar comunicaciones científicas para ser presentadas a congresos o revistas científicas siempre manteniendo en todo momento la confidencialidad de sus datos de carácter personal.

También tiene derecho a limitar el tratamiento de datos que sean incorrectos, solicitar una copia o que se trasladen a un tercero (portabilidad) los datos que usted ha facilitado para el estudio, en la medida que sean aplicables. Para ejercitar estos derechos, diríjase al investigador principal del estudio (Jennifer Jiménez González, Hospital Universitario Gregorio Marañón, jennjime@ucm.es). Así mismo tiene derecho a dirigirse a la Agencia de Protección de Datos si no quedara satisfecho/a.

#### PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y revocar su consentimiento en cualquier momento sin explicación alguna, sin que por ello se altere la relación con sus profesionales sanitarios de referencia ni se produzca perjuicio alguno en sus visitas habituales.

#### BENEFICIOS Y RIESGOS:

Su participación no supondrá ningún riesgo directo ni derivado, y obtendrá como único beneficio el poder identificar conductas saludables y no saludables relacionadas con su estilo de vida.

#### COMPENSACIÓN ECONÓMICA:

Su participación en el estudio no le supondrá ningún gasto ni percibirá compensación económica.

#### INFORMACIÓN ADICIONAL

Si requiere cualquier información adicional se puede poner en contacto con la responsable del proyecto de investigación, Jennifer Jiménez González, enfermera del Hospital Universitario Gregorio Marañón, y colaboradora en la Facultad de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid, en el teléfono 670483659 o a través de correo electrónico: jennjime@ucm.es .



Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Que he recibido la información escrita sobre el procedimiento propuesto, que figura en la hoja adjunta, y también la explicación adecuada de forma verbal. Se me ha ofrecido la posibilidad de solicitar información adicional, verbal o escrita, y de plantear las dudas o preguntas que tenga para poder tomar mi decisión.

Que he sido informado de las ventajas e inconvenientes del estudio.

Que he comprendido la información recibida y la decisión que tomo es libre y voluntaria pudiendo en cualquier momento revocar por escrito este consentimiento sin expresar la causa.

Yo, \_\_\_\_\_ he leído la información escrita sobre el procedimiento propuesto. Y he podido hacer preguntas y recibir la información suficiente sobre el estudio. Por lo que presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas anteriormente.

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Participante: \_\_\_\_\_

Profesional sanitario: \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_ de \_\_\_ del 20\_\_ .

## DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE ESTILOS DE VIDA EN POBLACION ADULTA: VALORACIÓN DE LA USABILIDAD Y UTILIDAD EN AP - ENFERMERAS DEL GRUPO CLINICO INVESTIGADOR -

### DATOS DE FILIACIÓN DE LA ENFERMERA:

NOMBRE Y APELLIDOS:

CENTRO DE SALUD:

### 1.- VALORACIÓN GENERAL DEL CUESTIONARIO

1.1.- ¿Considera que el cuestionario es adecuado para valorar el estilo de vida de las personas adultas en Atención Primaria?

- 5.- Muy adecuado
- 4.- Adecuado
- 3.- Indiferente
- 2.- Poco adecuado
- 1.- Inadecuado

1.2.- ¿Incluiría alguna otra dimensión, aparte de las 5 que incluye el cuestionario (alimentación, ejercicio, hábitos tóxicos, bienestar emocional y seguridad y lesiones no intencionales)?

- NO
- SI. ¿Cuál?:

1.3.- ¿Considera que los ítems son adecuados para valorar cada una de las dimensiones del cuestionario?

- SI
- NO. Señale cual modificaría o añadiría:

1.4.-¿Le ha resultado sencillo calcular las puntuaciones en cada dimensión y la puntuación total del cuestionario?

SI

NO. ¿Qué cambiaría?:

1.5.- ¿Considera que este cuestionario puede ser una herramienta útil para su utilización por los profesionales sanitarios en las consultas de Atención Primaria?

5.- Muy útil

4.- Útil

3.- Indefinido

2.- Poco útil

1.- Nada útil

1.6.- ¿Ve factible la implementación del cuestionario Ponte a 100 como un recurso para valorar el estilo de vida de sus pacientes en la práctica clínica diaria?

5.- Muy factible

4.- Factible

3.- Indefinido

2.- Poco Factible

1.- No factible

1.7.- Describa, si lo considera oportuno, posibles dificultades o barreras para su implementación:

1.8.- ¿Le parecería oportuno que este cuestionario se incluyera en la historia clínica de AP (AP\_Madrid)?

SI

NO.

1.9.- ¿Le parecería oportuno que este cuestionario se incluyera en “mi carpeta de salud” y que el propio paciente pudiera complimentarlo desde su domicilio?

SI

NO.

## 2.-COMPRESIÓN/USABILIDAD DEL CUESTIONARIO POR PARTE DE LOS PACIENTES/USUARIOS:

2.1.- ¿Considera que el cuestionario resulta de fácil comprensión para los pacientes?

- 5.- Muy fácil
- 4.- Fácil
- 3.- Normal
- 2.- Difícil
- 1.- Muy difícil.

2.2.- ¿Ha habido alguna pregunta que ha resultado de difícil comprensión? Señálela y proponga, si es posible, una alternativa:

2.3.- ¿Les ha resultado fácil a los pacientes interpretar la puntuación obtenida en cada una de las dimensiones y la puntuación total del cuestionario?:

- 5.- Muy fácil
- 4.- Fácil
- 3.- Normal
- 2.- Difícil
- 1.- Muy difícil.

2.4.- ¿Considera que a los pacientes les ha parecido adecuada la utilización de este cuestionario para la valoración del estilo de vida?

- 5.- Muy adecuada
- 4.- Adecuada
- 3.- Indiferente
- 2.- Poco adecuada
- 1.- Inadecuada

Anexo 11: Documento de aprobación de la Comisión Central de Investigación de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de Madrid y del Comité Ético de Investigación del Hospital Universitario Clínico San Carlos.



Gerencia Asistencial  
de Atención Primaria  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

### **Informe de la Comisión Central de Investigación**

**Código de Protocolo:** 02/20.

**Título:** Validación de un cuestionario para la medición de estilos de vida en Atención Primaria: Cuestionario Ponte a 100.

**Version de protocolo:** Versión de fecha 17 de febrero de 2020.

**Investigador principal:** Jennifer Jiménez González, doctoranda, Javier Pérez rivas, director de tesis.

**Promotor:** Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid.

La **Comisión Central de Investigación**, en su reunión del miércoles 19 de febrero de 2020, según consta en el Acta 03/20, **INFORMA FAVORABLEMENTE** sobre la realización de dicho estudio en atención primaria de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 19 de febrero de 2020.

**La Presidenta de la Comisión  
Central de Investigación**

Teresa Sanz Cuesta

 **Servicio Madrileño de Salud**  
 **Comunidad de Madrid**  
**GERENCIA ASISTENCIAL DE  
ATENCIÓN PRIMARIA**  
Plaza Carlos Trias Bertrán, 7  
28020 Madrid

**CEIC Hospital Clínico San Carlos**

Dra. Mar García Arenillas  
Presidenta del CEIC Hospital Clínico San Carlos

**CERTIFICA**

Que el CEIC Hospital Clínico San Carlos en su reunión del día 22/01/2020, acta 1.2/20 ha evaluado la propuesta del proyecto:

**Título: VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA LA MEDICIÓN DE ESTILOS DE VIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA: "CUESTIONARIO PONTE A 100"**

**Código Interno:** 20/028-E\_Tesis

**Autora:** Jennifer Jiménez González. Enfermera Hospital Clínico San Carlos. Doctoranda Programa de doctorado "Cuidados en Salud". Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la UCM.

**Directores:** Dr. José Luis Pacheco del Cerro y Dr. Francisco Javier Pérez Riva.

Que en este estudio:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son adecuados para llevar a cabo el estudio.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto de los postulados éticos.
- Se cumplen los preceptos éticos formulados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos y en sus posteriores revisiones, así como aquellos exigidos por la normativa legal aplicable en función de las características del estudio.

Es por ello que el Comité **informa favorablemente** sobre la realización de dicho proyecto.

Lo que firmo en Madrid, a 05 de febrero de 2020



Dra. Mar García Arenillas  
Presidenta del CEIC Hospital Clínico San Carlos

## Anexo 12: Análisis descriptivo de las características sociodemográficas y de EV de la prueba piloto 1.

### Edad y Sexo:

La edad media es de 33.3 años (DE 15.8). Rango entre 18 y 89 años.

El 64.7% (n=496) son mujeres y el 35.3% (n=271) son hombres.

### Alumnos:

- o Edad media de 22.09 años (DE 5.60)
- o Sexo: el 86.3% (n=220) son mujeres y el 13.7% (n=35) son hombres.

### Allegados:

- o Edad media de 38.88 años (DE 16.33)
- o Sexo: el 53.9% (n=276) son mujeres y el 46.1% (n=236) son hombres.

### Estado Civil:

El 55.2% (n=280) está casado/a/En pareja.

El 37.9% (n=192) está soltero/a.

El 5.1% (n=26) está separado/a o divorciado/a.

El 1.8% (n=9) está viudo/a.

### Nacionalidad:

El 92.2% (n=702) son españoles.

El 3.5% (n=27) son latinoamericanos.

El 2% (n=15) son de Europa del este.

El 0.9% (n=7) son asiáticos.

El 0.8% (n=6) son de centro/norte de Europa.

El 0.5% (n=4) son de otras nacionalidades

### Nivel de estudios:

Analfabeto o Estudios Primarios Incompletos: (n=4) 0.8%

Educación Primaria: (n=41) 8 %

Enseñanza de formación profesional grado medio: (n=31) 6.1%

Bachillerato y similares: (n=82) 16%

Enseñanza de formación profesional grado superior: (n=78) 15.3%

Grados: (n=156) 30.5%

Licenciados y Máster: (n=92) 18

Doctorado: (n=9) 1.8%

#### Ocupación:

Directores/as y profesionales: (n=58) 11.4%

Técnicos/as y cuadros medios: (n=47) 9.2%

Pequeños/as empresarios/as: (n=22) 4.3%

Empleados/as de oficinas y servicios: (n=126) 24.7%

Obreros/as cualificados/as: (n=20) 3.9%

Obreros/as no cualificados/as: (n=5) 1%

Jubilados/as y pensionistas: (n=18) 3.5%

Parados/as: (n=14) 2.7%

Estudiantes: (n=168) 32.9%

Trabajo doméstico no remunerado: (n=21) 4.1%

No clasificables: (n=12) 2.4%

#### Comorbilidad:

El 20.4% de los pacientes (n=142) presenta comorbilidad. De las cuales:

Un 2.2% (n=15) presentaba DM.

Un 6.2% (n=43) presentaba HTA.

Un 1% (n=7) presentaba ECV.

Un 0.4% (n=3) presentaba EPOC.

Un 3.3% (n=23) presentaba OBESIDAD.

Un 0.7% (n=5) presentaba Cáncer

Un 9.3% (n=65) presentaba 'Otras enfermedades'

## Anexo 13: Recopilación propuestas modificaciones validación de contenido primera ronda de expertos.

- **Conjunto propuestas dimensión Alimentación:**
  - Verduras y hortalizas:
    - Poner ejemplos que aclaren la diferencia entre verdura y hortaliza.
    - Añadir un listado anexo de ejemplos.
    - Preguntar conjuntamente verduras/hortalizas y frutas.
  - Frutas:
    - Aclarar el consumo de determinadas frutas (cerezas, fresas, melón...)
    - Preguntar junto con las verduras.
    - Definir “pieza” o poner pesos, cantidad o volumen.
    - Especificar si el consumo es entera, triturada, a trozos...
  - Cereales:
    - Ítem difícil, infraestimado su consumo según MAPAMA.
  - Procesados o ultra procesados:
    - Aclarar diferencia entre procesado y ultra procesado.
    - Definir ultra procesados (5 ingredientes en su composición) y si todas las galletas, cereales de desayuno...lo son.
    - Ítem difícil de explicar qué productos lo abarcan.
  - Carnes rojas:
    - No se distinguen si son o no procesadas, ya que no es lo mismo una salchicha fresca que una procesada.
  - Bebidas carbonatadas:
    - Dudas con las bebidas *light*
    - Distinguir si se trata de bebidas carbonatadas *light*
  - Legumbres:
    - Poner ejemplos y resaltar que lentejas y garbanzos pertenecen a este grupo.
    - No se entiende bien la aclaración. Un plato colmado puede llevar mucho más de 150g.
  - Pescado/mariscos:
    - No se definen cantidades.
  - Frutos secos:
    - Poner ejemplos, especialmente nueces.
    - Especificar consumo en crudo, fritos...
    - ¿Cómo se contabiliza el consumo?

- Aceite de oliva:
  - Sistema de puntuación algo lioso.
  - Indicar el tipo de consumo: crudo, tostas...
  - “Habitualmente” es muy interpretable.
  - Aclarar “otro tipo” de aceite de oliva.
  - Buscar una clasificación más clara.
- **Conjunto propuestas AF y sedentarismo:**
  - Definir tiempo sentado: reclinado, tumbado (sin incluir descanso nocturno)
  - “Habitualmente” es muy interpretable.
  - Indicar “al menos” 25 minutos en actividad intensa.
  - Indicar “al menos” 30 minutos en actividad moderada.
- **Conjunto propuestas Consumo de alcohol:**
  - Contemplar el *binge drinking*, un consumo de 6 o más bebidas alcohólicas en una misma ocasión de consumo.
  - Reducir rangos de valoración, conflicto con consumo excesivo o consumo medio.
- **Conjunto propuestas Bienestar emocional:**
  - Añadir ítem relacionado con el estrés percibido:
    - 8. Me siento capaz de superar las dificultades que se me presentan:
    - Siempre o casi siempre: 2 puntos
    - Frecuentemente: 2 puntos
    - Algunas veces: 1 puntos
    - Nunca o Casi Nunca: 0 puntos
  - Dividir en 2 el ítem: Me siento satisfecho de quién soy y la vida que llevo. Para que haga referencia a dos factores diferentes, autoaceptación y dominio del entorno.
  - Modificar redacción ítem “Me siento satisfecho de quién soy y la vida que llevo” y añadir *...de la vida que llevo*.
  - Corregir puntuación ítem “Tengo suficiente tiempo de ocio” ya que se puntúa con 2 puntos dos opciones.
    - Siempre o casi siempre: 2 puntos
    - Frecuentemente: 2 puntos



Anexo 14: Documento de respuestas controlados por el IP para el desglose propuestas panel expertos, ronda 1, versión 1 PA100.

DESGLOSE DE PROPUESTAS <u>RONDA 1</u> DE EXPERTOS	Valoración grupo coordinador
<b>Conjunto propuestas dimensión ALIMENTACIÓN</b>	
<b>1. Verduras y hortalizas:</b>	
o Poner ejemplos que aclaren la diferencia entre verdura y hortaliza.	<b>NO:</b> Como se evalúan de manera conjunta no lo veo necesario
o Añadir un listado anexo de ejemplos.	<b>NO:</b> En nuestro contexto no veo necesario poner ejemplos de lo que son verduras y hortalizas
o Preguntar conjuntamente verduras/hortalizas y frutas.	<b>NO:</b> En casi todos los cuestionarios revisados se evalúan por separado. Hay evidencia de los beneficios de ambos grupos por separado
<b>2. Frutas:</b>	
o Aclarar el consumo de determinadas frutas (cerezas, fresas, melón...)	<b>SI:</b> Se incluye propuesta
o Preguntar juntamente con las verduras.	<b>NO:</b> En casi todos los cuestionarios revisados se evalúan por separado. Hay evidencia de los beneficios de ambos grupos por separado
o Definir “pieza” o poner pesos, cantidad o volumen.	<b>SI:</b> Se incluye propuesta
o Especificar si el consumo es entera, triturada, a trozos...	<b>NO:</b> En relación con beneficios en salud no hay diferencias. No se especifica en los cuestionarios revisados.
<b>3. Cereales:</b>	
o Ítem difícil, infraestimado su consumo según MAPAMA.	
<b>4. Procesados o ultra procesados:</b>	
o Aclarar diferencia entre procesado y ultra procesado.	
o Definir ultra procesados (5 ingredientes en su composición) y si todas las galletas, cereales de desayuno... lo son.	<b>NO:</b> En la revisión de la evidencia sobre el impacto en salud se suele analizar de forma agrupada
o Ítem difícil de explicar qué productos lo abarcan.	Por eso se ha puesto ese listado
<b>5. Carnes rojas:</b>	

o No se distinguen si son o no procesadas, ya que no es lo mismo una salchicha fresca que una procesada.	<b>NO:</b> Como hay otro ítem que ya interroga por el tema de los procesados no veo necesario diferenciarlo aquí también
<b>6. Bebidas carbonatadas:</b>	
o Dudas con las bebidas <i>light</i>	Empieza a haber evidencias de que el consumo de bebidas edulcoradas de manera artificial (bebidas <i>light</i> ) también incrementa el riesgo de ICTUS, ECV y mortalidad por todas las causas. Se adjunta evidencia.
o Distinguir si se trata de bebidas carbonatadas <i>light</i>	
<b>7. Legumbres:</b>	
o Poner ejemplos y resaltar que lentejas y garbanzos pertenecen a este grupo.	SI: Se incluye propuesta
o No se entiende bien la aclaración. Un plato colmado puede llevar mucho más de 150g.	SI: Se incluye propuesta
<b>8. Pescado/mariscos:</b>	
o No se definen cantidades.	SI: Se incluye propuesta
<b>9. Frutos secos:</b>	
o Poner ejemplos, especialmente nueces.	SI: Se incluye propuesta
o Especificar consumo en crudo, fritos...	SI: Se incluye propuesta
o ¿Cómo se contabiliza el consumo?	SI: Se incluye propuesta
<b>10. Aceite de oliva:</b>	
o Sistema de puntuación algo lioso.	Si a alguien se le ocurre algún sistema más sencillo que haga una propuesta
o Indicar el tipo de consumo: crudo, tostas...	SI: Se incluye propuesta
o “Habitualmente” es muy interpretable.	SI: Se incluye propuesta
o Aclarar “otro tipo” de aceite de oliva.	SI: Se incluye propuesta
o Buscar una clasificación más clara.	Si a alguien se le ocurre algún sistema más sencillo que haga una propuesta

Conjunto propuestas ACTIVIDAD FÍSICA Y SEDENTARISMO:	
o Definir tiempo sentado: reclinado, tumbado (sin incluir descanso nocturno)	SI: Se incluye propuesta
o “Habitualmente” es muy interpretable.	SI: Se incluye propuesta
o Indicar “al menos” 25 minutos en actividad intensa.	SI: Se incluye propuesta
o Indicar “al menos” 30 minutos en actividad moderada.	SI: Se incluye propuesta
Conjunto propuestas CONSUMO DE ALCOHOL:	
o Contemplar el <i>binge drinking</i> , un consumo de 6 o más bebidas alcohólicas en una misma ocasión de consumo.	SI: Ya se contempla en la Tabla de Valoración
o Reducir rangos de valoración, conflicto con consumo excesivo o consumo medio.	SI: En base a la nueva evidencia científica disponible se proponen nuevos rangos de valoración
Conjunto propuestas BIENESTAR EMOCIONAL:	
o Añadir ítem relacionado con el estrés percibido: 8. Me siento capaz de superar las dificultades que se me presentan: Siempre o casi siempre: 2puntos Frecuentemente :2puntos Algunas veces: 1puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos	SI: Se incluye propuesta
o Dividir en 2 el ítem: Me siento satisfecho de quién soy y la vida que llevo. Para que haga referencia a dos factores diferentes, autoaceptación y dominio del entorno.  1.- Me siento satisfecho de quién soy (estoy a gusto conmigo mismo) 2.- Estoy contento con la vida que llevo	SI: Se incluye propuesta
o Modificar redacción ítem “Me siento satisfecho de quién soy y la vida que llevo” y añadir ... de la vida que llevo.	Se ha dividido el ítem

<p>o Corregir puntuación ítem “Tengo suficiente tiempo de ocio” ya que se puntúa con 2 puntos dos opciones.:  Siempre o casi siempre: 2 puntos  Frecuentemente: 2 puntos</p>	<p>SI: Se incluye propuesta</p>
<p>8.- Me siento querido por las personas importantes para mi</p>	<p>Se añade un nuevo ítem, relacionado con los sentimientos, para ajustar la puntuación de la dimensión</p>

## Anexo 15: Recopilación propuestas modificaciones validación de contenido segunda ronda de expertos.

- **Conjunto propuestas dimensión Alimentación:**
  - Verduras y hortalizas:
    - Especificar crudas o cocidas.
    - Formular la pregunta conjunta con las verduras, ya que la recomendación son 5 raciones de fruta y/o verdura al día.
    - Incluir la medida (taza, plato...)
    - Incluir el tamaño de la ración: plato hondo mediano...
    - ¿cómo hay que considerar la ración, como 100g o como 150g?
    - Especificar raciones en crudo.
    - ¿raciones/platos?
    - Definir las raciones como plato principal o guarnición (la gente no pesa la comida)
  - Frutas:
    - Formular la pregunta conjunta con las verduras, ya que la recomendación son 5 raciones de fruta y/o verdura al día.
    - ¿cómo hay que considerar la ración, como 100g o como 150g?
    - Aclarar mejor la terminología y la correspondencia entre los conceptos de pieza y ración.
    - Aclarar equivalencias, ¿de qué tamaño la taza?, ¿se podría poner nº de cerezas/fresas?
    - Piezas o raciones, concretar.
  - Cereales integrales:
    - Puede llevar a confusión que entre paréntesis se nombre arroz sin especificar integral.
    - ¿Por qué sólo integrales?
    - Preguntar qué tipo de pan se consume. En el caso del pan integral, quién lo consume lo hace casi siempre o casi nunca.
    - Preguntar por el consumo general de cereales y cuantos de ellos son integrales.
    - Diferenciar entre el pan y otros cereales. El consumo de pan suele ser elevado y no buen procesado. Preguntar por los cereales que no son pan.
    - A pesar de la connotación de “integral” debería tenerse en cuenta el posible exceso.
    - El consumo de alimentos integrales es poco frecuente y puede llevar a error de interpretación.
    - ¿Por qué se limita sólo a los integrales?

- Especificar cantidad de consumo.
  - La fibra se obtiene también de otras fuentes. El arroz y la pasta integrales está poco incorporada a nuestra cultura culinaria.
  - Consumo más adecuado especificarlo a la semana que al día.
- o Procesados o ultra procesados:
- Explicar el concepto de ultra procesado. Muchas personas no identifican la pizza como tal. (Se especifica pizza entre las opciones)
  - Simplificar el término ultra procesado, puede provocar confusión, a algo como precocinados listos para consumir.
  - Dudoso incluir los cereales del desayuno, depende de su tipología pueden ser o no procesados.
  - Matizar los cereales del desayuno y diferenciar entre copos de avena y azucarados.
  - Considerar asignar 2 puntos al consumo "1 o menor" y al resto 0 puntos debido a las recomendaciones de su consumo esporádico.
  - Valorar si las salchichas, hamburguesas y embutidos deberían incluirse como ultra procesados.
  - Incluir aquí los embutidos, salchichas y otras carnes.
  - Incluir procesados veganos.
  - Incluir procesados lácteos. (helados)
  - Sería conveniente incluir un ítem que valore el consumo de azúcar, en sus formas más frecuentes: galletas, cereales y bollería.
  - Incluir otro ítem que valore el consumo sólo de sal.
  - Considerar quitar los Nuggets de pollo de este ítem ya que se valora en el siguiente carnes procesadas.
  - La población no discrimina algunos productos que también son procesados, como frutas en almíbar...Al no nombrar muchos productos puede que se infravalore su consumo. Además muchos de los productos que se mencionan aquí pertenecen también a otros ítem.
  - Valorar hacer la clasificación de procesados/ultra procesados a partir de la pregunta concreta de alimentos, y después clasificarlo el investigador y no que la población discrimine lo que es procesados o no porque podría haber una infraestimación.
  - Hay cereales de desayuno buenos, que no se contemplan.
  - Si la cohorte SUN identificó que un mayor consumo de alimentos ultra procesados (>4 raciones diarias) se asoció con un 62% de riesgo relativamente mayor para todas las causas de mortalidad. Sería más conveniente indicar raciones día en la respuesta/puntuación.

- No incluir galletas y cereales en general, ya que las hay “sin azúcar” y “sin chocolate”.
  - ¿Dónde se incluye el muesli? ¿Se considera igual comer muesli que una galleta maría o un bollicao que una pizza?
  - Especificar mejor un consumo a la semana que al día.
  - Adjuntar listado NOVA. Son ultra procesados los refrescos de todo tipo, sabor y pelaje; *snacks* dulces y salados; helados, chocolate, chucherías; panes envasados y panes de molde, bizcochos, bollos, pasteles, y galletas industriales; margarinas y otras grasas untables; cereales “de desayuno” y barritas de cereales; bebidas energéticas; batidos y otras bebidas lácteas, yogures de frutas y bebidas de frutas; extractos de carne y pollo y salsas instantáneas; preparados para lactantes, leches de continuación y otros productos para bebés. También los productos supuestamente de salud y para el adelgazamiento, como sustitutos de comidas; muchos platos listos para calentar y comer (como platos de pasta, pizza...); Nuggets y palitos de aves o pescado, salchichas, hamburguesas, perritos calientes y otros derivados cárnicos; sopas y postres en polvo o envasados instantáneos.
  - Incluir sal, sazónadores, AVECrem...
  - Aclarar si en sopas podemos incluir gazpacho/salmorejo...
- o Carnes rojas:
- El cerdo se clasifica como carne blanca según la OMS.
  - Eliminar hamburguesas y salchichas porque son formas de preparar la carne.
  - Aclarar tipo de presentación: picada, embutido, albóndiga...
  - Considerar asignar 2 puntos al consumo “1 o menor” y al resto 0 puntos debido a las recomendaciones de su consumo esporádico.
  - Valorar si las salchichas, hamburguesas y embutidos deberían incluirse como ultra procesados.
  - Separar las carnes de las hamburguesas, sólo carne picada, de las salchichas y embutidos.
  - Separar carnes procesadas, con alto contenido también en sal, de las carnes rojas.
  - Carnes de cerdo, vacuno no tienen por qué ser carnes rojas. Debería separarse estas cuestiones de las hamburguesas o salchichas por ser procesadas.
  - Revisaría la puntuación ya que 3 raciones semanales de carnes, priorizando las piezas magras. Carnes rojas y embutidos consumo ocasional.
  - Considerar valorar la cantidad en vez de en gr en filetes o piezas mediano/grande...
  - Separar por un lado carne roja fresca y por el otro carne procesada. Tanto la IARC como los estudios utilizados por ésta, para el asunto del cáncer, las separan claramente.
  - Las raciones de los diferentes ítems no son intercambiables.

- Bebidas carbonatadas:
  - Eliminar colas, ya incluidas en refrescos.
  - Considerar asignar 2 puntos al consumo “1 o menor” y al resto 0 puntos debido a las recomendaciones de su consumo esporádico.
  - El agua con gas es una bebida carbonatada beneficiosa. Especificar que no se incluyen las bebidas carbonatadas sin azúcar. ¿Cuántas bebidas azucaradas, con gas o sin gas, consumes a la semana?
  - No queda clara la diferencia entre carbonatada/azucarada. Un refresco light o zero entra o sólo si es azucarado?
  - Se podría especificar la cantidad en ml estableciendo además una relación con el nº de envases con la cantidad más habitual de bebida.
  - Especificar cantidad, un vaso...
  - Hay personas que consumen más de una al día. Poner mejor consumo diario.
  - ¿unidades/vasos?
  - Ampliar ítem e incluir procesador de bollería...
  - Diferenciar entre calóricas y no.
- Legumbres:
  - ¿Aquí no hay diferencia en lo que se considera una ración como en frutas y verduras?
  - Una ración media de legumbres en crudo son 80 gramos.
  - Sustituir plato hondo mediano por número de cucharones.
  - Contemplar intolerancias, hay gente que como no le sientan bien no las come y tendría un 0 en este apartado.
  - Incluir en el enunciado algunas de las “de moda”
- Pescado/mariscos:
  - El marisco tiene características diferenciales con el pescado.
  - Hay variabilidad dentro de la clasificación del marisco.
  - La ración del marisco no queda clara, no es lo mismo 3-4 piezas de una almeja que un mejillón o bogavante. Indicar peso en gr como referencia.
  - Separar la pregunta, ya que no son nutricionalmente semejantes.
  - ¿Cómo hay que considerar la ración, como 100g o como 150g?
  - Aclarar “piezas de marisco”.
  - Modificar puntuación y poner 2 o más con 2 puntos.
  - Especificar conservas de pescado, pescado graso, blanco, azul.
- Frutos secos:
  - Estos productos raramente se encuentran en las condiciones que se preguntan. Suelen estar cocinados y envasados. ¿Afecta mucho eso al objetivo?
  - ¿Cómo hay que considerar la ración, como 20g o como 30g?

- ¿Cuál es el valor del ítem “sin tostar”?
- o Aceite de oliva:
  - Especificar el tamaño de la cuchara.
  - Hace dos preguntas en una: tipo y cantidad.
  - Si sólo se valorar el aceite de oliva, preguntar directamente por él.
  - ¿La diferencia entre oliva y VE es significativa para los objetivos?
  - Incluir medida “cuchara sopera”
  - No hay evidencia suficiente como para separar el uso de aceite de oliva y AOVE para recibir más puntuación.
  - Debería hacerse mención del consumo de otros aceites que pueden tener buen perfil nutricional y ser más asequibles como el de girasol.
  - Valorar incluir un límite superior máximo de consumo recomendado.
  - Si no se consumen aceites ni otras grasas, ¿qué puntuación se asigna? ¿0? ¿eso significa que es menos saludable?
  - No se contempla el consumo mixto de AOVE con otros aceites.
  - Difícil de contestar si hace muchas comidas fuera de casa.
- ítem a añadir:
  - Consumo de agua.
  - Dieta y microbiota: Impacto en la salud.
  - ¿Dónde come habitualmente? Bar, restaurante, comedor, restaurante comercial, institucional, *tupperware*...
  - Preguntar por peso y talla para contextualizar su estilo de alimentación.
  - Identificar si desea modificar su peso para valorar la actitud para con la alimentación.
  - Si sigue alguna dieta específica y si ésta está prescrita por un profesional o no.
  - Especificar: lácteos y derivados; huevos; mantequilla o margarinas y otros productos grasos de untar como patés y quesos.
  - Consumo de edulcorantes.
  - Consumo de sal.
  - Consumo de dulces.
  - Consumo de azúcar explícitamente.
  - Interesa saber el consumo de carnes blancas y magras y saber qué se consume más en comparación con las carnes rojas.
  - ¿Cómo se adaptaría la encuesta a los veganos?
  - Incluir preguntas de cómo se elaboran los alimentos, ¿cuántos fritos consume a la semana?
  - Consumo de lácteos no procesados.
  - Incluir una pregunta que diferencia el tipo de dieta: omnívoro, vegetariano...
  - Consumo de azúcares refinados.

- Consumo de carne blanca.
- Consumo de pan, como ítem aparte.
- Poco claro el orden de las preguntas?¿?¿ Yo por ejemplo pondría la carne y el pescado consecutivas, productos procesados y bebidas azucaradas...etc.
- Forma de cocinar alimentos: fritos, horno, plancha o guisos... No aparece nada de esto en el documento de evidencias.
- Ítem sólo de embutidos.
- Respecto al contaje al día en vez de a la semana, si el cuestionario va a ser de aplicación individual en consulta (o revisado en la consulta cuando el paciente lo traiga cumplimentado) podría hacerse, y de este modo sería más útil para hacer educación para la salud.
- Añadir un ítem sobre el consumo de azúcar y edulcorantes: ¿Qué tipo de endulzantes o de productos dulces consumen?
- Preguntar por la hidratación: agua, infusiones...
- Cantidad de sal/azúcar en las elaboraciones de las comidas.
- Aplicar un índice de calidad de la dieta, ej. Adherencia a la dieta mediterránea.
- **Conjunto propuestas AF y sedentarismo:**
  - AF Intensa
    - ¿Por qué se usa usted cuando en el resto de las dimensiones no se dirige al encuestado?
    - Unificar tiempos con AF Moderada, preguntar en los dos casos por el mismo tiempo de realización de la actividad.
    - Hay trabajos con ejercicio intenso, aclarar que no se incluye para la cumplimentación correcta del ítem.
    - Algo confuso ¿cambiar veces por días?
    - Poner valores absolutos para tiempos: 30-60 minutos.
  - AF Moderada
    - Hay que aclarar que el total de minutos es el sumatorio y no contados seguidos, para valorar el conjunto de actividades cotidianas.
    - Algo confuso ¿cambiar veces por días?
  - Tiempo sentado
    - Puede haber personas que se echan la siesta 2h y el resto del día son muy activos por trabajo, ejercicio físico...
    - Trabajador con AF intensa que duerme la siesta media hora y vea una película después de cenar cumple el criterio negativo de más de 2 horas de sedentarismo. ¿puede distorsionarse la interpretación de la dimensión? ¿se solucionaría aumentando el tiempo sentado?

- Cambiar lo de más de dos horas seguidas por ¿Cuánto tiempo está sentado durante el día? Por menos de 2h, de 2h-4h...
  - Aclarar el tiempo que está trabajando, tiempo sentado, teletrabajo...
  - Aclarar si el tiempo sedentario incluye la siesta.
  - Diferenciar si es durante la jornada laboral o en el tiempo de ocio. Tener en cuenta que el Ministerio de Sanidad publicó en 2015 las Recomendaciones de Actividad física para la salud y reducción del sedentarismo.  
[https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Recomendaciones\\_ActivFisica.htm](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Recomendaciones_ActivFisica.htm))
  - Hay que aclarar que el tiempo sentado hace referencia a tiempo seguido. Replantear la pregunta: ¿En algún momento del día permanece sentado, reclinado o tumbado más de 2 horas seguidas al día?
  - Hay que especificar que estas horas incluyen horas de trabajo.
- ítem a añadir:
  - Número de pasos al día.
  - Tiempo medio que camina al día y días/semana para ir al trabajo, la compra...
  - Si precisa de apoyos o ayudas técnicas para caminar.
  - Tipo de trabajo que ejerce, especificando el tiempo que dedica a estar sentado, de pie, caminando...
  - Valorar los periodos de estiramiento, pre y post ejercicio para prevenir lesiones.
  - Utilizar lenguaje inclusivo: sentado/a...
  - ¿Qué tipo de actividad física realiza en su trabajo?
  - Añadir ejercicios de fuerza.
- **Conjunto propuestas Consumo de alcohol:**
  - Durante cuanto tiempo se realiza el consumo: intensivo, diario...
  - La población general tendrá dificultades para calcular las UBEs.
  - ¿Interesa diferenciar cuál es el tipo de bebida alcohólica que se consume o es suficiente con conocer las cantidades?
  - En la valoración se debería tener en cuenta el tipo de bebida alcohólica consumida. No es lo mismo un combinado que una copa de alcohol.
- Ítem a añadir:
  - Separar el consumo entre diario y de fin de semana para observar el *binge drinking*.
  - Añadir ítem sobre el consumo ocasional.
  - Igual hay alguna bebida de consumo muy típica que pueda ser incluida. En Asturias, por ejemplo, hay consumo mayoritario de la Sidra, y siempre hacemos la equivalencia (tres culines de sidra, equivale a una copa de vino). Es decir, que habría que introducir un apartado de "otros", para detectar cualquier consumo alcohólico que no venga recogido en la tabla.

- **Conjunto propuestas Consumo de tabaco**
  - Establecer gradientes de consumo. No tienes el mismo efecto fumar dos cajetillas que dos cigarrillos.
  - Redactar la pregunta para diferenciar entre fumador habitual y ocasional, ya que fumador se considera fumar al menos 1 cigarrillo/día durante el último mes.
  - Valorar el no fumar con 20 puntos al igual que hacer actividad física moderada podría alterar el sentido de los resultados del cuestionario.
  - ¿Interesa conocer si fuma cuáles son las cantidades?
  - Debería especificarse que el consumo de un cigarrillo al día se considera fumador.
- Ítem a añadir:
  - Preguntar por cuánto fuma al día.
  - Considerar fumador al que fuma cannabis o ambos.
  - Habría que valorar el consumo de nicotina con los vapeadores.
  - Si se encuentra en período de deshabituación, es exfumador...y asignar una puntuación intermedia.
  - Considerar añadir el número de cigarrillos/día.
  - Especificar el tipo de “tabaco” /sustancia que se consume.
  - Se podría valorar incluir para los que fuman actualmente o lo han hecho hasta hace menos de 1 año la cantidad y el tiempo.
  - Incluir un ítem explorando si es fumador pasivo, y otro explorando el consumo de otras formas (cigarrillos electrónicos...)
  - Exposición pasiva al humo del trabajo. Modificar puntuación: “Sí: 0 puntos; No: 15/16 puntos” y el ítem 2, sobre exposición pasiva, como “Sí: 0 puntos”; No: 5/4 puntos”.
- **Conjunto propuestas Bienestar emocional:**
  - Me siento satisfecho de quién soy (estoy a gusto conmigo mismo)
    - No se entiende bien tal cual está formulada.
    - Quién/como soy.
    - Puede crear confusión diferencias este ítem y el de estoy contento con la vida que llevo.
  - Estoy contento con la vida que llevo
    - Replantearla: estoy contento con mi vida (en general).
    - Puede crear confusión diferencias este ítem y el de me siento satisfecho de quién soy.
  - Estoy alegre y de buen humor
    - Acotar el tiempo: en la última semana, en las 2 últimas semanas... Durante las 2 últimas semanas, ¿con que frecuencia se ha sentido alegre y de buen humor?
    - Repetición del ítem anterior.

- Me siento estresado (nervioso, angustiado, irritable...)
  - Inversamente relacionado con el ítem “estoy alegre y de buen humor”)
  - Acotar el tiempo: en la última semana, en las 2 últimas semanas... Durante las dos últimas semanas, ¿con que frecuencia se ha sentido estresado (nervioso, angustiado, irritable...)?
  - Son tres emociones diferentes, no las pondría entre paréntesis sino separadas por coma y al final un “o”, pues algunas personas sentirán una u otra emoción o varias. Ejemplo: Me siento estresado/a, nervioso/a, angustiado/a o irritable.
- Me siento capaz de superar las dificultades que se me presentan
  - Ambigua.
- Me siento motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad
  - Poner entre paréntesis algún tipo de actividad a la que se refiere el ítem.
  - Redacción imprecisa. Se refiere a actividad laboral, de ocio...
  - Especificar si se habla de una nueva actividad.
  - Especificar ¿qué tipo de actividad? ocio, trabajo, relaciones sociales...
  - Especificar con qué tipo de actividad. Puede confundir con actividad física exclusivamente.
  - Diferenciar entre ocio/trabajo.
- Me siento capaz de superar las dificultades que se me presentan
  - Especificar qué dificultades.
- Tengo personas en mi entorno con las que me relaciono satisfactoriamente y comparto mis preocupaciones
  - Tengo personas en mi entorno con las que me relaciono satisfactoriamente y comparto mis preocupaciones, **cuando lo necesito** (*ya que habrá algunas personas que digan que no, pero no porque no lo tengan, sino porque no lo necesitan hacer*)
- Me siento querido por las personas importantes para mi
- Tengo problemas de sueño.
  - No todos los problemas de sueño están relacionados con bienestar/malestar emocional.
  - Debería especificarse “cualquier problema de sueño”. Para conciliar, interrupciones...
  - Preguntar por las horas de sueño.
  - Número de veces que se despierta.
  - Redactarla en positivo: Duermo bien, me levanto descansada/o.
  - Especificar “problemas”: problemas para quedarse dormido, despertarse durante la noche, despertarse antes de tiempo, ...
- Tengo suficiente tiempo de ocio.

- Más que tiempo, lo importante es la calidad del ocio. Si hago lo que me gusta y disfruto de ello.
  - El término suficiente es relativo y genera diferente interpretación según la persona. Mejor poner: tengo tiempo para el ocio.
  - Valorar el tipo de ocio no basándose en el tiempo, sino en el grado de satisfacción/disfrute del ocio realizado.
  - Diferenciar entre tiempo y calidad del ocio.
  - Propuesta: Dedico suficiente tiempo de ocio a actividades que me gustan y me hacen sentir bien.
  - Diferenciar entre días laborales/fines de semana.
- Ítem a añadir:
- Impacto de la soledad no deseada en la salud.
  - Alguna pregunta que valore su calidad de vida. ¿Como diría que es su estado de salud actual? Malo – regular – bueno
  - Durante las últimas 2 semanas, ¿Con qué frecuencia a tenido dificultad para relajarse? Nunca, menos de 7 días, más de 7 días, todos los días.
  - Durante las últimas 2 semanas, ¿Con que frecuencia se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas? Nunca, menos de 7 días, más de 7 días, todos los días.
  - ¿Le gusta salir y realizar actividades nuevas? Porque una cosa es tener tiempo libre y otra no querer salir de casa.
  - Consumo de drogas.
  - Añadir límite temporal a todos los ítems: ¿en los dos/ último mes qué número de veces te has sentido?>>> siempre, alguna vez, nunca.
  - Incluir un ítem que recoja el nivel de confianza y seguridad en una mismo. (Autoestima)
  - Incluir algún ítem que aborde los determinantes sociales de la salud que se relacionan con estos estilos de vida: condiciones laborales, económicas, entornos...
  - En mi actividad laboral tengo perspectivas de progreso y proyectos de futuro.
  - Utilizar un lenguaje inclusivo.
  - Algún ítem relacionado con cambios en el apetito.
  - Algún ítem relacionado con la pérdida del interés o placer por los demás y por las actividades que realiza (anhedonia) (adicional a la pregunta de motivación).
  - Algún ítem relacionado con la dificultad para tomar decisiones.
  - Algún ítem relacionado con la atención/concentración.
  - Algún ítem con el cambio de interés por el sexo.
  - Algún ítem relacionado con el nivel de energía y/o fatiga.
  - Podría incluirse una dimensión sobre conductas de riesgo relacionadas con consumo de otras drogas diferentes a las que se incluyen, prácticas sexuales de riesgo....
  - Alguna pregunta más sobre sueño-descanso. horas de sueño, si necesita medicación...

- Añadir “Tengo personas a mi lado que me apoyan si necesito ayuda”.
- Añadir “Acepto mis errores o mis limitaciones sin sentirme culpable”
- El aspecto espiritual parece tener importancia, quizás puede añadirse una pregunta más, algo así como: “Me apoyo en mis creencias espirituales para superar las dificultades que se me presentan”
- Aspectos socioeconómicos.

➤ **Dimensiones que añadir:**

- Seguridad y lesiones no intencionales. Es otra de las partes incluidas en la estrategia de promoción y prevención de la salud: <https://estilosdevidasaludable.sanidad.gob.es/>

- Dieta y microbiota.

Anexo 16: Documento de respuestas controlados por el IP para el desglose propuestas panel de expertos, ronda 2, versión 2 PA100.

DESGLOSE DE PROPUESTAS RONDA 2 DE EXPERTOS	VALORACION INVESTIGADORES PRINCIPALES		
	INVES 1	INVES 2	INVES 3
<b>Conjunto propuestas dimensión <u>ALIMENTACIÓN</u></b>			
<b>1. Verduras y hortalizas:</b>			
Poner ejemplos que aclaren la diferencia entre verdura y hortaliza.	<b>NO:</b> Como se evalúan de manera conjunta no lo veo necesario		
Añadir un listado anexo de ejemplos.	<b>NO:</b> En nuestro contexto no veo necesario poner ejemplos de lo que son verduras y hortalizas		
Preguntar conjuntamente verduras/hortalizas y frutas.	<b>NO:</b> En casi todos los cuestionarios revisados se evalúan por separado. Hay evidencia de los beneficios de ambos grupos por separado		
Especificar crudas o cocidas y la ración de cada una.		<b>NO:</b> Se aconseja el consumo de una cruda y una cocida, pero se trata de que exista el consumo DIARIO recomendado, más que su forma de consumo.	OK_NO
Cambiar la medida del consumo por taza, plato... y concretar sin especificar rango 150-200 gr.		<b>SI:</b> se amplía la selección de medidas caseras en relación con el concepto de ración.	OK_Revisar Redacción
Concretar ración o plato. Definir ración como plato principal o guarnición.		<b>SI:</b> se amplía la selección de medidas caseras, incluyendo guarnición, en relación con el concepto de ración.	OK_Revisar Redacción
Definir verduras y hortalizas, pueden pensar que las patatas lo son.			Valorar añadir como hace Medlife la exclusión de las patatas ¿Cuántas raciones de verduras u hortalizas consume al día? (excepto patatas)
<b>2. Frutas:</b>			

Aclarar el consumo de determinadas frutas (cerezas, fresas, melón...)	SI: Se incluye propuesta		
Preguntar juntamente con las verduras.	<b>NO:</b> En casi todos los cuestionarios revisados se evalúan por separado. Hay evidencia de los beneficios de ambos grupos por separado		
Definir “pieza” o poner pesos, cantidad o volumen.	SI: Se incluye propuesta		
Especificar si el consumo es entera, triturada, a trozos...	<b>NO:</b> En relación con beneficios en salud no hay diferencias. No se especifica en los cuestionarios revisados.		
Concretar si la ración son 150 o 200 gr.		<b>NO:</b> las recomendaciones establecen este rango para la ración recomendada de fruta al día.	OK_NO
Aclarar la terminología y la equivalencia entre pieza/ración/taza. ¿mejor sólo número de piezas?		SI: se amplía la selección de medidas caseras en relación con el concepto de ración.	Ok a la inclusión de nuevas equivalencias. Tengo dudas sobre la inclusión del zumo natural y la fruta desecada
<b>3. Cereales:</b>			
Ítem difícil, infraestimado su consumo según MAPAMA.			
Diferenciar entre cereales normales e integrales, considerar registrar el consumo de ambos.		<b>NO:</b> nuestro objetivo es que el mayor número de raciones sean de integrales, no valorar el consumo general de cereales.	
Añadir ítem sólo de consumo de pan.		SI: se separan en dos el ítem de cereales.	¿Por qué? No veo la necesidad de separar en dos preguntas
Considerar el exceso de consumo (aunque sean integrales)		SI/NO: ¿el exceso de cereales integrales no conlleva un aumento de enfermedades crónicas directamente? PENDIENTE DE REVISAR BIBLIOGRAFÍA.	
Especificar el consumo a la semana en vez de al día.		<b>NO:</b> las recomendaciones son al día, no a la semana.	Pero actualmente lo tenemos a la semana. Quia no estaría de mas cambiarlo a consumo diario
Aclarar veces/semana o días/semanas (sólo en fin de semana ya anotarías 2 puntos)		<b>NO:</b> pasa con todos los ítems, no creo que nadie haga consumo exclusivo de cereales/fruta/verdura/frutos secos sólo el FDS.	OK_NO

Considerar cereales en general, los integrales están poco integrados en las costumbres de nuestra sociedad.		NO: se trata de concienciar que las recomendaciones y los beneficios son con los cereales integrales.	OK_NO
Ítem difícil de alcanzar, población general consume pan y cereales refinados.		NO: de eso se trata, que sean conscientes de que deben cambiar el hábito y consumir más cereales integrales.	OK_NO
<b>4. Procesados o ultra procesados:</b>			
Aclarar diferencia entre procesado y ultra procesado.	<b>NO:</b> En la revisión de la evidencia sobre el impacto en salud se suele analizar de forma agrupada		
Definir ultra procesados (5 ingredientes en su composición) y si todas las galletas, cereales de desayuno... lo son.			
Ítem difícil de explicar qué productos lo abarcan.	Por eso se ha puesto ese listado		
Explicar el concepto ultra procesado. Ampliar ejemplos: fruta en almíbar... . Al poner más ejemplos, que el encuestado señale cuales y el investigador sea quien los clasifique en procesado/ultra procesado.		NO: en este cuestionario no se trata de conocer cuáles son los procesados/ultra procesados que se consumen, sino de la cantidad, para que mejore el hábito en caso de que este sea excesivo. En la actualidad creo que la población es consciente de lo que es un procesado.	OK_NO
Simplificar el concepto ultra procesado: preconizados listos para consumir.		NO: los procesados abarcan más que comidas listas para consumir, estaríamos infraestimando el consumo.	Se podría añadir en el listado de productos que tenemos: ...y otros alimentos precocinados/listos para consumir.
Diferenciar los cereales de desayuno que no son procesados. (avena, muesli...) y diferencias con galletas "más sanas".		SI: ya se ha especificado que cereales de desayuno. Respecto a la galletas, excepto las elaboradas en casa, todas son procesadas, mejor o peor, pero procesadas.	Añadir cereales de desayuno refinados/azucarados
Cambiar puntuación: considerar 2 puntos al consumo de "1 o menos" y 0 al resto del consumo ya que la recomendación debe ser ocasional.		SI: se ajusta puntuación.	¿?
Incluir en este apartado las carnes procesadas y quitarlas del siguiente ítem.		SI: modificado ítem.	¿?. No lo veo incluido en la nueva propuesta de Jennifer
Incluir procesados veganos.		NO: aunque sean veganos, los snacks son procesados.	OK_NO

Incluir procesados lácteos (helados).		SI: se incluyen helados, aunque procesados lácteos también lo es cualquier yogur que no sea natural, con >5gr de azúcar.	Ok a la inclusión de los helados como alimentos procesados
Valorar puntuación en raciones/día (cohorte SUN, mortalidad aumenta un 62% si >4 raciones/día).		NO: hablamos de consumo/semana porque este debe ser OCASIONAL, es decir, no debería existir un consumo diario.	OK
Incluir clasificación NOVA.		NO: la población no conoce esta clasificación, aunque se han añadido puntualizaciones como exceso de sal/azúcar/aditivos... para aclarar el concepto de comida lista para consumir.	Sin poner tal cual la clasificación NOVA, pero sí que incorporar algunas aclaraciones de esta clasificación como hemos hecho
Incluir salazones, Avecrem...		NO: salazones son formas de conservación y hay productos bien procesados. Respecto al Avecrem...	Valorar el tema del Avecrem... Quizá se podría añadir entre los ejemplos de alimento procesado. Ver la opción de pastillas para caldo
Aclarar si entre las sopas se incluyen gazpachos/salmorejos...		NO: en este caso son verduras, no creo que haya confusión	OK_NO. Ya añadido en verduras/hortalizas
Incluir quesos, patés...		*Pendiente de valorar.	No los incluiría (no figuran en ningún cuestionario)
<b>5. Carnes rojas:</b>			
No se distinguen si son o no procesadas, ya que no es lo mismo una salchicha fresca que una procesada.	<b>NO:</b> Como hay otro ítem que ya interroga por el tema de los procesados no veo necesario diferenciarlo aquí también		
Preguntar de forma separada por la carne blanca y la carne magra.		SI: se separa este ítem en 2.	¿Por qué añadir una pregunta sobre consumo de carne blanca/magra?
Aclarar el tipo de presentación de la carne: picada, embutido...		NO: se aclara el consumo en filetes, procesada y embutidos.	OK_NO
Cambiar puntuación: considerar 2 puntos al consumo de "1 o menos" y o al resto del consumo ya que la recomendación debe ser ocasional.		SI: se cambia la puntuación.	
Separar las carnes procesadas, con alto contenido en sal, de las carnes rojas, blancas...		SI: se separa este ítem en 2.	Jennifer lo que ha hecho es separar las carnes blancas de las rojas. NO se si tiene mucho sentido

Considerar el consumo en piezas/filetes, mejor que en gramos.		SI: se aclare ración y medida casera.	OK_SI
Ítem sólo de embutidos.		NO: se trata de un consumo ocasional como el de las carnes rojas.	OK_NO
Las raciones de las diferentes carnes no son intercambiables.		SI: se separan las carnes rojas/blancas, aunque el tamaño de la ración es prácticamente semejante, los que cambia son las recomendaciones de consumo.	¿?
<b>6. Bebidas carbonatadas:</b>			
Dudas con las bebidas <i>light</i>	Empieza a haber evidencias de que el consumo de bebidas edulcoradas de manera artificial (bebidas <i>light</i> ) también incrementa el riesgo de ICTUS, ECV y mortalidad por todas las causas. Se adjunta evidencia.		
Distinguir si se trata de bebidas carbonatadas <i>light</i>			
Eliminar colas, ya se incluyen en refrescos.		Si: se elimina colas.	OK_SI
El agua con gas ¿se incluye en esta clasificación?		SI: se cambia a bebidas edulcoradas/azucaradas.	
Cambiar puntuación: considerar 2 puntos al consumo de “1 o menos” y o al resto del consumo ya que la recomendación debe ser ocasional.		SI: se cambia puntuación.	
No está clara la diferencia entre carbonatada/azucarada (refresco <i>light</i> o Zero, ¿cómo se clasifica?		NO: un refresco <i>light</i> y Zero no se diferencian en cuanto a la cantidad de edulcorantes, sólo en acidulantes.	
Especificar ml o cantidad en vasos.		SI: se especifica volumen del vaso según cohorte EPIC.	Ok a añadir volumen
Clasificar consumo al día mejor que consumo semana.		NO: se trata de un consumo OCASIONAL, por lo que no debería ser diario.	Dejar semanal

Diferenciar entre calóricas y no.		NO: no se trata sólo de calorías, ya que una bebida Zero no tiene calorías, pero sí edulcorantes que se han relacionado con DM, cáncer colorrectal...	Sigo teniendo dudas de si asignar la misma puntuación a una azucarada que a una edulcorada...
<b>7. Legumbres:</b>			
Poner ejemplos y resaltar que lentejas y garbanzos pertenecen a este grupo.	SI: Se incluye propuesta		
No se entiende bien la aclaración. Un plato colmado puede llevar mucho más de 150g.	SI: Se incluye propuesta		
Ración media en crudo son 80 gramos.		SI: se aclaran raciones/medidas caseras.	Ok a añadir medidas caseras
Sustituir plato hondo mediano por número de cucharones.		SI: se aclaran raciones/medidas caseras.	¿?
Contemplar intolerancias, porque se considera o en este ítem.		*Pendiente de valorar.	Yo no las contemplaría
Incluir ejemplos de las que están de “moda”		NO: quién las consuma sabe que son legumbres.	Ok_NO
<b>8. Pescado/mariscos:</b>			
No se definen cantidades.	SI: Se incluye propuesta		
Separa pescados de mariscos porque no son nutricionalmente semejantes.		NO: su recomendación de consumo va junta.	Ok_NO
¿Cómo valorar el consumo de bivalvos pequeños? ¿Mejor valorar consumo de marisco en gramos?		SI: se añade aclaración.	Ok
Concreta la ración, o 100 o 150.		NO: La recomendación de la ración es 100-150g, se añade correspondencia en medida casera.	Ok_NO
Modificar puntuación y poner 2 o más con 2 puntos		NO: la recomendación es de 3-4 raciones/semana.	Ok_NO
Especificar conservas de pescado, graso, blanco, azul...		SI: se añade.	Ok
<b>9. Frutos secos:</b>			
Poner ejemplos, especialmente nueces.	SI: Se incluye propuesta		

Especificar consumo en crudo, fritos...	SI: Se incluye propuesta		
¿Cómo se contabiliza el consumo?	SI: Se incluye propuesta		
Se pregunta sólo por las preparaciones “naturales”, ¿qué pasa con el consumo de estos tostados?		*Pendiente de revisar, aunque el consumo preferible es en crudo y con cáscara.	La recomendación es que se consuman crudos, sin tostar ni freír. Al tostarlos pierden vitaminas y antioxidantes. Los tostados son mejor que los fritos, pero mejor todavía son los crudos
Concretar la ración, o 20 o 30 gramos.		NO: la recomendación de la ración es de 20-30gr, dependerá del tamaño del puño de cada uno.	Ok_NO
Valor del ítem sin tostar.		*Pendiente de valorar.	La recomendación es que se consuman crudos, sin tostar ni freír. Al tostarlos pierden vitaminas y antioxidantes. Los tostados son mejor que los fritos, pero mejor todavía son los crudos
<b>10. Aceite de oliva:</b>			
Sistema de puntuación algo lioso.	Si a alguien se le ocurre algún sistema más sencillo que haga una propuesta		
Indicar el tipo de consumo: crudo, tostar...	SI: Se incluye propuesta		
“Habitualmente” es muy interpretable.	SI: Se incluye propuesta		
Aclarar “otro tipo” de aceite de oliva.	SI: Se incluye propuesta		
Buscar una clasificación más clara.	Si a alguien se le ocurre algún sistema más sencillo que haga una propuesta		
Especificar el tamaño de la cuchara. Incluir medida de cucharada sopera.		SI: se incluye.	Ok
Separar la pregunta: tipo/cantidad.		NO: ya se separa en la puntuación.	
No hay evidencia para separar aceite de oliva y AOVE para recibir más puntuación.		NO: se les asigna la misma puntuación.	No les damos la misma puntuación
Considerar otros aceites nutricionalmente beneficiosos con otra puntuación distinta a o (Ej. Girasol alto oleico, coco...)		SI: se añade aceite de girasol alto oleico.	

Valorar incluir un límite máximo de consumo recomendado. Valorar el exceso. ¿obesidad?		*Pendiente de valorar.	NO
Si no se consumen aceites u otra grasa, ¿qué puntuación se asigna?		NO: ya incluido.	NO
Incluir consumo de mantequilla.		SI: se incluyen grasas culinarias.	OK
Difícil de contestar si se hacen muchas comidas fuera de casa.		NO: normal y especialmente en esta situación suelen darte monodosis para sazonar. Otra cosa es el consumo de fritos, guisos...aunque sería valorar que no lo hacen con AO-AOVE.	
<b>Ítems a añadir:</b>			
Consumo de azúcar/edulcorantes.		Implícito en diferentes ítems.	
Consumo de sal.		Implícito en diferentes ítems.	
Consumo de agua, infusiones...		SI: se incluye.	
Consumo de lácteos.		*Pendiente de valorar.	
Técnicas culinarias habituales y cantidad de sal/azúcar para realizarlas.		NO: No es el objetivo del cuestionario.	
Tipo de dieta que realiza.		NO: No es el objetivo del cuestionario.	
Modificar orden de los ítems dentro de la dimensión: carne y el pescado consecutivas, productos procesados y bebidas azucaradas... etc.		SI: se ordenan según recomendación de consumo: diario/semanal/ocasional	
Para facilitar la educación para la salud en consulta, es mejor preguntar por consumo/día en vez de consumo/semana.		Se pregunta según recomendaciones.	
Incluir dónde realiza la mayoría de sus comidas principales.		NO: No es el objetivo del cuestionario.	
Incluir un índice de la calidad de la dieta (ej. Adherencia a la DM).		NO: No es el objetivo del cuestionario.	

Preguntar por medidas antropométricas		SI: pero serán auto referidas.	
Preguntar si realiza alguna dieta, cual y si es supervisada por algún profesional.		SI: esto podría incluirse para la fase en la que se realice el cuestionario por un profesional de la salud, pero no para el autoadministrado.	
Tipo de dieta que consume: omnívora, vegetariana...		* Pendiente de valorar si incluir.	
Si presenta algún tipo de enfermedad digestiva/intolerancia.		* Pendiente de valorar si incluir.	
<b>Conjunto propuestas ACTIVIDAD FÍSICA Y SEDENTARISMO:</b>			
Definir tiempo sentado: reclinado, tumbado (sin incluir descanso nocturno)	SI: Se incluye propuesta		
“Habitualmente” es muy interpretable.	SI: Se incluye propuesta		
Indicar “al menos” 25 minutos en actividad intensa.	SI: Se incluye propuesta		
Indicar “al menos” 30 minutos en actividad moderada.	SI: Se incluye propuesta		
<b>1. AF Intensa</b>			
¿Por qué se dirige al encuestado como usted solo en este apartado?		SI: se incluye propuesta	Ok
Unificar tiempos en AF intensa y moderada, ¿por qué la diferencia de 5' (25/30 minutos)?		NO: se siguen las recomendaciones de la OMS.	Ok
Especificar que no se incluye la realización de trabajo intenso.		NO: Hablamos de AF, lo que se entiende como al margen del trabajo desempeñado.	Ok
Cambiar veces por días.		NO: las recomendaciones hablan de veces.	Ok
Poner valores absolutos para tiempos: 30-60 minutos.		NO: se siguen las recomendaciones de la OMS.	Ok
<b>2. AF Moderada</b>			

Aclarar que el total de minutos es el sumatorio, aunque no sean seguidos.		NO: yo creo que no es nefario aclararlo.	CAMBIAR
Cambiar veces por días.		SI: se incluye propuesta.	Figura veces. Yo no lo cambiaría
<b>3. Sentado</b>			
Especificar si es dentro de la jornada laboral (teletrabajo) o en su tiempo de descanso.		NO: cualquier tipo de sedentarismo afecta a la salud, da igual que sea por motivo laboral que por ocio.	Ok
Aclarar que el tiempo sentado hace referencia a tiempo seguido: Replantear la pregunta: ¿En algún momento del día permanece sentado, reclinado o tumbado más de 2 horas seguidas al día?		NO: ya se especifica "seguidas"	Ok
Valorar que no penalice tanto dormir una siesta de 2h si el resto del día se realiza un trabajo intenso.		NO: el descanso fuera del descanso nocturno se considera sedentarismo.	Ok
<b>Ítems por añadir:</b>			
Número de pasos al día.		* Pendiente de valorar.	7000-8000 pasos/día. AF Moderada: cadencia 100 pasos/minuto Vigorosa: 120 pasos/minuto
Tiempo medio que camina al día/semana para realizar tareas, ir al trabajo...		NO: las tareas rutinarias no se consideran AF.	Si metemos lo de los pasos ya estaría incluido
Si precisa de ayudas técnicas.		* Pendiente de valorar.	Difícil de valorar
Tipo de trabajo que ejerce para poder valorar su actividad.		NO: se mide la AF extra, fuera de su trabajo.	
Valorar los periodos de estiramiento, pre y post ejercicio para prevenir lesiones.		NO: no creo que sea objeto de este cuestionario.	Ok
Utilizar lenguaje inclusivo: sentado/a		SI: se incluye propuesta.	Si se incluye, tenemos que incluirlo también en las preguntas de bienestar
Añadir ejercicios de fuerza.		* Pendiente de valorar.	Se podría Añadir: 2 o más días a la semana de actividades de fortalecimiento muscular: 2 puntos
Tiempo de uso de pantallas.		NO: no creo que sea objeto de este cuestionario.	Ok

Conjunto propuestas CONSUMO DE ALCOHOL:			
Contemplar el <i>binge drinking</i> , un consumo de 6 o más bebidas alcohólicas en una misma ocasión de consumo.	SI: Ya se contempla en la Tabla de Valoración		
Reducir rangos de valoración, conflicto con consumo excesivo o consumo medio.	SI: En base a la nueva evidencia científica disponible se proponen nuevos rangos de valoración		
Separar consumo diario de consumo ocasional.		NO: cualquier consumo es de riesgo, sea en semana o en FDS.	Ok
Incluir en la clasificación otros y equiparar UBE, ej: sidra, 3 “culines” =copa de vino		NO: habría que analizar el % de alcohol de todas las bebidas tradicionales para equipararlas.	Ok
Durante cuanto tiempo es el consumo: diario, intensivo...		NO: cualquier consumo es de riesgo, sea en semana o en FDS.	Ok
Dificultad para calcular las UBE.		NO: no se ha observado esta dificultad en la primera prueba piloto (alumnos/personas entorno).	Ok
¿Es necesario distinguir el tipo de bebidas alcohólica? ¿Es suficiente con saber sólo la cantidad?		NO: según el tipo de bebida se asigna la cantidad de UBE.	Ok
Tener en cuenta en la valoración si la bebida alcohólica se acompaña de refresco.		NO: se mediría en la dimensión de alimentación/bebidas edulcoradas/azucaradas.	Ok
Una cerveza/semana, te resta 10 puntos.		NO: cualquier consumo, por mínimo que sea, es de riesgo.	Ok
Conjunto propuestas CONSUMO DE TABACO:			
Establecer gradientes de consumo como con el alcohol.		NO: fumar, aunque sea poco implica riesgo para la salud.	ok
Diferencias entre fumador ocasional/habitual.			ok
Conocer cantidad de cigarrillos/día.			ok
Conocer qué sustancia se fuma.		*Pendiente de valorar.	Completar la pregunta: ¿Fuma usted? Añadir tabaco, cigarrillo

			electrónico, vapeadores, narguiles, cannabis
Conocer el período en el que se encuentra: exfumador, deshabitación... y asignar una puntuación intermedia.		NO: no pertinente para el objetivo de este cuestionario.	ok
¿Por qué se equipara no fumar con realizar AF_Intensa?		NO: son 2 hábitos saludables.	ok
Conocer si es fumador pasivo.		*Pendiente de valorar	Podría ser...
Incluir un ítem que valore la exposición pasiva al humo del tabaco. Puntuación: "Sí: 0 puntos; No: 15/16 puntos" y el ítem 2, sobre exposición pasiva, como "Sí: 0 puntos"; No: 5/4 puntos".		*Pendiente de valorar	Podría ser...
Utilizar mejor el test de Fägerstrom que valorar número de cigarrillos y tiempo del primero.		NO: No es pertinente para el objetivo del estudio.	ok
Incluir número de cigarrillos para los que fuman actualmente o lo han dejado hace menos de un año.		NO: No es pertinente para el objetivo del estudio.	ok
<b>Conjunto propuestas BIENESTAR EMOCIONAL:</b>			
Añadir ítem relacionado con el estrés percibido: 8. Me siento capaz de superar las dificultades que se me presentan: Siempre o casi siempre: 2 puntos Frecuentemente: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos	SI: Se incluye propuesta		
Dividir en 2 el ítem: Me siento satisfecho de quién soy y la vida que llevo. Para que haga referencia a dos factores diferentes, autoaceptación y dominio del entorno.	SI: Se incluye propuesta		
Modificar redacción ítem "Me siento satisfecho de quién soy y la vida que llevo" y añadir ... de la vida que llevo.	Se ha dividido el ítem		
Corregir puntuación ítem "Tengo suficiente tiempo de ocio" ya que se puntúa con 2 puntos dos opciones: Siempre o casi siempre: 2 puntos Frecuentemente: 2 puntos	SI: Se incluye propuesta		
<b>1. Me siento satisfecho de quién soy.</b>			

Quien/como soy.		NO: quién implica identidad y características de una persona.	PENDIENTE
Puede crear confusión con el siguiente ítem.		NO: uno puede estar satisfecho de quién es, pero no estar contento con su vida por otros motivos.	
Ítem resumen de los ítems 2,3		NO: Ítem 1=autoconcepto; Ítem 2-3=estado de ánimo.	
<b>2. Estoy contento con la vida que llevo.</b>			
Replantar ítem: estoy contento con mi vida en general.		NO	
Puede crear confusión con el ítem anterior.		NO: Ítem 1=autoconcepto; Ítem 2-3=estado de ánimo.	
Puedo estar a gusto conmigo mismo y no ser feliz con la vida que llevo.		NO: por eso se separa el ítem 1/ítem 2	
<b>3. Estoy alegre y de buen humor.</b>			
Acotar el tiempo o replantear la pregunta, ¿con qué frecuencia se ha sentido alegre y de buen humor?		NO: el periodo de tiempo se establece en los últimos 3 meses para todas las dimensiones.	Plantear añadir suele
Repetitivo con el ítem anterior.		NO: puedo estar contento con mi vida y en el último periodo de 3 meses no estar alegre o de buen humor por algún motivo concreto.	
Manifestación positiva de los ítems 1,2			
<b>4. Me siento estresado (nervioso, angustiado, irritable...).</b>			
Inversamente relacionado con el ítem anterior.			
Acotar el tiempo o replantear la pregunta, ¿con qué frecuencia se ha sentido estresado, nervioso... en las últimas dos semanas?		NO: el periodo de tiempo se establece en los últimos 3 meses para todas las dimensiones.	
Son 3 emociones diferentes, no poner entre paréntesis sino separadas por comas.		SI: se incluye propuesta	
Manifestación negativa de los ítems 1,2			

<b>5. Me siento motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.</b>			
Redacción imprecisa, poner ejemplo de actividades.		NO: se trata de valorar el hecho de sentirse motivado, el tipo de actividad para esta motivación es independiente de que sea trabajo/ocio/AF...	
Especificar si se hace referencia a actividades de ocio, laborales...			Me siento motivado a realizar nuevas actividades (ocio, laborales, deportivas...)
Especificar si se habla de una nueva actividad.			
Especificar qué tipo de actividades para que no se confunda con la AF.			
<b>6. Me siento capaz de superar las dificultades que se me presentan.</b>			
Ambigua y general.		NO: la población es capaz de entender que dificultad significa situación que implica obstáculo...	
Concretar dificultades.			
<b>7. Tengo personas en mi entorno con las que me relaciono satisfactoriamente y comparto mis preocupaciones.</b>			
Especificar "cuando lo necesito", ya que pueden no hacerlo porque no lo necesitan.		NO: si la relación es satisfactoria es porque están cuando lo necesito ya que implica que cumplen con mis necesidades/expectativas.	Se podría añadir
¿Contento con la vida que llevo?		NO: ya incluida	
<b>8. Me siento querido por las personas importantes para mí.</b>			
Podría contestarse con el ítem 7		NO: el ítem 7 hace referencia a las relaciones personales/laborales en general y este ítem hace referencia a un sentimiento	
<b>9. Tengo problemas de sueño.</b>			
Especificar que incluye cualquier problema con el sueño: inducción, mantenimiento, interrupciones...			

Añadir más información sobre sueño-descanso: horas, medicación...			
Redactarla en positivo: duermo bien, me levanto descansada/o.		SI: se incluye propuesta	Ok, valorar cambio
<b>10. Tengo suficiente tiempo de ocio.</b>			
El término suficiente es relativo y sujeto a interpretación individual. Replantear: "Tengo tiempo de ocio"		NO: suficiente limita el ítem a lo necesario para cada uno.	
Plantear un grado de satisfacción con el ocio, más que valorar si tengo tiempo o no.		NO: el ocio implica algo que te aporta satisfacción, lo que suele faltar es tiempo para disfrutarlo.	
Valorar preguntar por la calidad de ese ocio mejor que el tiempo de ocio.			Valorar ampliar
Diferenciar entre la semana y el fin de semana.		NO: es indistinto cuando se tenga.	
Replantear pregunta: "Dedico suficiente tiempo de ocio a actividades que me gustan y me hacen sentir bien".		NO: ocio implica actividad de distracción, fuera de las ocupaciones habituales.	Valorar esta opción de pregunta
<b>*Propuestas mejora dimensión</b>			
Utilizar un lenguaje inclusivo		SI: se incluye propuesta	
Impacto de la soledad no deseada.		NO: valorado con ítem relaciones personales.	
Pregunta que evalúe la calidad de vida: ¿cómo es su estado de salud?			
Pregunta: ¿con qué frecuencia ha tenido dificultad para relajarse?		NO: valorado con ítem de estrés.	
Pregunta: ¿con qué frecuencia se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas?			
Pregunta: ¿le gusta salir y realizar actividades nuevas?		NO: incluido en los ítems de motivación y tiempo de ocio.	
Consumo de drogas y conductas de riesgo.		NO: ya se incluyen las dimensiones de alcohol y tabaco	

Añadir límite temporal a los ítems: ¿en los dos/último mes que nº de veces te has sentido...?		NO: el cuestionario recoge las respuestas de los últimos 3 meses.	
Ítem que recoja el nivel de confianza y seguridad de uno mismo.		NO: incluido en el ítem 1 en el que se evalúa la autoconfianza	
Ítem que aborde los determinantes sociales de la salud relacionados con EV (condiciones laborales, económicas...)		NO: ya se hace una encuesta de datos socioeconómicos.	
Pregunta: en mi actividad laboral tengo perspectivas de progreso y proyectos de futuro.		SI: se incluye propuesta	
Ítem relacionado con cambios en el apetito.		NO: no pertinente	
Ítem relacionado con la dificultad para tomar decisiones.		NO: se analiza con el ítem de dificultades.	
Ítem relacionado con la atención/concentración.		NO: no pertinente	
Ítem relacionado con el cambio de interés por el sexo.		NO: no pertinente	
Ítem relacionado con el nivel de energía y/o fatiga.		NO: se analiza a través de otros ítems.	
Ítem: “tengo personas a mi lado que me apoyan si necesito ayuda”		NO: ya incluida	
Ítem “acepto mis errores o mis limitaciones sin sentirme culpable”		NO: se analiza con la autoaceptación del ítem 1.	
Incluir el aspecto espiritual: “me apoyo en mis creencias espirituales para superar las dificultades que se me presentan”		NO: no pertinente	
Ítem “me siento querido por las personas importantes para mi”		NO: ya incluido	
Añadir ítem: “Me siento satisfecho con el trabajo que realizo”		SI: se incluye propuesta	

## Anexo 17: Recopilación propuestas modificaciones validación de contenido tercera ronda de expertos.

### Conjunto propuestas dimensión Alimentación:

#### 1. Verduras

- Comentario general para todas las propuestas sobre raciones, especificar medidas “visuales” ayuda en la valoración.
- Cambiar “2 o más” por “Más de 2”. Si no se pone tilde, se puede confundir una “o” con un cero (0).
- Cambiar < de 1 por “Menos de 1”. Igual alguien no recursa o no sabe los signos de menor y mayor.
- ¿un tomate grande o 2 zanahorias equivalen a 1 ración?
- Hablaría de: Un plato grande de ensalada o de verdura cocida (no plato hondo). Un plato hondo de crema de verduras (no puré) o de gazpacho o salmorejo. En las medidas de las hortalizas no concretaría, ya damos la referencia del peso total de la ración: diría 1-2 tomates, zanahorias o pepinos.
- Se podría indicar como en la pregunta 6. Ninguna = 0 puntos.

#### 2. Frutas

- Indicar más claramente qué es una ración.
- Yo creo que 1 plátano iría ya incluido en “1 pieza mediana”.
- Cambiar “3 o más” por “Más de 3”.
- Cambiar < de 1 por “Menos de 1”.
- ¿Es necesario especificar raja/rodaja cuando se habla de melón/sandía?
  - \*Raja: Porción delgada de una fruta u otro alimento que se corta de manera uniforme o en forma de cuña.
  - \*Rodaja: Trozo circular, generalmente delgado y de grosor uniforme, que se corta de un alimento sólido de forma redonda o cilíndrica.
- Pondría ¿Cuántas raciones de fruta...? Así queda como la pregunta de la verdura, entre paréntesis ya se aclara lo que sería una ración.
- Es difícil calcular todas las frutas, pero diría: Una pieza mediana de naranja, manzana, pera, melocotón, plátano. Un bol (es una medida más estandarizada de tamaño) de cerezas, fresas, uvas, frutos rojos. Uno o dos rodajas o cortes de melón, sandía o piña. Dos-tres piezas de albaricoques, ciruelas, mandarinas, higos, nísperos.
- Se podría indicar como en la pregunta 6. Ninguna = 0 puntos.
- Ahora me surge la duda sobre por qué no hemos preguntado sobre raciones de fruta, en lugar de piezas, ya que explicamos qué es una ración y aplicamos este concepto a todos los ítems de alimentación.

#### 3. Cereales

- Es posible que muchas personas solo consuman 1 ración semanal de cereales integrales.
- Cambiar “3 o menos” por “Menos de 3”.
- Cambiar < de 1 por “Menos de 1”.

- Sigo pensando que este ítem es inalcanzable.
- Falta la interrogación inicial de la pregunta.
- 1 ración de pan integral:40-60 g (2-3 rebanadas). Especificaría “rebanadas de la baguette”.
- Se podría indicar como en la pregunta 6. Ninguna = 0 puntos.
- Me parecen raciones muy grandes para valorar ración/día. Y además se pueden excluir. Tomar 9 rebanadas al día y cero pastas, etc. sería 3 puntos. ¿No habría forma de que fueran la suma de uno y otro?

#### 4. Frutos secos

- Requiere leer varias veces los enunciados referentes las puntuaciones 2 y 1 punto. Intentar simplificarlo.
- Redacción correcta. Sugiero sustituir: “Crudos (1-3 raciones) o Tostados: [...]” por “Crudos (1-3 raciones) y/o Tostados: [...]” Tal y como está definido, no quedaría contemplado el consumo de frutos secos tostados en exclusiva.
- Encuentro muy confuso la puntuación de este ítem. ¿se podría simplificar un poco? Por ejemplo:  
Crudos: más de 3 raciones: 2 puntos  
Crudos (1-3 raciones) o tostados(3 raciones o más): 1 puntos  
Frutos secos fritos, salados o dulces: 0 puntos
- A lo mejor aclarar si son con o sin sal añadida.
- Un poco liosa la descripción de la puntuación. ¿Qué puntúas si comes 4 raciones de frutos secos tostados? Por otro lado 3 raciones está en dos supuestos. Yo pondría en el primer cuadrante: \*1 ración: 1 puñado de 20-30 g crudos o tostados. No puntúa el consumo de frutos secos fritos, salados o dulces. Y en el segundo cuadrante: de 3 a 7 = 2 puntos//1-2 = 1 punto//Ni crudos ni tostados = 0 puntos. A mí me sigue pareciendo un poco lioso cuando se alternan preguntas de consumo diario con consumo semanal.... ¿Podrías agruparlas? ¿Primero todas las que pregunten por hábitos diarios y luego las semanales?
- El planteamiento queda confuso, los crudos aparecen por duplicado en la puntuación, ¿qué pasa si se comen más de 3 raciones de tostados a la semana? Además, quitaría la línea con los cero puntos y dejaría sólo la aclaración de la última frase: “No puntúa...” Otro aspecto es que pondría esta pregunta después de la del aceite (cuyo consumo sí se enfatiza más que ha de ser diario).
- o Tostados? ¿No me queda claro, si son todas las raciones de frutos secos tostados de 3 a 7 a la semana como se puntuaría?
- No queda claro si consumen > o < de 3 raciones de tostados, si siguiese siendo 1 punto.
- A mí se me queda coja la tercera opción, yo plantearía algo así como “consumo menos de 3 o más de 7 raciones crudas, ninguna o más de 3 raciones tostadas”. Es decir, contemplaría el exceso de consumo.

#### 5. Aceite de oliva

- Yo diferenciaría “otro” tipo de aceite de mantequilla y margarina.
- ¿Es tan distinto el valor nutricional del aceite de oliva respecto del oliva virgen?

- ¿Qué pasa si consume 20 cucharadas de aceite de Oliva Virgen? ¿Entraría en el supuesto de 0 puntos? Igual se puede matizar “Si consume más o menos de esa cantidad de aceite...”.
- Especificaría ya en el enunciado de la pregunta que el aceite sea de oliva: ¿Consume a diario más de 3 cucharadas (30 ml) de aceite de oliva?
- Consume más de 3 cucharadas soperas (30 ml) de aceite al día. Incluiría: de “aceite de oliva” al día...  
Si, de Aceite de Oliva Virgen (o virgen extra) = 2 puntos  
Si, de aceite de Oliva = 1 punto  
Simplificaría en Aceite de Oliva, que es la recomendación general de la dieta mediterránea.
- No conocemos si hay evidencia suficiente para que el uso de aceite de oliva virgen o virgen extra reciba más puntuación. Así mismo, no se hace mención del uso de otros aceites que también pueden tener buen perfil nutricional y ser más asequibles como el de girasol. Valorar incluir un límite superior máximo recomendado de consumo.

## 6. Legumbres

- Me surgen dudas con respecto a la unidad de medida “cazo”. En mi entorno, el utensilio de cocina “cazo” se refiere en exclusiva al de cocinar. Por ello, matizaría la frase añadiendo “de servir” para diferenciarlo de otros utensilios. Quedaría: “[...] plato hondo mediano o 2-3 cazos de servir con caldo)”
- Mismas de la “o”. Si no se pone tilde, se puede confundir una “o” con un cero (0).

## 7. Pescado/marisco

- Indicar más claramente qué es una ración.
- Mismas de la “o”. Si no se pone tilde, se puede confundir una “o” con un cero (0)
- 3-4 piezas de marisco. Y si son pequeños como p ejemplo almejas, pondría peso: o 200 g de marisco.
- Nutricionalmente el pescado y los mariscos son alimentos diferentes. Los pescados enlatados son precocinados, la mayoría de las veces con sal añadida. Desde una perspectiva más global, no son igual que el pescado fresco. Hay estudios que indican que los componentes químicos de las latas son tóxicos.

## 8. Carnes

- Opino que debería separarse carne roja y carne procesada. No tienen el mismo riesgo para el desarrollo de enfermedades. Y en cualquier caso no es lo mismo comer solomillo de cerdo que una salchicha.
- ¿Cómo se puede diferenciar en este caso que selecciona la opción de carnes rojas o carnes procesadas? ¿La puntuación sería la misma si elige de 2 raciones de un tipo que de otro?
- ¿Realmente el valor nutricional de una hamburguesa o una salchicha es equivalente al de un filete de carne? ¿Se pueden comparar tres albóndigas con tres chuletas de cordero?
- Mismas de la “o”. Si no se pone tilde, se puede confundir una “o” con un cero (0).
- Imagino que tendréis la evidencia suficiente como para poder equiparar la carne roja, sin procesar, con las salchichas o la mortadela. Yo sigo sin verlo, quizás pueda hacerse con la carne procedente de ganadería industrial o intensiva (aunque creo que tampoco es adecuado) que es la que más se consume por una mayoría de población. Pero desde luego, no con carne de calidad, es decir,

procedente de ganadería extensiva y que pasta. Por el contrario, del cuestionario se deduce que se considera como saludable el consumo diario de carne de pollo, aunque este fuera de cría intensiva o industrial. En la consulta nos encontraremos con personas que conocen estas diferencias y apuestan por la carne de calidad, aunque cueste un poco más. Si como enfermeras planteamos a estas personas esta pregunta, de esta manera, pienso que nos arriesgamos a perder todo el crédito ante ellas.

- Cerdo, es considerada carne blanca por la OMS, la quitaría de las carnes rojas. De todos modos, entiendo la dificultad de la matización.

## 9. Ultra procesados

- Muy largo, pero puede ayudar a que las personas sepan a qué se refiere. Lo dejaría así.
- Tal y como está redactado, da por supuesto que el encuestado es consumidor de este tipo de productos. Quizá sería oportuno modificar la redacción del ítem en este sentido: “Consume algún producto altamente procesado o ultra procesado (\*) semanalmente?”. En este caso, habría que modificar las opciones de respuesta en consecuencia.
- Opino que al igual que el pan de barra no aparece como procesado se podrían excluir las galletas sencillas tipo “María” y se podrían especificar “galletas con chocolate, nata o crema” como productos altamente procesados o ultra procesados.
- Es difícil afinar, pero no todos los panes de molde son ultra procesados (los que son integrales... no son ultra procesados, son procesados) y el pan blanco sí que es un ultra procesado (y no está envasado ni es de molde).
- Creo que se podría cuantificar la cantidad consumida, si es posible, igual que en ítems anteriores. Una pizza puede ser completa, una ración amplia u otra medida, totalmente diferente a un trozo de chocolate o una rebanada de pan de molde. También muy diferentes los dulces y helados.
- ¿Cómo se puede diferenciar en este caso que selecciona la opción de procesados o ultra procesados? ¿La puntuación sería la misma si elige x veces de un tipo que de otro?
- El pan de molde no tiene por qué ser ultra procesado. Hay panaderías que lo hacen a diario. En algunos establecimientos embolsan (envasan) el pan del día, como las frutas.
- Mismas de la “o”. Si no se pone tilde, se puede confundir una “o” con un cero (0). Falta la tilde en “instantáneas”
- ¿Es lo mismo tomar pan de molde que un bollo? Visto esto, pocas alternativas se dejan para el desayuno de los niños mal comedores.
- Se pueden proponer puntuaciones negativas como con el consumo de alcohol y tabaco

## 10. Bebidas azucaradas/edulcoradas

- Los zumos envasados no llevan azúcar añadidos (si se quiere equiparar a refrescos, batidos, etc. Habría que poner néctares)
- Hay zumos envasados sin aditivos ni edulcorantes. La coca cola Zero tiene otros riesgos nutricionales. Dar más puntos a quien toma cola Zero que a quien toma zumos envasados sin aditivos no parece correcto.
- En la columna de puntuación, cambiar “: “por “=”.

## 11. Agua

- Me parece bien, es importante la ingesta de líquidos para valorar varios aspectos de la alimentación. Falta añadir el \* en vasos.
- ¿Se deberían tener en cuenta las aguas gasificadas?
- Sería más correcto “bebe agua...”
- No entiendo muy bien la diferenciación >4 vs. <4...está muy alejado de las recomendaciones.
- El té es una infusión, igual que el café. No incluiría las infusiones.

### Conjunto propuestas dimensión Actividad física:

#### 1. Intensa

- Poner un ejemplo de que se entiende por AF intensa.
- Hay que especificar que se entiende por actividad física intensa: Requiere una gran cantidad de esfuerzo y provoca una respiración rápida y un aumento sustancial de la frecuencia cardíaca. Se consideran ejercicios vigorosos: correr, aerobio; deportes y juegos competitivos, etc....
- a lo mejor incluir alguno ejemplo orientativo.
- Mismas de la “o”.

#### 2. Moderada

- Poner un ejemplo de que se entiende por AF moderada.
- Hay que especificar que se entiende por actividad física moderada: Requiere un esfuerzo moderado, que acelera de forma perceptible el ritmo cardíaco. Ejemplos: caminar a paso rápido; bailar; ir en bicicleta etc.
- Incluir algún ejemplo orientativo.
- Mismas de la “o”.

#### 3. Fortalecimiento

- Se podría poner en los ejemplos, subir escaleras.
- esta actividad puede estar incluida en la pregunta 1. Puede dar lugar a confusión en las respuestas. Aunque que la información al final lo aclara.
- Cada vez hay mayor evidencia de la regulación y la mejora de equilibrio (por ejemplo) en los programas de ejercicio físico multicomponente, así como en el abordaje de la fragilidad. Yo sí creo que es relevante incluirlo.
- ¿Ejercicios de fortalecimiento muscular? Los ejercicios de fortalecimiento muscular no son los únicos recomendados para el mantenimiento físico y prevención de caídas (por ejemplo), incluyen ejercicios de equilibrio y flexibilidad. Yo no incluiría esta pregunta, con las anteriores ya nos informa de la frecuencia de la actividad física y la intensidad.

#### 4. Sedentarismo

- La definición inicial es más simple y sencilla, pero si mejora las posibilidades de puntuación.
- Quizás indicar si se trata de “durante el periodo laboral” o “el tiempo no laboral”.
- En el cuestionario me falta el estiramiento.

- Estamos preguntando por una práctica que incluye una recomendación para prevenir los problemas del sedentarismo. Yo preguntaría por el tiempo que pasa sentado habitualmente durante un día hábil (viendo la televisión, haciendo manualidades, juegos de mesa...).

### Conjunto propuestas dimensión Tabaco, alcohol y otras drogas:

#### 1. Tabaco

- Bastante más completa.
- En desacuerdo con la equiparación entre los distintos tipos de productos con nicotina.
- No obstante, sugiero considerar la exposición al humo de tabaco de manera pasiva.
- Incluir al fumador pasivo. Se considera fumador pasivo a la persona que en un ambiente cerrado inhala humo de tabaco procedente de otros fumadores. Esta situación puede reproducir en el no fumador la situación del fumador activo que consume 4-10 cigarrillos. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-informe-sobre-el-tabaquismo-pasivo-13044287>
- Cambiar el signo > por “más”.
- Pregunta 2. N.º de cigarrillos. Los cigarrillos de liar tienen menos cantidad de tabaco que los cigarrillos convencionales. ¿No se tendría que contabilizar diferente? Normalmente la mitad.
- Me genera dudas graduar el consumo de tabaco dado que el efecto en salud es cierto que tiene relación con el número, pero también con el cómo se fuma. Es decir, hay gente que fuma 20 pero los “deja quemar en el cenicero” y otros que fumando 10 si la intensidad y el número de caladas es alto puede tener una cooximetría objetivada peor que el anterior.

#### 2. Alcohol

- Recientemente han cambiado los criterios de riesgo, incluiría los nuevos niveles de riesgo: (<https://educacionpapps.blogspot.com/2020/11/actualizaciones-para-el-dia-mundial-sin.html>)
- Según el documento de Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida. [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/alcohol/Limites\\_Consumo\\_Bajo\\_Riesgo\\_Alcohol.htm](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/alcohol/Limites_Consumo_Bajo_Riesgo_Alcohol.htm) *Binge drinking* en hombres son más  $\geq 3$  unidades en 4-6 horas y en mujeres  $\geq 2$ . <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/alcohol/docs/ConsumoIntensivoAlcohol.pdf> . Si la puntuación -10 corresponde a consumo de riesgo:
  - >17 UBES en mujeres
  - > 28 UBES en hombres[https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/alcohol/docs/ConsumoAlcohol\\_Prevencion.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/alcohol/docs/ConsumoAlcohol_Prevencion.pdf)
- Quizás podría poner un asterisco en “Consumo de hasta 7 o 14 unidades” \* (5 puntos) \*Siempre que no se realice en forma de consumo intensivo, porque la puntuación sería 0 en ese caso.
- Me sigue resultando excesivo la tolerancia al consumo de alcohol diario, por ejemplo que puntúe en positivo 5 puntos el que un señor se tome cada día 2 carajillos o 2 chupitos, pero no puntúe nada si te tomas una coca cola todos los días...sé que es un tema controvertido pero el consumo de 2 vermut al

día o un whisky al día no es más beneficioso que el consumo de una coca cola al día, si pones 0 puntos a uno se debería poner 0 puntos al otro.

### 3. Otras drogas

- Sí me parece correcta la inclusión, pero tengo reticencias en cuanto al enunciado, equiparable por ejemplo al alcohol.
- En la columna de puntuación, cambiar “: “por “=”.
- Al final de la frase falta mismo/a.

#### Conjunto propuestas dimensión Bienestar emocional:

##### 1. Satisfacción

- Incluye una “a” (conmigo mismo/a).
- Ítem confuso. Propuesta: “Me siento satisfecho/a conmigo mismo/a?”

##### 2. Motivación/actitud

- No entiendo muy bien por qué diferenciar algún tipo de actividad de “nuevas”, ya que lo que es clínicamente significativo es la pérdida de motivación o interés por las actividades que realiza, independientemente de si son las de siempre o nuevas.
- No entiendo la formulación. ¿Se trata de valorar la actitud? Se podría dejar la anterior formulación, incluyendo el paréntesis...
- No sé si debería ir el “nuevas” ...por ejemplo la actividad laboral suele ser rutinaria para la mayoría y no incluye nuevas actividades...o si practicas habitualmente natación, no incluye nuevas actividades.

##### 3. Sueño/descanso

- En realidad, son 2 preguntas diferentes, dormir bien y levantarse descansado/a. Yo propondría dejar solo una que es la que se corresponde con la anterior: Duermo bien 0 como es una percepción de bienestar (basado en el índice de gravedad del sueño): Estoy satisfecho/a con mi sueño.
- Se pregunta por dos temas diferentes en la misma pregunta. Me puede costar coger el sueño o puedo despertarme durante la noche, con lo que puedo contestar que no duermo bien, pero levantarse descansado, tener un sueño reparador. Propuesta: ¿Se siente satisfecho con su sueño? o ¿Le cuesta conciliar el sueño o permanecer dormido toda la noche?

#### Valoración nueva dimensión “seguridad y lesiones no intencionales”

##### 1. Cinturón

- Añadir la bici “el casco si voy en moto o bicicleta”.
- Si voy en moto, incluiría bicicleta, patines, patinete eléctrico...
- Valorar incluir: Si me acompañan menores en el coche llevan sistemas de retención infantil en caso de necesitarlo.
- Lenguaje inclusivo (conductora).
- Yo añadiría casco “en bici y patinete”.
- La aclaración “como conductor o acompañante” debe de referirse a ambos tipos de vehículo. Se incluiría al final de la descripción.

##### 2. Conducción

- Puede dar confusión la pregunta en negativo. Modificar: “Conduzco bajo...”
- Separaría los dos ítems. Hay dos preguntas.
- Ni viaje con alguien que conduzca bajo su influencia. Puede ser difícil de identificar por la persona.

### 3. Normas de tráfico

- Me falta la alusión a la velocidad al conducir. Si no como ítem aparte, al menos añadirlo como ejemplo relevante en las normas de tráfico.
- El uso del teléfono sin utilizar las manos, a través de los dispositivos del coche ¿también se penaliza?
- El uso del teléfono estaría incluido en el cumplimiento de las normas.
- Pueden ser dos ítems distintos, para evitar confusiones. Puedo ser respetuoso con las señales de tráfico, pero sí distraerme con el móvil. En el caso del peatón la diferencia es mayor. Es mucho más probable la distracción con el teléfono.
- Lenguaje inclusivo: Peatón/a conductor/a.
- Pondría teléfono móvil. Especificaría mientras conduzco y camino.
- Lenguaje inclusivo (conductora). Enviar WhatsApp®/ por enviar mensajes valorar si es preciso especificar al conducir cualquier tipo de vehículo motorizado o no (bici, patinete...)
- No me gustan los puntos suspensivos en formularios validados, pero entiendo la dificultad de validar todas las opciones posibles. Una vez identificadas las que procedan, acabaría con punto final.

### 4. Normas de baño

- Añadiría protección solar.
- Añadiría: “[...] no tirarse de cabeza en zonas desconocidas y/ o en aquellas en las que está prohibido o no recomendado”.
- Creo que no en todas las playas hay vigilantes y no necesariamente implica imprudencia. Habría que aclararlo.
- En playas, ríos y piscinas. Incluiría pantanos, estanques, acequias...\*Incluiría en zonas donde está prohibido el baño. Se pregunta por muchas cosas algunas puede que si cumpla, otras no, ¿cómo se valora? Formularia diferente la pregunta: Respeto las ordenanzas de seguridad en el uso y disfrute del baño en playas, ríos y piscina...
- Añadir pantano o poner etc... (puede haber otras opciones)
- Si es para la CM sólo indicaría ríos, piscinas, embalses.

### 5. Accidentes en el hogar

- Añadiría algo sobre alfombras en los pasillos, etc. para las personas más mayores.
- Sugiero revisar las normas de evitación de accidentes en el hogar. Entiendo que las revisiones de gas en muchos hogares se realizan centralizadamente (Comunidad de propietarios), no habrá muchos hogares con braseros, etc. En cambio, en función de la edad de las personas, puede haber otro tipo de recomendaciones adaptadas (ej. prevención de caídas, prevención de quemaduras, prevención de ahogamientos en hogares con piscina propia, etc.).
- Son muchas variables en una. Se pueden cumplir unas y otras no.

- Creo que en la descripción se mezcla la prevención de accidentes y la prevención de caídas (tiras antideslizantes).
- si se revisa la caldera del gas de forma periódica y no se pone antideslizantes en el baño se queda uno sin puntos? Habría que separar entre recomendaciones y obligaciones, ¿no?
- \*instalación eléctrica, iluminación, alfombras...Se pregunta por muchas cosas algunas puede que si cumpla otras no, como se valora....

### **Nuevas propuestas dentro de la dimensión de “seguridad y lesiones no intencionales”**

- Quizá añadiría un ítem específico, al mismo nivel que seguridad vial y ahogamientos en piscinas, para cada uno de los riesgos (caídas, envenenamiento /intoxicaciones, quemaduras y asfixias) contemplados en la guía de estilos saludables contemplada en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del SNS. Creo que es complicado agrupar todo esto en un solo ítem. En mi opinión quedaría insuficientemente abordado.
- No entiendo bien lo que se trata de puntuar.
- Creo que habría que poner algo de los patinetes eléctricos y las bicicletas. También se podría separar el respeto a las normas de tráfico como conductor de vehículos, patinetes o bicicletas y poner el ejemplo de la velocidad y la circulación por los sitios autorizados (hay accidentes por patinetes en aceras concurridas), y como peatón con el ejemplo de cruzar la carretera por los sitios autorizados (los mayores cruzan por cualquier sitio y sufren muchos atropellos).
- *Incluir una pregunta sobre relaciones sexuales seguras, dirigida a jóvenes y adolescentes, en relación con el uso de anticonceptivos / uso del preservativo.*
- El Ministerio de Sanidad tipifica las siguientes áreas de seguridad y lesiones no intencionales: Prevención de lesiones de tráfico, Prevención de ahogamientos y otros accidentes en el agua, Prevención de caídas Prevención de quemaduras, Prevención de envenenamientos e intoxicaciones, Prevención de asfixia. <https://estilosdevidasaludable.sanidad.gob.es/seguridad/home.htm>
- No sé si es pertinente, pero si se añade el apartado de playas y piscinas habría que incluir las salidas a la montaña (condiciones de niebla, suelos deslizantes, rocosos etc....), la práctica de deportes que incorporen elementos de seguridad (casco, coderas ataduras, crampones...) (bicicleta, patinaje, escalada, surf, skí etc....). Yo añadiría uno específico para prevenir caídas (alfombras, poca iluminación, toma de hipnóticos...)
- Añadiría preguntas sobre toma de medicamentos (automedicación), cumplimiento terapéutico para control de los problemas de salud (fármacos, dieta, ejercicio), campañas vacunación (calendario oficial y estacional gripe o poblacional), cribajes poblacionales de cáncer (mamografía, sangre heces...).

### **Valoración general nuevo cuestionario**

#### **1. Inclusión nueva dimensión**

- Me parece importante para valorar el estilo de vida r/c la seguridad y los autocuidados.
- No obstante, sugiero completar con más ítems que valoren específicamente los riesgos.
- Muy relevante, pues es una de las principales causas de morbimortalidad, en algunos grupos.

- Realmente no sé si me parece adecuado o no. Me parece una dimensión importante y eso puede ser suficiente para incluirlo en el cuestionario. Pero la lista de variables del estilo de vida es muy extensa y no por ello tiene que ir en un cuestionario ¿o sí? Ejemplos: práctica de sexo no seguro, exposición solar, contaminación, mantenimiento de un peso corporal adecuado...
- Me ha gustado mucho esta nueva sección de preguntas.

## **2. Puntuación negativa**

- De acuerdo.
- Muy de acuerdo con este cambio.
- Es diferente a lo habitual, pero va bien.
- Nos parece muy positivo que se otorguen puntuaciones que resten.
- Se puede también plantear puntuaciones negativas con el consumo de alimentos ultra procesados.
- Para el profesional, las puntuaciones negativas, resultarán un poco confusas inicialmente, pero me parece muy oportuna esta gradación.

## **3. Ponderación dimensiones**

- Me parece apropiado
- Yo propondría otra puntuación que alimentación, ejercicio y bienestar emocional sumaran 100 puntos y los ítems tabaco, alcohol, drogas y seguridad sean solo restar puntos, si consumen o no adoptan medidas de seguridad disminuyen la calidad de vida de las personas.
- Es indispensable incluir el consumo de leche y derivados en el apartado de alimentación.



## CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE EN ATENCIÓN PRIMARIA: "PONTE A 100"



Los **estilos de vida saludable** hacen referencia a un conjunto de comportamientos, hábitos y costumbres cotidianas que llevan a cabo las personas para mantener, de manera adecuada, su cuerpo y su mente a lo largo de todo el ciclo vital. Contribuyen a mejorar el bienestar personal y la calidad de vida, a mantenerse sano y a disminuir la discapacidad y el dolor.

### ¿TIENE USTED UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE?



- ✓ **Cumplimente** el siguiente cuestionario y conozca si su estilo de vida es saludable.
- ✓ Consta de **33 preguntas agrupadas en cinco apartados**: 'Alimentación', 'Actividad física y sedentarismo', 'Hábitos tóxicos (consumo de alcohol, tabaco y otras drogas)', 'Bienestar emocional' y 'Seguridad y Lesiones no intencionales'.
- ✓ **Valore** cada una de las **preguntas y asigne los puntos** de la opción que más se adapte a su situación personal en los **últimos 3 meses**. No hay respuestas correctas e incorrectas.
- ✓ Obtenga la puntuación para cada uno de los **apartados y la puntuación final** sumando la obtenida para cada uno de los apartados con un máximo de **100 puntos**.




# 1.- ALIMENTACION

PREGUNTAS DE VALORACIÓN		RESPUESTAS	PUNTOS
	<p>1. ¿Cuántas raciones de verduras u hortalizas (no se incluyen patatas) consume al día? (1 ración*: 150-200g)</p> <p>* Plato grande de ensalada variada, de verdura cocida, de puré de verduras o de gazpacho/salmorejo; 1 tomate grande; 2 zanahorias. Guarnición=1/2 ración.</p>	<p>Más de 1 = 2 puntos 1 ración = 1 punto Ninguna = 0 puntos</p>	
	<p>2. ¿Cuántas raciones de fruta consume al día? (1 ración*: 150-200 g)</p> <p>* 1 pieza mediana (naranja/manzana/plátano...), 2 piezas pequeñas (ciruelas/mandarinas/albaricoques...), 1 taza/bol de cerezas/fresas/uvas, 1 raja/rodaja de sandía/melón/piña</p>	<p>Más de 2 = 2 puntos 1-2 piezas = 1 punto Ninguna = 0 puntos</p>	
	<p>3.- ¿Cuántas raciones* de cereales integrales (pan, pasta, arroz...) consume al día?</p> <p>*1 ración de pan integral:40-60 g (2-3 rebanadas); 1 ración de arroz/ pasta integral:60-80 g (3 cucharadas en crudo o 1 plato mediano cocinado)</p>	<p>Más de 2 = 3 puntos 2 = 2 puntos 1 = 1 punto Ninguna = 0 puntos</p>	
	<p>4. ¿Consume al menos 3 cucharadas soperas (30 ml) de aceite al día (crudo, frito...)?</p>	<p>- Si, de Aceite de Oliva Virgen (o virgen extra) = 2 puntos - Si, de aceite de Oliva = 1 punto - No consume esa cantidad de aceite o consume otro tipo de aceite/margarina/mantequilla = 0 puntos</p>	
	<p>5. ¿Cuántas raciones* de frutos secos (nueces, avellanas, almendras, anacardos, pistachos) consume a la semana?</p> <p>*1 ración: 1 puñado de 20-30 g</p>	<p>Crudos (al natural): De 4 a 7 rac/semana = 2 puntos Crudos o Tostados (1-3 raciones) = 1 punto No consumo esas cantidades o los consumo fritos, salados o dulces = 0 puntos</p>	
	<p>6. ¿Cuántas raciones* de legumbres (garbanzos, lentejas, alubias...) consume a la semana?</p> <p>*1 ración: 60-80 g crudo (1 puñado/taza), 150-200 g cocido (1 plato hondo mediano o 2-3 cazos de servir con caldo)</p>	<p>Más de 2 = 2 puntos 1 - 2 = 1 punto Ninguna = 0 puntos</p>	
	<p>7. ¿Cuántas raciones* de pescado/marisco consume a la semana?</p> <p>*1 ración=100-150g (1 filete/rodaja mediana, 3-4 piezas de marisco)</p>	<p>Más de 2 = 2 puntos 1 - 2 = 1 punto Ninguna = 0 puntos</p>	
	<p>8. ¿Cuántas raciones de carnes rojas* (vacuno, cordero, cerdo...) o carnes procesadas** (hamburguesas, salchichas, embutidos, nuggets de pollo...) consume a la semana?</p> <p>*1 ración=100-150g: filete mediano **1 ración: 3-4 lonchas de embutido;1 hamburguesa; 3 albóndigas.</p>	<p>Menos de 3 = 3 puntos 3 - 4 = 1 punto Más de 4 = 0 puntos</p>	
	<p>9. ¿Consume algún producto altamente procesado o ultraprocesado(*) a la semana?</p> <p>(*) Snacks dulces y salados, chucherías, pan envasado, pan de molde, bizcochos, bollos, pasteles, galletas, cereales de desayuno refinados/azucarados, palitos de pescado, salsas comerciales, pizza, batidos, helados, sopas 'instantáneas', pastillas de caldo... y otros alimentos precocinados/listos para consumir con exceso de sal, azúcar, aceites refinados o conservantes/ aditivos. (Se excluyen alimentos poco procesados como las frutas y verduras envasadas, los encurtidos o las legumbres cocidas en bote)</p>	<p>Menos de 3 = 3 puntos 3 - 4 = 1 punto Mas de 4 = 0 puntos</p>	
	<p>10. ¿Consume alguna bebida azucarada/edulcorada (refrescos, bebidas energéticas, batidos, zumos envasados...) a diario/casi a diario?</p>	<p>No = 2 puntos Si, bebidas edulcoradas ('light', 'zero', 'sin azúcar') = 1 punto Si, bebidas azucaradas= 0 puntos</p>	
	<p>11. ¿Bebe agua a lo largo del día y/o con las comidas?</p>	<p>Sí, 4 o más vasos* = 2 puntos Sí, menos de 4 vasos* = 1 punto. No = 0 puntos * 1 vaso = 200ml</p>	

**PUNTUACIÓN TOTAL  
ALIMENTACIÓN  
(Máximo 25 puntos)**



## 2.- ACTIVIDAD FÍSICA Y SEDENTARISMO

PREGUNTAS DE VALORACIÓN	RESPUESTAS	PUNTOS
 <p>1. ¿Cuántas veces por semana realiza usted, al menos, 25 minutos de <b>actividad física INTENSA</b>?</p>	<p>3 o más = 12 puntos 1-2 = 6 puntos Nunca = 0 puntos</p>	<p>1</p> <input type="text"/>
 <p>2. ¿Cuántas veces por semana realiza usted, al menos, 30 minutos de <b>actividad física MODERADA</b>?</p>	<p>5 o más = 12 puntos 3-4 = 6 puntos 1-2 = 3 puntos Nunca = 0 puntos</p>	<p>2</p> <input type="text"/>
 <p>3. ¿Cuántas veces por semana realiza <b>ejercicios de fortalecimiento muscular*</b>?</p> <p>* Pesas/Mancuernas, máquinas de pesas, bandas de resistencia o actividades con el propio peso corporal, (flexiones en el suelo o contra la pared, sentadillas, abdominales, ...)</p>	<p>2 o más = 4 puntos 1 = 2 puntos Nunca = 0 puntos</p>	<p>3</p> <input type="text"/>
 <p>4. A lo largo del día, durante el tiempo que se encuentra sentado/a, reclinado/a o tumbado/a, ¿realiza <b>descansos activos cada 60-90 minutos</b> dando un breve paseo o con sesiones cortas de estiramientos?</p>	<p>Siempre o casi siempre: 4 puntos Algunas veces: 2 puntos Nunca o Casi Nunca: 0</p>	<p>4</p> <input type="text"/>

Las recomendaciones de actividad física también se pueden alcanzar sumando periodos más cortos, a partir de 10 minutos.

**LAS PREGUNTAS 1 Y 2 SON COMPLEMENTARIAS. EL MÁXIMO SON 12 PUNTOS**

Puntuación 1+ 2:  (Máximo 12 puntos)
 
 Puntuación 3:  (Máximo 4 puntos)
 
 Puntuación 4:  (Máximo 4 puntos)
 
**PUNTUACIÓN TOTAL ACTIVIDAD FÍSICA (Máximo 20 puntos)**

La **intensidad** es el esfuerzo que tenemos que hacer para llevar a cabo una actividad física

La intensidad de diferentes formas de actividad física varía de una persona a otra y depende de lo ejercitado que esté cada uno y de su forma física. Por ello, los ejemplos que se exponen a continuación son orientativos y pueden variar de una persona a otra

**1.- INTENSA o VIGOROSA (Requiere una gran cantidad de esfuerzo y provoca una respiración rápida y un aumento sustancial de la frecuencia cardíaca):** footing, ascender a paso rápido o trepar por una ladera, desplazamientos rápidos en bicicleta, aerobio, natación rápida, deportes y juegos competitivos (fútbol, voleibol, hockey, baloncesto, patinaje, squash...)

**2.- MODERADA (Requiere un esfuerzo moderado, que acelera de forma perceptible el ritmo cardíaco y el respiratorio, pero aún se puede hablar sin sentir que falta el aire):** caminar a paso rápido (7000-8000 pasos/día), bailar, participación activa en juegos y deportes con niños y paseos con animales domésticos, pasear en bicicleta, nadar por placer...

### 3.- CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS

#### 3.1.- CONSUMO DE ALCOHOL

Nº unidades

1.- Habitualmente, ¿cuántas **unidades** de bebida alcohólica suele consumir en una **semana**?

#### UNIDADES ALCOHÓLICAS DE CADA BEBIDA



1 copa de vino tinto, blanco o cava (100 ml): 1 unidad



1 caña de cerveza o 1 vaso de sidra (200 ml): 1 unidad



1 carajillo (25 ml) o 1 vermut (50 ml): 1 unidad



1 chupito de anís, pacharán, licor (30 ml): 1 unidad



1 tercio de cerveza (330 ml): 1,5 unidades



1 combinado de gin tonic, ron cola... (50 ml): 2 unidades



1 copa de whisky o coñac (50 ml): 2 unidades

#### VALORACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL:

Mujeres ♀	Hombres ♂	PUNTOS
NINGÚN CONSUMO DE ALCOHOL (CONSUMO CERO)		10
Consumo de hasta 7 unidades/semana (*)	Consumo de hasta 14 unidades/semana (*)	5
Consumo entre 8 y 12 unidades/semana	Consumo entre 15 y 21 unidades/semana	0
Consumo intensivo o 'binge drinking': 4 unidades en una sesión de 3-4 h	Consumo intensivo o 'binge drinking': 6 unidades en una sesión de 3-4 h	- 5
Consumo entre 13 y 17 unidades/semana	Consumo entre 22 y 28 unidades/semana	- 10
Consumo superior a 17 unidades/semana	Consumo superior a 28 unidades/semana	- 10

(\*) Siempre que este consumo no se realice en forma de consumo intensivo, en cuyo caso la puntuación sería 0

**PUNTUACIÓN TOTAL  
CONSUMO DE ALCOHOL  
(Máximo 10 puntos)**

## 3.2.- CONSUMO DE TABACO

### PREGUNTAS DE VALORACIÓN

### RESPUESTAS

PUNTOS



#### 1.- ¿Fuma en la actualidad?:

Responda SI en el caso de que fume (\*) en la actualidad, bien de forma habitual (diariamente) o de forma ocasional.

\* Cigarros, puros, pipas, sistemas electrónicos de administración de nicotina/cigarrillos electrónicos/vapeadores, pipas de agua/cachimba/shisha/narguiles, ...

#### En caso de fumadores, señalar:

- Nº de cigarrillos/cigarrillos electrónicos o puros/día:
- Nº de cachimbas/día:

NO: 15 PUNTOS

SI, ocasionalmente = 0 puntos

SI, 1-10 cig/día (1 cachimba/día) = -5

SI, 11-20 cig/día (2 cachimbas/día) = - 10

SI, más de 20 cig/día (> 3 cachimbas/día) = - 15 puntos



#### 1.-¿Consume algún otro tipo de droga\*?

\* Cannabis/marihuana/hachís, cocaína, heroína, éxtasis, drogas de síntesis, otro tipo de drogas...

- No = 0 puntos

- Sí, ocasionalmente = - 5 puntos

- Sí, a diario = - 10

**PUNTUACIÓN TOTAL  
HÁBITOS TÓXICOS  
(Máximo 25 puntos)**










PUNTOS

## 4.- BIENESTAR EMOCIONAL

### PREGUNTAS DE VALORACIÓN

### RESPUESTAS

### PUNTOS

	1.- Me siento satisfecho/a de quién/como soy (estoy a gusto conmigo mismo/a)	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos	<input type="radio"/>
	2.- Estoy contento/a con la vida que llevo	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos	<input type="radio"/>
	3.- Estoy alegre y de buen humor	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos	<input type="radio"/>
	4.- Me siento estresado/a, nervioso/a, angustiado/a, irritable...	Siempre o casi siempre: 0 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 2 puntos	<input type="radio"/>
	5.- Me siento motivado/a a la hora de realizar nuevas actividades (ocio/ laborales/deportivas)	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos	<input type="radio"/>
	6.- Me siento capaz de superar las dificultades que se me presentan	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos	<input type="radio"/>
	7.- Tengo personas en mi entorno con las que me relaciono satisfactoriamente y comparto mis preocupaciones cuando lo necesito	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos	<input type="radio"/>
	8.- Me siento querido/a por las personas importantes para mí	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos	<input type="radio"/>
	9.- Duermo bien, me levanto descansado/a.	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos	<input type="radio"/>
	10.- Tengo suficiente tiempo de ocio.	Siempre o casi siempre: 2 puntos Algunas veces: 1 puntos Nunca o Casi Nunca: 0 puntos	<input type="radio"/>

**PUNTUACIÓN TOTAL  
BINESTAR EMOCIONAL  
(Máximo 20 puntos)**



## 5.- SEGURIDAD Y LESIONES NO INTENCIONALES

**PREGUNTAS DE VALORACIÓN**

**RESPUESTAS**

**PUNTOS**



1.- Llevo el cinturón de seguridad cuando viajo en coche y/o el casco si voy en moto (o en bicicleta, patines o patinete, cuando esté indicado), tanto como conductor como acompañante.

**SI: 2 puntos  
A veces: 1 punto  
NO: 0 puntos**



2.- Sigo las recomendaciones de no conducir bajo la influencia del alcohol u otras drogas, ni viajo con alguien que conduzca bajo su influencia.

**SI: 2 puntos  
A veces: 1 punto  
NO: 0 puntos**



3.- Respeto las normas de tráfico como conductor/a y/o peatón/a: límites de velocidad, cruzar por sitios autorizados, evitar distracciones con el teléfono móvil (enviar WhatsApp\*/redes sociales/llamadas)...

**SI: 2 puntos  
A veces: 1 punto  
NO: 0 puntos**



4. Respeto las normas de seguridad(\*) relacionadas con el baño en playas, ríos, pantanos, embalses y piscinas.  
(\*) Bañarse en playas con vigilancia; no bañarse si esta la bandera roja, si es de noche o se ha consumido alcohol; no tirarse de cabeza en zonas desconocidas o en las que está prohibido; utilizar protección solar

**SI: 2 puntos  
A veces: 1 punto  
NO: 0 puntos**



5.- Sigo las recomendaciones básicas (\*) para evitar los accidentes en el hogar  
(\*) Revisión periódica de instalaciones de gas, ventilar a diario salas con estufas o braseros, manejo con prudencia de sustancias peligrosas como los productos de limpieza, prevención de caídas en personas mayores (instalación de tiras antideslizantes en duchas y bañeras, evitar alfombras, buena iluminación...)

**SI: 2 puntos  
A veces: 1 punto  
NO: 0 puntos**



**PUNTUACIÓN TOTAL  
SEGURIDAD Y LESIONES  
NO INTENCIONALES  
(Máximo 10 puntos)**



**CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA  
SALUDABLE EN ATENCIÓN PRIMARIA:  
"PONTE A 100"**

**PUNTUACIÓN TOTAL**



**ALIMENTACION**



**ACTIVIDAD FÍSICA**



**CONSUMO DE ALCOHOL,  
TABACO Y OTRAS DROGAS**



**BIENESTAR EMOCIONAL**



**SEGURIDAD Y LESIONES NO  
INTENCIONALES**



**PUNTUACIÓN  
TOTAL (ISEV\*)**

**\* ISEV: ÍNDICE SINTÉTICO DE ESTILOS DE VIDA**

- ✓ El **OBJETIVO** es **ALCANZAR LA MÁXIMA PUNTUACIÓN** (100 puntos).  
Cuanto mayor es la puntuación, más saludable se considera su estilo de vida.
- ✓ **REVISE** los **APARTADOS** donde haya alcanzado **MENOR PUNTUACIÓN** y planifique por dónde quiere empezar a cambiar.
- ✓ Siempre es **POSIBLE CAMBIAR EL ESTILO DE VIDA** para hacerlo más **SALUDABLE**.

Anexo 19: Tablas características sociodemográficas y estilos de vida de la población estudiada.

A continuación, se muestran los resultados del análisis descriptivo de las características sociodemográficas de la población de estudio por dimensión (edad agrupada, sexo, nacionalidad, estado civil, nivel de estudios, ocupación, ingresos y si presenta alguna enfermedad crónica)

*Dimensión alimentación*

✓ *Edad*

Tabla: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alimentación en función de la edad.

		<= 35 n (% columna )	36-50 n (% columna )	51-65 n (% columna )	>=66 n (% columna )	Total n (% columna )	p*
Verdura	No consume	5 (11.6)	5 (7.5)	5 (5.7)	15 (9.5)	30 (8.4)	0.762
	1 ración	19 (44.2)	31 (46.3)	34 (38.6)	63 (39.9)	147 (41.3)	
	Más de 1 ración	19 (44.2)	31 (46.3)	49 (55.7)	80 (50.6)	179 (50.3)	
Frutas	No consume	7 (16.3)	9 (13.4)	10 (11.4)	11 (7)	37 (10.4)	0.010* *
	1-2 raciones	24 (55.8)	27 (40.3)	35 (39.8)	51 (32.3)	137 (38.5)	
	Más de 2 raciones	12 (27.9)	31 (46.3)	43 (48.9)	96 (60.8)	182 (51.1)	
Cereales integrales	No consume	17 (39.5)	28 (41.8)	48 (54.5)	86 (54.4)	179 (50.3)	0.246
	1 ración	13 (30.2)	21 (31.3)	25 (28.4)	50 (31.6)	109 (30.6)	
	2 raciones	8 (18.6)	10 (14.9)	9 (10.2)	10 (6.3)	37 (10.4)	
	Más de 2 raciones	5 (11.6)	8 (11.9)	6 (6.8)	12 (7.6)	31 (8.1)	
Frutos secos	No consume	15 (34.9)	21 (31.3)	35 (39.8)	45 (28.5)	116 (32.6)	0.638
	De 1-3 raciones crudos o tostados	18 (41.9)	28 (41.8)	33 (37.5)	64 (40.5)	143 (40.2)	
	De 4-7 raciones crudos	10 (23.3)	18 (26.9)	20 (22.7)	49 (31)	97 (27.2)	
Aceite	No consume	9 (20.9)	12 (17.9)	11 (12.5)	15 (9.5)	47 (13.2)	0.037* *
	Consume AO	8 (18.6)	14 (20.9)	8 (9.1)	18 (11.4)	48 (13,5)	

	Consumo AOVE	26 (60.5)	41 (61.2)	69 (78.4)	125 (79.1)	261 (73.3)	
Legumbres	No consume	6 (14)	7 (10.4)	6 (6.8)	12 (7.6)	31 (8.7)	0.802
	1-2 raciones	25 (58.1)	36 (53.7)	51 (58)	94 (59.5)	206 (57.9)	
	Más de 2 raciones	12 (27.9)	24 (35.8)	31 (35.2)	52 (32.9)	119 (33.4)	
Pescado	No consume	7 (16.3)	8 (11.9)	4 (4.5)	9 (5.7)	28 (7.9)	0.044*
	1-2 raciones	19 (44.2)	35 (52.2)	37 (42)	65 (41.1)	156 (43.8)	
	Más de 2 raciones	17 (39.5)	24 (35.8)	47 (53.4)	84 (53.2)	172 (48.3)	
Carne	Más de 4 raciones	8 (18.6)	11 (16.4)	5 (5.7)	7 (4.4)	31 (8.7)	0.000*
	3-4 raciones	11 (25.6)	24 (35.8)	19 (21.6)	21 (13.3)	75 (21.1)	
	Menos de 3 raciones	24 (55.8)	32 (47.8)	64 (72.7)	130 (82.3)	250 (70.2)	
Procesados/ultra procesados	Más de 4 raciones	12 (27.9)	11 (16.4)	9 (10.2)	11 (7)	43 (12.1)	0.000*
	3-4 raciones	10 (23.3)	11 (16.4)	4 (4.5)	13 (8.3)	38 (10.7)	
	Menos de 3 raciones	21 (48.8)	45 (67.2)	75 (85.2)	133 (84.7)	274 (77.2)	
Bebidas carbonatadas/azucaradas/edulcoradas	Azucaradas	6 (14)	13 (19.4)	8 (9.1)	14 (8.9)	41 (11.5)	0.057
	Edulcoradas	7 (16.3)	16 (23.9)	22 (25)	23 (14.6)	68 (19.2)	
	No consume	30 (69.8)	38 (56.7)	58 (65.9)	120 (76.4)	246 (69.3)	
Agua	No consume	1 (2.3)	1 (1.5)	0 (0)	3 (1.9)	5 (1.4)	0.668
	Menos de 4 vasos	8 (18.6)	6 (9)	13 (14.8)	22 (14)	49 (13.8)	
	Más de 4 vasos	34 (79.1)	60 (89.6)	75 (85.2)	132 (84.1)	301 (84.8)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de la edad con las puntuaciones en alimentación.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

✓ Sexo

Tabla: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alimentación en función del sexo.

		Mujer n (% columna)	Hombre n (% columna)	Total n (% columna)	P*
Verdura	No consume	16 (7.7)	14 (9.4)	30 (8.4)	0.159
	1 ración	78 (37.7)	69 (46.3)	147 (41.3)	
	Más de 1 ración	113 (54.6)	66 (44.3)	179 (50.3)	
Frutas	No consume	21 (10.1)	16 (10.7)	37 (10.4)	0.662
	1-2 raciones	76 (36.7)	61 (40.9)	137 (38.5)	
	Más de 2 raciones	110 (53.1)	72 (48.3)	182 (51.1)	
Cereales integrales	No consume	92 (44.4)	87 (58.4)	179 (50.3)	0.71
	1 ración	71 (34.3)	38 (25.5)	109 (30.6)	
	2 raciones	25 (12.1)	12 (8.1)	37 (10.4)	
	Más de 2 raciones	19 (9.2)	12 (8.1)	31 (8.7)	
Frutos secos	No consume	64 (30.9)	52 (34.9)	116 (32.6)	0.715
	De 1-3 raciones crudos o tostados	86 (41.5)	57 (38.3)	143 (40.2)	
	De 4-7 raciones crudos	57 (27.5)	40 (26.8)	97 (27.2)	
Aceite	No consume	24 (11.6)	23 (15.4)	47 (13.2)	0.505
	Consume AO	30 (14.5)	18 (12.1)	48 (13.5)	
	Consume AOVE	153 (73.9)	108 (72.5)	261 (73.3)	
Legumbres	No consume	22 (10.6)	9 (6)	31 (8.7)	< 0.001**
	1-2 raciones	133 (64.3)	73 (49)	206 (57.9)	
	Más de 2 raciones	52 (25.1)	67 (45)	119 (33.4)	
Pescado	No consume	14 (6.8)	14 (9.4)	28 (7.9)	0.650
	1-2 raciones	91 (44)	65 (43.6)	156 (43.8)	
	Más de 2 raciones	102 (49.3)	70 (47)	172 (48.3)	

Carne	Más de 4 raciones	14 (6.8)	17 (11.4)	31 (8.7)	0.148
	3-4 raciones	40 (19.3)	35 (23.5)	75 (21.1)	
	Menos de 3 raciones	153 (73.9)	97 (65.1)	250 (70.2)	
Procesados/ultra procesados	Más de 4 raciones	24 (11.6)	19 (12.8)	43 (12.1)	0.168
	3-4 raciones	17 (8.2)	21 (14.2)	38 (10.7)	
	Menos de 3 raciones	166 (80.2)	108 (73)	274 (77.2)	
Bebidas carbonatadas/azucaradas/edulcoradas	Azucaradas	17 (8.2)	24 (16.2)	41 (11.5)	0.065
	Edulcoradas	42 (20.3)	26 (17.6)	68 (19.2)	
	No consume	148 (71.5)	98 (66.2)	246 (69.3)	
Agua	No consume	4 (1.9)	1 (0.7)	5 (1.4)	0.442
	Menos de 4 vasos	31 (15)	18 (12.2)	49 (13.8)	
	Más de 4 vasos	172 (83.1)	129 (87.2)	301 (84.8)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación del sexo con las puntuaciones en alimentación.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

✓ *Nacionalidad*

Tabla: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alimentación en función de la nacionalidad.

		Otra n (% columna)	Española n (% columna)	Total n (% columna)	p*
Verdura	No consume	5 (10.4)	25 (8.1)	30 (8.4)	0.281
	1 ración	24 (50)	123 (39.9)	147 (41.3)	
	Más de 1 ración	19 (39.6)	160 (51.9)	179 (50.3)	
Frutas	No consume	6 (12.5)	31 (10.1)	37 (10.4)	0.833
	1-2 raciones	19 (39.6)	118 (38.3)	137 (38.5)	
	Más de 2 raciones	23 (47.9)	159 (51.6)	182 (51.1)	
Cereales integrales	No consume	17 (35.4)	162 (52.6)	179 (50.3)	0.084
	1 ración	22 (45.8)	87 (28.2)	109 (30.6)	
	2 raciones	5 (10.4)	32 (10.4)	37 (10.4)	
	Más de 2 raciones	4 (8.3)	27 (8.8)	31 (8.7)	
Frutos secos	No consume	22 (45.8)	94 (30.5)	116 (32.6)	0.107
	De 1-3 raciones crudos o tostados	16 (33.3)	127 (41.2)	143 (40.2)	
	De 4-7 raciones crudos	10 (20.8)	87 (28.2)	97 (27.2)	
Aceite	No consume	14 (29.2)	33 (10.7)	47 (13.2)	0.000**
	Consume AO	12 (25)	36 (11.7)	48 (13.5)	
	Consume AOVE	22 (45.8)	239 (77.6)	261 (73.3)	
Legumbres	No consume	7 (14.6)	24 (7.8)	31 (8.7)	0.181
	1-2 raciones	23 (47.9)	183 (59.4)	206 (57.9)	
	Más de 2 raciones	18 (37.5)	101 (32.8)	119 (33.4)	
Pescado	No consume	5 (10.4)	23 (7.5)	28 (7.9)	0.039**
	1-2 raciones	28 (58.3)	128 (41.6)	156 (43.8)	
	Más de 2 raciones	15 (31.3)	157 (51)	172 (48.3)	

Carne	Más de 4 raciones	7 (14.6)	24 (7.8)	31 (8.7)	0.186
	3-4 raciones	12 (25)	63 (20.5)	75 (21.1)	
	Menos de 3 raciones	29 (60.4)	221 (71.8)	250 (70.2)	
Procesados/ultra procesados	Más de 4 raciones	6 (12.5)	37 (12.1)	43 (12.1)	0.343
	3-4 raciones	8 (16.7)	30 (9.8)	38 (10.7)	
	Menos de 3 raciones	34 (70.8)	240 (78.2)	274 (77.2)	
Bebidas carbonatadas/azucaradas/edulcoradas	Azucaradas	9 (18.8)	32 (10.4)	41 (11.5)	0.094
	Edulcoradas	5 (10.4)	63 (20.5)	68 (19.2)	
	No consume	34 (70.8)	212 (69.1)	246 (69.3)	
Agua	No consume	0 (0)	5 (1.6)	5 (1.4)	0.498
	Menos de 4 vasos	5 (10.4)	44 (14.3)	49 (13.8)	
	Más de 4 vasos	43 (89.6)	258 (84)	301 (84.8)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de la nacionalidad con las puntuaciones en alimentación.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

✓ Estado civil

Tabla: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alimentación en función del estado civil.

		Soltero/a n (% columna)	Casado/a En pareja n (% columna)	Separado/a Divorciado/a n (% columna)	Viudo/a n (% columna)	Total n (% columna)	P*
Verdura	No consume	6 (6.6)	19 (9.1)	2 (6.3)	2 (9.1)	29 (8.2)	0.985
	1 ración	39 (42.9)	84 (40.2)	14 (43.8)	10 (45.5)	147 (41.5)	
	Más de 1 ración	46 (50.5)	106 (50.7)	16 (50)	10 (45.5)	178 (50.3)	
Frutas	No consume	13 (14.3)	18 (8.6)	3 (9.4)	3 (13.6)	37 (10.5)	0.535
	1-2 raciones	39 (42.9)	76 (36.4)	13 (40.6)	7 (31.8)	135 (38.1)	
	Más de 2 raciones	39 (42.9)	115 (55)	16 (50)	12 (54.5)	182 (51.4)	
Cereales integrales	No consume	37 (40.7)	111 (53.1)	17 (53.1)	13 (59.1)	178 (50.3)	0.298
	1 ración	32 (35.2)	58 (27.8)	12 (37.5)	6 (27.3)	108 (30.5)	
	2 raciones	11 (12.1)	25 (12)	0 (0)	1 (4.5)	37 (10.5)	
	Más de 2 raciones	11 (12.1)	15 (7.2)	3 (9.4)	2 (9.1)	31 (8.8)	
Frutos secos	No consume	34 (37.4)	67 (32.1)	9 (28.1)	5 (22.7)	115 (32.5)	0.851
	De 1-3 raciones crudos o tostados	33 (36.3)	86 (41.1)	13 (40.6)	11 (50)	143 (40.4)	
	De 4-7 raciones crudos	24 (26.4)	56 (26.8)	10 (31.3)	6 (27.3)	96 (27.1)	
Aceite	No consume	19 (20.9)	24 (11.5)	2 (6.3)	2 (9.1)	47 (13.3)	0.016**
	Consume AO	19 (20.9)	21 (10)	4 (12.5)	4 (18.2)	48 (13.6)	
	Consume AOVE	53 (58.2)	164 (78.5)	26 (81.3)	16 (72.7)	259 (73.2)	
Legumbres	No consume	9 (9.9)	16 (7.7)	1 (3.1)	5 (22.7)	31 (8.8)	0.234
	1-2 raciones	52 (57.1)	120 (57.4)	22 (68.8)	11 (50)	205 (57.9)	
	Más de 2 raciones	30 (33)	73 (34.9)	9 (28.1)	6 (27.3)	118 (33.3)	
Pescado	No consume	12 (13.2)	12 (5.7)	3 (9.4)	1 (4.5)	28 (7.9)	0.280

	1-2 raciones	42 (46.2)	90 (43.1)	15 (46.9)	8 (36.4)	155 (43.8)	
	Más de 2 raciones	37 (40.7)	107 (51.2)	14 (43.8)	13 (59.1)	171 (48.3)	
Carne	Más de 4 raciones	8 (8.8)	19 (9.1)	2 (6.3)	2 (9.1)	31 (8.8)	0.574
	3-4 raciones	25 (27.5)	42 (20.1)	6 (18.8)	2 (9.1)	75 (21.2)	
	Menos de 3 raciones	58 (63.7)	148 (70.8)	24 (75)	18 (81.8)	248 (70.1)	
Procesados/ultra procesados	Más de 4 raciones	14 (15.4)	23 (11)	2 (6.3)	4 (18.2)	43 (12.1)	0.109
	3-4 raciones	16 (17.6)	17 (8.1)	4 (12.5)	1 (4.5)	38 (10.7)	
	Menos de 3 raciones	61 (67)	169 (80.9)	26 (81.3)	17 (77.3)	273 (77.1)	
Bebidas carbonatadas/azucaradas/edulcoradas	Azucaradas	10 (11)	27 (12.9)	3 (9.4)	1 (4.5)	41 (11.6)	0.740
	Edulcoradas	17 (18.7)	38 (18.2)	6 (18.8)	7 (31.8)	68 (19.2)	
	No consume	64 (70.3)	144 (68.9)	23 (71.9)	14 (63.6)	245 (69.2)	
Agua	No consume	2 (2.2)	2 (1)	1 (3.1)	0 (0)	5 (1.4)	0.138
	Menos de 4 vasos	10 (11)	29 (13.9)	2 (6.3)	7 (31.8)	48 (13.6)	
	Más de 4 vasos	79 (86,8)	178 (85.2)	29 (90.6)	15 (68.2)	301 (85)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación del estado civil con las puntuaciones en alimentación.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

✓ Nivel de estudios

Tabla: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alimentación en función del nivel de estudios.

		Analfabeto o E. Primarios incompletos n (% columna)	Ed. Primaria n (% columna)	Ed. Secundaria n (% columna)	Bachillerato FP n (% columna)	Universitario n (% columna)	Total n (% columna)	p*
Verdura	No consume	1 (14.3)	6 (11.1)	7 (16.3)	11 (10.2)	5 (3.5)	30 (8.4)	0.063
	1 ración	2 (28.6)	24 (44.4)	19 (44.2)	49 (45.4)	53 (36.8)	147 (41.3)	
	Más de 1 ración	4 (57.1)	24 (44.4)	17 (39.5)	48 (44.4)	86 (59.7)	179 (50.3)	
Frutas	No consume	1 (14.3)	5 (9.3)	6 (14)	12 (11.1)	13 (9)	37 (10.4)	0.903
	1-2 raciones	4 (57.1)	18 (33.3)	15 (34.9)	43 (39.8)	57 (39.6)	137 (38.5)	
	Más de 2 raciones	2 (28.6)	31 (57.4)	22 (51.2)	53 (49.1)	74 (51.4)	182 (51.1)	
Cereales integrales	No consume	4 (57.1)	30 (55.6)	24 (55.8)	54 (50)	67 (46.5)	179 (50.3)	0.865
	1 ración	2 (28.6)	15 (27.8)	11 (25.6)	34 (31.5)	47 (32.6)	109 (30.6)	
	2 raciones	1 (14.3)	2 (3.7)	4 (9.3)	12 (11.1)	18 (12.5)	37 (10.4)	
	Más de 2 raciones	0 (0)	7 (13)	4 (9.3)	8 (7.4)	12 (8.3)	31 (8.7)	
Frutos secos	No consume	2 (28.6)	28 (51.9)	12 (27.9)	40 (37)	34 (23.6)	116 (32.6)	0.002 **
	De 1-3 raciones crudos o tostados	3 (42.9)	17 (31.5)	25 (58.1)	38 (35.2)	60 (41.7)	143 (40.2)	
	De 4-7 raciones crudos	2 (28.6)	9 (16.7)	6 (14)	30 (27.8)	50 (34.7)	97 (27.2)	
Aceite	No consume	1 (14.3)	8 (14.8)	6 (14)	15 (13.9)	17 (11.8)	47 (13.2)	0.147
	Consume AO	2 (28.6)	6 (11.1)	12 (27.9)	14 (13)	14 (9.7)	48 (13.5)	
	Consume AOVE	4 (57.1)	40 (74.1)	25 (58.1)	79 (73.1)	113 (78.5)	261 (73.3)	

Legumbres	No consume	2 (28.6)	6 (11.1)	3 (7)	5 (4.6)	15 (10.4)	31 (8.7)	0.164
	1-2 raciones	2 (28.6)	25 (46.3)	24 (55.8)	68 (63)	87 (60.4)	206 (57.9)	
	Más de 2 raciones	3 (42.9)	23 (42.6)	16 (37.2)	35 (32.4)	42 (29.2)	119 (33.4)	
Pescado	No consume	0 (0)	4 (7.4)	2 (4.7)	10 (9.3)	12 (8.3)	28 (7.9)	0.592
	1-2 raciones	4 (57.1)	23 (42.6)	22 (51.2)	53 (49.1)	54 (37.5)	156 (43.8)	
	Más de 2 raciones	3 (42.9)	27 (50)	19 (44.2)	45 (41.7)	78 (54.2)	172 (48.3)	
Carne	Más de 4 raciones	1 (14.3)	3 (5.6)	10 (23.3)	12 (11.1)	5 (3.5)	31 (8.7)	0.013 **
	3-4 raciones	1 (14.3)	10 (18.5)	6 (14)	24 (22.2)	34 (23.6)	75 (21.1)	
	Menos de 3 raciones	5 (71.4)	41 (75.9)	27 (62.8)	72 (66.7)	105 (72.9)	250 (70.2)	
Procesados/ultra procesados	Más de 4 raciones	0 (0)	4 (7.4)	12 (27.9)	18 (16.7)	9 (6.3)	43 (12.1)	0.001 **
	3-4 raciones	0 (0)	2 (3.7)	2 (4.7)	13 (12)	21 (14.6)	38 (10.7)	
	Menos de 3 raciones	6 (100)	48 (88.9)	29 (67.4)	77 (71.3)	114 (79.2)	274 (77.2)	
Bebidas carbonatadas/azucaradas/edulcoradas	Azucaradas	1 (16.7)	4 (7.4)	11 (25.6)	14 (13)	11 (7.6)	41 (11.5)	0.024 **
	Edulcoradas	0 (0)	13 (24.1)	10 (23.3)	23 (21.3)	22 (15.3)	68 (19.2)	
	No consume	5 (83.3)	37 (68.5)	22 (51.2)	71 (65.7)	111 (77.1)	246 (69.3)	
Agua	No consume	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (2.8)	2 (1.4)	5 (1.4)	0.724
	Menos de 4 vasos	2 (33.3)	6 (11.1)	6 (14)	14 (13)	21 (14.6)	49 (13.8)	
	Más de 4 vasos	4 (66.7)	48 (88.9)	37 (86)	91 (84.3)	121 (84)	301 (84.8)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación del nivel de estudios con las puntuaciones en alimentación.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

✓ *Ocupación*

Tabla: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alimentación en función de la ocupación.

		Cuenta ajena n (% columna)	Cuenta propia n (% columna)	Parado/a n (% columna)	Jubilado/a Pensionista n (% columna)	Trabajo doméstico no remunerado n (% columna)	Estudiante n (% columna)	No clasificable n (% columna)	Total n (% columna)	P*
Verdura	No consume	9 (5.8)	0 (0)	3 (18.8)	13 (9.9)	4 (25)	1 (9.1)	0 (0)	30 (8.4)	0.039*
	1 ración	70 (45.2)	16 (64)	5 (31.3)	46 (35.1)	4 (25)	4 (36.4)	2 (100)	147 (41.3)	
	Más de 1 ración	76 (49)	9 (36)	8 (50)	72 (55)	8 (50)	6 (54.5)	0 (0)	179 (50.3)	
Frutas	No consume	16 (10.3)	3 (12)	4 (25)	9 (6.9)	4 (25)	1 (9.1)	0 (0)	37 (10.4)	0.017*
	1-2 raciones	71 (45.8)	13 (52)	4 (25)	38 (29)	4 (25)	6 (54.5)	1 (50)	137 (38.5)	
	Más de 2 raciones	68 (43.9)	9 (36)	8 (50)	84 (64.1)	8 (50)	4 (36.4)	1 (50)	182 (51.1)	
Cereales integrales	No consume	73 (47.1)	16 (64)	10 (62.5)	69 (52.7)	7 (43.8)	3 (27.3)	1 (50)	179 (50.3)	0.190
	1 ración	46 (29.7)	8 (32)	3 (18.8)	43 (32.8)	6 (37.5)	3 (27.3)	0 (0)	109 (30.6)	
	2 raciones	20 (12.9)	1 (4)	1 (6.3)	8 (6.1)	2 (12.5)	4 (36.4)	1 (50)	37 (10.4)	
	Más de 2 raciones	16 (10.3)	0 (0)	2 (12.5)	11 (8.4)	1 (6.3)	1 (9.1)	0 (0)	31 (8.7)	
Frutos secos	No consume	52 (33.5)	6 (24)	7 (43.8)	40 (30.5)	6 (37.5)	4 (36.4)	1 (50)	116 (32.6)	0.767
	De 1-3 raciones crudos o tostados	66 (42.6)	12 (48)	4 (25)	53 (40.5)	3 (18.8)	4 (36.4)	1 (50)	143 (40.2)	
	De 4-7 raciones crudos	37 (23.9)	7 (28)	5 (31.3)	38 (29)	7 (43.8)	3 (27.3)	0 (0)	97 (27.2)	
Aceite	No consume	23 (14.8)	7 (28)	0 (0)	13 (9.9)	2 (12.5)	2 (18.2)	0 (0)	47 (13.2)	0.391
	Consumo AO	22 (14.2)	4 (16)	2 (12.5)	16 (12.2)	2 (12.5)	1 (9.1)	1 (50)	48 (13.5)	
	Consumo AOVE	110 (71)	14 (56)	14 (87.5)	102 (77.9)	12 (75)	8 (72.7)	1 (50)	261 (73.3)	
Legumbres	No consume	14 (9)	4 (16)	0 (0)	10 (7.6)	1 (6.3)	2 (18.2)	0 (0)	31 (8.7)	0.314
	1-2 raciones	98 (63.2)	13 (52)	7 (43.8)	74 (56.5)	10 (62.5)	3 (27.3)	1 (50)	206 (57.9)	
	Más de 2 raciones	43 (27.7)	8 (32)	9 (56.3)	47 (35.9)	5 (31.3)	6 (54.5)	1 (50)	119 (33.4)	

Pescado	No consume	11 (7.1)	3 (12)	3 (18.8)	6 (4.6)	2 (12.5)	3 (27.3)	0 (0)	28 (7.9)	0.420
	1-2 raciones	71 (45.8)	11 (44)	6 (37.5)	56 (42.7)	7 (43.8)	4 (36.4)	1 (50)	156 (43.8)	
	Más de 2 raciones	73 (47.1)	11 (44)	7 (43.8)	69 (52.7)	7 (43.8)	4 (36.4)	1 (50)	172 (48.3)	
Carne	Más de 4 raciones	18 (11.6)	0 (0)	3 (18.8)	7 (5.3)	2 (12.5)	1 (9.1)	0 (0)	31 (8.7)	0.096
	3-4 raciones	40 (25.8)	8 (32)	3 (18.8)	18 (13.7)	3 (18.8)	3 (27.3)	0 (0)	75 (21.1)	
	Menos de 3 raciones	97 (62.6)	17 (68)	10 (62.5)	106 (80.9)	11 (68.8)	7 (63.6)	2 (100)	250 (70.2)	
Procesados/ultra procesados	Más de 4 raciones	24 (15.5)	5 (20)	1 (6.3)	9 (6.9)	3 (18.8)	1 (9.1)	0 (0)	43 (12.1)	0.288
	3-4 raciones	19 (12.3)	3 (12)	2 (12.5)	10 (7.7)	1 (6.3)	3 (27.3)	0 (0)	38 (10.7)	
	Menos de 3 raciones	112 (72.3)	17 (68)	13 (81.3)	111 (85.4)	12 (75)	7 (63.6)	2 (100)	274 (77.2)	
Bebidas carbonatadas/azucaradas/edulcoradas	Azucaradas	23 (14.8)	1 (4)	0 (0)	12 (9.2)	3 (18.8)	2 (18.2)	0 (0)	41 (11.5)	0.391
	Edulcoradas	33 (21.3)	5 (20)	5 (31.3)	19 (14.6)	3 (18.8)	3 (27.3)	0 (0)	68 (19.2)	
	No consume	99 (63.9)	19 (76)	11 (68.8)	99 (76.2)	10 (62.5)	6 (54.5)	2 (100)	246 (69.3)	
Agua	No consume	0 (0)	0 (0)	1 (6.3)	3 (2.3)	0 (0)	1 (9.1)	0 (0)	5 (1.4)	0.220
	Menos de 4 vasos	24 (15.5)	4 (16)	2 (12.5)	13 (10)	3 (18.8)	3 (27.3)	0 (0)	49 (13.8)	
	Más de 4 vasos	131 (84.5)	21 (84)	13 (81.3)	114 (87.7)	13 (81.3)	7 (63.6)	2 (100)	301 (84.8)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de la ocupación con las puntuaciones en alimentación.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

✓ Ingresos

Tabla: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alimentación en función de los ingresos.

		Ningún ingreso n (% columna)	≤ a 1000 n (% columna)	De 1001-2500 n (% columna)	> 2501 n (% columna)	Total n (% columna)	p*
Verdura	No consume	4 (21.1)	9 (11.4)	11 (6.6)	2 (6.3)	26 (8.8)	0.203
	1 ración	7 (36.8)	34 (43)	67 (40.4)	18 (56.3)	126 (42.6)	
	Más de 1 ración	8 (42.1)	36 (45.6)	88 (53)	12 (37.5)	144 (48.6)	
Frutas	No consume	3 (15.8)	11 (13.9)	14 (8.4)	3 (9.4)	31 (10.5)	0.690
	1-2 raciones	8 (42.1)	30 (38)	66 (39.8)	16 (50)	120 (40.5)	
	Más de 2 raciones	8 (42.1)	38 (48.1)	86 (51.8)	13 (40.6)	145 (49)	
Cereales integrales	No consume	10 (52.6)	41 (51.9)	89 (53.6)	18 (56.3)	158 (53.4)	0.474
	1 ración	6 (31.6)	29 (36.7)	41 (24.7)	9 (28.1)	85 (28.7)	
	2 raciones	3 (15.8)	4 (5.1)	23 (13.9)	3 (9.4)	33 (11.1)	
	Más de 2 raciones	0 (0)	5 (6.3)	13 (7.8)	2 (6.3)	20 (6.8)	
Frutos secos	No consume	7 (36.8)	32 (40.5)	53 (31.9)	8 (25)	100 (33.8)	0.307
	De 1-3 raciones crudos o tostados	4 (21.1)	27 (34.2)	71 (42.8)	13 (40.6)	115 (38.9)	
	De 4-7 raciones crudos	8 (42.1)	20 (25.3)	42 (25.3)	11 (34.4)	81 (27.4)	
Aceite	No consume	2 (10.5)	13 (16.5)	25 (15.1)	3 (9.4)	43 (14.5)	0.784
	Consume AO	3 (15.8)	13 (16.5)	19 (11.4)	3 (9.4)	38 (12.8)	
	Consume AOVE	14 (73.7)	53 (67.1)	122 (73.5)	26 (81.3)	215 (72.6)	
Legumbres	No consume	3 (15.8)	9 (11.4)	10 (6)	2 (6.3)	24 (8.1)	0.146
	1-2 raciones	9 (47.4)	43 (54.4)	97 (58.4)	25 (78.1)	174 (58.8)	

	Más de 2 raciones	7 (36.8)	27 (34.2)	59 (35.5)	5 (15.6)	98 (33.1)	
Pescado	No consume	3 (15.8)	10 (12.7)	9 (5.4)	1 (3.1)	23 (7.8)	0.039* *
	1-2 raciones	7 (36.8)	39 (49.4)	76 (45.8)	9 (28.1)	131 (44.3)	
	Más de 2 raciones	9 (47.4)	30 (38)	81 (48.8)	22 (68.8)	142 (48)	
Carne	Más de 4 raciones	2 (10.5)	8 (10.1)	13 (7.8)	2 (6.3)	25 (8.4)	0.969
	3-4 raciones	5 (26.3)	17 (21.5)	37 (22.3)	9 (28.1)	68 (23)	
	Menos de 3 raciones	12 (63.2)	54 (68.4)	116 (69.9)	21 (65.6)	203 (68.6)	
Procesados/ultra procesados	Más de 4 raciones	4 (21.1)	9 (11.4)	22 (13.3)	3 (9.4)	38 (12.9)	0.729
	3-4 raciones	2 (10.5)	5 (6.3)	19 (11.5)	4 (12.5)	30 (10.2)	
	Menos de 3 raciones	13 (68.4)	65 (82.3)	124 (75.2)	25 (78.1)	227 (76.9)	
Bebidas carbonatadas/azucaradas/edulcoradas	Azucaradas	2 (10.5)	11 (13.9)	23 (13.9)	0 (0)	36 (12.2)	0.111
	Edulcoradas	6 (31.6)	15 (19)	30 (18.2)	3 (9.4)	54 (18.3)	
	No consume	11 (57.9)	53 (67.1)	112 (67.9)	29 (90.6)	205 (69.5)	
Agua	No consume	2 (10.5)	1 (1.3)	1 (0.6)	0 (0)	4 (1.4)	0.011* *
	Menos de 4 vasos	4 (21.1)	6 (7.6)	22 (13.3)	4 (12.5)	36 (12.2)	
	Más de 4 vasos	13 (68.4)	72 (91.1)	142 (86.1)	28 (87.5)	255 (86.4)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de los ingresos con las puntuaciones en alimentación.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

✓ *Enfermedad crónica*

Tabla: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alimentación en función de si presenta o no enfermedad crónica.

		No n (% columna)	Si n (% columna)	Total n (% columna)	p*
Verdura	No consume	5 (4.3)	25 (10.4)	30 (8.4)	0.074
	1 ración	45 (38.8)	102 (42.5)	147 (41.3)	
	Más de 1 ración	66 (56.9)	113 (47.1)	179 (50.3)	
Frutas	No consume	11 (9.5)	26 (10.8)	37 (10.4)	0.460
	1-2 raciones	50 (43.1)	87 (36.3)	137 (38.5)	
	Más de 2 raciones	55 (47.4)	127 (52.9)	182 (51.1)	
Cereales integrales	No consume	53 (45.7)	126 (52.5)	179 (50.3)	0.235
	1 ración	36 (31)	73 (30.4)	109 (30.6)	
	2 raciones	12 (10.3)	25 (10.4)	37 (10.4)	
	Más de 2 raciones	15 (12.9)	16 (6.7)	31 (8.7)	
Frutos secos	No consume	32 (27.6)	84 (35)	116 (32.6)	0.360
	De 1-3 raciones crudos o tostados	49 (42.2)	94 (39.2)	143 (40.2)	
	De 4-7 raciones crudos	35 (30.2)	62 (25.8)	97 (27.2)	
Aceite	No consume	19 (16.4)	28 (11.7)	47 (13.2)	0.469
	Consume AO	15 (12.9)	33 (13.8)	48 (13.5)	
	Consume AOVE	82 (70.7)	179 (74.6)	261 (73.3)	
Legumbres	No consume	11 (9.5)	20 (8.3)	31 (8.7)	0.931
	1-2 raciones	67 (57.8)	139 (57.9)	206 (57.9)	
	Más de 2 raciones	38 (32.8)	81 (33.8)	119 (33.4)	
Pescado	No consume	9 (7.8)	19 (7.9)	28 (7.9)	0.965

	1-2 raciones	52 (44.8)	104 (43.4)	156 (43.8)	
	Más de 2 raciones	55 (47.4)	117 (48.8)	172 (48.3)	
Carne	Más de 4 raciones	12 (10.3)	19 (7.9)	31 (8.7)	0.398
	3-4 raciones	28 (24.1)	47 (19.6)	75 (21.1)	
	Menos de 3 raciones	76 (65.5)	174 (72.5)	250 (70.2)	
Procesados/ultra procesados	Más de 4 raciones	17 (14.7)	26 (10.9)	43 (12.1)	0.054
	3-4 raciones	18 (15.5)	20 (8.4)	38 (10.7)	
	Menos de 3 raciones	81 (69.8)	193 (80.8)	274 (77.2)	
Bebidas carbonatadas/azucaradas/edulcoradas	Azucaradas	13 (11.2)	28 (11.7)	41 (11.5)	0.921
	Edulcoradas	21 (18.1)	47 (19.7)	68 (19.2)	
	No consume	82 (70.7)	164 (68.6)	246 (69.3)	
Agua	No consume	1 (0.9)	4 (1.7)	5 (1.4)	0.366
	Menos de 4 vasos	20 (17.2)	29 (12.1)	49 (13.8)	
	Más de 4 vasos	95 (81.9)	206 (86.2)	301 (84.8)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de enfermedad crónica con las puntuaciones en alimentación.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

## Dimensión Actividad física

### ✓ Edad

Tabla: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión Actividad física en función de la edad.

		<= 35 n (% columna)	36-50 n (% columna)	51-65 n (% columna)	>=66 n (% columna)	Total n (% columna)	p*
Actividad física Intensa	3 o más veces	7 (16.3)	16 (23.9)	15 (17)	19 (12)	57 (16)	0.005**
	1-2 veces	12 (27.9)	15 (22.4)	13 (14.8)	16 (10.1)	56 (15.7)	
	Nunca	24 (55.8)	36 (53.7)	60 (68.2)	123 (77.8)	243 (68.3)	
Actividad física Moderada	5 o más veces	13 (30.2)	32 (47.8)	40 (45.5)	95 (60.1)	180 (50.6)	0.004**
	3-4 veces	11 (25.6)	17 (25.4)	14 (15.9)	20 (12.7)	62 (17.4)	
	1-2 veces	14 (32.6)	12 (17.9)	17 (19.3)	20 (12.7)	63 (17.7)	
	Nunca	5 (11.6)	6 (9)	17 (19.3)	23 (14.6)	51 (14.3)	
Fortalecimiento muscular	2-o más veces	17 (39.5)	13 (19.4)	18 (20.5)	29 (18.4)	77 (21.6)	0.093
	1 vez	4 (9.3)	6 (9)	7 (8)	10 (6.3)	27 (7.6)	
	Nunca	22 (51.2)	48 (71.6)	63 (71.6)	119 (75.3)	252 (70.8)	
Descansos activos	Siempre o casi siempre	16 (37.2)	33 (49.3)	50 (56.8)	79 (50)	178 (50)	0.164
	Algunas veces	16 (37.2)	12 (17.9)	21 (23.9)	42 (26.6)	91 (25.6)	
	Nunca o casi nunca	11 (25.6)	22 (32.8)	17 (19.3)	37 (23.4)	87 (24.4)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de la edad con las puntuaciones en actividad física.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

✓ Sexo

Tabla: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión actividad física en función del sexo.

		Mujer n (% columna)	Hombre n (% columna)	Total n (% columna)	p*
Actividad física Intensa	3 o más veces	45 (18.5)	15 (12.3)	60 (16.4)	0.147
	1-2 veces	41 (16.9)	16 (13.1)	57 (15.6)	
	Nunca	157 (64.6)	91 (74.6)	248 (67.9)	
Actividad física Moderada	5 o más veces	128 (52.7)	55 (45.1)	183 (50.1)	0.570
	3-4 veces	42 (17.3)	23 (18.9)	65 (17.8)	
	1-2 veces	40 (16.5)	25 (20.5)	65 (17.8)	
	Nunca	33 (13.6)	19 (15.6)	52 (14.2)	
Fortalecimiento muscular	2-o más veces	58 (23.9)	20 (16.4)	78 (21.4)	0.216
	1 vez	16 (6.6)	11 (9)	27 (7.4)	
	Nunca	169 (69.5)	91 (74.6)	260 (71.2)	
Descansos activos	Siempre o casi siempre	137 (56.4)	44 (36.1)	181 (49.6)	0.001**
	Algunas veces	58 (23.9)	37 (30.3)	95 (26)	
	Nunca o casi nunca	48 (19.8)	41 (33.6)	89 (24.4)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación del sexo con las puntuaciones en actividad física.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

✓ *Nacionalidad*

Tabla: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión actividad física en función de la nacionalidad.

		Otra n (% columna)	Española n (% columna)	Total n (% columna)	p*
Actividad física Intensa	3 o más veces	9 (18.8)	48 (15.6)	57 (16)	0.849
	1-2 veces	7 (14.6)	49 (15.9)	56 (15.7)	
	Nunca	32 (66.7)	211 (68.5)	243 (68.3)	
Actividad física Moderada	5 o más veces	29 (60.4)	151 (49)	180 (50.6)	0.353
	3-4 veces	6 (12.5)	56 (18.2)	62 (17.4)	
	1-2 veces	9 (18.8)	54 (17.5)	63 (17.7)	
	Nunca	4 (8.3)	47 (15.3)	51 (14.3)	
Fortalecimiento muscular	2-o más veces	14 (29.2)	63 (20.5)	77 (21.6)	0.389
	1 vez	3 (6.3)	24 (7.8)	27 (7.6)	
	Nunca	31 (64.6)	221 (71.8)	252 (70.8)	
Descansos activos	Siempre o casi siempre	27 (56.3)	151 (49)	178 (50)	0.644
	Algunas veces	11 (22.9)	80 (26)	91 (25.6)	
	Nunca o casi nunca	10 (20.8)	77 (25)	87 (24.4)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de la nacionalidad con las puntuaciones en actividad física.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

✓ Nivel de estudios

Tabla: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión actividad física en función del nivel de estudios.

		Analfabeto E. Primarios incompleto s n (% columna)	Ed. Primaria n (% columna)	Ed. Secundaria n (% columna)	Bachillerato FP n (% columna)	Universitari o n (% columna)	Total n (% columna)	p*
Actividad física Intensa	3 o más veces	0 (0)	4 (7.4)	5 (11.6)	15 (13.9)	33 (22.9)	57 (16)	0.007**
	1-2 veces	1 (14.3)	4 (7.4)	4 (9.3)	17 (15.7)	30 (20.8)	56 (15.7)	
	Nunca	6 (85.7)	46 (85.2)	34 (79.1)	76 (70.4)	81 (56.3)	243 (68.3)	
Actividad física Moderada	5 o más veces	2 (28.6)	34 (63)	21 (48.8)	56 (51.9)	67 (46.5)	180 (50.6)	0.245
	3-4 veces	1 (14.3)	7 (13)	6 (14)	18 (16.7)	30 (20.8)	62 (17.4)	
	1-2 veces	1 (14.3)	4 (7.4)	9 (20.9)	18 (16.7)	31 (21.5)	63 (17.7)	
	Nunca	3 (42.9)	9 (16.7)	7 (16.3)	16 (14.8)	16 (11.1)	51 (14.3)	
Fortalecimient o muscular	2-o más veces	0 (0)	11 (20.4)	6 (14)	23 (21.3)	37 (25.7)	77 (21.6)	0.558
	1 vez	0 (0)	4 (7.4)	5 (11.6)	9 (8.3)	9 (6.3)	27 (7.6)	
	Nunca	7 (100)	39 (72.2)	32 (74.4)	76 (70.4)	98 (68.1)	252 (70.8)	
Descansos activos	Siempre o casi siempre	2 (28.6)	28 (51.9)	16 (37.2)	50 (46.3)	82 (56.9)	178 (50)	0.020**
	Algunas veces	1 (14.3)	19 (35.2)	10 (23.3)	28 (25.9)	33 (22.9)	91 (25.6)	
	Nunca o casi nunca	4 (57.1)	7 (13)	17 (39.5)	30 (27.8)	29 (20.1)	87 (24.4)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación del nivel de estudios con las puntuaciones en actividad física.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

✓ Ocupación

Tabla: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión actividad física en función de la ocupación.

		Cuenta ajena n (% columna)	Cuenta propia n (% columna)	Parado/a n (% columna)	Jubilado/a Pensionista n (% columna)	Trabajo doméstico o no remunerado n (% columna)	Estudiante n (% columna)	No clasificable n (% columna)	Total n (% columna)	P*
Actividad Física Intensa	3 o más veces	33 (21.3)	5 (20)	3 (18.8)	14 (10.7)	0 (0)	2 (18.2)	0 (0)	57 (16)	0.010*
	1-2 veces	34 (21.9)	5 (20)	2 (12.5)	12 (9.2)	1 (6.3)	1 (9.1)	1 (50)	56 (15.7)	
	Nunca	88 (56.8)	15 (16)	11 (68.8)	105 (80.2)	15 (93.8)	8 (72.7)	1 (50)	243 (68.3)	
Actividad Física Moderada	5 o más veces	65 (41.9)	13 (52)	8 (50)	83 (63.4)	8 (50)	2 (18.2)	1 (50)	180 (50.6)	0.002*
	3-4 veces	35 (22.6)	2 (8)	1 (6.3)	20 (15.3)	2 (12.5)	2 (18.2)	0 (0)	62 (17.4)	
	1-2 veces	37 (23.9)	4 (16)	6 (37.5)	9 (6.9)	2 (12.5)	4 (36.4)	1 (50)	63 (17.7)	
	Nunca	18 (11.6)	6 (24)	1 (6.3)	19 (14.5)	4 (25)	3 (27.3)	0 (0)	51 (14.3)	
Fortalecimiento muscular	2-o más veces	39 (25.2)	5 (20)	4 (25)	24 (18.3)	3 (18.8)	2 (18.2)	0 (0)	77 (21.6)	0.327
	1 vez	11 (7.1)	0 (0)	2 (12.5)	11 (8.4)	0 (0)	2 (18.2)	1 (50)	27 (7.6)	
	Nunca	105 (67.7)	20 (80)	10 (62.5)	96 (73.3)	13 (81.3)	7 (63.6)	1 (50)	252 (70.8)	
Descansos activos	Siempre o casi siempre	79 (51)	11 (44)	11 (68.8)	66 (50.4)	6 (37.5)	5 (45.5)	0 (0)	178 (50)	0.209
	Algunas veces	34 (21.9)	7 (28)	3 (18.8)	41 (31.3)	2 (12.5)	3 (27.3)	1 (50)	91 (25.6)	
	Nunca o casi nunca	42 (27.1)	7 (28)	2 (12.5)	24 (18.3)	8 (50)	3 (27.3)	1 (50)	87 (24.4)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de la ocupación con las puntuaciones en actividad física.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

✓ Ingresos

Tabla: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión actividad física en función de los ingresos.

		Ningún ingreso N (% columna)	≤ a 1000 N (% columna)	De 1001-2500 N (% columna)	> 2501 N (% columna)	Total N (% columna)	p*
Actividad Física Intensa	3 o más veces	1 (5.3)	12 (15.2)	29 (17.5)	10 (31.3)	52 (17.6)	0.039**
	1-2 veces	2 (10.5)	8 (10.1)	28 (16.9)	8 (25)	46 (15.5)	
	Nunca	16 (84.2)	59 (74.7)	109 (65.7)	14 (43.8)	198 (66.9)	
Actividad Física Moderada	5 o más veces	7 (36.8)	43 (54.4)	81 (48.8)	15 (46.9)	146 (49.3)	0.566
	3-4 veces	3 (15.8)	12 (15.2)	33 (19.9)	4 (12.5)	52 (17.6)	
	1-2 veces	3 (15.8)	15 (19)	27 (16.3)	8 (25)	53 (17.9)	
	Nunca	6 (31.6)	9 (11.4)	25 (15.1)	5 (15.6)	45 (15.2)	
Fortalecimiento muscular	2-o más veces	4 (21.1)	17 (21.5)	36 (21.7)	6 (18.8)	63 (21.3)	0.846
	1 vez	1 (5.3)	9 (11.4)	10 (6)	2 (6.3)	22 (7.4)	
	Nunca	14 (73.7)	53 (67.1)	120 (72.3)	24 (75)	211 (71.3)	
Descansos activos	Siempre o casi siempre	9 (47.4)	34 (43)	84 (50.6)	20 (62.5)	147 (49.7)	0.404
	Algunas veces	3 (15.8)	24 (30.4)	37 (22.3)	7 (21.9)	71 (24)	
	Nunca o casi nunca	7 (36.8)	21 (26.6)	45 (27.1)	5 (15.6)	78 (26.4)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de los ingresos con las puntuaciones en actividad física.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

✓ Enfermedad crónica

Tabla: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión actividad física en función de si presenta o no una enfermedad crónica.

		No n (% columna)	Si n (% columna)	Total n (% columna)	p*
Actividad Física Intensa	3 o más veces	30 (25.9)	27 (11.3)	57 (16)	0.000**
	1-2 veces	23 (19.8)	33 (13.8)	56 (15.7)	
	Nunca	63 (54.3)	180 (75)	243 (68.3)	
Actividad Física Moderada	5 o más veces	56 (48.3)	124 (51.7)	180 (50.6)	0.003**
	3-4 veces	27 (23.3)	35 (14.6)	62 (17.4)	
	1-2 veces	26 (22.4)	37 (15.4)	63 (17.7)	
	Nunca	7 (6)	44 (18.3)	51 (14.3)	
Fortalecimiento muscular	2-o más veces	37 (31.9)	40 (16.7)	77 (21.6)	0.005**
	1 vez	7 (6)	20 (8.3)	27 (7.6)	
	Nunca	72 (62.1)	180 (75)	252 (70.8)	
Descansos activos	Siempre o casi siempre	62 (53.4)	116 (48.3)	178 (50)	0.659
	Algunas veces	28 (24.1)	63 (26.3)	91 (25.6)	
	Nunca o casi nunca	26 (22.4)	61 (25.4)	87 (24.4)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de enfermedad crónica con las puntuaciones en actividad física.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Dimensión Alcohol, tabaco y otras drogas

✓ Edad

Tabla: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alcohol, tabaco y otras drogas en función de la edad agrupada.

		<= 35 n (% columna)	36-50 n (% columna)	51-65 n (% columna)	>=66 n (% columna)	Total n (% columna)	P*
Alcohol UBES/semana	Ningún consumo	20 (46.5)	30 (44.8)	46 (52.3)	96 (60.8)	192 (53.9)	0.193
	Mujer hasta 7 UBES/semana Hombre hasta 14 UBES/semana	15 (34.9)	31 (46.3)	29 (33)	45 (28.5)	120 (33.7)	
	Mujer 8-12 UBES/semana Hombre 15-21 UBES/semana Consumo intensivo	6 (14)	4 (6)	6 (6.8)	12 (7.6)	28 (7.9)	
	Mujer 13-17 UBES/semana Hombre 22-28 UBES/semana	1 (2.3)	0 (0)	3 (3.4)	4 (2.5)	8 (2.2)	
	Mujer >17 UBES/semana Hombre >28 UBES/semana	1 (2.3)	2 (3)	4 (4.5)	1 (0.6)	8 (2.2)	
¿Fuma?	No	31(72.1)	49 (73.1)	68 (77.3)	137 (86.7)	285 (80.1)	0.034* *
	Sí, ocasionalmente	3 (7)	2 (3)	2 (2.3)	2 (1.3)	9 (2.5)	
	Sí, 1-10 cigarros/día 1 cachimba/día	8 (18.6)	11 (16.4)	7 (8)	13 (8.2)	39 (11)	
	Sí, 11-20 cigarros/día 2 cachimbas/día	1 (2.3)	4 (6)	8 (9.1)	6 (3.8)	19 (5.3)	
	Sí, más de 20 cigarros/día > 3 cachimbas/día	0 (0)	1 (1.5)	3 (3.4)	0 (0)	4 (1.1)	
¿Consume otras drogas?	No	38 (88.4)	67 (100)	87 (98.9)	158 (100)	350 (98.3)	0.000* *
	Sí, ocasionalmente	4 (9.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (1.1)	
	Sí, a diario	1 (2.3)	0 (0)	1 (1.1)	0 (0)	2 (0.6)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de la edad con las puntuaciones en Alcohol, tabaco y otras drogas.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

✓ Sexo

Tabla: dimensión alcohol, tabaco y otras drogas en función del sexo.

		Mujer n (% columna)	Hombre n (% columna)	Total n (% columna)	p*
Alcohol  UBES/semana	Ningún consumo	128 (61.8)	64 (43)	192 (53.9)	0.012**
	Mujer hasta 7 UBES/semana Hombre hasta 14 UBES/semana	59 (28.5)	61 (40.9)	120 (33.7)	
	Mujer 8-12 UBES/semana Hombre 15-21 UBES/semana Consumo intensivo	12 (5.8)	16 (10.7)	28 (7.9)	
	Mujer 13-17 UBES/semana Hombre 22-28 UBES/semana	4 (1.9)	4 (2.7)	8 (2.2)	
	Mujer >17 UBES/semana Hombre >28 UBES/semana	4 (1.9)	4 (2.7)	8 (2.2)	
¿Fuma?	No	164 (79.2)	121 (81.2)	285 (80.1)	0.314
	Sí, ocasionalmente	7 (3.4)	2 (1.3)	9 (2.5)	
	Sí, 1-10 cigarros/día 1 cachimba/día	26 (12.6)	13 (8.7)	39 (11)	
	Sí, 11-20 cigarros/día 2 cachimbas/día	8 (3.9)	11 (7.4)	19 (5.3)	
	Sí, más de 20 cigarros/día > 3 cachimbas/día	2 (1)	2 (1.3)	4 (1.1)	
¿Consume otras drogas?	No	205 (99)	145 (97.3)	350 (98.3)	0.389
	Sí, ocasionalmente	1 (0.5)	3 (2)	4 (1.1)	
	Sí, a diario	1 (0.5)	1 (0.7)	2 (0.6)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación del sexo con las puntuaciones en Alcohol, tabaco y otras drogas.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

✓ Nacionalidad

Tabla: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alcohol, tabaco y otras drogas en función de la nacionalidad.

		Otra n (% columna)	Española n (% columna)	Total n (% columna)	p*
Alcohol  UBES/semana	Ningún consumo	20 (41.7)	172 (55.8)	192 (53.9)	0.011**
	Mujer hasta 7 UBES/semana Hombre hasta 14 UBES/semana	16 (33.3)	104 (33.8)	120 (33.7)	
	Mujer 8-12 UBES/semana Hombre 15-21 UBES/semana Consumo intensivo	6 (12.5)	22 (7.1)	28 (7.9)	
	Mujer 13-17 UBES/semana Hombre 22-28 UBES/semana	2 (4.2)	6 (1.9)	8 (2.2)	
	Mujer >17 UBES/semana Hombre >28 UBES/semana	4 (8.3)	4 (1.3)	8 (2.2)	
	¿Fuma?	No	40 (83.3)	245 (79.5)	
	Sí, ocasionalmente	1 (2.1)	8 (2.6)	9 (2.5)	
	Sí, 1-10 cigarros/día 1 cachimba/día	5 (10.4)	34 (11)	39 (11)	
	Sí, 11-20 cigarros/día 2 cachimbas/día	2 (4.2)	17 (5.5)	19 (5.3)	
	Sí, más de 20 cigarros/día > 3 cachimbas/día	0 (0)	4 (1.3)	4 (1.1)	
¿Consume otras drogas?	No	47 (97.9)	303 (98.4)	350 (98.3)	0.681
	Sí, ocasionalmente	1 (2.1)	3 (1)	4 (1.1)	
	Sí, a diario	0 (0)	2 (0.6)	2 (0.6)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de la nacionalidad con las puntuaciones en Alcohol, tabaco y otras drogas.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

✓ Estado civil

Tabla: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alcohol, tabaco y otras drogas en función del estado civil.

		Soltero/a n (% columna)	Casado/a En pareja n (% columna)	Separado/a Divorciado/ a n (% columna)	Viudo/a n (% columna)	Total n (% columna)	p*
Alcohol UBES/semana	Ningún consumo	41 (45.1)	118 (56.5)	15 (46.9)	17 (77.3)	191 (54)	0.506
	Mujer hasta 7 UBES/semana Hombre hasta 14 UBES/semana	34 (37.4)	68 (32.5)	13 (40.6)	4 (18.2)	119 (33.6)	
	Mujer 8-12 UBES/semana Hombre 15-21 UBES/semana Consumo intensivo	10 (11)	14 (6.7)	3 (9.4)	1 (4.5)	28 (7.9)	
	Mujer 13-17 UBES/semana Hombre 22-28 UBES/semana	3 (3.3)	5 (2.4)	0 (0)	0 (0)	8 (2.3)	
	Mujer >17 UBES/semana Hombre >28 UBES/semana	3 (3.3)	4 (1.9)	1 (3.1)	0 (0)	8 (2.3)	
¿Fuma?	No	66 (72.5)	178 (85.2)	22 (68.8)	17 (77.3)	283 (79.9)	0.129
	Sí, ocasionalmente	5 (5.5)	4 (1.9)	0 (0)	0 (0)	9 (2.5)	
	Sí, 1-10 cigarros/día 1 cachimba/día	14 (15.4)	16 (7.7)	6 (18.8)	3 (13.6)	39 (11)	
	Sí, 11-20 cigarros/día 2 cachimbas/día	5 (5.5)	8 (8.3)	4 (12.5)	2 (9.1)	19 (5.4)	
	Sí, más de 20 cigarros/día > 3 cachimbas/día	1 (1.1)	3 (1.4)	0 (0)	0 (0)	4 (1.1)	
¿Consume otras drogas?	No	86 (94.5)	208 (99.5)	32 (100)	22 (100)	348 (98.3)	0.051* *
	Sí, ocasionalmente	4 (4.4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (1.1)	
	Sí, a diario	1 (1.1)	1 (0.5)	0 (0)	0 (0)	2 (0.6)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación del estado civil con las puntuaciones en Alcohol, tabaco y otras drogas.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

✓ Nivel de estudios

Tabla: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alcohol, tabaco y otras drogas en función del nivel de estudios.

		Analfabeto E. Primarios incompletos n (% columna)	Ed. Primaria n (% columna)	Ed. Secundaria n (% columna)	Bachillerato o FP n (% columna)	Universitario n (% columna)	Total n (% columna)	p*
Alcohol UBES/semana	Ningún consumo	5 (71.4)	40 (74.1)	27 (62.8)	57 (52.8)	63 (43.8)	192 (53.9)	0.059
	Mujer hasta 7 UBES/semana Hombre hasta 14 UBES/semana	2 (28.6)	8 (14.8)	12 (27.9)	38 (35.2)	60 (41.7)	120 (33.7)	
	Mujer 8-12 UBES/semana Hombre 15-21 UBES/semana Consumo intensivo	0 (0)	2 (3.7)	3 (7)	9 (8.3)	14 (9.7)	28 (7.9)	
	Mujer 13-17 UBES/semana Hombre 22-28 UBES/semana	0 (0)	3 (5.6)	0 (0)	3 (2.8)	2 (1.4)	8 (2.2)	
	Mujer >17 UBES/semana Hombre >28 UBES/semana	0 (0)	1 (1.9)	1 (2.3)	1 (0.9)	5 (3.5)	8 (2.2)	
¿Fuma?	No	7 (100)	43 (79.6)	32 (74.4)	87 (80.6)	116 (80.6)	285 (80.1)	0.064
	Sí, ocasionalmente	0 (0)	1 (1.9)	2 (4.7)	2 (1.9)	4 (2.8)	9 (2.5)	
	Sí, 1-10 cigarros/día 1 cachimba/día	0 (0)	4 (7.4)	6 (14)	17 (15.7)	12 (8.3)	39 (11)	
	Sí, 11-20 cigarros/día	0 (0)	3 (5.6)	3 (7)	1 (0.9)	12 (8.3)	19 (5.3)	

	2 cachimbas/día							
	Sí, más de 20 cigarros/día > 3 cachimbas/día	0 (0)	3 (5.6)	0 (0)	1 (0.9)	0 (0)	4 (1.1)	
¿Consume otras drogas?	No	7 (100)	51 (94.4)	43 (100)	105 (97.2)	144 (100)	350 (98.3)	0.037* *
	Sí, ocasionalmente	0 (0)	1 (1.9)	0 (0)	3 (2.8)	0 (0)	4 (1.1)	
	Sí, a diario	0 (0)	2 (3.7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0.6)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación del nivel de estudios con las puntuaciones en Alcohol, tabaco y otras drogas.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

✓ Ocupación

Tabla: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alcohol, tabaco y otras drogas en función de la edad ocupación.

		Cuenta ajena n (% columna)	Cuenta propia n (% columna)	Parado/a n (% columna)	Jubilado/a Pensionista n (% columna)	Trabajo doméstico no remunerado n (% columna)	Estudiante n (% columna)	No clasificable n (% columna)	Total n (% columna)	P*
Alcohol	Ningún consumo	80 (51.6)	8 (32)	7 (43.8)	79 (60.3)	12 (75)	5 (45.5)	1 (50)	192 (53.9)	0.014* *
	Mujer hasta 7 UBES/semana	59 (38.1)	10 (40)	7 (43.8)	39 (29.8)	3 (18.8)	2 (18.2)	0 (0)	120 (33.7)	
	Hombre hasta 14 UBES/semana									
	Mujer 8-12 UBES/semana	9 (5.8)	3 (12)	2 (12.5)	10 (7.6)	0 (0)	3 (27.3)	1 (50)	28 (7.9)	
	Hombre 15-21 UBES/semana									
	Consumo intensivo									
Mujer 13-17 UBES/semana	3 (1.9)	1 (4)	0 (0)	3 (2.3)	0 (0)	1 (9.1)	0 (0)	8 (2.2)		
Hombre 22-28 UBES/semana										
Mujer >17 UBES/semana	4 (2.6)	3 (12)	0 (0)	0 (0)	1 (6.3)	0 (0)	0 (0)	8 (2.2)		
Hombre >28 UBES/semana										
¿Fuma?	No	114 (73.5)	20 (80)	8 (50)	120 (91.6)	13 (81.3)	9 (81.8)	1 (50)	285 (80.1)	0.006* *
	Sí, ocasionalmente	5 (3.2)	1 (4)	2 (12.5)	1 (0.8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	9 (2.5)	
	Sí, 1-10 cigarros/día 1 cachimba/día	20 (12.9)	3 (12)	4 (25)	8 (6.1)	2 (12.5)	2 (18.2)	0 (0)	39 (11)	
	Sí, 11-20 cigarros/día 2 cachimbas/día	13 (8.4)	1 (4)	2 (12.5)	2 (1.5)	0 (0)	0 (0)	1 (50)	19 (5.3)	
	Sí, más de 20 cigarros/día	3 (1.9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (6.3)	0 (0)	0 (0)	4 (1.1)	

	> 3 cachimbos/día									
¿Consume otras drogas?	No	153 (98.7)	25 (100)	16 (100)	130 (99.2)	15 (93.8)	9 (81.8)	2 (100)	350 (98.3)	0.000* *
	Sí, ocasionalmente	2 (1.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (18.2)	0 (0)	4 (1.1)	
	Sí, a diario	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.8)	1 (6.3)	0 (0)	0 (0)	2 (0.6)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de la ocupación con las puntuaciones en Alcohol, tabaco y otras drogas.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

✓ Ingresos

Tabla: Análisis y distribución de frecuencia y porcentajes en la dimensión alcohol, tabaco y otras drogas en función de los ingresos.

		Ningún ingreso n (% columna)	≤ a 1000 n (% columna)	De 1001-2500 n (% columna)	> 2501 n (% columna)	Total n (% columna)	P*
Alcohol UBES/semana	Ningún consumo	10 (52.6)	54 (68.4)	85 (51.2)	13 (40.6)	162 (54.7)	0.544
	Mujer hasta 7 UBES/semana Hombre hasta 14 UBES/semana	6 (31.6)	18 (22.8)	59 (35.5)	14 (43.8)	97 (32.8)	
	Mujer 8-12 UBES/semana Hombre 15-21 UBES/semana Consumo intensivo	2 (10.5)	5 (6.3)	14 (8.4)	3 (9.4)	24 (8.1)	
	Mujer 13-17 UBES/semana Hombre 22-28 UBES/semana	1 (5.3)	1 (1.3)	4 (2.4)	1 (3.1)	7 (2.4)	
	Mujer >17 UBES/semana Hombre >28 UBES/semana	0 (0)	1 (1.3)	4 (2.4)	1 (3.1)	6 (2)	
¿Fuma?	No	15 (78.9)	66 (83.5)	137 (82.5)	29 (90.6)	247 (83.4)	0.525
	Sí, ocasionalmente	1 (5.4)	0 (0)	5 (3)	0 (0)	6 (2)	
	Sí, 1-10 cigarros/día 1 cachimba/día	3 (15.8)	11 (13.9)	13 (7.8)	2 (6.3)	29 (9.8)	
	Sí, 11-20 cigarros/día 2 cachimbas/día	0 (0)	2 (2.5)	9 (5.4)	1 (3.1)	12 (4.1)	
	Sí, más de 20 cigarros/día > 3 cachimbas/día	0 (0)	0 (0)	2 (1.2)	0 (0)	2 (0.7)	
¿Consume otras drogas?	No	16 (84.2)	78 (98.7)	165 (99.4)	32 (100)	291 (98.3)	0.000**
	Sí, ocasionalmente	3 (15.8)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	4 (.4)	

	Sí, a diario	0 (0)	1 (1.3)	0 (0)	0 (0)	1 (0.3)	
--	--------------	-------	---------	-------	-------	---------	--

\*p del test de chi cuadrado de la relación de los ingresos con las puntuaciones en Alcohol, tabaco y otras drogas.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

✓ Enfermedad crónica

Tabla: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión alcohol, tabaco y otras drogas en función de presentar una enfermedad crónica.

		No n (% columna)	Si n (% columna)	Total n (% columna)	p*
Alcohol UBES/semana	Ningún consumo	50 (43.1)	142 (59.2)	192 (53.9)	0.058
	Mujer hasta 7 UBES/semana Hombre hasta 14 UBES/semana	50 (43.1)	70 (29.2)	120 (33.7)	
	Mujer 8-12 UBES/semana Hombre 15-21 UBES/semana	11 (9.5)	17 (7.1)	28 (7.9)	
	Mujer 13-17 UBES/semana Hombre 22-28 UBES/semana	2 (1.7)	6 (2.5)	8 (2.2)	
	Mujer >17 UBES/semana Hombre >28 UBES/semana	3 (2.6)	5 (2.1)	8 (2.2)	
¿Fuma?	No	90 (77.6)	195 (81.3)	285 (80.1)	0.042**
	Sí, ocasionalmente	5 (4.3)	4 (1.7)	9 (2.5)	
	Sí, 1-10 cigarros/día 1 cachimba/día	18 (15.5)	21 (8.8)	39 (11)	
	Sí, 11-20 cigarros/día 2 cachimbas/día	3 (2.6)	16 (6.7)	19 (5.3)	
	Sí, más de 20 cigarros/día > 3 cachimbas/día	0 (0)	4 (1.7)	4 (1.1)	
¿Consume otras drogas?	No	112 (96.6)	238 (99.2)	350 (98.3)	0.165
	Sí, ocasionalmente	3 (2.6)	1 (0.4)	4 (1.1)	
	Sí, a diario	1 (0.9)	1 (0.4)	2 (0.6)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de enfermedad crónica con las puntuaciones en Alcohol, tabaco y otras drogas.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Dimensión Bienestar emocional

✓ Edad

Tabla: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión bienestar emocional en función de la edad agrupada.

		<= 35 n (% columna)	36-50 n (% columna)	51-65 n (% columna)	>=66 n (% columna)	Total n (% columna)	P*
Autoconcepto	Siempre o casi siempre	23 (53.5)	45 (67.2)	56 (63.6)	110 (69.6)	234 (65.7)	0.066
	Algunas veces	20 (46.5)	16 (23.9)	27 (30.7)	42 (26.6)	105 (29.5)	
	Nunca o casi nunca	0 (0)	6 (9)	5 (5.7)	6 (3.8)	17 (4.8)	
Satisfacción	Siempre o casi siempre	25 (58.1)	35 (52.2)	56 (63.6)	109 (69)	225 (63.2)	0.098
	Algunas veces	13 (30.2)	29 (43.3)	24 (27.3)	41 (25.9)	107 (30.1)	
	Nunca o casi nunca	5 (11.6)	3 (4.5)	8 (9.1)	8 (5.1)	24 (6.7)	
Estado de ánimo	Siempre o casi siempre	21 (48.8)	38 (56.7)	59 (67)	98 (62)	216 (60.7)	0.134
	Algunas veces	22 (51.2)	25 (37.3)	28 (31.8)	56 (35.4)	131 (36.8)	
	Nunca o casi nunca	0 (0)	4 (6)	1 (1.1)	4 (2.5)	9 (2.5)	
Equilibrio emocional	Siempre o casi siempre	9 (20.9)	15 (22.4)	19 (21.6)	10 (6.3)	53 (14.9)	0.000**
	Algunas veces	25 (58.1)	40 (59.7)	49 (55.7)	86 (54.4)	200 (56.2)	
	Nunca o casi nunca	9 (20.9)	12 (17.9)	20 (22.7)	62 (39.2)	103 (28.9)	
Motivación	Siempre o casi siempre	27 (62.8)	49 (73.1)	65 (73.9)	96 (60.8)	237 (66.6)	0.347
	Algunas veces	12 (27.9)	13 (19.4)	16 (18.2)	41 (25.9)	82 (23)	
	Nunca o casi nunca	4 (9.3)	5 (7.5)	7 (8)	21 (13.3)	37 (10.4)	
Capacidad de afrontamiento	Siempre o casi siempre	27 (62.8)	52 (77.6)	70 (79.5)	128 (81)	277 (77.8)	0.085
	Algunas veces	16 (37.2)	13 (19.4)	15 (17)	28 (17.7)	72 (20.2)	
	Nunca o casi nunca	0 (0)	2 (3)	3 (3.4)	2 (1.3)	7 (2)	

Relaciones interpersonales	Siempre o casi siempre	41 (95.3)	55 (82.1)	77 (87.5)	131 (82.9)	304 (85.4)	0.070
	Algunas veces	2 (4.7)	8 (11.9)	5 (5.7)	23 (14.6)	38 (10.7)	
	Nunca o casi nunca	0 (0)	4 (6)	6 (6.8)	4 (2.5)	14 (3.9)	
Necesidades afectivas	Siempre o casi siempre	39 (90.7)	59 (88.1)	81 (92)	149 (94.3)	328 (92.1)	0.356
	Algunas veces	4 (9.3)	7 (10.4)	5 (5.7)	5 (3.2)	21 (5.9)	
	Nunca o casi nunca	0 (0)	1 (1.5)	2 (2.3)	4 (2.5)	7 (2)	
Sueño/descanso	Siempre o casi siempre	20 (46.5)	27 (40.3)	42 (47.7)	94 (59.5)	183 (51.4)	0.013**
	Algunas veces	18 (41.9)	30 (44.8)	24 (27.3)	44 (27.8)	116 (32.6)	
	Nunca o casi nunca	5 (11.6)	10 (14.9)	22 (25)	20 (12.7)	57 (16)	
Ocio/Entretención	Siempre o casi siempre	23 (53.5)	26 (38.8)	55 (62.5)	133 (84.2)	237 (66.6)	0.000**
	Algunas veces	16 (37.2)	23 (34.3)	22 (25)	20 (12.7)	81 (22.8)	
	Nunca o casi nunca	4 (9.3)	18 (26.9)	11 (12.5)	5 (3.2)	38 (10.7)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de la edad con las puntuaciones en Bienestar emocional.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

✓ Sexo

Tabla: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión bienestar emocional en función del sexo.

		Mujer n (% columna)	Hombre n (% columna)	Total n (% columna)	p*
Autoconcepto	Siempre o casi siempre	129 (62.3)	105 (70.5)	234 (65.7)	0.171
	Algunas veces	69 (33.3)	36 (24.2)	105 (29.5)	
	Nunca o casi nunca	9 (4.3)	8 (5.4)	17 (4.8)	
Satisfacción	Siempre o casi siempre	120 (58)	105 (70.5)	225 (63.2)	0.037***
	Algunas veces	73 (35.3)	34 (22.8)	107 (30.1)	
	Nunca o casi nunca	14 (6.8)	10 (6.7)	24 (6.7)	
Estado de ánimo	Siempre o casi siempre	120 (58)	96 (64.4)	216 (60.7)	0.430
	Algunas veces	82 (39.6)	49 (32.9)	131 (36.8)	
	Nunca o casi nunca	5 (2.4)	4 (2.7)	9 (2.5)	
Equilibrio emocional	Siempre o casi siempre	32 (15.5)	21 (14.1)	53 (14.9)	0.062
	Algunas veces	125 (60.4)	75 (50.3)	200 (56.2)	
	Nunca o casi nunca	50 (24.2)	53 (35.6)	103 (28.9)	
Motivación	Siempre o casi siempre	134 (64.7)	103 (69.1)	237 (66.6)	0.448
	Algunas veces	48 (23.2)	34 (22.8)	82 (23)	
	Nunca o casi nunca	25 (12.1)	12 (8.1)	37 (10.4)	
Capacidad de afrontamiento	Siempre o casi siempre	158 (76.3)	119 (79.9)	277 (77.8)	0.704
	Algunas veces	45 (21.7)	27 (18.1)	72 (20.2)	
	Nunca o casi nunca	4 (1.9)	3 (2)	7 (2)	
Relaciones interpersonales	Siempre o casi siempre	183 (88.4)	121 (81.2)	304 (85.4)	0.156
	Algunas veces	17 (8.2)	21 (14.1)	38 (10.7)	

	Nunca o casi nunca	7 (3.4)	7 (4.7)	14 (3.9)	
Necesidades afectivas	Siempre o casi siempre	195 (94.2)	133 (89.3)	328 (92.1)	0.232
	Algunas veces	9 (4.3)	12 (8.1)	21 (5.9)	
	Nunca o casi nunca	3 (1.4)	4 (2.7)	7 (2)	
Sueño/descanso	Siempre o casi siempre	103 (49.8)	80 (53.7)	183 (51.4)	0.580
	Algunas veces	72 (34.8)	44 (29.5)	116 (32.6)	
	Nunca o casi nunca	32 (15,5)	25 (16,8)	57 (16)	
Ocio/Entretenimiento	Siempre o casi siempre	130 (62.8)	107 (71.8)	237 (66.6)	0.169
	Algunas veces	54 (26.1)	27 (18.1)	81 (22.8)	
	Nunca o casi nunca	23 (11.1)	15 (10.1)	38 (10.7)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación del sexo con las puntuaciones en Bienestar emocional.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

✓ Nacionalidad

Tabla: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión bienestar emocional en función de la nacionalidad.

		Otra n (% columna)	Española n (% columna)	Total n (% columna)	p*
Autoconcepto	Siempre o casi siempre	28 (58.3)	206 (66.9)	234 (65.7)	0.331
	Algunas veces	16 (33.3)	89 (28.9)	105 (29.5)	
	Nunca o casi nunca	4 (8.3)	13 (4.2)	17 (4.8)	
Satisfacción	Siempre o casi siempre	24 (50)	201 (65.3)	225 (63.2)	0.082
	Algunas veces	21 (43.8)	86 (27.9)	107 (30.1)	
	Nunca o casi nunca	3 (6.3)	21 (6.8)	24 (6.7)	
Estado de ánimo	Siempre o casi siempre	25 (52.1)	191 (62)	216 (60.7)	0.377
	Algunas veces	22 (45.8)	109 (35.4)	131 (36.8)	
	Nunca o casi nunca	1 (2.1)	8 (2.6)	9 (2.5)	
Equilibrio emocional	Siempre o casi siempre	12 (25)	41 (13.3)	53 (14.9)	0.034**
	Algunas veces	28 (58,3)	172 (55,8)	200 (56,2)	
	Nunca o casi nunca	8 (16.7)	95 (30.8)	103 (28.9)	
Motivación	Siempre o casi siempre	31 (64.6)	206 (66.9)	237 (66.6)	0.874
	Algunas veces	11 (22.9)	71 (23.1)	82 (23)	
	Nunca o casi nunca	6 (12.5)	31 (10.1)	37 (10.4)	
Capacidad de afrontamiento	Siempre o casi siempre	39 (81.3)	238 (77.3)	277 (77.8)	0.804
	Algunas veces	8 (16.7)	64 (20.8)	72 (20.2)	
	Nunca o casi nunca	1 (2.1)	6 (1.9)	7 (2)	
Relaciones interpersonales	Siempre o casi siempre	38 (79.2)	266 (86.4)	304 (85.4)	0.045**
	Algunas veces	5 (10.4)	33 (10.7)	38 (10.7)	
	Nunca o casi nunca	5 (10.4)	9 (2.9)	14 (3.9)	

Necesidades afectivas	Siempre o casi siempre	42 (87.5)	286 (92.9)	328 (92.1)	0.358
	Algunas veces	5 (10.4)	16 (5.2)	21 (5.9)	
	Nunca o casi nunca	1 (2.1)	6 (1.9)	7 (2)	
Sueño/descanso	Siempre o casi siempre	20 (41.7)	163 (52.9)	183 (51.4)	0.326
	Algunas veces	18 (37.5)	98 (31.8)	116 (32.6)	
	Nunca o casi nunca	10 (20.8)	47 (15.3)	57 (16)	
Ocio/Entretenimiento	Siempre o casi siempre	22 (45.8)	215 (69.8)	237 (66.6)	0.003**
	Algunas veces	16 (33.3)	65 (21.1)	81 (22.8)	
	Nunca o casi nunca	10 (20.8)	28 (9.1)	38 (10.7)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de la nacionalidad con las puntuaciones en Bienestar emocional.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

✓ Estado civil

Tabla: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión bienestar emocional en función del estado civil.

		Soltero/a n (% columna)	Casado/a En pareja n (% columna)	Separado/a Divorciado/a n (% columna)	Viudo/a n (% columna)	Total n (% columna)	P*
Autoconcepto	Siempre o casi siempre	48 (52.7)	149 (71.3)	19 (59.4)	17 (77.3)	233 (65.8)	0.048* *
	Algunas veces	36 (39.6)	53 (25.4)	12 (37.5)	4 (18.2)	105 (29.7)	
	Nunca o casi nunca	7 (7.7)	7 (3.3)	1 (3.1)	1 (4.5)	16 (4.5)	
Satisfacción	Siempre o casi siempre	49 (53.8)	149 (71.3)	16 (50)	10 (45.5)	224 (63.3)	0.001* *
	Algunas veces	31 (34.1)	49 (23.4)	16 (50)	10 (45.5)	106 (29.9)	
	Nunca o casi nunca	11 (12.1)	11 (5.3)	0 (0)	2 (9.1)	24 (6.8)	
Estado de ánimo	Siempre o casi siempre	45 (49.5)	135 (64.6)	20 (62.5)	15 (68.2)	215 (60.7)	0.224
	Algunas veces	43 (47.3)	68 (32.5)	12 (37.5)	7 (31.8)	130 (36.7)	
	Nunca o casi nunca	3 (3.3)	6 (2.9)	0 (0)	0 (0)	9 (2.5)	
Equilibrio emocional	Siempre o casi siempre	20 (22)	26 (12.4)	3 (9.4)	3 (13.6)	52 (14.7)	0.276
	Algunas veces	51 (56)	117 (56)	18 (56.3)	14 (63.6)	200 (56.5)	
	Nunca o casi nunca	20 (22)	66 (31.6)	11 (34.4)	5 (22.7)	102 (28.8)	
Motivación	Siempre o casi siempre	59 (64.8)	143 (68.4)	21 (65.6)	12 (54.5)	235 (66.4)	0.005* *
	Algunas veces	24 (26.4)	47 (22.5)	9 (28.1)	2 (9.1)	82 (23.2)	
	Nunca o casi nunca	8 (8.8)	19 (9.1)	2 (6.3)	8 (36.4)	37 (10.5)	
	Siempre o casi siempre	61 (67)	169 (80.9)	27 (84.4)	18 (81.8)	275 (77.7)	0.174

Capacidad de afrontamiento	Algunas veces	27 (29.7)	36 (17.2)	5 (15.6)	4 (18.2)	72 (20.3)	
	Nunca o casi nunca	3 (3.3)	4 (1.9)	0 (0)	0 (0)	7 (2)	
Relaciones interpersonales	Siempre o casi siempre	78 (85.7)	181 (86.6)	22 (68.8)	21 (95.5)	302 (85.3)	0.044* *
	Algunas veces	9 (9.9)	23 (11)	6 (18.8)	0 (0)	38 (10.7)	
	Nunca o casi nunca	4 (4.4)	5 (2.4)	4 (12.5)	1 (4.5)	14 (4)	
Necesidades afectivas	Siempre o casi siempre	81 (89)	194 (92.8)	29 (90.6)	22 (100)	326 (92.1)	0.384
	Algunas veces	6 (6.6)	12 (5.7)	3 (9.4)	0 (0)	21 (5.9)	
	Nunca o casi nunca	4 (4.4)	3 (1.4)	0 (0)	0 (0)	7 (2)	
Sueño/descanso	Siempre o casi siempre	38 (41.8)	115 (55)	15 (46.9)	14 (63.6)	182 (51.4)	0.029* *
	Algunas veces	43 (47.3)	56 (26.8)	12 (37.5)	5 (22.7)	116 (32.8)	
	Nunca o casi nunca	10 (11)	38 (18.2)	5 (15.6)	3 (13.6)	56 (15.8)	
Ocio/Entretimiento	Siempre o casi siempre	53 (58.2)	139 (66.5)	25 (78.1)	18 (81.8)	235 (66.4)	0.136
	Algunas veces	27 (29.7)	47 (22.5)	6 (18.8)	1 (4.5)	81 (22.9)	
	Nunca o casi nunca	11 (12.1)	23 (11)	1 (3.1)	3 (13.6)	38 (10.7)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación del estado civil con las puntuaciones en Bienestar emocional.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

✓ Nivel de estudios

Tabla: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión bienestar emocional en función del nivel de estudios.

		Analfabeto E. Primarios incompletos n (%) columna)	Ed. Primaria n (%) columna)	Ed. Secundaria n (%) columna)	Bachillerato FP n (%) columna)	Universitario n (%) columna)	Total n (%) columna)	p*
Autoconcepto	Siempre o casi siempre	5 (71.4)	24 (44.4)	28 (65.1)	71 (65.7)	106 (73.6)	234 (65.7)	0.022* *
	Algunas veces	2 (28.6)	27 (50)	11 (25.6)	32 (29.6)	33 (22.9)	105 (29.5)	
	Nunca o casi nunca	0 (0)	3 (5.6)	4 (9.3)	5 (4.6)	5 (3.5)	17 (4.8)	
Satisfacción	Siempre o casi siempre	2 (28.6)	35 (64.8)	22 (51.2)	65 (60.2)	101 (70.1)	225 (63.2)	0.000* *
	Algunas veces	5 (71.4)	14 (25.9)	12 (27.9)	40 (37)	36 (25)	107 (30.1)	
	Nunca o casi nunca	0 (0)	5 (9.3)	9 (20.9)	3 (2.8)	7 (4.9)	24 (6.7)	
Estado de ánimo	Siempre o casi siempre	4 (57.1)	28 (51.9)	25 (58.1)	64 (59.3)	95 (66)	216 (60.7)	0.497
	Algunas veces	3 (42.9)	23 (42.6)	16 (37.2)	41 (38)	48 (33.3)	131 (36.8)	
	Nunca o casi nunca	0 (0)	3 (5.6)	2 (4.7)	3 (2.8)	1 (0.7)	9 (2.5)	
Equilibrio emocional	Siempre o casi siempre	0 (0)	5 (9.3)	12 (27.9)	17 (15.7)	19 (13.2)	53 (14.9)	0.318
	Algunas veces	5 (71.4)	33 (61.1)	20 (46.5)	62 (57.4)	80 (55.6)	200 (56.2)	
	Nunca o casi nunca	2 (28.6)	16 (29.6)	11 (25.6)	29 (26.9)	45 (31.3)	103 (28.9)	
Motivación	Siempre o casi siempre	3 (42.9)	29 (53.7)	23 (53.5)	74 (68.5)	108 (75)	237 (66.6)	0.002* *
	Algunas veces	2 (28.6)	17 (31.5)	9 (20.9)	25 (23.1)	29 (20.1)	82 (23)	

	Nunca o casi nunca	2 (28.6)	8 (14.8)	11 (25.6)	9 (8.3)	7 (4.9)	37 (10.4)	
Capacidad de afrontamiento	Siempre o casi siempre	6 (85.7)	37 (68.5)	33 (76.7)	81 (75)	120 (83.3)	277 (77.8)	0.057
	Algunas veces	0 (0)	16 (29.6)	8 (18.6)	25 (23.1)	23 (16)	72 (20.2)	
	Nunca o casi nunca	1 (14.3)	1 (1.9)	2 (4.7)	2 (1.9)	1 (0.7)	7 (2)	
Relaciones interpersonales	Siempre o casi siempre	5 (71.4)	45 (83.3)	33 (76.7)	97 (89.8)	124 (86.1)	304 (8.4)	0.121
	Algunas veces	1 (14.3)	8 (14.8)	5 (11.6)	8 (7.4)	16 (11.1)	38 (10.7)	
	Nunca o casi nunca	1 (14.3)	1 (1.9)	5 (11.6)	3 (2.8)	4 (2.8)	14 (3.9)	
Necesidades afectivas	Siempre o casi siempre	7 (100)	49 (90.7)	34 (79.1)	99 (91.7)	139 (96.5)	328 (92.1)	0.019* *
	Algunas veces	0 (0)	3 (5.6)	8 (18.6)	6 (5.6)	4 (2.8)	21 (5.9)	
	Nunca o casi nunca	0 (0)	2 (3.7)	1 (2.3)	3 (2.8)	1 (0.7)	7 (2)	
Sueño/descanso	Siempre o casi siempre	6 (85.7)	34 (63)	18 (41.9)	57 (52.8)	68 (47.2)	183 (51.4)	0.004* *
	Algunas veces	1 (14.3)	10 (18.5)	11 (25.6)	35 (32.4)	59 (41)	116 (32.6)	
	Nunca o casi nunca	0 (0)	10 (18.5)	14 (32.6)	16 (14.8)	17 (11.8)	57 (16)	
Ocio/Entretenimiento	Siempre o casi siempre	4 (57.1)	46 (85.2)	22 (51.2)	74 (68.5)	91 (63.2)	237 (66.6)	0.000* *
	Algunas veces	1 (14.3)	6 (11.1)	8 (18.6)	24 (22.2)	42 (29.2)	81 (22.8)	
	Nunca o casi nunca	2 (28.6)	2 (3.7)	13 (30.2)	10 (9.3)	11 (7.6)	38 (10.7)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación del nivel de estudios con las puntuaciones en Bienestar emocional.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

✓ Ocupación

Tabla: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión bienestar emocional en función de la ocupación.

		Cuenta ajena n (% columna)	Cuenta propia n (% columna)	Parado/a n (% columna)	Jubilado/a Pensionista n (% columna)	Trabajo doméstico no remunerado n (% columna)	Estudiante n (% columna)	No clasificable n (% columna)	Total n (% columna)	P*
Autoconcepción	Siempre o casi siempre	104 (67.1)	16 (64)	11 (68.8)	91 (69.5)	7 (43.8)	4 (36.4)	1 (50)	234 (65.7)	0.230
	Algunas veces	41 (26.5)	8 (32)	4 (25)	35 (26.7)	9 (56.3)	7 (63.6)	1 (50)	105 (29.5)	
	Nunca o casi nunca	10 (6.5)	1 (4)	1 (6.3)	5 (3.8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	17 (4.8)	
Satisfacción	Siempre o casi siempre	92 (59.4)	19 (76)	7 (43.8)	91 (69.5)	7 (43.8)	7 (63.6)	2 (100)	225 (63.2)	0.048*
	Algunas veces	52 (33.5)	2 (8)	9 (56.3)	33 (25.2)	8 (50)	3 (27.3)	0 (0)	107 (30.1)	
	Nunca o casi nunca	11 (7.1)	4 (16)	0 (0)	7 (5.3)	1 (6.3)	1 (9.1)	0 (0)	24 (6.7)	
Estado de ánimo	Siempre o casi siempre	102 (65.8)	15 (60)	7 (43.8)	81 (61.8)	6 (37.5)	4 (36.4)	1 (50)	216 (60.7)	0.439
	Algunas veces	50 (32.3)	9 (36)	8 (50)	47 (35.9)	9 (56.3)	7 (63.6)	1 (50)	131 (36.8)	
	Nunca o casi nunca	3 (1.9)	1 (4)	1 (6.3)	3 (2.3)	1 (6.3)	0 (0)	0 (0)	9 (2.5)	
Equilibrio emocional	Siempre o casi siempre	30 (19.4)	7 (28)	3 (18.8)	9 (6.9)	1 (6.3)	3 (27.3)	0 (0)	53 (14.9)	0.004*
	Algunas veces	90 (58.1)	15 (60)	10 (62.5)	67 (51.1)	10 (62.5)	7 (63.6)	1 (50)	200 (56.2)	
	Nunca o casi nunca	35 (22.6)	3 (12)	3 (18.8)	55 (42)	5 (31.3)	1 (9.1)	1 (50)	103 (28.9)	
Motivación	Siempre o casi siempre	111 (71.6)	19 (76)	11 (68.8)	82 (62.6)	7 (43.8)	5 (45.5)	2 (100)	237 (66.6)	0.117
	Algunas veces	30 (19.4)	2 (8)	4 (25)	34 (26)	6 (37.5)	6 (54.5)	0 (0)	82 (23)	
	Nunca o casi nunca	14 (9)	4 (16)	1 (6.3)	15 (11.5)	3 (18.8)	0 (0)	0 (0)	37 (10.4)	
Capacidad de afrontamiento	Siempre o casi siempre	120 (77.4)	19 (76)	10 (62.5)	109 (83.2)	10 (62.5)	8 (72.7)	1 (50)	277 (77.8)	0.558
	Algunas veces	32 (20.6)	5 (20)	5 (31.3)	21 (16)	5 (31.3)	3 (27.3)	1 (50)	72 (20.2)	
	Nunca o casi nunca	3 (1.9)	1 (4)	1 (6.3)	1 (0.8)	1 (6.3)	0 (0)	0 (0)	7 (2)	

Relaciones interpersonales	Siempre o casi siempre	132 (85.2)	23 (92)	14 (87.5)	110 (84)	13 (81.3)	10 (90.9)	2 (100)	304 (85.4)	0.327
	Algunas veces	16 (10.3)	0 (0)	0 (0)	19 (14.5)	2 (12.5)	1 (9.1)	0 (0)	38 (10.7)	
	Nunca o casi nunca	7 (4.5)	2 (8)	2 (12.5)	2 (1.5)	1 (6.3)	0 (0)	0 (0)	14 (3.9)	
Necesidades afectivas	Siempre o casi siempre	140 (90.3)	24 (96)	15 (93.8)	122 (93.1)	14 (87.5)	11 (100)	2 (100)	328 (92.1)	0.309
	Algunas veces	14 (9)	1 (4)	0 (0)	4 (3.1)	2 (12.5)	0 (0)	0 (0)	21 (5.9)	
	Nunca o casi nunca	1 (0.6)	0 (0)	1 (6.3)	5 (3.8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	7 (2)	
Sueño/de descanso	Siempre o casi siempre	69 (44.5)	10 (40)	9 (56.3)	80 (61.1)	9 (56.3)	4 (36.4)	2 (100)	183 (51.4)	0.207
	Algunas veces	59 (38.1)	8 (32)	5 (31.3)	33 (25.2)	5 (31.3)	6 (54.5)	0 (0)	116 (32.6)	
	Nunca o casi nunca	27 (17.4)	7 (28)	2 (12.5)	18 (13.7)	2 (12.5)	1 (9.1)	0 (0)	57 (16)	
Ocio/Entrenimiento	Siempre o casi siempre	76 (49)	17 (68)	13 (81.3)	117 (89.3)	8 (50)	4 (36.4)	2 (100)	237 (66.6)	0.000* *
	Algunas veces	48 (31)	7 (28)	3 (18.8)	11 (8.4)	5 (31.3)	7 (63.6)	0 (0)	81 (22.8)	
	Nunca o casi nunca	31 (20)	1 (4)	0 (0)	3 (2.3)	3 (18.8)	0 (0)	0 (0)	38 (10.7)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de la ocupación con las puntuaciones en Bienestar emocional.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

✓ Ingresos

Tabla: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión bienestar emocional en función de los ingresos.

		Ningún ingreso n (% columna)	≤ a 1000 n (% columna)	De 1001-2500 n (% columna)	> 2501 n (% columna)	Total n (% columna)	P*
Autoconcepto	Siempre o casi siempre	8 (42.1)	48 (60.8)	114 (68.7)	26 (81.3)	196 (66.2)	0.047**
	Algunas veces	11 (57.9)	27 (34.2)	44 (26.5)	5 (15.6)	87 (29.4)	
	Nunca o casi nunca	0 (0)	4 (5.1)	8 (4.8)	1 (3.1)	13 (4.4)	
Satisfacción	Siempre o casi siempre	10 (52.6)	46 (58.2)	111 (66.9)	26 (81.3)	193 (65.2)	0.124
	Algunas veces	6 (31.6)	28 (35.4)	47 (28.3)	4 (12.5)	85 (28.7)	
	Nunca o casi nunca	3 (15.8)	5 (6.3)	8 (4.8)	2 (6.3)	18 (6.1)	
Estado de ánimo	Siempre o casi siempre	6 (31.6)	41 (51.9)	112 (67.5)	23 (71.9)	182 (61.5)	0.013**
	Algunas veces	12 (63.2)	34 (43)	52 (31.3)	8 (25)	106 (35.8)	
	Nunca o casi nunca	1 (5.3)	4 (5.1)	2 (1.2)	1 (3.1)	8 (2.7)	
Equilibrio emocional	Siempre o casi siempre	4 (21.1)	10 (12.7)	26 (15.7)	4 (12.5)	44 (14.9)	0.077
	Algunas veces	13 (68.4)	51 (64.6)	79 (47.6)	20 (62.5)	163 (55.1)	
	Nunca o casi nunca	2 (10.5)	18 (22.8)	61 (36.7)	8 (25)	89 (30.1)	
Motivación	Siempre o casi siempre	8 (42.1)	56 (70.9)	115 (69.3)	25 (78.1)	204 (68.9)	0.020**
	Algunas veces	10 (52.6)	13 (16.5)	39 (23.5)	4 (12.5)	66 (22.3)	
	Nunca o casi nunca	1 (5.3)	10 (12.7)	12 (7.2)	3 (9.4)	26 (8.8)	
	Siempre o casi siempre	10 (52.6)	61 (77.2)	134 (80.7)	26 (81.3)	231 (78)	0.039
	Algunas veces	7 (36.8)	18 (22.8)	28 (16.9)	5 (15.6)	58 (19.6)	

Capacidad de afrontamiento	Nunca o casi nunca	2 (10.5)	0 (0)	4 (2.4)	1 (3.1)	7 (2.4)	
Relaciones interpersonales	Siempre o casi siempre	15 (78.9)	66 (83.5)	145 (87.3)	28 (87.5)	254 (85.8)	0.663
	Algunas veces	2 (10.5)	9 (11.4)	14 (8.4)	4 (12.5)	29 (9.8)	
	Nunca o casi nunca	2 (10.5)	4 (5.1)	7 (4.2)	0 (0)	13 (4.4)	
Necesidades afectivas	Siempre o casi siempre	16 (84.2)	71 (89.9)	156 (94)	30 (93.8)	273 (92.2)	0.581
	Algunas veces	2 (10.5)	5 (6.3)	8 (4.8)	2 (6.3)	17 (5.7)	
	Nunca o casi nunca	1 (5.3)	3 (3.8)	2 (1.2)	0 (0)	6 (2)	
Sueño/descanso	Siempre o casi siempre	8 (42.1)	43 (54.4)	82 (49.4)	19 (59.4)	152 (51.4)	0.841
	Algunas veces	7 (36.8)	26 (32.9)	55 (33.1)	8 (25)	96 (32.4)	
	Nunca o casi nunca	4 (21.1)	10 (12.7)	29 (17.5)	5 (15.6)	48 (16.2)	
Ocio/Entretenimiento	Siempre o casi siempre	9 (47.4)	58 (73.4)	111 (66.9)	19 (59.4)	197 (66.6)	0.004**
	Algunas veces	9 (47.4)	14 (17.7)	32 (19.3)	13 (40.6)	68 (23)	
	Nunca o casi nunca	1 (5.3)	7 (8.9)	23 (13.9)	0 (0)	31 (10.5)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de los ingresos con las puntuaciones en Bienestar emocional.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

✓ Enfermedad crónica

Tabla: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión bienestar emocional en función de si presenta una enfermedad crónica.

		No n (% columna)	Sí n (% columna)	Total n (% columna)	p*
Autoconcepto	Siempre o casi siempre	80 (69)	154 (64.2)	234 (65.7)	0.356
	Algunas veces	33 (28.4)	72 (30)	105 (29.5)	
	Nunca o casi nunca	3 (2.6)	14 (5.8)	17 (4.8)	
Satisfacción	Siempre o casi siempre	71 (61.2)	154 (64.2)	225 (63.2)	0.721
	Algunas veces	38 (32.8)	69 (28.7)	107 (30.1)	
	Nunca o casi nunca	7 (6)	17 (7.1)	24 (6.7)	
Estado de ánimo	Siempre o casi siempre	63 (54.3)	153 (63.7)	216 (60.7)	0.136
	Algunas veces	51 (44)	80 (33.3)	131 (36.8)	
	Nunca o casi nunca	2 (1.7)	7 (2.9)	9 (2.5)	
Equilibrio emocional	Siempre o casi siempre	15 (12.9)	38 (15.8)	53 (14.9)	0.727
	Algunas veces	68 (58.6)	132 (55)	200 (56.2)	
	Nunca o casi nunca	33 (28.4)	70 (29.2)	103 (28.9)	
Motivación	Siempre o casi siempre	87 (75)	150 (62.5)	237 (66.6)	0.028**
	Algunas veces	23 (19.8)	59 (24.6)	82 (23)	
	Nunca o casi nunca	6 (5.2)	31 (12.9)	37 (10.4)	
Capacidad de afrontamiento	Siempre o casi siempre	91 (78.4)	186 (77.5)	277 (77.8)	0.964
	Algunas veces	23 (19.8)	49 (20.4)	72 (20.2)	
	Nunca o casi nunca	2 (1.7)	5 (2.1)	7 (2)	
	Siempre o casi siempre	99 (85.3)	205 (85.4)	304 (85.4)	0.228

Relaciones interpersonales	Algunas veces	15 (12.9)	23 (9.6)	38 (10.7)	
	Nunca o casi nunca	2 (1.7)	12 (5)	14 (3.9)	
Necesidades afectivas	Siempre o casi siempre	108 (93.1)	220 (91.7)	328 (92.1)	0.158
	Algunas veces	8 (6.9)	13 (5.4)	21 (5.9)	
	Nunca o casi nunca	0 (0)	7 (2.9)	7 (2)	
Sueño/descanso	Siempre o casi siempre	55 (47.4)	128 (53.3)	183 (51.4)	0.063
	Algunas veces	47 (40.5)	69 (28.7)	116 (32.6)	
	Nunca o casi nunca	14 (12.1)	43 (17.9)	57 (16)	
Ocio/Entretención	Siempre o casi siempre	66 (56.9)	171 (71.3)	237 (66.6)	0.012**
	Algunas veces	31 (26.7)	50 (20.8)	81 (22.8)	
	Nunca o casi nunca	19 (16.4)	19 (7.9)	38 (10.7)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de enfermedad crónica con las puntuaciones en Bienestar emocional.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

Dimensión Seguridad y lesiones no intencionales

✓ Edad

Tabla: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión seguridad y lesiones no intencionales en función de la edad agrupada.

		<= 35 n (% columna)	36-50 n (% columna)	51-65 n (% columna)	>=66 n (% columna)	Total n (% columna)	p*
Seg. Vial: Uso cinturón	Sí	41 (95.3)	65 (97)	87 (98.9)	155 (98.1)	348 (97.8)	0.237
	Algunas veces	1 (2.3)	2 (3)	1 (1.1)	3 (1.9)	7 (2)	
	No	1 (2.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.3)	
Seg. Vial: Conducción/Alcohol	Sí	38 (88.4)	60 (89.6)	83 (94.3)	149 (94.3)	330 (92.7)	0.764
	Algunas veces	4 (9.3)	5 (7.5)	4 (4.5)	7 (4.4)	20 (5.6)	
	No	1 (2.3)	2 (3)	1 (1.1)	2 (1.3)	6 (1.7)	
Seg. Vial: Respeto normas de tráfico	Sí	26 (60.5)	53 (79.1)	77 (87.5)	137 (86.7)	293 (82.3)	0.002**
	Algunas veces	15 (34.9)	12 (17.9)	11 (12.5)	20 (12.7)	58 (16.3)	
	No	2 (4.7)	2 (3)	0 (0)	1 (0.6)	5 (1.4)	
Normas de baño	Sí	39 (90.7)	62 (92.5)	84 (95.5)	157 (99.4)	342 (96.1)	0.060
	Algunas veces	3 (7)	4 (6)	4 (4.5)	1 (0.6)	12 (3.4)	
	No	1 (2.3)	1 (1.5)	0 (0)	0 (0)	2 (0.6)	
Seguridad en el hogar	Sí	38 (88.4)	60 (89.6)	85 (96.6)	151 (95.6)	334 (93.8)	0.190
	Algunas veces	4 (9.3)	6 (9)	3 (3.4)	7 (4.4)	20 (5.6)	
	No	1 (2.3)	1 (1.5)	0 (0)	0 (0)	2 (0.6)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de la edad con las puntuaciones en Seguridad y lesiones no intencionales.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

✓ Sexo

Tabla: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión seguridad y lesiones no intencionales en función del sexo.

		Mujer n (% columna)	Hombre n (% columna)	Total n (% columna)	p*
Seg. Vial: Uso cinturón	Sí	201 (97.1)	147 (98.7)	348 (97.8)	0.536
	Algunas veces	5 (2.4)	2 (1.3)	7 (2)	
	No	1 (0.5)	0 (0)	1 (0.3)	
Seg. Vial: Conducción/Alcohol	Sí	195 (94.2)	135 (90.6)	330 (92.7)	0.222
	Algunas veces	8 (3.9)	12 (8.1)	20 (5.6)	
	No	4 (1.9)	2 (1.3)	6 (1.7)	
Seg. Vial: Respeto normas de tráfico	Sí	174 (84.1)	119 (79.9)	293 (82.3)	0.500
	Algunas veces	31 (15)	27 (18.1)	58 (16.3)	
	No	2 (1)	3 (2)	5 (1.4)	
Normas de baño	Sí	202 (97.6)	140 (94)	342 (96.1)	0.031**
	Algunas veces	3 (1.4)	9 (6)	12 (3.4)	
	No	2 (1)	0 (0)	2 (0.6)	
Seguridad en el hogar	Sí	191 (92.3)	143 (96)	334 (93.8)	0.284
	Algunas veces	15 (7.2)	5 (3.4)	20 (5.6)	
	No	1 (0.5)	1 (0.7)	2 (0.6)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación del sexo con las puntuaciones en Seguridad y lesiones no intencionales.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

✓ Nacionalidad

Tabla: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión seguridad y lesiones no intencionales en función de la nacionalidad.

		Española n (% columna)	Otra n (% columna)	Total n (% columna)	p*
Seg. Vial: Uso cinturón	Sí	48 (100)	300 (97.4)	348 (97.8)	0.529
	Algunas veces	0 (0)	7 (2,3)	7 (2)	
	No	0 (0)	1 (0.3)	1 (0.3)	
Seg. Vial: Conducción/Alcohol	Sí	43 (89.6)	287 (93.2)	330 (92.7)	0.346
	Algunas veces	3 (6.3)	17 (5.5)	20 (5.6)	
	No	2 (4.2)	4 (1.3)	6 (1.7)	
Seg. Vial: Respeto normas de tráfico	Sí	42 (87.5)	251 (81.5)	293 (82.3)	0.484
	Algunas veces	6 (12.5)	52 (16.9)	58 (16.3)	
	No	0 (0)	5 (1.6)	5 (1.4)	
Normas de baño	Sí	45 (93.8)	297 (96.4)	342 (96.1)	0.298
	Algunas veces	2 (4.2)	10 (3.2)	12 (3.4)	
	No	1 (2.1)	1 (0.3)	2 (0.6)	
Seguridad en el hogar	Sí	45 (93.8)	289 (93.8)	334 (93.8)	0.839
	Algunas veces	3 (6.3)	17 (5.5)	20 (5.6)	
	No	0 (0)	2 (0.6)	2 (0.6)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de la nacionalidad con las puntuaciones en Seguridad y lesiones no intencionales.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

✓ Estado civil

Tabla: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión seguridad y lesiones no intencionales en función del estado civil.

		Soltero/a N (% columna)	Casado/a En pareja N (% columna)	Separado/a Divorciado/a N (% columna)	Viudo/a N (% columna)	Total N (% columna)	p*
Seg. Vial: Uso cinturón	Sí	86 (94.5)	206 (98.6)	32 (100)	22 (100)	346 (97.7)	0.312
	Algunas veces	4 (4.4)	3 (1.4)	0 (0)	0 (0)	7 (2)	
	No	1 (1.1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.3)	
Seg. Vial: Conducción/Alcohol	Sí	80 (87.9)	198 (94.7)	30 (93.8)	20 (90.9)	328 (92.7)	0.026* *
	Algunas veces	8 (8.8)	10 (4.8)	2 (6.3)	0 (0)	20 (5.6)	
	No	3 (3.3)	1 (0.5)	0 (0)	2 (9.1)	6 (1.7)	
Seg. Vial: Respeto normas de tráfico	Sí	72 (79.1)	174 (83.3)	24 (75)	21 (95.5)	291 (82.2)	0.392
	Algunas veces	18 (19.8)	31 (14.8)	8 (25)	1 (4.5)	58 (16.4)	
	No	1 (1.1)	4 (1.9)	0 (0)	0 (0)	5 (1.4)	
Normas de baño	Sí	88 (96.7)	200 (95.7)	30 (93.8)	22 (100)	340 (96)	0.825
	Algunas veces	2 (2.2)	8 (3.8)	2 (6.3)	0 (0)	12 (3.4)	
	No	1 (1.1)	1 (0.5)	0 (0)	0 (0)	2 (0.6)	
Seguridad en el hogar	Sí	85 (93.4)	199 (95.2)	26 (81.3)	22 (100)	332 (93.8)	0.006* *
	Algunas veces	4 (4.4)	10 (4.8)	6 (18.8)	0 (0)	20 (5.6)	
	No	2 (2.2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0.6)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación del estado civil con las puntuaciones en Seguridad y lesiones no intencionales.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

✓ Nivel de estudios

Tabla: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión seguridad y lesiones no intencionales en función del nivel de estudios.

		Analfabeto E. Primarios incompletos n (% columna)	Ed. Primaria n (% columna)	Ed. Secundaria n (% columna)	Bachillerato FP n (% columna)	Universitario n (% columna)	Total n (% columna)	P*
Seg. Vial: Uso cinturón	Sí	7 (100)	53 (98.1)	42 (97.7)	106 (98.1)	140 (97.2)	348 (97.8)	0.990
	Algunas veces	0 (0)	1 (1.9)	1 (2.3)	2 (1.9)	3 (2.1)	7 (2)	
	No	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.7)	1 (0.3)	
Seg. Vial: Conducci ón/Alcoh ol	Sí	5 (71.4)	48 (88.9)	41 (95.3)	100 (92.6)	136 (94.4)	330 (92.7)	0.092
	Algunas veces	1 (14.3)	4 (7.4)	1 (2.3)	8 (7.4)	6 (4.2)	20 (5.6)	
	No	1 (14.3)	2 (3.7)	1 (2.3)	0 (0)	2 (1.4)	6 (1.7)	
Seg. Vial: Respeto normas de tráfico	Sí	7 (100)	51 (94.4)	38 (88.4)	87 (80.6)	110 (76.4)	293 (82.3)	0.092
	Algunas veces	0 (0)	3 (5.6)	5 (11.6)	18 (16.7)	32 (22.2)	58 (16.3)	
	No	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (2.8)	2 (1.4)	5 (1.4)	
Normas de baño	Sí	7 (100)	54 (100)	43 (100)	102 (94.4)	136 (94.4)	342 (96.1)	0.387
	Algunas veces	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (5.6)	6 (4.2)	12 (3.4)	
	No	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (1.4)	2 (0.6)	
Segurida d en el hogar	Sí	7 (100)	53 (98.1)	42 (97.7)	100 (92.6)	132 (91.7)	334 (93.8)	0.549
	Algunas veces	0 (0)	1 (1.9)	1 (2.3)	8 (7.4)	10 (6.9)	20 (5.6)	
	No	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (1.4)	2 (0.6)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación del nivel de estudios con las puntuaciones en Seguridad y lesiones no intencionales.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

✓ Ocupación

Tabla: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión seguridad y lesiones no intencionales en función de la ocupación.

		Cuenta ajena n (% columna)	Cuenta propia n (% columna)	Parado/a n (% columna)	Jubilado/a Pensionista n (% columna)	Trabajo doméstico no remunerado n (% columna)	Estudiante n (% columna)	No clasificable n (% columna)	Total n (% columna)	p*
Seg. Vial: Uso cinturón	Sí	151 (97.4)	25 (100)	15 (93.8)	128 (97.7)	16 (100)	11 (100)	2 (100)	348 (97.8)	0.984
	Algunas veces	3 (1.9)	0 (0)	1 (6.3)	3 (2.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	7 (2)	
	No	1 (0.6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.3)	
Seg. Vial: Conducción/Alcohol	Sí	143 (92.3)	21 (84)	14 (87.5)	125 (95.4)	15 (93.8)	10 (90.9)	2 (100)	330 (92.7)	0.837
	Algunas veces	9 (5.8)	3 (12)	1 (6.3)	5 (3.8)	1 (6.3)	1 (9.1)	0 (0)	20 (5.6)	
	No	3 (1.9)	1 (4)	1 (6.3)	1 (0.8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (1.7)	
Seg. Vial: Respeto normas de tráfico	Sí	125 (80.6)	14 (56)	14 (87.5)	116 (88.5)	15 (93.8)	7 (63.6)	2 (100)	293 (82.3)	0.015*
	Algunas veces	26 (16.8)	11 (44)	2 (12.5)	14 (10.7)	1 (6.3)	4 (36.4)	0 (0)	58 (16.3)	
	No	4 (2.6)	0 (0)	0 (0)	1 (0.8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (1.4)	
Normas de baño	Sí	144 (92.9)	24 (96)	15 (93.8)	130 (99.2)	16 (100)	11 (100)	2 (100)	342 (96.1)	0.641
	Algunas veces	9 (5.8)	1 (4)	1 (6.3)	1 (0.8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	12 (3.4)	
	No	2 (1.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0.6)	
Seguridad en el hogar	Sí	143 (92.3)	23 (92)	16 (100)	125 (95.4)	15 (93.8)	10 (90.9)	2 (100)	334 (93.8)	0.967
	Algunas veces	10 (6.5)	2 (8)	0 (0)	6 (4.6)	1 (6.3)	1 (9.1)	0 (0)	20 (5.6)	
	No	2 (1.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0.6)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de la ocupación con las puntuaciones en Seguridad y lesiones no intencionales.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

✓ Ingresos

Tabla: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión seguridad y lesiones no intencionales en función de los ingresos.

		Ningún ingreso n (% columna)	≤ a 1000 n (% columna)	De 1001-2500 n (% columna)	> 2501 n (% columna)	Total n (% columna)	p*
Seg. Vial: Uso cinturón	Sí	19 (100)	77 (97.5)	161 (97)	32 (100)	289 (97.6)	0.913
	Algunas veces	0 (0)	2 (2.5)	4 (2.4)	0 (0)	6 (2)	
	No	0 (0)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	1 (0.3)	
Seg. Vial: Conducción/Alcohol	Sí	16 (84.2)	71 (89.9)	153 (92.2)	30 (93.8)	270 (91.2)	0.555
	Algunas veces	3 (15.8)	5 (6.3)	10 (6)	2 (6.3)	20 (6.8)	
	No	0 (0)	3 (3.8)	3 (18.8)	0 (0)	6 (2)	
Seg. Vial: Respeto normas de tráfico	Sí	13 (68.4)	73 (92.4)	139 (83.7)	17 (53.1)	242 (81.8)	0,000**
	Algunas veces	6 (31.6)	6 (7.6)	23 (13.9)	14 (43.8)	49 (16.6)	
	No	0 (0)	0 (0)	4 (2.4)	1 (3.1)	5 (1.7)	
Normas de baño	Sí	19 (100)	76 (96.2)	160 (96.4)	28 (87.5)	283 (95.6)	0.127
	Algunas veces	0 (0)	3 (3.8)	4 (2.4)	4 (12.5)	11 (3.7)	
	No	0 (0)	0 (0)	2 (1.2)	0 (0)	2 (0.7)	
Seguridad en el hogar	Sí	18 (94.7)	78 (98.7)	154 (92.8)	28 (87.5)	278 (93.9)	0.275
	Algunas veces	1 (5.3)	1 (1.3)	10 (6)	4 (12.5)	16 (5.4)	
	No	0 (0)	0 (0)	2 (1.2)	0 (0)	2 (0.7)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de los ingresos con las puntuaciones en Seguridad y lesiones no intencionales.

\*\* p-valor significativo (<0.05).

✓ Enfermedad crónica

Tabla: Análisis y distribución de frecuencias y porcentajes en la dimensión seguridad y lesiones no intencionales en función de si presenta una enfermedad crónica.

		No n (% columna)	Sí n (% columna)	Total n (% columna)	p*
Seg. Vial: Uso cinturón	Sí	113 (97.4)	235 (97.9)	348 (97.8)	0.346
	Algunas veces	2 (1.7)	5 (2.1)	7 (2)	
	No	1 (0.9)	0 (0)	1 (0.3)	
Seg. Vial: Conducción/Alcohol	Sí	108 (93.1)	222 (92.5)	330 (92.7)	0.508
	Algunas veces	5 (4.3)	15 (6.3)	20 (5.6)	
	No	3 (2.6)	3 (1.3)	6 (1.7)	
Seg. Vial: Respeto normas de tráfico	Sí	91 (78.4)	202 (84.2)	293 (82.3)	0.250
	Algunas veces	22 (19)	36 (15)	58 (16,3)	
	No	3 (2.6)	2 (0.8)	5 (1.4)	
Normas de baño	Sí	108 (93.1)	234 (97.5)	342 (96.1)	0.051
	Algunas veces	6 (5.2)	6 (2.5)	12 (3.4)	
	No	2 (1.7)	0 (0)	2 (0.6)	
Seguridad en el hogar	Sí	106 (91.4)	228 (95)	334 (93.8)	0.409
	Algunas veces	9 (7.8)	11 (4.6)	20 (5.6)	
	No	1 (0.9)	1 (0.4)	2 (0.6)	

\*p del test de chi cuadrado de la relación de enfermedad crónica con las puntuaciones en Seguridad y lesiones no intencionales.

\*\* p-valor significativo (<0.05).



¿TIENE USTED UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE?

## Ponte a 100

- ✓ **Cumplimente** el siguiente cuestionario y conozca si su estilo de vida es saludable.
- ✓ Consta de **33 preguntas agrupadas en cinco apartados**: 'Alimentación', 'Actividad física y sedentarismo', 'Hábitos tóxicos (consumo de alcohol, tabaco y otras drogas)', 'Bienestar emocional' y 'Seguridad y Lesiones no intencionales'.
- ✓ **Valore** cada una de las **preguntas y asigne los puntos** de la opción que más se adapte a su situación personal en los **últimos 3 meses**. No hay respuestas correctas e incorrectas.
- ✓ Obtenga la puntuación para cada uno de los **apartados y la puntuación final** sumando la obtenida para cada uno de los apartados con un máximo de 100 puntos.

Inicio > Información del cuestionario

¿TIENE USTED UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE?

## Ponte a 100

- ✓ **Cumplimente** el siguiente cuestionario y conozca si su estilo de vida es saludable.
- ✓ Consta de **33 preguntas agrupadas en cinco apartados**: 'Alimentación', 'Actividad física y sedentarismo', 'Hábitos tóxicos (consumo de alcohol, tabaco y otras drogas)', 'Bienestar emocional' y 'Seguridad y Lesiones no intencionales'.
- ✓ **Valore** cada una de las **preguntas y asigne los puntos** de la opción que más se adapte a su situación personal en los **últimos 3 meses**. No hay respuestas correctas e incorrectas.
- ✓ Obtenga la puntuación para cada uno de los **apartados y la puntuación final** sumando la obtenida para cada uno de los apartados con un máximo de 100 puntos.



COMENZAR CUESTIONARIO



1. ¿Cuántas raciones de verduras u hortalizas (no se incluyen patatas) consume al día? (1 ración\*: 150-200g)

Plato grande de ensalada variada, de verdura cocida, de puré de verduras o de gazpacho/salmorejo  
1 tomate grande; 2 zanahorias  
Cuarnición=1/2 ración.



- Ninguna
- 1 ración
- Más de 1

2. ¿Cuántas raciones de fruta consume al día? (1 ración\*: 150-200 g)

\*1 pieza mediana (naranja/manzana/plátano...)  
2 piezas pequeñas (ciruelas / mandarinas / albaricoques...)  
1 taza / bol de cerezas / fresas / uvas  
1 raja / rodaja de sandía / melón / piña



- Ninguna
- 1-2 piezas
- Más de 2

3. ¿Cuántas raciones\* de cereales integrales (pan, pasta, arroz...) consume al día?

\*1 ración de pan integral: 40-60 g (2-3 rebanadas)  
1 ración de arroz / pasta integral: 60-80 g (3 cucharadas en crudo o 1 plato mediano cocinado)



- Ninguna
- 1
- 2
- Más de 2

4. ¿Consume al menos 3 cucharadas soperas (30 ml) de aceite al día (crudo, frito...)?



- No consume esa cantidad de aceite o consume otro tipo de aceite/margarina/mantequilla
- Sí, de aceite de Oliva
- Sí, de Aceite de Oliva Virgen (o virgen extra)

5. ¿Cuántas raciones\* de frutos secos (nueces, avellanas, almendras, anacardos, pistachos) consume a la semana?

\*1 ración: 1 puñado de 20-30 g  
No consumo esas cantidades o los consumo fritos, salados o dulces  
Crudos o Tostados (1-3 raciones)  
Crudos (al natural): De 4 a 7 raciones/semana



- Ninguna
- 1
- 2
- Más de 2

6. ¿Cuántas raciones\* de legumbres (garbanzos, lentejas, alubias...) consume a la semana?

\*1 ración: 60-80 g crudo (1 puñado/taza)  
150-200 g cocido (1 plato hondo mediano o 2-3 cazos de servir con caldo)



- Ninguna
- 1-2
- Más de 2

7. ¿Cuántas raciones\* de pescado/marisco consume a la semana?

\*1 ración=100-150g (1 filete/rodaja mediana, 3-4 piezas de marisco)



- Ninguna
- 1-2
- Más de 2

8. ¿Cuántas raciones de carnes rojas\* (vacuno, cordero, cerdo...) o carnes procesadas\*\* (hamburguesas, salchichas, embutidos, nuggets de pollo...) consume a la semana?

\*1 ración=100-150g filete mediano  
\*\*1 ración: 3-4 lonchas de embutido; 1 hamburguesa; 3 albóndigas.



- Más de 4
- 3-4
- Menos de 3

9. ¿Consume algún producto altamente procesado o ultraprocesado(\*) a la semana?

(\*) Snacks dulces y salados, chucherías, pan envasado, pan de molde, bizcochos, bollos, pasteles, galletas, cereales de desayuno refinados/azucarados, palitos de pescado, salsas comerciales, pizza, batidos, helados, sopas instantáneas, pastillas de caldo... y otros alimentos precocinados / listos para consumir con exceso de sal, azúcar, aceites refinados o conservantes / aditivos. (Se excluyen alimentos poco procesados como las frutas y verduras envasadas, los encurtidos o las legumbres cocidas en bote).



- Más de 4
- 3-4
- Menos de 3

10. ¿Consume alguna bebida azucarada/edulcorada (refrescos, bebidas energéticas, batidos, zumos envasados...) a diario(casi a diario)?



- Sí, bebidas azucaradas
- Sí, bebidas edulcoradas ('light', 'zero', 'sin azúcar')
- No

11. ¿Bebe agua a lo largo del día y/o con las comidas?

\*1 vaso= 200ml



- No
- Sí, menos de 4 vasos\*
- Sí, 4 o más vasos\*



## ACTIVIDAD FÍSICA Y SEDENTARISMO

La **intensidad** es el esfuerzo que tenemos que hacer para llevar a cabo una actividad física.

La intensidad de diferentes formas de actividad física varía de una persona a otra y depende de lo ejercitado que esté cada uno y de su forma física. Por ello, los ejemplos que se exponen a continuación son orientativos y puedes variar de una persona a otra.

**1. INTENSA o VIGOROSA (Requiere una gran cantidad de esfuerzo y provoca una respiración rápida y un aumento sustancial de la frecuencia cardiaca):** footing, ascender a paso rápido o trepar por una ladera, desplazamientos rápidos en bicicleta, aeróbic, natación rápida, deportes y juegos competitivos (fútbol, voleibol, hockey, baloncesto, patinaje, squash...).

**2. MODERADA (Requiere un esfuerzo moderado, que acelera de forma perceptible el ritmo cardiaco y el respiratorio, pero aún se puede hablar sin sentir que falta el aire):** caminar a paso rápido (7000-8000 pasos/día), bailar, participación activa en juegos y deportes con niños y paseos con animales domésticos, pasear en bicicleta, nadar por placer...

1. ¿Cuántas veces por semana realiza usted, al menos, 25 minutos de actividad física INTENSA?



- Nunca
- 1-2
- 3 o más

2. ¿Cuántas veces por semana realiza usted, al menos, 30 minutos de actividad física MODERADA?



- Nunca
- 1 - 2
- 3 - 4
- 5 o más

3. ¿Cuántas veces por semana realiza ejercicios de fortalecimiento muscular\*?



\* Pesas / Mancuernas, máquinas de pesas, bandas de resistencia o actividades con el propio peso corporal, (flexiones en el suelo o contra la pared, sentadillas, abdominales, ...)

- Nunca
- 1
- 2 o más

4. A lo largo del día, durante el tiempo que se encuentra sentado/a, reclinado/a o tumbado/a, ¿realiza descansos activos cada 60-90 minutos dando un breve paseo o con sesiones cortas de estiramientos?



- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces
- Siempre o casi siempre

## CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS

### 3.1 CONSUMO DE ALCOHOL

1.- Habitualmente, ¿cuántas unidades de bebida alcohólica suele consumir en una semana?

1 copa de vino tinto, blanco o cava (100 ml): 1 unidad

1 caña de cerveza o 1 vaso de sidra (200 ml): 1 unidad

1 carajillo (25 ml) o 1 vermut (50 ml): 1 unidad

1 chupito de anís, pacharán, licor (30 ml): 1 unidad

1 tercio de cerveza (330 ml): 1,5 unidades

1 combinado de gin tonic, ron cola... (50 ml): 2 unidades



- Ningún consumo de alcohol (consumo cero)
- Consumo de hasta 14 unidades/semana
- Consumo entre 15 y 21 unidades/semana
- Consumo intensivo o 'binge drinking': 6 unidades en una sesión de 3-4 h
- Consumo entre 22 y 28 unidades/semana
- Consumo superior a 28 unidades/semana

### 3.2 CONSUMO DE TABACO

1.- ¿Fuma en la actualidad?:

Responda SI en el caso de que fume (\*) en la actualidad, bien de forma habitual (diariamente) o de forma ocasional.

\* Cigarros, puros, pipas, sistemas electrónicos de administración de nicotina / cigarrillos electrónicos / vapeadores, pipas de agua / cachimba / shisha / narguiles, ...

En caso de fumadores, señalar:

- Nº de cigarrillos/cigarrillos electrónicos o puros/día:

- Nº de cachimbas/día:



- No
- Sí, ocasionalmente
- Sí, 1-10 cig/día (1 cachimba/día)
- Sí, 11-20 cig/día (1 cachimba/día)
- Sí, más de 20 cig/día (>3 cachimbas/día)

### 3.3 CONSUMO DE OTRAS DROGAS

1.- ¿Consume algún otro tipo de droga\*?

\* Cannabis / marihuana / hachís, cocaína, heroína, éxtasis, drogas de síntesis, otro tipo de drogas...



- No
- Sí, ocasionalmente
- Sí, a diario



**1 - Me siento satisfecho/a de quién/como soy (estoy a gusto conmigo mismo/a)**

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces
- Siempre o casi siempre



**2 - Estoy contento/a con la vida que llevo**

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces
- Siempre o casi siempre



**3 - Estoy alegre y de buen humor**

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces
- Siempre o casi siempre



**4 - Me siento estresado/a, nervioso/a, angustiado/a, irritable...**

- Siempre o casi siempre
- Algunas veces
- Nunca o Casi Nunca



5 - Me siento motivado/a a la hora de realizar nuevas actividades (ocio/ laborales/ deportivas)

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces
- Siempre o casi siempre



6 - Me siento capaz de superar las dificultades que se me presentan

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces
- Siempre o casi siempre



7 - Tengo personas en mi entorno con las que me relaciono satisfactoriamente y comparto mis preocupaciones cuando lo necesito

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces
- Siempre o casi siempre



8 - Me siento querido/a por las personas importantes para mi

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces
- Siempre o casi siempre



9.- Duermo bien, me levanto descansado/a.

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces
- Siempre o casi siempre



10.- Tengo suficiente tiempo de ocio.

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces
- Siempre o casi siempre



## SEGURIDAD Y LESIONES NO INTENCIONALES



1.- Llevo el cinturón de seguridad cuando viajo en coche y/o el casco si voy en moto (o en bicicleta, patines o patinete, cuando esté indicado), tanto como conductor como acompañante.

- No
- A veces
- Sí



2.- Sigo las recomendaciones de no conducir bajo la influencia del alcohol u otras drogas, ni viajo con alguien que conduzca bajo su influencia

- No
- A veces
- Sí



3.- Respeto las normas de tráfico como conductor/a y/o peatón/a: límites de velocidad, cruzar por sitios autorizados, evitar distracciones con el teléfono móvil (enviar WhatsApp@/redes sociales/llamadas)...

- No
- A veces
- Sí



4. Respeto las normas de seguridad(\*) relacionadas con el baño en playas, ríos, pantanos, embalses y piscinas.

(\*) Bañarse en playas con vigilancia; no bañarse si esta la bandera roja, si es de noche o se ha consumido alcohol; no tirarse de cabeza en zonas desconocidas o en las que está prohibido; utilizar protección solar

- No
- A veces
- Sí



5.- Sigo las recomendaciones básicas (\*) para evitar los accidentes en el hogar

(\*) Revisión periódica de instalaciones de gas, ventilar a diario salas con estufas o braseros, manejo con prudencia de sustancias peligrosas como los productos de limpieza, prevención de caídas en personas mayores (instalación de tiras antideslizantes en duchas y bañeras, evitar alfombras, buena iluminación...)

- No
- A veces
- Sí

## Puntuaciones del cuestionario

Dimensión <b>Alimentación</b> (máximo 25 puntos)	18
Dimensión <b>Actividad física y sedentarismo</b> (máximo 20 puntos)	18
Dimensión <b>Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas</b> (máximo 25 puntos)	25
Dimensión <b>Bienestar emocional</b> (máximo 20 puntos)	10
Dimensión <b>Seguridad y lesiones no intencionales</b> (máximo 10 puntos)	10
<b>Puntuación TOTAL</b> (máximo 100 puntos)	<b>81</b>

- ✓ El **OBJETIVO** es **ALCANZAR LA MÁXIMA Puntuación** (100 puntos). Cuanto mayor es la puntuación, más saludable se considera su estilo de vida.
- ✓ **REVISE** los **APARTADOS** donde haya alcanzado **MENOR Puntuación** y planifique por dónde quiere empezar a cambiar.
- ✓ Siempre es **POSIBLE CAMBIAR EL ESTILO DE VIDA** para hacerlo más **SALUDABLE**.



CONSEJERÍA DE SANIDAD

# Encuesta de estilo de vida

## Ponte a 100

Creado por

cuestionariopontea100@salud.madrid.org

Fecha de creación

1/3/2023

### Alimentación: 19 puntos

**1. ¿Cuántas raciones de verduras u hortalizas (no se incluyen patatas) consume al día? (1 ración\*: 150-200g)**

1 ración

**2. ¿Cuántas raciones de fruta consume al día? (1 ración\*: 150-200 g)**

1-2 piezas

**3. ¿Cuántas raciones\* de cereales integrales (pan, pasta, arroz...) consume al día?**

2

**4. ¿Consume al menos 3 cucharadas soperas (30 ml) de aceite al día (crudo, frito...)?**

Sí, de Aceite de Oliva Virgen (o virgen extra)

**5. ¿Cuántas raciones\* de frutos secos (nueces, avellanas, almendras, anacardos, pistachos) consume a la semana?**

Crudos o Tostados (1-3 raciones)

**6. ¿Cuántas raciones\* de legumbres (garbanzos, lentejas, alubias...) consume a la semana?**

1 - 2

**7. ¿Cuántas raciones\* de pescado/marisco consume a la semana?**

1 - 2

**8. ¿Cuántas raciones de carnes rojas\* (vacuno, cordero, cerdo...) o carnes procesadas\*\* (hamburguesas, salchichas, embutidos, nuggets de pollo...) consume a la semana?**

Menos de 3

**9. ¿Consume algún producto altamente procesado o ultraprocesado(\*) a la semana?**

Menos de 3

**10. ¿Consume alguna bebida azucarada/edulcorada (refrescos, bebidas energéticas, batidos, zumos envasados...) a diario/casi a diario?**

## Consejos en base a las respuestas

Alimentación

DESCARGAR RESULTADOS

### Alimentación

#### Verduras y hortalizas

##### Beneficios para la salud

- Las verduras y hortalizas aportan gran cantidad de agua, vitaminas, minerales, fibra y antioxidantes
- Tienen un papel protector frente a enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, en algunos tipos de cancer y en el control del exceso de peso.

##### Recomendaciones de consumo

- Se recomienda al menos **2 raciones/día**.
- Una ración equivale a **150-200g en crudo**: las dos palmas de las manos abiertas; 1 plato hondo de puré o crema; 1 tomate grande; 2 zanahorias.
- Deben ocupar **la mitad de un plato habitual** de comida.

##### Preparación/Elaboración

- Se deben priorizar las variedades de temporada
- Usar técnicas culinarias diferentes (plancha, horno, vapor, microondas, parrilla, salteado, wok, puré, cremas, crudas...). Si tienes poco tiempo los estuches de silicona son un buen recurso.
- Es preferible que al menos una de las raciones sea en crudo y otra cocinada.
- Realizar una correcta higiene antes de su consumo.

##### Cómo incrementar su consumo

- Incluir las siempre como acompañamiento (ensaladas, salteados...)
- Comprar los vegetales congelados (cortados y preparados) para tenerlos siempre listos para su preparación.
- Las preparaciones en conservas también son una opción saludable y rápida.
- Preparar sopas o cremas de verduras en sustitución de sopas de pasta.
- Agregar verduras a todas las preparaciones como guisos, pastas, o arroz...

##### Otras recomendaciones y/o fuentes de información

- [Frutas y verduras de temporada.](#)
- [Buenas prácticas de selección, higiene y consumo.](#)
- [Alimentos de proximidad.](#)

#### Carnes rojas

##### Riesgos para la salud

- Su contenido en grasas saturadas y colesterol se ha relacionado con el incremento del riesgo cardiovascular y obesidad.
- Además también se ha relacionado con su consumo excesivo con aumento de la incidencia de enfermedad cerebrovascular, cáncer, especialmente colorrectal y diabetes tipo 2.

##### Recomendaciones de consumo

- La ración debe ser 100-150 g (el tamaño de la palma de la mano y el grosor del dedo meñique).
- El consumo de carnes grasas, rojas y procesadas debe consumirse de forma **ocasional**.
- Evitar su consumo en preparaciones y/o conservación tales como salazones, ahumados y braseados.

##### Otras recomendaciones y/o fuentes de información

- [Más información.](#)
- [Porciones y raciones de referencia.](#)

