

Cristina Navarro Cano
Clara Andrea Rubio Balboa

**UNA APROXIMACIÓN A LOS HÁBITOS DE SALUD DE LAS ENFERMERAS DE
ATENCIÓN PRIMARIA EN EL MUNICIPIO DE VILANOVA I LA GETRÚ**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por: Dr. Correa- Urquiza M.

Grado de Enfermería

Tarragona 2019



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Cristina Navarro Cano
Clara Andrea Rubio Balboa



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

*Nos gustaría agradecer la participación y colaboración
de los tres CAP del municipio de Vilanova i la Geltrú:*

CAP Sant Joan, CAP Jaume I y CAPI Baix a Mar.

Cristina Navarro Cano
Clara Andrea Rubio Balboa



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ÍNDICE

ÍNDICE DE ABREVIATURAS / SIGLAS	7
ÍNDICE DE FIGURAS	9
RESUMEN	11
RESUM	13
ABSTRACT	15
1. INTRODUCCIÓN	17
2. MARCO TEÓRICO	19
2.1 Evolución de la definición de salud.....	19
2.2 Determinantes de la salud.....	21
2.3 Hábitos de vida.....	24
2.3.1 El hábito alimentario.....	25
2.2.3 La actividad física	32
2.3.3 Consumo de tóxicos: alcohol y tabaco.....	33
2.4 Concepto de atención primaria de salud	36
2.4.1 Atención primaria de Salud en España.....	38
2.4.2 Atención primaria de salud en Catalunya.....	39
3 HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	41
3.1 Hipótesis – Pregunta de investigación.....	41
3.2 Objetivos	42
3.2.1 Objetivo principal	42
3.2.2 Objetivos secundarios.....	42
4 METODOLOGIA	43
4.1 Diseño de estudio.....	43
4.2 Ámbito de estudio.....	43
4.3 Población de estudio	44
4.3.1 Criterios de inclusión y de exclusión del estudio	44
4.3.2 Muestra	44
4.4 Fase cuantitativa	44
4.4.1 Definición de las variables	44
4.4.2 Instrumento de recogida de datos y fuente de información.....	45
4.4.3 Procedimiento de recogida de datos	45
4.5 Fase cualitativa	46
4.5.1 Procedimiento de recogida de datos.....	46

4.6 Análisis de datos	46
5 RESULTADOS	47
5.1 Resultados fase cuantitativa	47
4.2 Resultados de la fase cualitativa	54
6 DISCUSIÓN	61
7 CONCLUSIONES	65
7.1 Limitaciones	66
7.2 Recomendaciones	66
8 BIBLIOGRAFIA	67
ANEXOS	75

ÍNDICE DE ABREVIATURAS / SIGLAS

AA	Aminoácidos
ABS	Área básica de salud
AF	Actividad Física
AFI	Actividad Física Intensa
AFM	Actividad Física Moderada
AP	Atención primaria
BBDD	Base de datos
C	Carbono
Ca	Calcio
CAP	Centre de Atención Primaria
CAPI	Centre de Atención Primaria Integral
CatSalud	Servicio Catalán de Salud
CDSS	Comisión de Determinantes Sociales de la Salud
EAP	Equipo de Atención primaria
ENFX	Código asignado a las enfermeras participantes del grupo de discusión focal
ESCA	Encuesta de Salud de Cataluña
FDM	Fundación dieta Mediterránea
H	Hidrógeno
HC	Hidratos de carbono
HTA	Hipertensión arterial
IDESCAT	Instituto de Estadística de Cataluña
IMC	Índice de Masa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estadística
IPAQ	Cuestionario internacional de actividad física, <i>International Physical Activity Questionnaire</i>
Kcal	Kilocalorías
LOSC	Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña
MET	Unidad de Índice Metabólico o <i>Metabolic Equivalent of Task</i>

Na	Sodio
O	Oxígeno
OMS	Organización mundial de salud
P	Fósforo
PREDIMED	Prevención con la dieta mediterránea
SIAP	Sistema de Información de atención Primaria
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
UBE	Unidad de bebida estándar
UE	Unión Europea
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, <i>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i> .
VB	Valor Biológico
VNG	<i>Vilanova i la Geltrú</i>

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Evolución de los determinantes de salud	22
Figura 2: Las capas de influencia.....	24
Figura 3: Pirámide de Maslow.....	25
Figura 4: Pirámide de los alimentos	29
Figura 5: Pirámide nutricional de la Dieta Mediterránea.....	31
Figura 6: Funciones del Sistema Sanitario Catalán.....	39
Figura 7: Regiones sanitarias de Cataluña	40

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Comparación entre importancia/presupuesto de los determinantes de salud	23
Tabla 2: Clasificación de los alimentos	28
Tabla 3: Proporción de nutrientes en la dieta	29
Tabla 4: Población y muestra del estudio.....	44
Tabla 5: Análisis bivariable entre IMC e Intervalos de edad.....	49
Tabla 6: Análisis bivariable entre Test PREDIMED y CAP, Intervalos de edad y IMC.	51
Tabla 7: Análisis bivariable entre Test IPAQ con CAP, Intervalos de edad y IMC	52
Tabla 8: Análisis bivariable entre Test IPAQ y Test PREDIMED.....	53
Tabla 9: Participantes del grupo de discusión focal	55

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1: Tasa de respuesta.....	47
Gráfica 2: Tasa de respuesta según CAP	47
Gráfica 3: Campana de Gauss según la edad.....	48
Gráfica 4: Número de participantes según el intervalo de edad	48
Gráfica 5: Resultado de IMC.....	49
Gráfica 6: Resultado del Test PREDIMED.	50
Gráfica 7: Resultados del Test IPAQ.	52
Gráfica 8: Porcentaje de fumadoras.....	54



RESUMEN

Introducción: La educación sanitaria es una de las bases de la enfermería en el área de atención primaria y con ella la promoción de hábitos saludables. Conocer los estilos de vida de estos profesionales puede ayudar a desterrar falsos mitos acerca del colectivo enfermero, fomentar su autocuidado y aportar mejoras en la práctica clínica.

Objetivo: Describir y analizar los estilos de vida de los profesionales de enfermería que trabajan en las 3 áreas básicas de atención primaria en la ciudad de *Vilanova i la Geltrú*.

Metodología: estudio descriptivo transversal, se ha utilizado metodología cuantitativa, mediante encuestas validadas y metodología cualitativa mediante discusión de grupo focal.

Resultados: se obtuvieron un total de 31 encuestas, con una tasa de respuesta del 88,57% siendo el 100% mujeres. El intervalo de edad de 41 a 65 años representa el 61,29%. En cuanto al IMC el 61,29% presenta peso normal, el 29,03% sobrepeso y el 6,45% obesidad tipo I. En relación a la adherencia a la dieta mediterránea el 9,68% presenta una alta adherencia, el 83,87% moderada y un 6,45% baja. Según el resultado final del cuestionario IPAQ el 67% tiene un nivel de actividad física moderada. El 100% camina al menos 1 día a la semana un mínimo de 10 minutos. El 9,68% son fumadoras y de estas el 100% con una dependencia baja a la nicotina en el Test de Fageström. El 19,35% no presentó ningún tipo de consumo de alcohol y el 100% de las que sí, fue de bajo riesgo. Para grupo de discusión focal los hábitos más importantes son la alimentación y la actividad física; en cuanto a hábitos tóxicos el tabaco y el alcohol. Las dificultades que observan a la hora de cambiar un hábito de vida son la cultura y las costumbres arraigadas. Hay aspectos de la práctica clínica como el conocimiento y el contacto con las consecuencias de los malos hábitos que influyen en el estilo de vida de las enfermeras. Ellas mismas no se consideran un referente en la sociedad, sino agentes de salud.

Conclusiones: Los hábitos de salud de las enfermeras de atención primaria de *Vilanova i la Geltrú* en general se acercan a los patrones de hábitos saludables de las guías clínicas, aunque podrían incorporar ciertas mejoras para cumplir con estas recomendaciones en su totalidad.

Palabras clave: hábitos de salud, alimentación, actividad física, tabaco, alcohol, atención primaria, profesionales de enfermería.



RESUM

Introducció: L'educació sanitària és una de les bases de la infermeria en l'àrea d'atenció primària i amb ella la promoció dels hàbits saludables. Conèixer els estils de vida d'aquests professionals pot ajudar a desfer falsos mites sobre el col·lectiu infermer, fomentar la seva autocura i aportar millores en la pràctica clínica.

Objectiu: Descriure i analitzar els estils de vida dels professionals d'infermeria que treballen en les 3 àrees bàsiques d'atenció primària a la ciutat de Vilanova i la Geltrú.

Metodologia: estudi descriptiu transversal, on s'ha utilitzat metodologia quantitativa, mitjançant enquestes validades i metodologia qualitativa mitjançant una discussió de grup focal.

Resultats: es van obtenir un total de 31 enquestes, amb una taxa de resposta del 88,57% sent el 100% dones. L'interval d'edat entre 41 a 65 anys, representa el 61,29%. En quant al IMC, el 61,29% presenta un pes normal, el 29,03% sobrepès i el 6,45% obesitat tipus I. En relació a la adherència a la dieta mediterrània el 9,68% presenta una alta adherència, el 83,87% moderada y un 6,45% baixa. Segons el resultat final del qüestionari IPAQ el 67% té un nivell d'activitat física moderada. El 100% camina almenys 1 dia a la setmana un mínim de 10 minuts. El 9,68% són fumadores i d'aquestes el 100% amb una dependència baixa a la nicotina en el Test de Fageström. El 19,35% no va presentar cap tipus de consumo d'alcohol i el 100% de les que sí, va ser de baix risc. Pel grup de discussió focal els hàbits més importants són l'alimentació i l'activitat física; en quant a hàbits tòxics el tabac i l'alcohol. Les dificultats que observen a l'hora de canviar un hàbit de vida són la cultura i les costums arraigades. Hi han aspectes de la pràctica clínica com el coneixement el contacte amb les conseqüències dels mals hàbits que influeixen en l'estil de vida de les infermeres. Elles mateixes no es consideren un referen en la societat, sinó agents de salut.

Conclusions: Els hàbits de salut de les infermeres d'atenció primària de Vilanova i la Geltrú en general s'acosten als patrons d'hàbits saludables de les guies clíniques, tot i que podrien incorporar certes millores per complir amb aquestes recomanacions en la seva totalitat.

Paraules clau: hàbits de salut, alimentació, activitat física, tabac, alcohol, atenció primària, professionals d'infermeria.



ABSTRACT

Introduction: Health education is one of the main tools of nursing in primary care that's mostly focused on promoting healthy habits. Knowing the lifestyle of these professionals might help banish false myths about the nursing collective, increase their self-care and bring some improvements in their daily clinical practice.

Objective: to describe and analyse health habits of nurses that work in primary care in the 3 basic health areas of *Vilanova i la Geltrú*.

Methodology: descriptive cross-sectional study that combines quantitative methodology using valid questionnaires and qualitative methodology creating a focus group of discussion.

Results: 31 questionnaires were obtained with a response rate of 88,57%, 100% of the sample was formed by females. 61,29% are between 41 and 65 years old. The body mass index (BMI) of the nursing professionals is normal weight for 61,29%, overweight for 29,03% and obesity I for 6,45%. Their adherence to mediterranean diet is 9,68% high, 83,87% moderate and 6,45 low. The final IPAQ results show that 67% have a moderate level of physical activity and that 100% of them walk a minimum of 10 minutes at least 1 day per week. 9,68% are smokers and according to Fagestrom's test their nicotine adherence shows a low rate in 100% of the cases. 19,35% do not consume alcohol and 100% of those who do present a low risk consumption rate. For the nursing professionals, who participated in the focus group of discussion, the most important health habits are feeding and physical activity, while the toxic ones are tobacco and alcohol. The difficulties that they observe about making a health behaviour change are culture and deep-rooted customs. Some aspects of clinical practice such as knowledge and being in contact with the consequences of bad habits have an impact on the lifestyle of these nursing professionals. They don't see themselves as a health role model for society, but rather as health agents.

Conclusions: in general terms, the health habits of the nursing professionals of primary care that work in *Vilanova i la Geltrú* follow the recommendations of health guides. However, they could improve some aspects in order to accomplish them fully.

Keywords: health habits, feeding, physical activity, tobacco, alcohol, primary care, nursing professionals.



1. INTRODUCCIÓN

La educación sanitaria es una de las bases de la enfermería en el área de atención primaria (AP) y con ella la promoción de hábitos saludables. Nos gustaría analizar los estilos de vida de los profesionales sanitarios, en concreto los del colectivo de enfermería. Averiguar si existen posibles contradicciones entre las recomendaciones de salud dadas durante la práctica clínica y sus propios estilos de vida, y la manera en que estas posibles contradicciones pueden o no causar algún efecto en el cuidado de los pacientes ya que creemos interesante descubrir si esto podría influir en el buen desempeño del profesional.

Por un lado, como futuras enfermeras, nos interesa comprender la naturaleza de estas contradicciones, si fuera el caso. Y por otro lado también consideramos importante el autocuidado del profesional para poder dar ejemplo o ser un referente para sus pacientes, es decir, cómo podemos mejorar nuestra propia salud para poder ofrecer una mejor educación sanitaria. Creemos firmemente que la adquisición de nuevos y buenos hábitos, sobre todo en edades prematuras, previene y disminuye la incidencia de nuevos casos tanto de enfermedades crónicas como agudas.

En cuanto a la bibliografía encontrada en las bases de datos (BBDD) sobre el tema del trabajo, no se han encontrado suficientes datos epidemiológicos ni estudios que puedan servirnos para dar respuesta a la pregunta de investigación, por lo tanto creemos relevante la realización de este trabajo.

Conocer los estilos de vida de los profesionales puede suponer un referente para la población general y ayudar a desterrar falsos mitos acerca de los hábitos de salud del colectivo enfermero. Los resultados de este trabajo de investigación podrían suponer un nexo de unión entre la población general y los profesionales de enfermería y ayudar a mejorar la relación terapéutica, trabajando juntos por un objetivo común: la mejora de la salud.

Creemos que es interesante descubrir cuál es el estado de salud general de las enfermeras/os ya que existen múltiples estudios y datos epidemiológicos sobre la población general pero no así sobre la salud de este colectivo en particular. De esta manera queremos fomentar la importancia del autocuidado y la repercusión que esto puede tener sobre nuestro trabajo, especialmente en materia de educación sanitaria. Con la realización de este trabajo de investigación nos gustaría conocer si los profesionales de enfermería aplican las recomendaciones sanitarias en su vida y los

motivos por los que podrían no hacerlo. Esto nos ayudará a comprender mejor las dificultades que encuentra los pacientes a la hora de cambiar hábitos no saludables y como profesionales a mejorar nuestro rol educativo y alcanzar de manera más eficiente los objetivos planteados.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Evolución de la definición de salud

La salud es un concepto que ha evolucionado a lo largo de la historia y que ha adquirido diferentes matices y significados en función de los conocimientos, el momento histórico, la cultura y sistema social de la época. Por lo tanto, hablamos de un concepto dinámico y no encorsetado, susceptible de modificaciones que con el paso del tiempo lo van moldeando. (1)

Nuestra necesidad como especie de definir y etiquetar el mundo que nos rodea para poder darle un significado nos ha llevado a construir el concepto de salud, valiéndonos para ello de otro concepto que hemos adoptado como su opuesto: el de enfermedad. Históricamente siempre han ido íntimamente ligados, creando una unión indivisible entre ambos en la que uno no tendría significado sin el otro y considerando la salud como la ausencia de enfermedad. La medicina antigua entendía la salud como nuestro estado natural, el cual nos era inherente, y el estado de enfermedad rompía esa armonía comportando la pérdida de “normalidad”. (1)

Los descubrimientos científicos como el microscopio a finales del siglo XVII enfocaron la atención hacia una visión biológica de la enfermedad, que con el inicio de la revolución industrial y los avances técnico-científicos contemporáneos incorporó además aspectos políticos, sociales y económicos. A lo largo del siglo XIX las ideas de la Revolución Francesa y el emergente socialismo junto a los descubrimientos científicos de Pasteur en el mundo de la microbiología enfatizaron la importancia que las dimensiones sociales, políticas y económicas tienen en los fenómenos de enfermedad. Desde la segunda mitad del siglo XIX hasta la primera del XX las investigaciones científicas se centraron en el campo de la inmunidad y los agentes infecciosos, lo que enfatizó la atención en las fuentes ambientales de microorganismos y las diferentes formas de transmisión de enfermedades. (2)

No fue hasta la segunda mitad del siglo XX que se produjeron los cambios más relevantes en la concepción de salud y enfermedad. Autores como el médico historiador Sigerist en 1941 redefinió el concepto de salud afirmando que: “la salud no es simplemente la ausencia de enfermedad, es algo positivo, una actitud gozosa y una

aceptación alegre de las responsabilidades que la vida impone al individuo” (3). Este nuevo concepto con carácter positivo supuso un cambio en la manera en que entendemos la salud ya que por primera vez no se utilizaba el concepto de enfermedad para delimitarla y definirla. (1) (3)

Con el contexto del final de la 1ª guerra mundial se empieza a adoptar la visión del estado de bienestar en el que la salud de los ciudadanos era un importante pilar por el que el estado debía velar como una de sus principales funciones. (4)

En este nuevo paradigma la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su carta constitutiva de 1946 define la salud como: “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.” (5) Esta definición en términos positivos introduce de forma innovadora la palabra “bienestar” e incorpora las áreas “mental y “social” a la aceptación exclusivamente biológica que se tenía hasta el momento, además de considerarla un derecho humano fundamental. Sin embargo, la OMS no estuvo exenta de críticas por equiparar bienestar y salud, ya que se consideraba una visión utópica. Esto es debido a que el absoluto estado de salud o enfermedad es irreal existiendo términos intermedios entre ambos opuestos. También se tachó la definición como estática, afirmando que la salud es un estado que parece no cambiar en el tiempo, negando su naturaleza dinámica como parte de un continuo proceso. Otro error que cometió la OMS en la afirmación de esta definición fue el carácter subjetivo del concepto de bienestar, ya que éste puede significar cosas diferentes dependiendo del individuo. El bienestar así como el malestar no pueden ser medidos ni cuantificados objetivamente. (1) (2)

Fue René Dubos quien introdujo la variable del ambiente a la definición de salud, dándole un sentido ecológico y afirmando que los cambios en el medio externo pueden suponer cambios adaptativos en el organismo: “la salud es el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en dicho medio”. (1) De esta forma el medio ambiente es un elemento que influye en la salud del ser humano y por su naturaleza cambiante, nos lleva a la continua adaptación para evitar que se produzca un estado de desequilibrio y por tanto de enfermedad. (1) (3)

Durante las siguientes décadas del S.XX los conceptos de salud y enfermedad siguieron cambiando y evolucionando con la integración de la dimensión social, ecológica y mental más allá de la puramente biológica. Autores como Milton Terris en 1980 introdujo una nueva definición más completa y aceptada que la que propuso la OMS en 1946: “estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. (1) Para Terris la salud no implica sólo la ausencia de enfermedad y por tanto no es un estado absoluto, sino que es un desarrollo dinámico entre el continuo salud-enfermedad y podemos encontrarnos en diferentes grados de esta escala a lo largo del tiempo. Así que cuando sentimos bienestar aumenta nuestra capacidad de funcionamiento, y con el malestar disminuye esta capacidad. (1) (4)

La aparición y desarrollo de las enfermedades más habituales en la actualidad, como problemas cardiovasculares, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), accidentes de tráfico, diabetes, enfermedades pulmonares, tumores, etc., cuya causa de aparición es debida no solo a factores biológicos, sino también al factor conductual. El individuo es un agente activo de su propia salud por lo tanto sus acciones y esfuerzos pueden mejorarla, de la misma forma que por la dimensión social que tiene la salud, la solidaridad y la responsabilidad con los demás puede mejorar la salud colectiva. Esta visión de responsabilidad sobre la propia vida ha añadido al concepto de salud el término “estilo de vida” o lo que es lo mismo: las elecciones que hagamos sobre alimentación, ejercicio y hábitos tóxicos entre otros tienen un impacto directo sobre nuestra salud. (1)

El sumatorio de todas estas ideas ha construido el concepto de salud tal y como lo entendemos hoy: ecológico, positivo, dinámico, sistémico, social, biológico, mental y espiritual. La salud de los individuos depende de diversos factores y no es unicausal, conformando la visión holística e integradora que se tiene en la actualidad. (3)

2.2 Determinantes de la salud

La salud, como ya hemos explicado en el punto anterior, es considerada como un concepto dinámico y complejo que no presenta una definición concreta, sino que engloba un estado completo de bienestar difícil de definir y delimitar. Por esta razón

podemos decir que sobre ella actúan diversos factores o determinantes que modifican la salud de una persona o de la población en general.

Factores que determinan la salud hay muchos tipos y muy variados, algunos de ellos son: biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, educativos, sanitarios, de valores y religiosos. Estos factores son susceptibles de poder ser cambiados a través de las tecnologías, la ciencia, el conocimiento, la economía, etc. Gracias a ello es posible disminuir aquellos factores negativos que comprometen nuestra salud y/o acentuar aquellos elementos que sean favorables para nosotros y que contribuyan a prevenir enfermedades y promover nuestro bienestar. (6)

Este plan de mejora sobre la sociedad a través de los determinantes no recae únicamente sobre el sistema sanitario ni sobre los profesionales de la salud, sino que abarca a todo el conjunto de instituciones que deben de desarrollar estrategias y políticas que intervengan sobre cada uno de los diferentes determinantes para buscar la manera de beneficiarnos de ellos, tanto a nivel comunitario como individual. (6)

Marc Lalonde en 1974, abogado y Ministro de Salud Pública de Canadá, hizo un estudio sobre las grandes causas de muerte y enfermedades de los canadienses y con el informe *New perspectives on the health of Canadians* (7) creó un nuevo modelo de salud pública basándose en los determinantes de salud, (Figura 1) afirmando así que la salud o las enfermedades no estaban simplemente relacionadas con aspectos biológicos o infecciosos, sino que también tienen una base de origen socio-económico muy importante. (6) (8) (9)

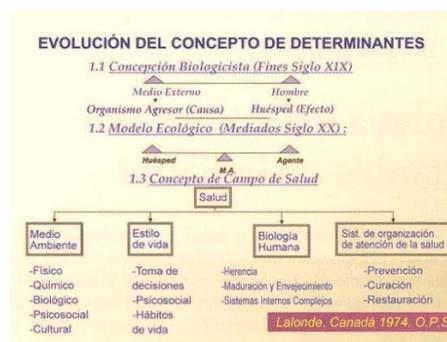


Figura 1: Evolución de los determinantes de salud

Fuente: Imagen disponible en: https://actamedica.medicos.cr/index.php/Acta_Medica/article/view/222/203
[consultada el 24 de abril del 2019]

En el informe Lalonde se establecieron 4 grandes determinantes de la salud que marcaron un antes y un después en la atención de la salud pública, tanto a nivel individual como poblacional: (8)

- El **medio ambiente**, relacionado con la contaminación, condiciones de agua, factores socioculturales...
- Los **estilos de vida**, relacionado con los hábitos personales, alimenticios, conductas peligrosas, actividad sexual...
- La **biología humana**, relacionada con la genética y la edad de la persona.
- El **sistema Sanitario**, relacionado con la calidad, accesibilidad y financiación de los servicios sanitarios.

Lalonde explica la importancia con la que inciden estos determinantes de salud en la población y la proporción de dinero público destinado a estos mismos determinantes de salud: (8)

Tabla 1: Comparación entre importancia/presupuesto de los determinantes de salud

Importancia incidencia determinantes	Presupuesto público
11% Sistema sanitario	90,6% Sistema sanitario
19% Medio ambiente	1,5% Medio ambiente
27% Biología humana	6,9% Biología humana
43% Estilos de vida	1,2% Estilos de vida

Pudiendo ver que el 90,6%, casi la totalidad de la financiación económica está destinado al sistema sanitario que precisamente es el determinante que menos incide en la salud de la población con un 11%. Por el contrario, otros determinantes como los estilos de vida, que influyen casi en un 50% de la salud de la población, es el recurso que dispone del menor aporte económico público, con un 1,2%. (Tabla 1) (8)

Dahlgren y Whitehead en 1991 muestran un modelo explicativo, conocido como “*Las capas de influencia*”, en el que exponen las diferentes desigualdades sociales y cómo estas recaen sobre el individuo con sus riesgos propios (la edad, el sexo y factores de constitucionales). Y encima de ella se van posicionando las distintas capas: influencia de las conductas personales y/o estilos de vida, redes sociales, condiciones de vida, trabajo, educación, estrés, ambientales, culturales etc. (Figura 2) (9)



Modelo explicativo de determinantes de salud creado por Dahlgren y Whitehead (1991)

Figura 2: Las capas de influencia

Fuente: Imagen disponible en: <https://www.opimec.org/documentos/4869/unidad-3-ganar-en-salud-un-enfoque-positivo-de-atencion-a-la-cronicidaddup/10931/comentarios/> [consultada el 24 de abril del 2019]

Con este último modelo las desigualdades sociales tienen un papel clave para crear diferentes grupos sociales entre los que encontramos a los más desfavorecidos y con problemas más acentuados socioeconómicamente que se exponen a muchas más situaciones precarias poniendo en riesgo con mayor intensidad su salud, y siendo más vulnerables a padecer enfermedades, adoptar malas conductas, alimentarse con alimentos de baja calidad, caer en hábitos tóxicos, etc. (9)

El modelo creado por Diderichsen en 1998 y adaptado por el propio Diderichsen, Evans y Whitehead en 2001, explica cómo el contexto social crea una estratificación social y asigna a los individuos diferentes posiciones sociales, lo que determina su estado de salud. Por su parte Brunner, Marmot y Wilkinson en 2003 tratan de describir un nuevo concepto refiriéndose al área de la política pública y centrándose en el papel que las políticas pueden desempeñar en el entorno social, de manera que conduzcan a una mejoría en la salud. (9)

En 2005 se creó la Comisión Mundial de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) que fue creada para ayudar a los diferentes países a abordar los factores sociales que afectan a la mala salud y las desigualdades entre ellos. (10)

2.3 Hábitos de vida

Un hábito se puede definir como aquella práctica habitual de una persona y puede ser clasificado como saludable o no saludable. Por un lado, los hábitos saludables son aquellas conductas asumidas como propias en nuestra vida cotidiana que inciden positivamente en nuestro bienestar físico, mental y social, de esta manera prevenimos

enfermedades y mantenemos nuestra salud. Por el otro, los no saludables son aquellos que inciden en nuestra salud empeorándola o dañándola. (11)

Una de las metas generales de la OMS desde el 2004 es “Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud”. Con esta meta quieren reducir significativamente la mortalidad y la carga de morbilidades mundiales. (12)

Numerosos estudios entre ellos el estudio de cohortes EPIC de Grecia (13) y el estudio HALE sobre determinantes nutricionales de un envejecimiento sano (14), reafirman los claros beneficios que aporta en nuestra salud unos buenos hábitos alimenticios, mantener una actividad física diaria y evitar el consumo de tóxicos. (15)

2.3.1 El hábito alimentario

Abraham Maslow psicólogo humanista propuso la teoría de la motivación humana en la que afirmaba que existe una jerarquía en las necesidades humanas. Su teoría afirma que primero se han de satisfacer aquellas necesidades consideradas básicas para el ser humano, y una vez estable se puede avanzar en la jerarquía y subir a los siguientes niveles. Esta jerarquía de las necesidades de Maslow consta de un total de 5 niveles y se representa en forma de pirámide. (Figura 3) (16) (17) (18)



Figura 3: Pirámide de Maslow

Fuente: Imagen disponible en: <https://psicologiymente.com/psicologia/piramide-de-maslow> [consultada el 24 de abril del 2019]

A bajo del todo en la base encontramos las necesidades fisiológicas y orgánicas, que son aquellas que el organismo debe de satisfacer para seguir vivo y realizar sus funciones vitales. En este grupo encontramos la respiración, el descanso, el sexo, la homeostasis y la alimentación. Y en la parte más alta se sitúan las necesidades de

conocimiento y realización personal, que son: seguridad, afiliación, reconocimiento y autorrealización. (16) (17) (18)

La alimentación hoy en día no se entiende como un medio de necesidad primaria como se ha descrito anteriormente con la Pirámide de Maslow, y actualmente es una herramienta primordial para prevenir enfermedades y encontrar bienestar y calidad de vida en el futuro. (19) (20)

2.3.1.1 Los nutrientes

Los nutrientes son aquellas sustancias extraídas de los alimentos de nuestra dieta que nos proporcionan energía que utilizamos para el crecimiento y el mantenimiento de nuestro cuerpo. Hay distintos tipos: las proteínas, los lípidos, los hidratos de carbono (HC), los minerales, las vitaminas, el agua y la fibra y cada uno de ellos tiene características distintas y nos aportan un valor energético diferente, denominado kilocalorías (kcal). (21) (22)

- 1 gramo de proteínas = 4 kcal
- 1 gramo de lípidos = 4 kcal
- 1 gramo de hidratos de carbono = 7 kcal

Las necesidades energéticas de nuestro cuerpo van en función de nuestro metabolismo basal, actividad física, necesidades de crecimiento entre otras. El metabolismo basal lo podemos definir como aquel valor energético mínimo que necesita nuestro cuerpo para mantenerse con vida, como, el mantenimiento de células, órganos, temperatura corporal, etc. (22)

- A) Las proteínas son sustancias orgánicas formadas por aminoácidos (AA) y se pueden clasificar según su valor biológico (VB) en alto o bajo. Las de alto VB serán aquellas que están formadas por AA esenciales (que el hombre no puede sintetizar por sí mismo y tiene que obtener a través de la dieta). Hay dos tipos de fuentes ricas en proteínas, de origen animal y vegetal. (22)

Las funciones biológicas de las proteínas más importantes son: formadoras de estructuras celulares, formadoras de células inmunes, enzimas y hormonas y participativas en el equilibrio ácido-básico de nuestro cuerpo. Una dieta con escaso aporte proteico puede generar una desnutrición manifestada por

disminución de la masa muscular, vulnerabilidad ante las infecciones, retraso en la cicatrización y astenia. (22)

B) Los lípidos son sustancias orgánicas de estructura variable, pueden ser solubles o insolubles. Su estructura molecular está formada por carbono (C), hidrogeno (H) y oxígeno (O). Se clasifican en triglicéridos o ácidos grasos (saturados o insaturados), glucolípidos, fosfolípidos y colesterol y su función biológica varía según su clasificación: (22)

- Los triglicéridos cuya función es energética, plástica y biorreguladora.
- Los glucolípidos forman parte de la membrana celular y estructuras del sistema nervioso.
- Los fosfolípidos forman parte de la membrana celular y de las lipoproteínas.
- El colesterol es una estructura completamente diferente a las anteriores, forma parte de las membranas celulares y de él derivan hormonas y la vitamina D.

Hay dos fuentes principales de lípidos, de origen animal y vegetal. (22)

C) Los HC son sustancias orgánicas también denominados glúcidos, compuestas por C, H y O. Nuestra digestión simplifica los HC en sustancias más simples hasta obtener glucosa, un sustrato que utilizan las células para obtener la energía. La función biológica principal de los HC es energética y también plástica. (22)

D) Los minerales son elementos esenciales que no pueden ser sintetizados por el cuerpo humano y son muy necesarios para la nutrición humana y son 26 de los 90 elementos químicos. Su función biológica puede ser estructural (por ejemplo el calcio (Ca) y el Fosforo (P) en los huesos) o reguladora en la formación de hormonas o enzimas. (22)

E) Las vitaminas también son elementos esenciales y básicos en la nutrición humana. Su función biológica es regular diferentes reacciones metabólicas y su carencia en el organismo origina múltiples cuadros patológicos. (22)

F) El agua es un elemento inorgánico esencial para la vida y el más abundante en el cuerpo humano. La necesidad diaria de agua varía según la edad de la persona y su pérdida. (22)

Las pérdidas básicas de agua del cuerpo humano son, las pérdidas insensibles, la respiración, la transpiración, la orina y las heces. Estas pueden incrementarse si hay cuadros de fiebre, sudoración profunda, diarreas, quemaduras, hemorragias, drenajes, etc., y es muy importante compensar estas pérdidas a través de los alimentos y la ingesta de líquidos. (22)

G) La fibra proviene de las paredes de las células vegetales, son resistentes a la digestión humana y alguna puede ser fermentada con la microflora del intestino originando gases. También nos proporciona un aumento de la masa fecal y de la motilidad intestinal y favorece la absorción del agua y el sodio (Na) en el colon teniendo un efecto antidiarreico. Se puede clasificar en fibra soluble e insoluble. (22)

2.3.1.2 Los alimentos

Los alimentos son sustancias de origen animal o vegetal, naturales o transformados, que contienen uno o varios nutrientes. Existen varios tipos de clasificación de los alimentos y uno de ellos es según el nutriente que contiene en mayor proporción. (Tabla 2) (22)

Tabla 2: Clasificación de los alimentos

Alimentos energéticos	Alimentos predominantes en <u>HC</u>
Cereales, legumbre Frutos secos, grasas y aceites Azúcar, miel, chocolate	
Alimentos plásticos	Alimentos predominantes en <u>proteínas</u>
Soja Lácteos Carnes, pescado y huevos	
Alimentos reguladores	Alimentos predominantes en <u>vitaminas y minerales</u>
Verduras, hortalizas Frutas	

2.3.1.3 Una alimentación equilibrada

La alimentación equilibrada es aquella que por definición aporta al individuo, según su edad, sexo, situación fisiológica y necesidades energéticas, un estado de salud óptimo que le permita realizar las actividades de la vida diaria. La proporción de nutrientes que debe de tomar un individuo con peso normal para cubrir sus necesidades energéticas son: (22)

Tabla 3: Proporción de nutrientes en la dieta

Proteínas	12- 15 % de la dieta
Lípidos	30 % de la dieta
Hidratos de carbono	55-60 % de la dieta

Hay diferentes grupos de alimentos y la pirámide nutricional (Figura 4) nos ayuda de forma sencilla a ordenar los alimentos para incorporarlos de una forma correcta y saludable a nuestra dieta. En la base encontramos los alimentos de consumo diario y a medida que vamos subiendo la frecuencia de su consumo disminuye. (23)



Figura 4: Pirámide de los alimentos

Fuente: Imagen disponible en: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Vida_saludable/Alimentacio/Alimentacio_saludable/documents/arxiu/piramide2.pdf [consultada el 24 de abril del 2019]

2.3.1.3.1 La dieta mediterránea

A.B. Keys inició en 1958 un estudio denominado “*Estudio de los siete países*” (24) en el que fue el primero en observar la relación entre la dieta y el estilo de vida con los factores de riesgo y la incidencia de enfermedades cardiovasculares (infartos o ictus). El estudio analizó la forma de alimentarse en Italia, Holanda, Estados Unidos, Grecia, Japón, Finlandia y Yugoslavia viendo así que en el sur de Europa, Italia, Grecia y

Yugoslavia la mortalidad por infartos e ictus eran menores. De esta manera se asoció este hecho al tipo de dieta y estilo de vida en la propia zona, y se empezó a hablar del concepto de “dieta mediterránea”. (24)

Más recientemente el estudio de Prevención con la Dieta Mediterránea (PREDIMED) (25) analizó los efectos de la dieta mediterránea sobre la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares entre otras patologías como por ejemplo la diabetes mellitus, el cáncer, los deterioros cognitivos y enfermedades neurodegenerativas. Finalmente se concluyó que “una dieta mediterránea suplementada con aceite de oliva virgen extra y frutos secos era capaz de reducir hasta un 30 % la incidencia de complicaciones cardiovasculares”. (25)

Otros estudios como Salas-Salvadó et al. (26) estudió la relación entre la dieta mediterránea y la prevención de la diabetes mellitus tipo 2 concluyendo que “la incidencia de la diabetes se había reducido un 52%, incluso sin que hubiera cambios significativos en el peso corporal o en la actividad física”. (26) (27)

Otro de los hallazgos encontrados gracias al estudio PREDIMED fue la reducción del riesgo de padecer cáncer de mama de forma significativa, (28) (29) y la asociación entre este tipo de dieta y una mejor función cognitiva en la población mayor. (30)

Además, la similitud de algunos factores de riesgo y mecanismos de acción refuerza la hipótesis de que algunos aspectos de la dieta mediterránea pueden favorecer también la protección de incidencias de otras patologías como, la hipertensión arterial (31), accidentes cerebrovasculares (32) y otros tipos de cánceres como de próstata, colorrectal, páncreas y endometrio (33).

A parte de los múltiples beneficios a nivel biológico y orgánico, la dieta mediterránea como concepto va más allá de lo alimentario y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) en 2013 la declaró Patrimonio inmaterial de la Humanidad y la definió de la siguiente manera “La dieta mediterránea como tal no comprende solamente la alimentación, sino que abarca un conjunto de conocimientos, competencias prácticas, rituales, tradiciones y símbolos relacionados con los cultivos, cosechas, la pesca y la cría de animales, y también con la forma de conservar, transformar, cocinar, compartir y consumir los alimentos”. (34) (35)

La Fundación Dieta Mediterránea (FDM) juntamente con grupos de expertos han adaptado la pirámide nutricional clásica (Figura 4) a una nueva pirámide incorporando elementos cualitativos. Esta pirámide sigue la misma pauta que la clásica, situando a

la base los alimentos principales de la dieta y a los niveles superiores los que deben de consumirse con mayor moderación. (Figura 5)

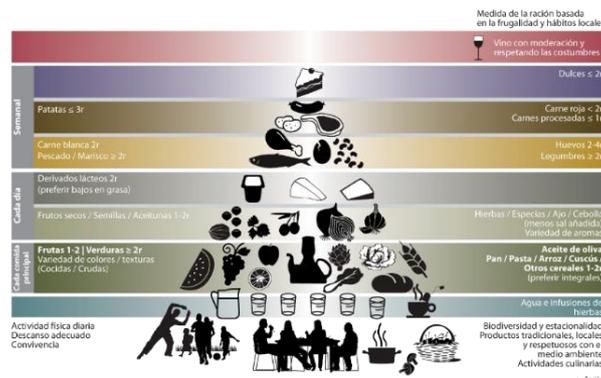


Figura 5: Pirámide nutricional de la Dieta Mediterránea

Fuente: Imagen disponible en: <https://dietamediterranea.com/nutricion-saludable-ejercicio-fisico/> [consultada el 25 de abril del 2019]

Las 10 recomendaciones de la FDM para seguir de manera correcta la dieta Mediterránea son: (36)

- Utilizar el aceite de oliva como principal grasa.
- Consumir alimentos de origen vegetal en abundancia: frutas, verduras, legumbres y frutos secos.
- El pan y los alimentos procedentes de los cereales deberían formar parte de la alimentación diaria.
- Los alimentos poco procesados, frescos y de temporada son los más adecuados para el consumo.
- Consumir diariamente productos lácteos como el yogurt y el queso.
- Consumir carne roja con moderación y las carnes procesadas en cantidades muy pequeñas.
- Consumir pescado en abundancia y huevo con moderación.
- La fruta fresca como postre habitual y solo consumir ocasionalmente dulces y pasteles.
- El agua la bebida por excelencia y el vino con moderación y durante las comidas.
- Realizar actividad física todos los días siendo igual de importante como comer bien.

2.2.3 La actividad física

La OMS define actividad física (AF) como “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía”. Representa el cuarto factor de riesgo en cuanto a la mortalidad mundial, aproximadamente el 6% de las muertes de todo el mundo. Un nivel regular y adecuado de AF reduce la HTA, las cardiopatías coronarias, accidentes cerebrovasculares, diabetes, caídas y hasta algunos tipos de cánceres como el de mama y colon. También mejora la salud de nuestros huesos y es clave para el gasto energético, el equilibrio calórico y el control del peso. Al menos un 60% de la población mundial no realiza la AF necesaria para obtener beneficios sobre la salud. (37) (38)

Otra cosa que se tiene que tener en cuenta es no confundir la actividad física con el ejercicio, ya que este es “una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física”. En cambio, la AF “abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas”. (37)

La OMS recoge las recomendaciones mundiales sobre la AF para la salud y lo hace a través de grupos de edad: de 5 a 17 años, de 18 a 64 y de 65 o más.

Por lo que respecta al grupo de edad adulta, (18 a los 64 años) la AF consiste en actividades de ocio, paseos, actividades ocupacionales (como el trabajo), tareas domésticas, juegos, deportes y actividades programadas en la vida cotidiana con la familia o comunidad. El objetivo común es el de mejorar funciones cardiorrespiratorias, musculares, salud ósea y sobre todo reducir el riesgo de las enfermedades no transmisibles y la depresión. (39)

Para ello la AF de un adulto tiene que agrupar dos modalidades diferente de intensidad: la actividad física moderada (AFM) y la actividad física intensa o vigorosa (AFI): (40)

- AFM: corresponde aproximadamente entre 3 a 6 MET, engloba aquellas actividades que le requieren respirar algo más intensamente y que acelera de forma perceptible el ritmo cardíaco como caminar rápido, ir en bicicleta, bailar, jardinería, tareas domésticas, desplazar cargas moderadas, subir y bajar escaleras, etc.

- AFI: corresponde a $>$ de 6 MET, engloba aquellas actividades que le hacen respirar mucho más intensamente y un aumento notable de la frecuencia cardíaca como *footing*, actividades aeróbicas, deportes competitivos, etc.

El MET o Unidad de Índice Metabólico o *Metabolic Equivalent of Task*, es un equivalente metabólico que se utiliza para expresar la intensidad de la AF. Es la razón entre el metabolismo durante la realización del trabajo y su metabolismo basal. (40)

1 MET = el consumo de 1 kcal/kg/h

2.3.3 Consumo de tóxicos

2.3.3.1 El consumo de alcohol

El consumo de alcohol es uno de los cuatro factores de riesgo de enfermedades no transmisibles que contribuyen al aumento de las morbilidades. Su consumo es susceptible a modificaciones y a la prevención, pero aún así es una práctica social y muy habitual. (41)

El alcohol es una sustancia tóxica para el organismo que actúa como depresor del sistema nervioso central, a corto y a largo plazo. Su consumo a dosis bajas tiene un efecto esporádico en el organismo, en cambio a dosis altas o prolongadas en el tiempo puede tener consecuencias irreparables para nuestra salud. (42)

Una vez ingerido, llega al estómago donde se inicia su primer procesamiento y se absorbe el 20 %, el otro 80% se hace a través del intestino delgado donde pasa a la circulación pudiendo permanecer allí hasta 18 horas. Finalmente, el hígado lo metaboliza y lo elimina.

La intoxicación aguda depende de la cantidad de gramos alcanzados en nuestro torrente sanguíneo y las características de la persona (la edad, el peso, el sexo, la rapidez y cantidad en la que se ha ingerido, la combinación con bebidas carbonatadas, la ingestión simultánea de comida y la combinación con otras sustancias nocivas) y los efectos pueden evolucionar, a primera instancia provoca afectos rápidos en el sistema nervioso central (euforia, excitación, desinhibición, conductas impulsivas, etc.). Si su consumo es progresivo la clínica va evolucionando con alteraciones del equilibrio,

alteraciones a nivel de la conciencia y cuadros anestésicos como coma o estupor, no existiendo antídoto específico para contrarrestar estos afectos. (42) (43) (44)

En la ingesta crónica y prolongada de alcohol en el tiempo provoca daños en diferentes órganos vitales y cada vez más irreversibles: (42)

- Corazón: cardiopatías, arritmias, infartos, hipertensión, etc.
- Sistema nervioso central: pérdida neuronal, alteración del sueño, agresividad depresión deterioro cognitivo, encefalopatías, demencias psicosis, etc.
- Aparatos digestivos. Gastritis, cirrosis hepática, pancreatitis, hepatitis, esofagitis y problemas de malnutrición.
- Sangre. Disminución de la producción de glóbulos blancos y glóbulos rojos.
- Además de la asociación de diferentes tipos de cánceres como el de estómago, laringe, esófago y páncreas.

A nivel mundial el 5,3% de las defunciones anuales son debido al consumo nocivo de alcohol y está relacionado como factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. El nivel de consumo en España está por debajo de la media de la Unión Europea (UE), aun así es preocupante las edades en las que se inicia este tipo de consumo ya que la prematuridad favorece las conductas de riesgo. (42) (45) (46)

2.3.3.2 El hábito tabáquico

El tabaquismo es un gran problema de salud pública, no solo por su magnitud sino también por las numerosas morbilidades y consecuencias sanitarias que conlleva y el elevado coste económico y social.

El tabaquismo es una forma de drogodependencia legal que contiene más de 4.000 componentes, muchos de los cuales son activos farmacológicamente y a demás carcinógenos, metales y sustancias radioactivas. (47)

La nicotina es el principio activo del tabaco, tarda 7 segundos a llegar al cerebro y actúa en todo el cuerpo provocando adicción, tolerancia, dependencia física y psicológica. A afectos biológicos la nicotina desencadena la liberación de las catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) dañando la pared interna de las arterias,

aumentando el tono coronario con espasmos y produciendo así alteraciones en la coagulación. (48) (49) (50)

El tabaquismo provoca más de 50.000 muertes anuales en España y se le atribuye más de 25 enfermedades como el asma, la bronquitis, el enfisema pulmonar, varios tipos de cánceres, además de aumentar el riesgo de padecer un accidente cardiovascular y la incidencia de sufrir patologías coronarias. (51)

Eliminar el hábito tabáquico de la vida de las personas es primordial para llevar una vida sana y saludable. Los beneficios al dejar de fumar son muchos y algunos de ellos no tardan en aparecer. Estos se pueden clasificar a corto y a largo plazo: (47)

A) Los beneficios a corto plazo.

- A los 20 minutos la presión de la sangre y el pulso vuelven a la normalidad
- A las 24 horas disminuye el riesgo de padecer un ataque en el corazón
- A las 48 horas el olfato y el gusto mejoran
- Después de 3 semanas la circulación mejora y las funciones de los pulmones se incrementa en un 30 %.

B) Los beneficios a largo plazo son mayores.

- Después de 9 meses, la tos, la fatiga y las dificultades respiratorias desaparecen.
- Después de 1 año se reduce a la mitad el riesgo de enfermedades coronarias.
- Después de 5 años el riesgo de cáncer de pulmón, laringe y esófago baja a la mitad. El riesgo de padecer un ataque de corazón es similar al de alguien que no ha fumado.
- Después de 10 años el riesgo de padecer cáncer de boca, pulmón, páncreas y esófago es similar al de una persona no fumadora.

Según los datos de la Generalidad de Catalunya, Departamento de Salud, 60.000 personas dejan de fumar cada año, el consumo de tabaco anual va disminuyendo año tras año desde 1990 llegando en el 2017 a las cifras más bajas de la historia. (52)

2.4 Concepto de atención primaria de salud

La AP es el núcleo central del sistema sanitario y la puerta de acceso de los ciudadanos al resto de servicios de salud, aunque esta definición se queda insuficiente para reflejar la complejidad e importancia que la AP ejerce en los procesos de atención de salud individual y colectiva. (53)

En la Conferencia de la OMS-UNICEF de 1978 se estableció la siguiente definición de la AP: “Asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La AP es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”. (53)

La AP es además parte del desarrollo social y económico global de la comunidad y para ello se precisa de una adaptación a las características y necesidades de cada lugar, aunque con independencia del país o comunidad donde se desarrolle los elementos conceptuales que la caracterizan son: (53)

- Integral. Abordando desde una perspectiva biopsicosocial, teniendo en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales como parte de los procesos de salud-enfermedad.
- Integrada. La atención sanitaria debe tener en cuenta de forma constante y coordinada actuaciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y análisis del entorno social
- Continuada y longitudinal. Desarrollando sus actividades a lo largo de la vida de las personas.

- Activa. Realizada por unos profesionales que no actúan como meros receptores pasivos de los problemas sino que trabajan de forma activa y anticipatoria detectándolos en sus fases más precoces.
- Accesible. Sin barreras que dificulten su acceso a personas que lo necesiten ni discriminación por motivos de raza, creencias ni situación económica.
- Desarrollada por equipos. Con carácter multidisciplinario, compuestos por profesionales sanitarios y no sanitarios.
- Comunitaria y participativa. Enfocando la atención de salud desde una perspectiva personal, así como colectiva, con una participación activa y constante de los actores implicados.
- Programada y evaluable. Con actuaciones que respondan a objetivos y métodos predeterminados y con herramientas que permitan evaluarlos adecuadamente.
- Docente e investigadora. Con actividad docente e investigadora en las áreas en las que se preste a ello.

El centro de salud integral permite el desarrollo de estos conceptos y la práctica de las actividades propias de la AP, las cuales se agruparían en: (53)

- Diagnóstico y tratamiento de pacientes.
- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Atención domiciliaria.
- Rehabilitación (no en todos los centros).
- Atención continuada y urgente (no en todos los centros).
- Vigilancia epidemiológica.
- Docencia e investigación.
- Gestión (funcionamiento interno y soporte).

Los sistemas sanitarios que están enfocados a la AP favorecen la redistribución de los recursos y su accesibilidad universal a ellos, contribuyendo de esta forma a la equidad de la atención de salud y la distribución de la carga económica igualitaria en los diferentes estratos socioeconómicos de la población. (53)

La atención familiar y comunitaria constituye el elemento nuclear de atención de la AP, por lo tanto, la asistencia personal individual debe estar necesariamente integrada en el enfoque familiar y comunitario y ha de fundamentarse en la participación y responsabilización de todos los actores implicados a través de las acciones y programas de promoción, prevención, asistencia y cuidados en la atención. (53)

2.4.1 Atención primaria de Salud en España

En 1978 se aprueba la Constitución Española en la que se recoge el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud y la competencia de los poderes públicos en garantizarla mediante medidas preventivas y las prestaciones y servicios necesarios, fomentando la educación sanitaria. (53)

A partir del año 1981 se inicia un proceso de descentralización de las competencias sanitarias del Estado a las Comunidades Autónomas, siendo Cataluña ese mismo año la primera en recibir las transferencias sanitarias y seguida por el resto hasta el año 2001. En cada una de ellas se constituye un Servicio de Salud que es el encargado de gestionar y dirigir todas las instituciones y servicios de ámbito territorial con competencias en AP y en salud pública. (53)

En 1984 se inicia el proceso de reforma de la asistencia primaria con la promulgación del Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud donde se establece la división del territorio en Zonas Básicas de Salud, cada una de ellas atendida por un Centro de Salud y un Equipo de Atención Primaria (EAP). (53)

En el año 1986 se promulga la Ley General de Sanidad donde se marcan las orientaciones estratégicas y organizativas del Sistema Sanitario Español a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. (53)

En el año 2003, tras completarse 2 años antes el proceso de descentralización de competencias, se promulga la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud en la que se establecieron los mecanismos de coordinación y cooperación entre las Administraciones Públicas, y la garantía por parte de las Comunidades Autónomas para la equidad y calidad de las prestaciones en el conjunto del Estado. (53)

En el año 2006 se aprueba la Ley de Dependencia por la que se promueve la colaboración de las diferentes Administraciones públicas para el abordaje de las necesidades y problemas de las personas en situación de dependencia. El Sistema Sanitario Español se estructura en dos niveles: AP y hospitalaria especializada; los recursos sanitarios esenciales son los centros de salud y los hospitales. (53)

2.4.2 Atención primaria de salud en Catalunya

Con la Ley de ordenación sanitaria de Cataluña (LOSC) de 1990 se creó el actual sistema sanitario catalán. Un sistema de salud público en el que existe una distribución de funciones siendo la autoridad el Departamento de Salud, la financiación responsabilidad del Servicio Catalán de Salud (CatSalud) y la provisión de los servicios asistenciales a la población atribuida a diferentes entidades mediante convenios y contratos (Figura 5). Por lo tanto hablamos de un sistema mixto que integra todos los recursos sanitarios sean éstos de titularidad pública o no. (54) (55)

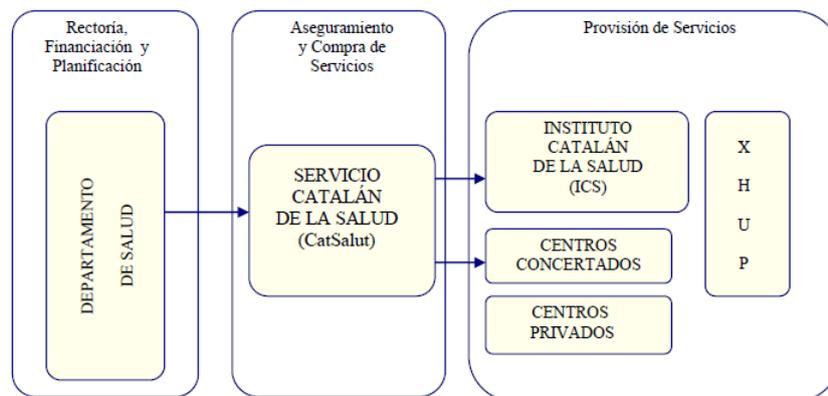


Figura 6: Funciones del Sistema Sanitario Catalán

Fuente: Imagen disponible en:

https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/publicacions/docs/sistema_atencio_cast.pdf
[consultada el 24 de abril del 2019]

La AP es el primer nivel de atención y acceso de la población a la asistencia sanitaria. Visto desde un punto de vista estructural y territorial, Cataluña presenta una sectorialización de la red asistencial basada en unidades territoriales elementales para la prestación de asistencia primaria de acceso directo a los ciudadanos, denominadas área básica de salud (ABS). La región sanitaria es la estructura utilizada para agrupar las ABS en el Catálogo de Centros de AP y para la disgregación de los datos estadísticos del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Con lo cual la estructura sanitaria del CatSalut en AP está dividida en: 7 regiones sanitarias, 56 sectores sanitarios y 362 ABS. (55) (56)



Figura 7: Regiones sanitarias de Cataluña

Fuente: Imagen disponible en:
<http://www.mschs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/SIAP2005.pdf> [consultado el 24 de abril]

La población que reside en la zona perteneciente a un ABS es asignada a un EAP que es un grupo multidisciplinar de profesionales conformado por Médicos de Familia, Pediatras, Odontólogos, Enfermeros, Auxiliares de Enfermería, Trabajadores Sociales y Personal no sanitario de soporte (Auxiliares Administrativos y Celadores). (55) (56)

EL Centro de atención primaria (CAP) es el lugar donde se atiende presencialmente los problemas de salud por parte del EAP, y se hace los seguimientos pertinentes además de prevención de algunas enfermedades. Los servicios que ofrece la AP llevados a cabo en los CAP son: (57)

- Diagnóstico y atención a los principales problemas de salud.
- Asistencia sanitaria y social.
- Servicios de promoción de salud.
- Atención preventiva, curativa y rehabilitadora.
- Servicio de atención al domicilio
- Atención urgente o continuada
- Atención a la salud sexual y reproductiva.

Estos servicios pertenecen a la cartera común básica y están cubiertos en su totalidad por financiamiento público. (57)

3 HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

La enfermería es una profesión heterogénea que engloba muy diferentes y diversas tareas para ayudar a restablecer y mantener la salud y bienestar de sus pacientes. A nivel personal uno de los roles que desempeña el profesional de enfermería y con el que nos sentimos más identificadas es el de educador en materia de salud, promoviendo estilos de vida saludables que tengan un impacto positivo en el bienestar del individuo y prevengan futuras enfermedades.

Como futuras enfermeras también nos suscita un enorme interés la figura de la enfermera. No solo desde una visión puramente profesional, sino también a un nivel antropológico y sociológico. Y para ello nos ha movido a escoger este tema de investigación para analizar y poder conocer los hábitos de vida de las enfermeras con el fin de comprender de manera holística a estos profesionales y comprender su idiosincrasia de vida.

3.1 Hipótesis – Pregunta de investigación

Los hábitos de vida de las enfermeras de las tres áreas básicas de atención primaria de *Vilanova i la Geltrú* se corresponden con las recomendaciones de hábitos saludables descritos en los protocolos y guías clínicas sanitarias.

Pregunta de investigación:

¿En que medida los hábitos de vida de las enfermeras de atención primaria de *Vilanova i la Geltrú* se corresponde con las recomendaciones de hábitos de salud descritos en los protocolos y guías clínicas sanitarias?

3.2 Objectivos

3.2.1 Objetivo principal

Describir y analizar los estilos de vida de los profesionales de enfermería que trabajan en las 3 áreas básicas de atención primaria del municipio de *Vilanova i la Geltrú*.

3.2.2 Objetivos secundarios

- Conocer el nivel de adherencia a la dieta Mediterránea de los profesionales de enfermería que trabajan en atención primaria de *Vilanova i la Geltrú*.
- Determinar la prevalencia de la práctica de actividad física entre las enfermeras que trabajan en atención primaria en el municipio de *Vilanova i la Geltrú*.
- Conocer la prevalencia de hábitos tóxicos, concretamente el hábito tabáquico y el consumo de alcohol, entre las enfermeras que trabajan en atención primaria en el municipio de *Vilanova i la Geltrú*.
- Indagar sobre la percepción personal de las enfermeras de atención primaria de *Vilanova i la Geltrú* sobre hábitos de vida saludable.
- Conocer cómo el ejercicio de la práctica clínica influye en los hábitos de salud de las enfermeras de atención primaria de *Vilanova i la Geltrú*.
- Ahondar en la influencia que los hábitos de salud de las enfermeras de atención primaria de *Vilanova i la Geltrú* tiene en la educación sanitaria que imparten.
- Averiguar si las enfermeras de atención primaria de *Vilanova i la Geltrú* se perciben a sí mismas como un referente de salud para la sociedad.

4 METODOLOGIA

4.1 Diseño de estudio

Este trabajo es un estudio descriptivo transversal, es decir, es descriptivo porque no pretende evaluar una presunta relación causa-efecto, sino simplemente describir un hecho; y transversal, ya que muestra unos datos obtenidos en un momento de tiempo concreto y determinado, midiendo a la vez todas las variables presentes. Para la realización de nuestro trabajo se utilizó dos tipos de metodologías:

- Metodología cuantitativa, utilizando como herramienta de estudio encuestas validadas, con la intención de conocer que hábitos de vida que sostienen estos profesionales de la salud.
- Metodología cualitativa mediante un grupo de discusión focal que nos ayudó a profundizar y a comprender mejor los resultados obtenidos en las encuestas, conocer la opinión de los mismos profesionales sobre sus hábitos de vida, cómo éstos pueden influir en la educación sanitaria que imparten, cómo sus hábitos están influenciados por la práctica clínica y si se consideran un referente de salud para la sociedad.

4.2 Ámbito de estudio

El ámbito de estudio son los profesionales de enfermería de AP de *Vilanova i la Geltrú* (VNG). VNG es la capital de la comarca del Garraf, perteneciente a la provincia de Barcelona, Cataluña y situada entre las áreas metropolitanas de Barcelona (40km) y Tarragona (50 km). Según el Instituto de Estadística de Cataluña (IDESCAT 2018) VNG tiene alrededor de 66.274 habitantes, entre ellos, 32.079 hombres (48,40%) y 34.195 mujeres (51,59%), una superficie de 33,99 km² y está situada a 22m de altitud sobre el nivel del mar. (58)

A nivel sanitario, la población está asignada a 3 áreas básicas de salud de referencia: ABS1: CAP de Sant Jona, ABS2: CAP Jaume I y centre de atención primaria integral (CAPI) Baix a Mar y se distribuyen a partir de la localización territorial de los barrios. (Anexo 1) (Tabla 10) Además la propia ciudad posee dos centros hospitalarios de referencia, uno en la misma ciudad, el Hospital Sant Antoni Abat con servició de urgencias y sociosanitario principalmente, y el Hospital Residencia Sant Camils situado a 9km de VNG que dispone de hospitalización de agudos, subagudos, sociosanitario, residencia, hospitales de día (Oncológico y Crónicos), unidad de curas

intensivas, unidad de curas paliativas, servicio de urgencias, consultas externas, radiología, banco de sangre, entre otros. (59)

4.3 Población de estudio

La población de estudio son los profesionales de enfermería de AP que desarrollan su actividad laboral en las 3 ABS del municipio de VNG, siendo un total de 35 profesionales.

Tabla 4: Población y muestra del estudio

Población diana	Enfermeras de AP de VNG
Población de estudio	Enfermeras de AP de VNG
Muestra	31 (88,57%)

4.3.1 Criterios de inclusión y de exclusión del estudio

Se incluyó a todas aquellas personas que forman parte del equipo asistencial de los centros de AP del área de VNG y que fuesen profesionales de enfermería de cualquier edad, sexo y años de experiencia profesional en AP.

Se excluyó al resto de profesionales pertenecientes al equipo asistencial de los centros de AP de VNG que no fuesen enfermeras.

4.3.2 Muestra

No hemos realizado ningún muestreo en concreto ya que hemos contado con todos los profesionales de enfermería que trabajan en centros de AP en la población de VNG. La muestra es de 31 profesionales de enfermería.

Para la parte de metodología cualitativa se han escogido a 5 enfermeras voluntarias que quisieron participar en el grupo de discusión focal.

4.4 Fase cuantitativa

4.4.1 Definición de las variables

Variables sociodemográficas:

- **Sexo:** hombre / mujer

- **Edades:** de 25 a 40 años / de 41 a 65 años
- **Talla:** en centímetros
- **Peso:** en kilogramos
- **Centro de AP:** CAP Sant Joan / CAP Jaume I / CAPI Baix a Mar

Variables de estudio:

- **Habito Alimentario:** cuestionario validado y preguntas concretas sobre la alimentación
- **Habito de ejercicio físico:** cuestionario validado y preguntas concretas sobre el ejercicio físico
- **Habito de consumo de tóxicos: tabaco y alcohol:** cuestionario validado y preguntas concretas sobre el tabaco y el alcohol.

4.4.2 Instrumento de recogida de datos y fuente de información

Los instrumentos que se han utilizado para realizar la recogida de datos son las siguientes encuestas validadas:

- Encuesta PREDIMED para identificar la Adherencia a la dieta Mediterránea (60) (Anexo 2).
- Encuesta IPAQ "*Intenational physical activity questionnaire*" para la medición del nivel de actividad. (38) (61) (62) (63) (Anexo 3)
- Recuento de las "*Unidades de bebida estándar*" (UBE) para medir el riesgo de consumo de alcohol. (64) (Anexo 4)
- Encuesta o test de Fagestörm para la detección de dependencia a la nicotina. (65) (Anexo 5)

4.4.3 Procedimiento de recogida de datos

Durante el mes de febrero del 2019 se contactó por teléfono con las adjuntas de enfermería de los 3 CAP de VNG para conocer su disposición para participar en el trabajo de investigación.

Posteriormente nos reunimos con ellas para presentarles el proyecto y conocer de qué manera sería más conveniente distribuir las encuestas. Se acordó enviarles vía correo electrónico y ellas serían quienes distribuyeran por correo interno a sus respectivas enfermeras.

El cuestionario se diseñó mediante las preguntas de las encuestas validadas comentadas anteriormente a través de la aplicación Encuestas de Google (Anexo 6), donde se encontraba una breve carta de presentación personal y del estudio además de informar de la total confidencialidad con la que se utilizarían los datos obtenidos y su exclusividad para uso académico. De esta manera las respuestas quedaron automáticamente guardadas en el servidor para su posterior análisis.

4.5 Fase cualitativa

4.5.1 Procedimiento de recogida de datos

En la fase cualitativa se escogió un método conversacional para la recogida de datos, en concreto un grupo de discusión focal.

Nos pusimos en contacto a través del correo electrónico con los tres CAP el 06/05/2019 para explicar en qué consistiría la parte cualitativa del trabajo y conocer su disponibilidad para la participación en la realización del grupo de discusión focal. Se escogió al CAPI Baix a Mar por las facilidades mostradas y la compatibilidad de horarios y se acordó el encuentro el 09/05/2019 a las 14:00h en una sala habilitada para ello en el propio centro. El grupo contó con la participación de 5 enfermeras con diferentes edades y años de experiencia profesional en AP. Se realizó una grabación de audio y video previa signatura de un consentimiento informado (Anexo 7) por parte de las participantes para posteriormente realizar la transcripción y análisis de los datos.

4.6 Análisis de datos

Para el análisis de los datos obtenidos en la fase cuantitativa se utilizó los programas informáticos Microsoft EXCEL365 y PSPP para Windows 0.15. Se realizaron dos tipos de análisis, un primer descriptivo con la intención de plasmar y explicar los resultados obtenidos de las 31 encuestas recogidas y un segundo análisis estadístico bivariable aplicando los test estadísticos pertinentes, para averiguar si había relaciones significativas entre las variables de mayor importancia.

Para el registro de la fase cualitativa se utilizó una cámara de vídeo y una grabadora de voz. Codificamos a las participantes como ENF1, ENF2 y ENF3... para ordenar la información recogida e identificar los diferentes puntos de vista, y limitamos categorías y subcategorías con el propósito de organizar y buscar patrones.

5 RESULTADOS

5.1 Resultados fase cuantitativa

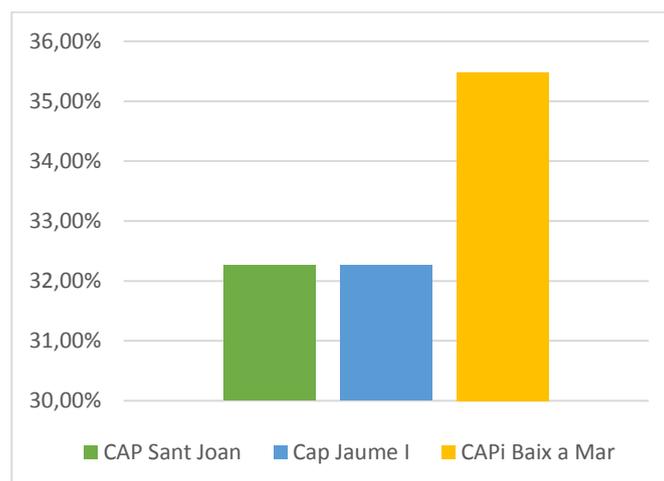
Características sociodemográficas

De las 35 encuestas distribuidas a las enfermeras de AP del municipio de VNG, se obtuvo un total de 31 respuestas (n=31) correspondiendo a una tasa de respuesta del 88,57 % siendo el 100% de ellas, mujeres.



Gráfica 1: Tasa de respuesta

El número de participantes según el CAP fue de: CAP Sant Joan 10 participantes (32,26%), CAP Jaume I 10 participantes (32,26%), CAPI Baix a Mar 11 participantes (35,48%).

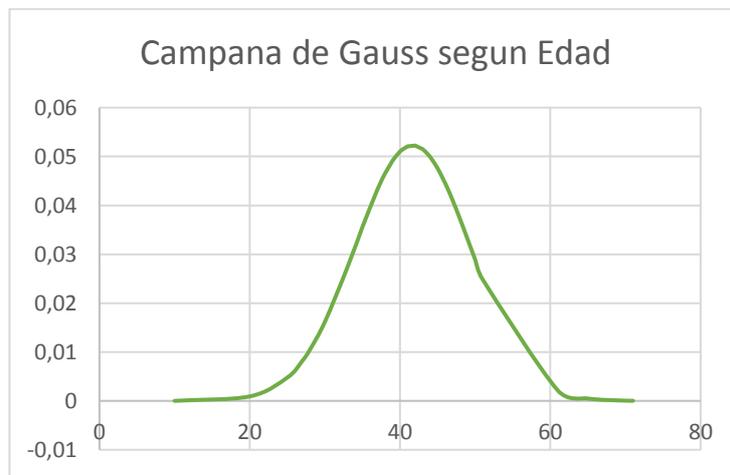


Gráfica 2: Tasa de respuesta según CAP

La edad de las encuestadas estaba comprendida entre los 27 y 61 años. Según las medidas de tendencia central, la edad media es de 41,90, la mediana de edad 41 y se

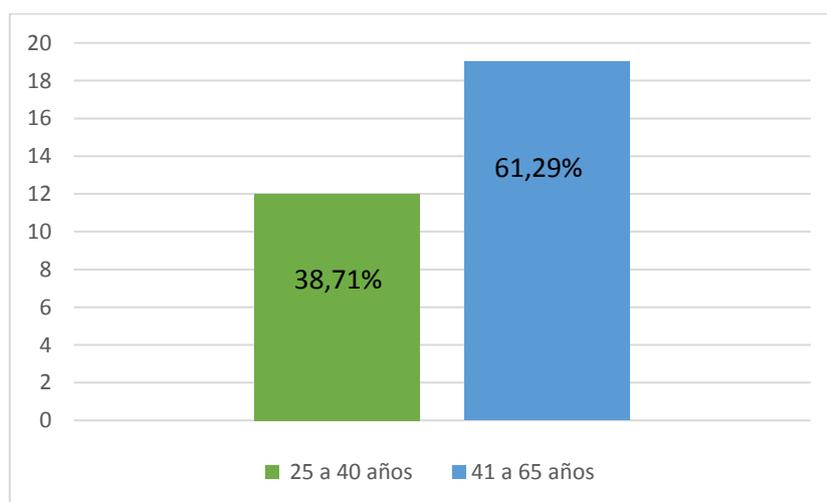
observa una distribuci3n multimodal con frecuencia absoluta de 3 en las edades 38, 41 y 49. (Anexo 8) (tabla 15)

En cuanto a las medidas de dispersi3n encontramos una desviaci3n estandar de 7,18, una varianza de 51,56 y una curtosis de 0,83 lo cual significa que hay m1s casos alrededor de la media que en una distribuci3n normal, aunque se asemeja bastante. Seg1n la relaci3n entre media y mediana la distribuci3n es levemente asim3trica con un coeficiente de asimetría de 0,7; al ser este valor mayor de 0 la asimetría es positiva, con una campana de Gauss ligeramente sesgada hacia la derecha. (Gr1fica 3)



Gr1fica 3: Campana de Gauss seg1n la edad.

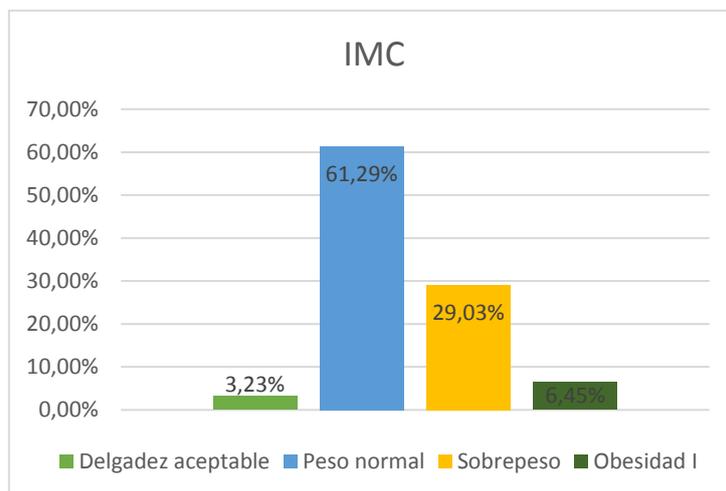
El intervalo de edad de 25 a 40 a1os representa el 38,71% del total y de 41 a 65 a1os, el 61,29%. (Gr1fica 4)



Gr1fica 4: N1mero de participantes seg1n el intervalo de edad

Índice de masa corporal (IMC)

Por lo que se refiere el IMC se observó que el 3,23% presenta delgadez aceptable, el 61,29% peso normal, el 29,03% sobrepeso y el 6,45% obesidad tipo I. (Gráfica 5) No se encontró ningún caso por debajo de delgadez aceptable ni por encima de obesidad tipo I.



Gráfica 5: Resultado de IMC.

El IMC mediano de los participantes es de 23,44 correspondiendo a la franja de peso normal. La mayoría de la franja de edad de 25- 40 años, el 83,3%, está en peso normal y la franja 41- 65 años se encuentra dividida entre 47,37% en peso normal y el 42,11% en sobrepeso.

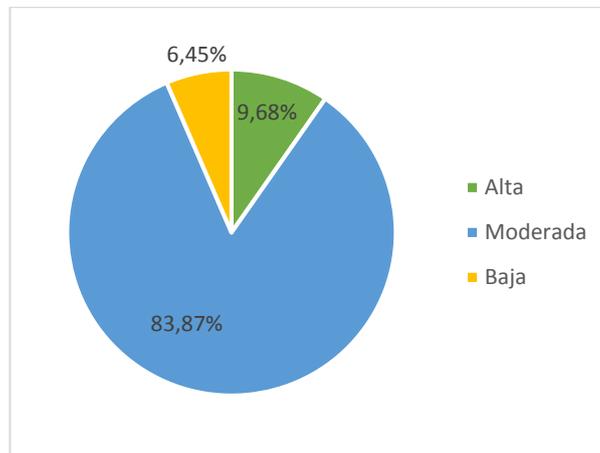
Tabla 5: Análisis bivariable entre IMC e Intervalos de edad.

Int_edad	IMC				Total	P
	Delgadez aceptable	Normal	Sobrepeso	Obesidad I		
De 25 a 40	1	10	1	0	12	0,063
	8.33%	83.33%	8.33%	0%	38,71%	
De 41 a 65	0	9	8	2	19	
	0%	47.37%	42.11%	10.53%	61,29%	
Total	1	19	9	2	31	
	3,23%	61,29%	29,03%	6,45%	100%	

Observamos que entre el grado de IMC y los intervalos de edad definidos anteriormente no existe una relación significativa ($p= 0,063$). (Tabla 5)

Descripción de los resultados del Test PREDIMED

En relación a la adherencia a la dieta mediterránea por parte de los profesionales de enfermería de VNG, observamos que el 9,68% presenta una alta adherencia, el 83,87% una moderada y un 6,45% una baja. (Gráfica 6)



Gráfica 6: Resultado del Test PREDIMED.

En la siguiente tabla se recogen los datos obtenidos por cada pregunta del Test PREDIMED (Anexo 8) (Tabla 16). Destaca entre los resultados:

- El 100% de las encuestadas consume 2 o menos vasos de vino a la semana.
- El 96,77% usa el aceite de oliva como principal grasa para cocinar.
- El 90,22% consume menos de 1 bebida carbonatada al día.
- El 83,87% consume preferiblemente carne blanca en vez de roja.
- El 93,55% consume menos de 3 raciones de repostería comercial a la semana.
- El 80,65% consume 2 o más raciones de verduras al día.
- El 61,29% consume 1 litro o menos de agua al día.

Se ha comparado este grado de adherencia en relación al centro de AP, intervalo de edad y grado de IMC: (Tabla 6)

Tabla 6: Análisis bivariante entre Test PREDIMED y CAP, Intervalos de edad y IMC

Variables	PREDIMED			TOTAL	P
	Alta	Baja	Moderada		
Centro_de_trabajo					
CAP Jaume I	0	1	9	10	0,476
	0%	10%	90%	100%	
CAP Sant Joan	2	1	7	10.00	
	20%	10%	70%	100%	
CAPI Baix a Mar	1	0	10	11	
	9,09%	0%	90,01%	100%	
Total	3	2	26	31.00	
	9,68%	6,45%	83.87%	100%	
Int_edad					
De 25 a 40	1	1	10	12	0,93
	8.33%	8.33%	83.33%	100%	
De 41 a 65	2	1	16	19	
	10.53%	5.26%	84.21%	100%	
Total	3	2	26	31.00	
	9.68%	6.45%	83.87%	100%	
IMC					
Delgadez aceptable	0	0	1	1	0,168
	0%	0%	100%	100%	
Normal	0	1	18	19	
	0%	5.26%	94.74%	100%	
Sobrepeso	3	1	5	9	
	33.33%	11.11%	55.56%	100%	
Obesidad I	0	0	2	2	
	0%	0%	100%	100%	
Total	3	2	26	31	
	9.68%	6.45%	83.87%	100%	

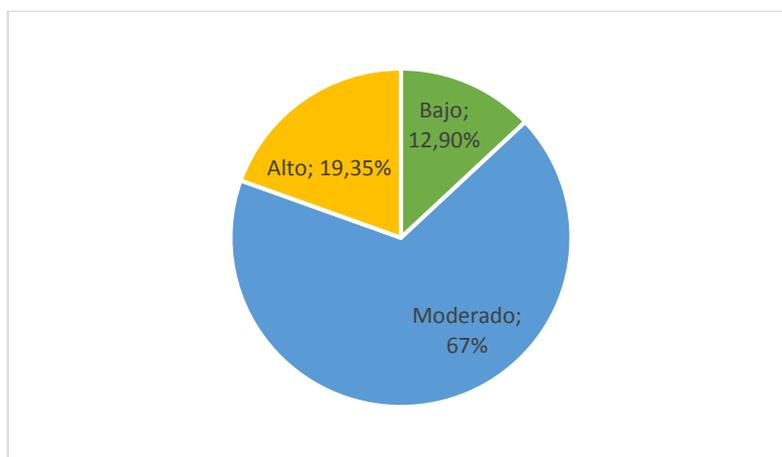
No se ha observado relación entre el IMC y el grado de adherencia a este patrón alimentario y por tanto no se pudo constatar que cuanto mayor es el IMC menor el grado de adherencia obtenido en la encuesta PREDIMED; tampoco se han encontrado diferencias significativas entre el grado de adherencia a la dieta mediterránea y el centro de AP en el que se trabaja o el intervalo de edad.

Descripción de los resultados del Test IPAQ

Los resultados recogidos en el Test IPAQ (Anexo 8) (Tabla 17) reflejan que un 35,48% de las participantes no practica ninguna actividad física intensa a la semana, el 32,25% no realiza actividad física moderada semanal y el 12,9% no realiza ni AFI ni AFM.

El 100% de las participantes camina al menos 1 día a la semana un mínimo de 10 minutos. El 48,39% del total refiere caminar cada día de la semana un mínimo de 10 minutos.

Según el resultado final del cuestionario IPAQ encontramos que la mayoría de las participantes tienen un nivel de actividad física moderada del 67%, dentro del cual el 73,68% pertenece al grupo de edad de 40 a 65 años. (Gráfica 7)



Gráfica 7: Resultados del Test IPAQ.

No se ha obtenido ninguna relación significativa entre el resultado IPAQ y el centro de AP estudiado ($p=0,261$), los intervalos de edad ($p= 0,673$) ni el IMC ($p=0,08$). (Tabla 7)

Tabla 7: Análisis bivariable entre Test IPAQ con CAP, Intervalos de edad y IMC

Variables	IPAQ			TOTAL	P
	Alto	Bajo	Moderada		
Centro_de_trabajo					
CAP Jaume I	0	1	9	10	0,261
	0%	10%	90%	100%	
CAP Sant Joan	2	2	6	10	
	20%	20%	60%	100%	
CAPI Baix a Mar	4	1	6	11	
	36.36%	9.09%	54.55%	100%	

Total	6	4	21	31	
	19.35%	12.90%	67.74%	100%	
Int_edat					
De 25 a 40	3	2	7	12	0,673
	25%	16.67%	58.33%	100%	
De 41 a 65	3.	2	14	19	
	15.79%	10.53%	73.68%	100%	
Total	6	4	21	31	
	19.35%	12.90%	67.74%	100%	
IMC					
Delgadez acceptable	0	1	0	1	0,08
	0%	100%	0%	100%	
Normal	3	1	15	19	
	15.79%	5.26%	78.95%	100%	
Sobrepeso	3	2	4	9	
	33.33%	22.22%	44.44%	100%	
Obesidad I	0	0	2	2	
	0%	0%	100%	100%	
Total	6	4	21	31	
	19.35%	12.90%	67.74%	100.00%	

Se ha realizado un cruce de datos sobre el nivel de ejercicio físico (IPAQ) y la adherencia a la dieta mediterránea (PREDIMED), queriendo comprobar si había algún tipo de relación significativa y el resultado obtenido ha sido negativo ($p = 0,592$), no existiendo diferencias significativas suficiente para relacionar dichas variables. (Tabla 8) Sin embargo, se ha observado que el 69,23% que tiene una adherencia moderada a la dieta mediterránea, coincide con un nivel de actividad física moderada.

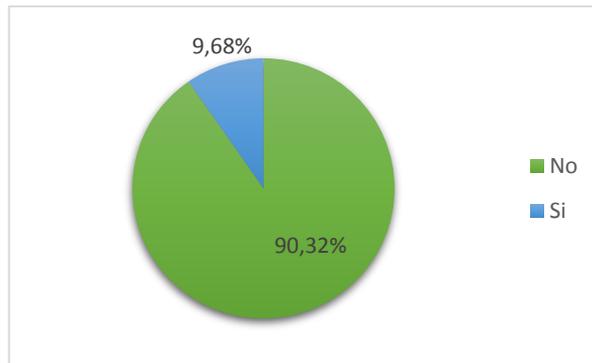
Tabla 8: Análisis bivariable entre Test IPAQ y Test PREDIMED.

PREDIMED	IPAQ			TOTAL	P
	Alto	Bajo	Moderada		
Alta	1	1	1	3	0,592
	33.33%	33.33%	33.33%	100%	
Baixa	0	0	2	2	
	0%	0%	100%	100%	
Moderada	5	3	18	26	
	19.23%	11.54%	69.23%	100%	
Total	6	4	21	31	
	19.35%	12.90%	67.74%	100%	

Descripción de los resultados hábitos tóxicos

Tabaco

En cuanto al hábito tabáquico el 9,68% de los profesionales de enfermería refiere fumar, no existiendo una diferencia recalable entre los dos intervalos de edad; el 100% de las fumadoras ha obtenido un resultado de dependencia baja a la nicotina en el Test de Fageström.



Gráfica 8: Porcentaje de fumadoras

Alcohol

En referencia al alcohol se ha calculado el consumo de riesgo en función de las UBE en una ocasión de consumo, en un día y en una semana normal. El 19,35% no presentó ningún tipo de consumo y el 100% de las que si, fue de bajo riesgo en todas las categorías. La franja de edad comprendida entre 41- 65 años presenta un mayor número de UBE en ocasión de consumo que la franja de edad de 25- 40 años con un 61,29%. La media de UBE en una ocasión de consumo es de 1,5 siendo la media de consumo en un día y en una semana normal, inferior.

4.2 Resultados de la fase cualitativa

En este apartado se exponen los resultados del grupo focal una vez realizada su transcripción, lo cual nos llevó a la definición de una categoría principal “hábitos de vida”, que a su vez se dividió en 4 subcategorías:

Hábitos de vida: “Forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales”. (66)

- **Hábitos saludables:** son aquellas conductas asumidas como propias en nuestra vida cotidiana, que inciden positivamente en nuestro bienestar físico, mental y social.
- **Hábitos tóxicos:** son aquellas conductas asumidas como propias en nuestra vida cotidiana, que inciden negativamente en nuestro bienestar físico, mental y social.
- **Factores influyentes:** elementos que pueden condicionar o afectar los hábitos de vida del individuo.
- **Referente social:** persona que presenta una conducta modélica en cuanto a hábitos y estilos de vida saludable, que sirve como ejemplo al resto de la población.

El grupo de discusión focal estuvo formado por 5 enfermeras de diferentes edades y años de experiencia laboral en AP. (Tabla 9)

Tabla 9: Participantes del grupo de discusión focal

Código	Edad	Sexo	Años de experiencia en AP
ENF 1	42 años	mujer	15 años
ENF 2	46 años	mujer	13 años
ENF 3	42 años	mujer	10 años
ENF 4	31 años	mujer	3 años
ENF 5	39 años	mujer	10 años

Hábitos saludables-hábitos tóxicos

La mayoría coincide en que los hábitos de salud más importantes son la alimentación y el ejercicio; una enfermera recalca la importancia del descanso y el contacto humano como hábitos importantes y otra incluye también la vida social. También dos de las enfermeras consideran como hábitos la gestión del estrés y la acción de quejarse sistemáticamente. En cuanto a hábitos tóxicos están todas de acuerdo en que el tabaco y el alcohol son los principales

(ENF1) Bueno, más o menos la alimentación, el ejercicio ¿no? la vida social.

(ENF4) El alcohol también, el tabac, no?

(ENF2) Bueno, de se així sedentari, una mica el que et trobes, no? la gent que et trobes, molt acostumada a no fer gens d'exercici [...] perquè no te temps [...] també s'adapta a les modes de consum alimentari d'obrir bossa i menjar. És gent que ha agafat la comoditat.

(ENF3) Para mí un importante es el hábito de moverte ¿no? o sea de estar en contacto con el cuerpo, de hacer ejercicio sea como sea ¿no? O sea que le vaya bien algo más físico o algo más tranquilo [...] luego para mí lo básico también es el descansar (suspira), el hábito de,

saber parar y bueno lo que comes ¿no? tu gasolina que te da ese equilibrio así, físico y emocional, y luego para mí hay dos importantes [...] el hábito de la queja [...] y luego el hábito de recuperar el contacto humano (todas asienten con la cabeza) porque creo que vemos mucha soledad entre la gente, incluso entre sus propias familias.

(ENF4) Yo a todo esto que han dicho ellas le sumo el estrés [...] para mí dentro del pilar la base la tiene la alimentación, luego tocaría el deporte, el estrés y luego ya el tema de hábitos nocivos como el tabaco y todo esto (hace una pausa) vivimos en una sociedad que va muy estresada por la vida, que vamos muy rápido, que todo es deprisa y corriendo, que si tengo hijos, que de aquí para allí, que no sé qué y no sé cuánto, y los hábitos cada vez yo creo que tienden a ser peor, sí que es verdad que a nivel alimentación y a nivel deporte estos últimos años se ha metido mucha caña, la gente cada vez está, entiende más como funciona todo y ya comienzan a ver que es la alimentación.

En cuanto a las dificultades que observan para la realización de un cambio en estos hábitos de vida de los pacientes destacan la queja, la cultura y las costumbres arraigadas. Una enfermera cree que con el suficiente nivel de compromiso todos son modificables y otra resalta el cambio de mentalidad que se ha producido en las madres y las escuelas en cuanto a la alimentación.

(ENF3) Yo creo que ante todo el más difícil es el abandono de la queja, pero también es modificable, pero con un compromiso firme, como todos los demás [...] Yo a veces se lo digo, piensa en el día cuantas veces, cuantas quejas acumulas, eso o sea, a nivel de carga corporal de (hace una pausa) claro, es que ya te quejas tanto pues ¡no hago nada! ni cambio el hábito de alimentación, ni me muevo ni nada de nada, pues todo sigue igual de mal.

(ENF4) A la consulta ens trobem que la gent que té certes edats dir-li de fer certs canvis, no? no demanaràs que bueno, vaya a la bebida vegetal ¿no? però certs canvis costa molt per això, perquè un home o una dona que es “fot” un puchero de lenteja, de garbanzos o lo que sea tal, li dius, no no mira esto no entra en el plato de Harvard, te mira con una cara de si si però jo seguiré foten-me allò, si que es verdad que hay un cambio (hace una pausa) por ejemplo a “pedia”, que les mares cada vegada més tenen consciència y els propis nens dins de les escoles s’està treballant molt el tema dels sucres, de què menjar, què no i tal, s’està treballant molt i els nens cada vegada ho entenen més [...] sí que m’adono compte de que segueix constant i sobre tot en certes cultures como es per exemple l’àrab, costa una miqueta més d’introduir aquets canvis perquè també són molt de puchero, de cous-cous i tot això [...] vull dir, és un canvi que estem assolint i que es veurà d’aquí a uns anys a la salut.

(ENF2) Es que està molt bé, si es fa a les escoles i els nens van agafant consciència, casi lo millor que pot passar perquè són nens que ja creixeran i les seves famílies ja els hi transmetran aquesta manera de menjar.

(ENF4) *Y después a nivel social y cultural es eso ¿eh? una persona que et ve per un, no es que em vull aprimar donem una dieta, no una dieta no, són canvis d'hàbits, el que em de fer és aprendre a menjar bé [...] fer-li entendre i educar-los.*

(ENF3) *Y la cultura del alcohol también, que todo lo celebramos bebiendo ¿no? es como, te invitan a casa de alguien ¿qué llevo? un vino, me voy a hacer una celebración ¿qué tomas? un cava (todas asienten) [...] está como muy instaurado a nivel cultural [...] si hablamos de modificar hábitos yo veo más fácil modificar el tabaco que el alcohol [...] y yo lo veo en la consulta ¿no? no, que no bebo ¿no bebes nada? nada ¿y cuando sales a hacer un vermut? bueno si claro un vermut sí, me tomo un vino (hace una pausa) bebes, o sea eres bebedor.*

Factores influyentes

Respecto a si los conocimientos que tienen las enfermeras sobre hábitos de vida saludables influyen en los suyos propios, ellas opinan que influye si se está receptivo a la información, aunque una de las enfermeras piensa que la teoría en ocasiones es difícil de aplicar en el día a día, tanto para ella como para los pacientes. Además, una enfermera nos cuenta que todas ellas recibieron una formación sobre alimentación en el CAPI cuyo impacto no se limitó solo al terreno laboral, sino que se encontraban receptivas al cambio personal.

(ENF2) *Jo penso que influeixen [...] però clar fa falta que t'arribi el coneixement i que t'arribi correctament i que siguis receptiu al coneixement [...] i mentre treballes doncs també, des de que ens van venir a fer una xarrada sobre diatètica.*

(ENF3) *A mí personalmente, tener toda esta "info" que tenemos todas ¿no? de todos los hábitos, que los tenemos como tan sabidos intelectualmente "eeeh" en mi día a día, cuando me frustro y veo que no llego, que no llego a cocinar [...] Jo a vegades com a infermera pensó que tinc tanta informació i estem a un centre que estem tant a "tope" amb els temes d'hàbits... no? "eh" (pausa) ¡y me cuesta! imagínate alguien que no tiene esta información y que de repente vienen a consulta una señora y le ponemos la vida al revés, porque un poco hacemos eso ¿sabes? pues me ayuda a entenderlos un poco más.*

(ENF5) *Es pedir la información de Julio Gasunto, del Aitor Sanchez, de la Lucia. Que els segueixes i que són els que estan com més en punta, en aquest moment. I demanar que vinguessin i que des d'aquí ens ho han fet, no? Va estar "super" bé, i és com si em de reforçar. Pot ser també perquè totes estem en aquesta onda [...] és com anar traient aliments, com per les intoleràncies, fins que et quedes con lo básico i després doncs anar introduint [...] però clar, necessites algú que t'expliqui, algú referent.*

En cuanto a si el contacto continuo con las consecuencias que los hábitos no saludables tienen en sus pacientes, la mayoría de ellas declara sentirse más sensibilizada, aunque no les obsesiona en su vida diaria. Afirman que es un input para hacer mejores elecciones de salud e incluso una de ellas comenta que decidió dejar el tabaco debido a esta reflexión.

(ENF4) *A mí, a mí me influye [...] pero luego salgo y el fin de semana me tomo mi cerveza, quiero decir que a nivel puntual me puede afectar pero luego creo que tengo un equilibrio.*

(ENF3) *A mi em dona ànims això, per voler fer-ho ben fet. No ho se si acabaré malament, pot se m'agafa una altre història que no tinguí res a veure i mira.*

(ENF2) *No, no ho tinc de manera molt present, però sí que (hace una pausa) quan sents com parla la gent, i diu "Haaaaa home, no tu miris tant, home, que és igual!" (hace un gesto de desdén) penso "aix!" [...] perquè a veure jo els he vist com acaben, saps? A veure a mi no m'agradaria això [...] i llavors intentem-ho fer bé (hace una pausa) jo crec que sí, que estar en contacte fa que tinguis més sensibilitat, saps?*

(ENF5) *A mi em va ajudar a prendre la decisió de deixar de fumar (hace una pausa) val? Perquè a veure, es malo, es malo, es malo, esque ¡lo tengo que dejar! da igual hoy que mañana, sino voy a acabar así (hace una pausa) quizás no he acabado, ¿no? pero és como lo tengo que dejar, puedo acabar así, doncs ja!*

(ENF3) *A mí me afecta, gente que veo que esta tan al límite, hechos polvo ¿sabes? a mí me conecta mucho con el automaltrato, este maltrato hacía uno mismo, o sea, ver que hay gente joven que siempre le digo ¿a qué esperas para hacer tu inversión en salud? gente que está, 40, 50, 60, 70 años, el momento es ahora, no cuando tengas 10 años más y estés hecho polvo ¡el momento es ya!*

Dos enfermeras además hacen hincapié en la importancia del factor psicológico que puede esconderse detrás de la elección de hábitos tóxicos y/o no saludables y el impacto que esto tiene tanto en la vida de sus pacientes como en ellas mismas.

(ENF3) *Yo cuando hablo del automaltrato me refiero no solo a los hábitos de alimentación y tal, sino a nivel en general de la vida (hace una pausa) a veces acabo la consulta, y no es que me lo lleve a casa, pero realmente acabas y te quedas allí tocada, en plan ¡ostras! que mal, que mal te tratas, que maltrato hacia ti mismo, a ti misma (hace una pausa) entonces bueno, a mí me conecta con cuidarme bien, con cuidar bien a los míos.*

(ENF5) *Pot se estem mirant molt en els hàbits tips alimentación, tipu tabac, tipu tal (hace una pausa) i no os habéis planteado la persona que te viene ya mayor, que se queja de su marido ¿no? de que quisieran divorciarse hace mil años y siguen allí (hace una pausa) y te hacen*

hacer una reflexión de vida (hace una pausa) i ja no és només a nivel físic [...] sinó a nivell mental o gent que ve amb molta ansietat i tal (hace una pausa) també t'ajuda a analitzar-te per dins.

Algunas enfermeras piensan que tener unos buenos hábitos de salud y estrategias que les permitan mantenerlos refuerza la educación sanitaria que realizan en la consulta, utilizando para ello ideas y consejos basados en sus propias experiencias.

(ENF1) *Tú estás más segura, explicas las cosas mucho mejor porque tú lo has vivido y sabes lo que estás diciendo.*

(ENF4) *Evidentemente si tú lo haces en casa y lo aplicas y vas a comprar y miras las etiquetas y tal [...] te lo explico desde la experiencia no desde los conocimientos alimentarios, sino de mi propia experiencia, yo creo que tiene más peso.*

(ENF3) *Un entrapà de carbassó al forn, jo els hi he fet el "tupper" de carbassó allà a la nevera, ells s'aixequen l'agafen i se'l posen o l'hummus fet a casa, i com que veus que funciona i que deixes d'utilitzar l'embotit perquè no et fa falta, doncs ho pots explicar i la gent set queda doncs ostres, ho provaré.*

Por otro lado, hay una enfermera que se decanta por la evidencia científica por encima de la propia experiencia para realizar la educación sanitaria a sus pacientes, ya que las necesidades y características del paciente pueden ser distintas a las suyas y teme condicionarles de esta manera.

(ENF3) *El sentir que tú haces hábitos saludables y poder transmitirlos de una manera más (hace una pausa) es que pasarlo por tu cuerpo, es decir, conocerlo en primera persona antes de dar el consejo a alguien es lo que dices tú, que ya tienes la vivencia, es que yo no me atrevo (se queda pensativa) cada persona es un planeta (hace una pausa) pero no sé si beneficia o no, o todavía nos condiciona más porque si ha sido tu vivencia y a ti te ha ido bien pues a ti te tiene que ir bien, y al mejor no es así (hace una pausa) a veces creo que condiciono a la gente, porque si tienes alguna vivencia que a ti te ha ido bien [...] es que podemos hablar desde la teoría desde la más evidencia científica, desde los últimos estudios o más desde tu experiencia personal (hace una pausa) yo mi experiencia personal la uso poco porque es la mía y es que es tan pequeña.*

Referente social

La mayoría de las enfermeras cree que no son un referente social para la población, pero a veces piensan que si las ven de esa manera aunque no se identifiquen con este

rol. Algunas refieren sentirse más cómodas con la definición agente de salud y que la figura referente sigue siendo el médico.

(ENF2) *Jo crec, que l'hauria de tenir però no ho se [...] a mi em patina, "eh?" però, jo crec que no! (hace un gesto de negación con las manos) però el rol de la infermera es aquest (hace una pausa) nosaltres em de fer això, hem de generar conductes saludables, em de cuidar a la gent en el sentit no només de fer-li una cura sinó en el sentit de donar-li unes pautes, de donar-li aquella demanda de com ho puc fer (hace una pausa) doncs mira, has vingut aquí, doncs jo t'explico i en parlem.*

(ENF4) *Però a nivell de societat, que la gent ens vegi així, jo crec que no [...] somos un referente en la consulta, con la batita, pero fuera no, yo al menos no soy una referente jajajaj [...] però el que vull dir jo, que jo no em veig.*

(ENF1) *Bueno però la gent sí que et veu com a tal.*

(ENF3) *Yo creo y pienso yo que somos agentes de salud, yo me siento referente de nada, o sea dios me libre, o la diosa o quien sea (hace una pausa) no me siento referente de nada, referente no (hace una pausa) no porque me parece de un peso (hace una pausa) agente de salud sí, estamos para informar, la vida es de cada uno ¿sabes? [...] y los hábitos son de ellos y nosotros tenemos los nuestros (hace una pausa) pero yo me siento agente de salud ¿no? Informo.*

(ENF4) *Si la sociedad nos ve como las referentes yo no creo, creo que sigue siendo el médico cómo referente, de que quiero hacer algo voy al médico y el médico acabará derivándome a la enfermera porque es la que se encarga de (hace una pausa) porque es la que tiene la función pues de la educación sanitaria, prácticamente la da la enfermera (hace una pausa) hay gente que sí que lo debe de ver así, pero a nivel general veo que la sociedad aun tira de médico.*

(ENF1) *Es que nosaltres som agents de salut però per la gent som un referent [...] no debería ser así, pero luego sí que lo somos (hace una pausa) para ellos sí.*

(ENF3) *Somos enfermeras, no somos perfectas ni todo lo hacemos perfecto a nivel de hábitos de salud.*

6 DISCUSIÓN

En el presente estudio se han analizado los hábitos de salud de las enfermeras de AP que trabajan en las tres ABS de VNG.

Según los datos sociodemográficos obtenidos, todas las enfermeras encuestadas son de sexo femenino, con una tasa de respuesta del 88,57% de la población de estudio. Las mujeres también son el grupo predominante entre los profesionales enfermeros en Cataluña con un 87,61% del total de colegiados y en la provincia de Barcelona con un 87,12% según el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2016. (67)

En un estudio hecho en la región sanitaria de Girona sobre los hábitos de salud de los profesionales de AP, el 86,3% de los enfermeros encuestados, eran mujeres. (68)

En Catalunya la mitad de la población de entre 18 a 74 años tiene exceso de peso (34,5% sobrepeso y 14,9% obesidad) y desde el 2006 la tendencia de la obesidad es creciente y la del sobrepeso se mantiene según la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA) en 2017. El exceso de peso de nuestra muestra de estudio está por debajo del de Catalunya, con un 35,48%. (69)

Según los diferentes grados del IMC las enfermeras de AP de VNG y las enfermeras de AP de Girona muestran resultados similares. En las dos muestras más de la mitad está en un peso normal con un 61,29% en VNG y 57,9% en Girona, el 29,03% y 32,8% en el grado de sobrepeso, 6,45% y 7,30% en el grado de obesidad y 3,23% y 1,8% en el grado de bajo peso respectivamente. (68)

El hábito alimentario

El 61,1% de la población de Cataluña de 15 o más años hace un seguimiento adecuado de las recomendaciones de la dieta mediterránea (56,6% hombres y 65,3% mujeres) y éste aumenta a medida que lo hace la edad, según ESCA 2017. En nuestro estudio también aumenta la adherencia a la dieta mediterránea de la misma forma. (69)

Como se recoge en el estudio de salud de VNG, el 70,8% de la población de 15 o más años hace un seguimiento moderado-alto de las recomendaciones de la dieta mediterránea, siendo superior el de las enfermeras de VNG de nuestro estudio con un 93,55%. (59)

En cuanto a grupos de alimentos importantes en una dieta saludable, la mayoría de las enfermeras participantes en nuestro estudio consume 2 o más raciones de verduras u hortalizas al día en un 81% mientras que en el estudio de Girona lo hacen menos de la mitad, con un 44,2%. En el caso del consumo de fruta diario en ambas muestras de estudio se observa un porcentaje bajo de enfermeras que no consumen ninguna pieza de fruta, con un 6% en VNG y 5,9% en Girona. (68)

La actividad física

En Cataluña el 80,7% de entre 15 a 69 años tiene un nivel de actividad física saludable (82,8% hombres y 78,5% mujeres) con una prevalencia que ha ido aumentando desde el 2010. (69)

El nivel de actividad física de las enfermeras de AP de VNG que han participado en este estudio es de un 67% en el caso de actividad física moderada y un 19,35% de actividad física alta; en ambas variables el nivel de actividad física es más bajo que el de la población catalana. (69)

El 12,9% de nuestra muestra presentan un nivel de actividad bajo o inactivo y el 19,3% de la población catalana también está por debajo de un nivel de actividad física saludable. (69)

En el estudio mencionado anteriormente sobre los profesionales de salud de AP de Girona el 16,7% del colectivo enfermero pasea 3 o más días a la semana, mientras que algo más de la mitad (51,61%) de las enfermeras de este estudio realizan esta misma actividad en el mismo intervalo de frecuencia semanal; además todas ellas caminan al menos un día a la semana, mientras que un 26,8% de las enfermeras del estudio de Girona refiere no pasear ningún día a la semana. (68)

El consumo de alcohol

En Cataluña la prevalencia del consumo de riesgo de alcohol en la población de 15 o más años es del 3,4% (5,4% hombres y 1,5% mujeres). El consumo de riesgo de alcohol tanto en hombres como en mujeres ha descendido desde las últimas 2 décadas. (69)

De acuerdo con los datos ESCA 2015 el 3,8% de la población catalana de 15 años o más presenta un consumo de alcohol de riesgo, el 61,9% presenta un consumo de alcohol de bajo riesgo y el 34,4% es abstemio. (70)

El 80,65% de las profesionales de enfermería participantes en este estudio presenta algún consumo de alcohol siendo de bajo riesgo en todos los casos.

La prevalencia de consumo de alcohol de la población atendida en los CAP de VNG fue del 37,8% en el CAP de Sant Joan y el 39,3% el CAP de Jaume I según refleja el estudio realizado en 2018 sobre el diagnóstico de salud de VNG. No consta en dicho estudio estos datos sobre el CAPI Baix a Mar. El 60% de los pacientes atendidos de los CAP de VNG se consideran abstemios siendo así también el 19,35% de las enfermeras encuestadas en este estudio. (59)

El hábito tabáquico

En Cataluña la prevalencia de consumo de tabaco, diario u ocasional en la población de 15 años o más es del 24 % (29,7% hombres y 18,5% mujeres). (69)

Según los datos registrados en las historias clínicas de los ABS, el consumo de tabaco de la población de más de 14 años en VNG es del 17,5% y la prevalencia de consumo por cada ABS es: 20,75% CAP Sant Joan, el 19,71% en el CAP Sant Joan y el 12,20% en el CAPI Baix a Mar, según el diagnóstico de salud de VNG. (59)

En relación a los datos recogido en nuestro estudio el 9,68% de las enfermeras que trabajan en AP del municipio de VNG son fumadoras, por lo tanto presentan un consumo menor al de la población de Cataluña. También presentan un consumo menor que el de las enfermeras participantes en el estudio sobre hábitos de salud de los profesionales sanitarios de AP de la región sanitaria de Girona con un 14,15% (23,3% hombres y 12,6% mujeres). (68) (69)

7 CONCLUSIONES

Los profesionales de enfermería de AP del municipio de VNG son mayoritariamente mujeres y el grupo de edad más numeroso está comprendido entre 41 y 65 años. Más de la mitad se encuentra en un grado de IMC de peso normal.

Consideran como hábito de vida saludable más importante la alimentación, seguida de la actividad física. Como hábitos tóxicos más destacables el tabaco y el alcohol. Considerando la mayor dificultad para alcanzar un cambio de hábito, la cultura y las costumbres arraigadas.

El nivel de adherencia a la dieta mediterránea de la mayoría es moderado con un 83,87% y un número muy reducido de ellas presenta una baja adherencia, por lo que en general sus hábitos alimenticios se ajustan a las recomendaciones de las guías de salud, aunque podrían mejorar esta adherencia ya que refieren estar muy motivadas en cuanto a su alimentación.

La prevalencia de actividad física, ya sea en una intensidad alta o moderada, es del 86,35% y solo el 12,9% no practica ninguna de estas actividades, por lo que la mayoría se ajusta al nivel de actividad física recomendable por las guías de salud.

La prevalencia de hábitos tóxicos, concretamente el tabaco es muy baja con un 9,68%, y por lo que respecta al alcohol el 80,65% de las enfermeras presenta consumo de alcohol y en todos los casos es de bajo riesgo, siendo solo el 19,35% de ellas abstemias.

Hay aspectos de la práctica clínica que les influye a la hora de mejorar sus hábitos, aunque consideran no ser perfectas ni referentes en la sociedad, pero si agentes de salud que en ocasiones se basan en su experiencia personal, en cuanto a hábitos saludables, para reforzar la educación sanitaria que imparten a sus pacientes.

Los hábitos de salud de las enfermeras de atención primaria de *Vilanova i la Geltrú* en general se acercan a los patrones de hábitos saludables de las guías clínicas, aunque podrían incorporar ciertas mejoras para cumplir con estas recomendaciones en su totalidad.

7.1 Limitaciones

Los profesionales de salud realizan y participan en numerosos estudios de investigación, pero rara vez son el objeto de éstos y cuando lo son, con frecuencia se trata del colectivo médico. Por ello nos ha resultado difícil encontrar artículos, publicaciones y estudios acerca de los profesionales de enfermería y concretamente sobre sus hábitos de salud.

Al contar con una población de estudio pequeña, el riesgo a tener un sesgo importante de participantes podría comprometer completamente la viabilidad del estudio y la generalización de las conclusiones.

7.2 Recomendaciones

Debido a nuestra falta de recursos no hemos podido acceder a una población de estudio representativa de un territorio de salud más extenso que nos permitiese realizar un estudio mayor dónde extrapolar los datos y obtener conclusiones más generales.

Siguiendo esta línea de investigación recomendaríamos realizar más estudios sobre los hábitos de vida de las enfermeras u otros profesionales de la salud, de diferentes ámbitos de trabajo y comunidades autónomas para poder compararlos y realizar proyectos de mejora ya que encontramos interesante la conexión existente entre los hábitos personales y la práctica clínica.

8 BIBLIOGRAFIA

1. Gavidia V, Talavera M. La construcción del concepto de salud. Didáctica de las ciencias experimentales y sociales [Internet]. Valencia: Universidad de Valencia;2012 [consultado el 17 abril 2019]; 26: 161-175. Disponible en: <https://www.uv.es/comsal/pdf/Re-Esc12-Concepto-Salud.pdf>
2. Vergara Quintero M. Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. Hacia la Promoción de la Salud [Internet]. 2007 [Consultada el 20 de abril 2019]; 12: 41-50. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a03.pdf>
3. Guerrero L, León A. Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología [Internet]. Venezuela: Universidad de los Andes; 2008 [Consultada el 17 de abril]; 18 (53): 610-633. Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/705/70517572010>
4. Goberna Tricas J. La Enfermedad a lo largo de la historia: Un punto de mira entre la biología y la simbología. Index Enferm [Internet]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2004 [Consultada el 17 de abril 2019]; 13 (47): 49-53. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300011&lng=es.
5. Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. 45th ed. OMS; 2006 [Consultada el 20 de abril 2019]. Disponible en: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
6. Villar Aguirre M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta Médica 2011; 28 (4): 237 – 241 (Consultada el 15 de abril del 2019). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011
7. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: working document. Minister of Supply and Services Government of Canada 1981 (Consultada el 15 de abril del 2019). Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
8. Ávila-Agüero M^aL. Hacia una nueva Salud Pública: determinantes de la Salud. Acta Médica 2009; 51 (2): 71-73 (Consultada el 15 de abril del 2019). Disponible en: https://actamedica.medicos.cr/index.php/Acta_Medica/article/view/222

9. Caballero Gonzalez E, Moreno Gelis M, Sosa Cruz M^aEfigenia, Mitchell Figueroa E, Vega Hernández M y Columbié Pérez L. A. Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. *InfoDir* 2012;8 (15): (Consultada el 15 de abril del 2019). Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/infid/n1512/infid06212.htm>
10. OMS. Organización Mundial de la Salud [página en internet]. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud; 2005-2008 [actualizada en 2008: Consultada el 15 de abril del 2019]. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/thecommission/es/
11. Velazquez Cortes S. Hábitos y estilos de vida saludables. En Velazquez Cortes S. Programa Institucional Actividades de Educación para una Vida Saludable. Sistema de Universidad virtual. 2009; 12-16. Disponible en: https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Lectura/licenciatura/documentos/LECT103.pdf
12. OMS. Organización Mundial de la Salud. [página en internet]. Estrategia mundial: meta general 2004; [actualizada en abril 2004: consultada el 15 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/goals/es/>
13. Antonia Trichopoulou A, Costacou T, Bamia C, and Trichopoulos D. Adherenceto a Mediterranean Diet and Survival in a Greek Population. *New England Journal* 2003; 383- 393 (Consultada el 15 de abril del 2019). Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa025039>
14. Lisette C. P. G. M. de Groot, PhD; Daan Kromhout, PhD; et alAnne-Elisabeth Perrin, MD, MSc; Olga Moreiras-Varela, PhD; Alessandro Menotti, MD, PhD; Wija A. van Staveren, PhD; et al. Mediterranean Diet, Lifestyle Factors, and 10-Year Mortality in Elderly European Men and WomenThe HALE Project. *JAMA* 2004; 292 (12) 1433-1439 (Consultada el 15 de abril del 2019). Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/199485>
15. Martínez Álvarez, J. R., y García Alcón, R. La dieta mediterránea como recurso para mejorar el estado nutricional en los jóvenes. *Revista de Estudios de Juventud* 2016; (112): 53–65 (consultada el 15 de abril del 2019). Disponible en: http://www.injuve.es/sites/default/files/revista112_4.pdf
16. Vásquez Muñoz M^a P. (2010). La Pirámide de Necesidades de Abraham Maslow. *Universidad de Complutense-Madrid*, 2010; 1 (2): 1–4 (Consultada el 15 de abril del 2019). Disponible en: <http://coebioetica.salud-oaxaca.gob.mx/wp-content/uploads/2018/libros/ceboax-0530.pdf>

17. Pradas Gallardo C. Pirámide de Maslow: ejemplos prácticos para cada nivel. *Revista psicología-Online* 2018 (Consultada el 15 de abril del 2019). Disponible en: <https://www.psicologia-online.com/piramide-de-maslow-ejemplos-practicos-de-cada-nivel-3832.html>
18. MC Leond S. Maslow Hierarchy of Needs. *HCC Certificate in Counselling Skills 2007*; 3 (Consultada el 15 de abril del 2019). Disponible en: <http://highgatecounselling.org.uk/members/certificate/CT2%20Paper%201.pdf>
19. Ministerio de sanidad, consumo y Bienestar. Agencia Española de Consumo, seguridad alimentaria y nutrición. [internet]. Madrid. Gobierno de España. [consultada el 15 de abril del 2019]. Disponible en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/home/aecosan_inicio.htm
20. Llop X. La alimentación según Maslow. *Innuo* 2011. (Consultado el 15 de abril del 2019). Disponible en: <http://www.publicidadysalud.com/2011/07/la-alimentacion-segun-maslow/>
21. Oxford-Computense. *Diccionario de Enfermería*. 4ª ed. Madrid: Editorial Complutense, S.A.; 2001.
22. Erdozain Campo M^aL, et al. *Diatética*. Erdozain Campo M^aL, et al. *Manual de CTO de Enfermería*. Madrid: CTO Enfermería, S.L.; 2007: 105-135.
23. Canal Salut. Generalitat de Catalunya. [internet]. Barcelona: 2017 [actualizada marzo 2017: consultado el 30 de abril del 2019]. Disponible en: http://canalsalut.gencat.cat/ca/vida-saludable/alimentacio/piramide_alimentacio_saludable/
24. Keys, A. et al. *Seven countries. A multivariate analysis of death and coronary heart disease*. Cambridge: Harvard University Press. 1980.
25. Estruch R, Ros E, SalasSalvadó J, Covas MI, Corella D, et al. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. *N Engl J Med* 2013; 368:1279.
26. Salas-Salvadó J, Bulló M, Babio N, Martínez-González MÁ, Ibarrola-Jurado N, Basora J, Estruch R, Covas MI, Corella D, Arós F, Ruiz-Gutiérrez V, Ros E. Reduction in the Incidence of Type 2-Diabetes with the Mediterranean Diet: Results of the PREDIMED-Reus Nutrition Intervention Randomized Trial. *Diabetes Care* 2011; 34:14-9.
27. Ryan M, Mc Inerney D, Owens D, Collins P, Johnson A, Tomkin GH. Diabetes and the Mediterranean diet: a beneficial effect of oleic acid. *QJM* 2000; 93: 85-91.

28. Mediterranean Diet and Invasive Breast Cancer Risk Among Women at High Cardiovascular Risk in the PREDIMED Trial. Estefanía Toledo; Jordi SalasSalvadó; Carolina Donat Vargas, Pilar Buil-Cosiales, Ramón Estruch, Emilio Ros, Dolores Corella, Montserrat Fitó, Frank B. Hu et al. JAMA Intern Med. 2015; 175(11):1752-1760
29. Trichopoulou A, Lagiou P, Kuper H, Trichopoulos D. Cancer and Mediterranean dietary traditions. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2000; 9: 869-873.
30. Mediterranean Diet and AgeRelated Cognitive Decline A Randomized Clinical Trial. Cinta Valls-Pedret, Aleix Sala-Vila, Mercè Serra Mir, Dolores Corella, Rafael de la Torre, Miguel Ángel MartínezGonzález et al. JAMA Intern Med. 2015; 175(7):1094-1103.
31. Ferrara LA, Raimondi S, d'Episcopo L, Guilda L, Dello Russo A, Marotta T. Olive oil and reduced need for antyhipertensive medications. Arch Intern Med 2000; 160: 837-842.
32. Joshipura KJ, Ascherio A, Manson JA, et al. Fruit and vegetable intake in relation to risk of ischemic stroke. JAMA 1999; 282: 1233-1239.
33. Trichopoulou A, Lagiou P, Kuper H, Trichopoulos D. Cancer and Mediterranean dietary traditions. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2000; 9: 869-873.
34. UNESCO. [página en internet]. España: Madrid; 2013 [actualizado 2013; consultado en 30 abril 2019]. Disponible en: <https://ich.unesco.org/es/RL/la-dieta-mediterranea-00884>
35. AINIA. La dieta mediterránea declarada Patrimonio de la Humanidad [página de internet]. España: Valencia; 2014 [actualizado en 2011: consultado en 30 abril 2019]. Disponible en: <https://www.ainia.es/noticias/alimentacion-saludable/la-dieta-mediterranea-declarada-patrimonio-de-la-humanidad/>
36. Fundación Dieta Mediterránea. [página de internet]. España: Madrid; 2004 [consultada el 30 de abril del 2019]. Disponible en: <https://dietamediterranea.com/nutricion-saludable-ejercicio-fisico/>
37. OMS. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentaria, actividad física y salud. Actividad física [página internet]. Suiza; 2010 [consultada el 28 de abril del 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
38. OMS. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentaria, actividad física y salud. Inactividad física: un problema de salud pública mundial. [página de internet]. Suiza; 2010 [consultada el 28 de abril del

- 2019]. Disponible en:
https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/es/
39. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia mundial sobre régimen alimentaria, actividad física y salud. Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud. [página de internet]. Suiza; 2010 (consultada el 28 de abril del 2019). Disponible en:
https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/es/
40. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia mundial sobre régimen alimentaria, actividad física y salud. ¿Qué se entiende por actividad moderada y actividad vigorosa? [página de internet]. Suiza; 2010 (consultada el 28 de abril del 2019). Disponible en:
https://www.who.int/dietphysicalactivity/physical_activity_intensity/es/
41. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar. Estrategia Mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. [página de internet]. Madrid [consultada el 28 de abril del 2019]. Disponible en:
<http://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/alcohol/EstrategiaMundialAlcohol.htm>
42. Ormaechea E. Los efectos del alcohol en el organismo. Canal Salud 2018(consultada el 28 de abril del 2019). Disponible en:
<https://www.salud.mapfre.es/cuerpo-y-mente/habitos-saludables/los-efectos-del-alcohol-en-el-organismo/>
43. Gobierno de España. Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social. Alcohol [página de internet]. Madrid (consultada el 28 de abril del 2019). Disponible en:
<http://www.pnsd.mscbs.gob.es/ciudadanos/informacion/alcohol/menuAlcohol/efectos.htm>
44. Consejería de Salud de la Región de Murcia. El portal sanitario de la Región de Murcia. Alcohol Etílico (Etanol). [página de internet]. Murcia; 2009 [última actualización 2009: consultada el 28 de abril del 2019]. Disponible en:
<http://www.murciasalud.es/toxiconet.php?iddoc=167566&idsec=4095#>
45. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alcohol [página de internet]. Suiza [consultada el 29 de abril del 2019]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
46. Generalitat de Catalunya. Àgencia de Salut Pública de Catalunya. [internet] Barcelona (consultada el 29 de abril del 2019). Disponible en:

- <http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/tractament/alcohol/arxius/triptic.pdf>
47. Valverde, A., Ortega, G., Saltó, E., y Cabezas, C. *Guia pas a pas per deixar de fumar*. [internet]. Barcelona; Generalitat de Catalunya 2016 3 – 7 (Consultada el 30 de abril del 2019). Disponible en: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/T/tabac/documents/arxius/gpf.pdf
 48. Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra [página de internet]. España: Navarra [consultada el 30 de abril del 2019]. Disponible en: http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Navarro+de+Salud+Publica/Publicaciones/Planes+estrategicos/Prevencion+del+Consumo+de+Tabaco/SinTabacoInformacionGeneral.htm
 49. CNPT. Comité para la prevención del tabaquismo. [página de internet]. España [consultada el 30 de abril del 2019]. Disponible en: <http://www.cnpt.es/dejar-de-fumar.asp>
 50. Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social. Gobierno de España. [página de internet] Madrid: [consultada el 30 de abril del 2019]. Disponible en: <http://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/programaJovenes/consumo.htm>
 51. Fundación Española del corazón. Tabaco y tabaquismo. [página de internet]. España. [consultada el 30 de abril del 2019]. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/fumar-tabaco-tabaquismo.html>
 52. Generalitat de Catalunya. CatSalut respont. El tabac us vol trencar el cor. Trieu salut, deixeu de fumar! [página de internet]. Barcelona: 2018 [actualització 2018: consultada el 30 de abril del 2019]. Disponible en: https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/coneix_catsalut/infografies/tabac/tabac-blau-2018.pdf
 53. Zurro AM, Solà GJ. Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria [Internet]. 1th ed. Atención familiar y salud comunitaria. Elsevier España S.L; 2011 [citado 21 abril de 2019]. Disponible en: http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2013/12/anexo-133-APS_Martin-Zurro-y-Jodar.pdf
 54. Instituto de Información sanitaria. Sistema de Información de Atención Primaria. SIAP. Ministerio de Sanidad y Consumo. Administración Organizativa y de

- Gestión [Internet]. Madrid; 2005 [consultado el 24 de abril 2019]. Disponible en: <http://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/SIAP2005.pdf>
55. Servicio Catalán de la Salud. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut Sistema de atención a la salud de Cataluña: evolución y orientaciones estratégicas desde la perspectiva del Servicio Catalán de la Salud. [Internet]. Barcelona; 2010 [consultado el 24 de abril 2019]. Disponible en: https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/publicacions/docs/sistema_atencio_cast.pdf
56. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad, Política Social y Desigualdad Ordenación Sanitaria del Territorio en las Comunidades Autónomas. [Internet] Madrid; 2012 [consultado el 24 de abril 2019]. Disponible en: https://www.msrebs.gob.es/en/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Ordenacion_Sanitaria_2012.pdf
57. Servicio Catalán de Salud. CatSalud. Guia d'ús dels Serveis Sanitaris Públics. [Internet]; 2018 [consultado el 24 de abril 2019]. Disponible en: <https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/acces-sistema-salut/guiadus/canals/atencio-primaria/>
58. IDESCAT. Instituto de Estadística de Cataluña [página de internet]. Barcelona: 2018 [actualización 2018: consultada el 24 de abril del 2019]. Disponible en: <https://www.idescat.cat/emex/?id=083073&lang=es>
59. Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT). Generalitat de Catalunya. Dianòstic de salut a Vilanova i la Geltrú [internet]. Barcelona; 2018 (Consultada el 6 de mayo del 2019). Disponible en: http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/salut_comunitaria/05processos_comunitaris/diagnostic-vilanova-geltru.pdf
60. Fundación Dieta Mediterránea. [página de internet]. España: Madrid; 2004 [consultado el 30 de abril del 2019]. Disponible en: <https://dietamediterranea.com/test-de-la-dieta-mediterranea/>
61. Mantilla Toloza S, Gómez-Conesa A. El Cuestionario Internacional de Actividad Física. Un instrumento adecuado en el seguimiento de la actividad física poblacional. El Sevier 2007; 8 (10): 48- 52 (consultada el 28 de abril del 2019). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-iberoamericana-fisioterapia-kinesiologia-176-articulo-el-cuestionario-internacional-actividad-fisica--13107139>
62. Carrera Y. Cuestionario Internacional de actividad física (IPAQ). Revista Enfermería del trabajo 2017; 7 (1): 49- 54 (consultada el 28 de abril del 2019).

- Disponible en: <file:///C:/Users/Cristina/Downloads/Dialnet-questionarioInternacionalDeActividadFisicalPAQ-5920688.pdf>
63. Junta de Andalucía. Consejería de salud. Promoción de la salud en el lugar de trabajo. [internet]. Andalucía (consultada el 28 de abril del 2019). Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af95872aeaa7_cuestionario_actividad_fisica_ipaq.pdf
64. Generalitat de Catalunya. Àgencia de Salut Pública de Catalunya. [internet] Barcelona (consultada el 29 de abril del 2019). Disponible en: <http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/tractament/alcohol/arxiu/triptic.pdf>
65. Ferreira L. Test de Fageström. Dependencia del tabaco. [internet]. Coruña (Consultado el 16 de abril del 2019). Disponible en: <https://meiga.info/Escalas/TestDeFagestrom.pdf>
66. Navarra G. Estilos de vida Saludables [internet]. España; 1992 (Consultada el 5 de mayo del 2019). Disponible en: <http://grupo.us.es/estudiohbsc/images/pdf/formacion/tema2.pdf>
67. INE. Instituto Nacional de Estadística [página de internet]. Madrid; 2016 [actualización 2016: consultado el 6 de mayo del 2019]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p416/a2016/&file=s08004.px>
68. Forrilla Parrilla I. Els hàbits de salut dels professionals sanitaris d'atenció primària [internet]. Girona; 2016 (Consultada el 6 de mayo del 2019). Disponible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/399142>
69. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. ESCA 2017 [internet]. Barcelona; 2018 (consultado el 6 de mayo del 2019). Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/estadistiques-sanitaries/enquestes/Enquesta-de-salut-de-Catalunya/Resultats-de-lenquesta-de-salut-de-Catalunya/documents/resum-executiu_esca_2017.pdf
70. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. ESCA 2015 [internet]. Barcelona; 2016 (consultado el 6 de mayo del 2019). Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/estadistiques-sanitaries/enquestes/Enquesta-de-salut-de-Catalunya/Resultats-de-lenquesta-de-salut-de-Catalunya/documents/resum_eje_esca_2015_castellano.pdf

ANEXOS

Anexo 1

Tabla 10: Asignación de habitantes por ABS de VNG

ABS	BARRIOS	POBLACIÓN
ABS 1: CAP Sant Joan	Santa Maria, Fondo Somella, la Collada- Els sis Camins, Aragai, Moli de Vent y Sant Joan	24.686 hab. = Población asignada - 1,94% 0-2 años - 83,3% >15 años - 7,92% >75 años 74,35% Población atendida por el CAP
ABS 2: CAP Jaume I	Can Marquès, Centrevila, Nucli Antic, Casernes, Armanyà, Tacó, Can Xicarró y la Geltrú*	22.879 hab. = Población asignada - 1,89% 0-2 años - 87,6% >15 años - 11,29% >75 años 73,87% Población atendida por el CAP
ABS 3: CAPI Baix a Mar	Ribes Roges, Prat de Vilanova, Plaça de la Sardana, Barri de Mar, Masi Nova y la Geltrú*	16.255 hab. = Población asignada - 3,20% 0-2 años - 83,9% >15 años - 8,29% >75 años 77,09% Población atendida por el CAP

Anexo 2

Cuestionario PREDIMED

El Cuestionario PREDIMED (28*) es un test breve formado por 14 preguntas que evalúa la adherencia a la dieta mediterránea. Cada pregunta contestada correctamente da un 1 punto al resultado final.

Tabla 11: Resolución test PREDIMED

< 7 puntos	BAJA ADHERENCIA a la dieta Mediterránea
Entre 7 – 10 puntos	MODERADA ADHERENCIA a la dieta Mediterránea
> 10 puntos	BUENA ADHERENCIA a la dieta Mediterránea

Anexo 3

Cuestionario IPAQ

Hay muchas formas de medir la AF que realiza una persona y para la unificación de criterios en todos los países se han ido elaborando una serie de estándares. Uno de los instrumentos es el Cuestionario Internacional de Actividad Física IPAQ “*International Physical Activity Questionnaire*” (61).

A partir de 1996 numerosos expertos de diferentes instituciones como Instituto Karolinska, la Universidad de Sydney, la OMS y los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) han ido mejorando y trabajando para la implantación de este cuestionario, que se utilizó por primera vez en Ginebra en 1998 y posteriormente en muchos otros estudios europeos, americanos, asiáticos, africanos y australianos (38).

Este cuestionario presenta dos versiones, la larga que consta de 27 ítems y recoge información acerca de actividades de mantenimiento del hogar, jardinería, actividades ocupacionales, transporte, tiempo libre, actividades sedentarias, etc., y la versión corta consta de 7 preguntas acerca de la frecuencia y duración en que se realiza AFI y AFM durante los últimos siete días al menos durante 10 minutos seguidos, así como el tiempo que se camina al menos 10 minutos y el tiempo sentado en un día laboral. (62)

Los valores de referencia son:

Tabla 12: MET de referencia.

Caminar	3,3 MET
Actividad física moderada	4 MET
Actividad física intensa o vigorosa	8 MET

Para el cálculo del número de MET se debe multiplicar cada uno de los valores de referencia (tabla X) por el tiempo en minutos que se realiza dicha actividad durante un día y por el número de día/s a la semana que se realiza. (61) (62) (63)

Según los criterios establecidos por el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ), se puede clasificar la actividad física en tres niveles: (62) (63)

Tabla 13: Resolución de test IPAQ

Valores del cuestionario IPAQ	
Nivel BAJO o INACTIVO de actividad física.	No realiza ninguna actividad física
	La actividad física que se realiza no corresponde a ninguna de la categoría 2 o 3.
Nivel MODERADO de actividad física (categoría 2)	3 o más días de AFV durante al menos 25 minutos
	5 o más días de AFM y/o caminar al menos durante 30 minutos
	5 o más días de cualquier combinación de caminata, AFM y/o AFI logrando un total de 600 MET.
Nivel ALTO de actividad física (categoría 3)	Realizar AFI al menos 3 días por semana logrando un total de 1500 MET o más.
	7 o más días de cualquier combinación de caminata, AFM y/o AFI logrando un total de 3.000 MET.

Anexo 4

Unidad de bebida estándar (UBE)

La unidad de bebida estándar ayuda a calcular si el consumo de alcohol es de riesgo o no. 1 UBE equivale a 10g de alcohol puro. La OMS delimita unos máximos orientativos de consumo de UBE de riesgo, para los hombres por encima de las 4 UBE diarias, 28 semanales o 6 por ocasión de consumo y para las mujeres cuando superan 2 UBE diarias, 17 semanales o 5 por ocasión de consumo, teniendo en cuenta la siguiente clasificación de bebidas. (64)

- **Bebidas que cuentan como 1 UBE:**
Copa de vino, copa de cava, cerveza, “carajillo”, “chupito”, etc.
- **Bebidas que cuentan como 2 UBE:**
Copa de coñac o otros licores, whisky, “cubata”, etc.

Anexo 5

Test de Fagerström

Existen varios instrumentos para evaluar la dependencia física de la nicotina, entre ellos está el Test de Fagerström (65), que ha ido evolucionando a lo largo del tiempo, hasta reducirse a un test sencillo de 6 ítems de entre 2 a 4 alternativas de respuesta y una puntuación final que oscila entre el 0 a 10 puntos, dando el resultado final del grado de dependencia a la nicotina.

Tabla 14: Resolución test Fagerström

< 4 puntos	DEPENDENCIA BAJA a la nicotina
Entre 4 y 7 puntos	DEPENDENCIA MODERADA a la nicotina
>7 puntos	DEPENDENCIA ALTA a la nicotina

Anexo 6

Cuestionario TFG

Somos dos estudiantes de la URV y estamos realizando nuestro Trabajo Final de Grado que trata sobre los HÁBITOS DE VIDA DE LAS ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA. Os agradeceríamos muchísimo que contestarais a este cuestionario completamente anónimo y de uso académico exclusivamente.

Muchas Gracias
Andrea y Cristina.

***Obligatorio**

1. A.1- Sexo *

Marca solo un óvalo.

- Mujer
 Hombre

2. A.2- ¿Qué edad tiene? *

3. A.3- ¿Cuál es su altura en cm aproximadamente? *

4. A.4- ¿Cuál es su peso en Kg aproximadamente? *

5. A.5- ¿En que centro de AP trabaja? *

Marca solo un óvalo.

- CAP Sant Joan
 CAP Jaume I
 CAPI Baix a Mar

ALIMENTACIÓN (B)

6. B.1- ¿Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

7. B.2- ¿Cuánto aceite de oliva consume en total del día? *

Marca solo un óvalo.

- 4 o más cucharadas
 2 - 3 cucharadas
 0 - 1 cucharadas

8. B.3- ¿Cuántas raciones de verduras u hortalizas consume al día? *

(1 ración = 200g. Las guarniciones o acompañamientos = ½ ración)

Marca solo un óvalo.

- 2 o más (al menos 1 de ellas en ensalada o crudas)
 1 ración
 0 raciones

9. B.4- ¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo el zumo natural) consume al día? *

Marca solo un óvalo.

- 3 o más piezas de fruta
 1 o 2 piezas de fruta
 0 piezas de fruta

10. B.5- ¿Cuántas raciones de carne rojas hamburguesas, salchichas o embutido consume al día? *

Marca solo un óvalo.

- 1 o más raciones
 Menos de 1 ración

11. B.6- ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día? *

(ración individual 12g)

Marca solo un óvalo.

- 1 o más raciones
 Menos de 1 ración

12. B.7- ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas consume al día? *

(refrescos, cola, bitter....)

Marca solo un óvalo.

- 1 o más raciones
 Menos de 1 ración

13. B.8- ¿Bebe vino? ¿Cuánto consume a la semana? *

Marca solo un óvalo.

- 7 o más vasos
 3 a 6 vasos
 0 a 2 vasos

14. B.9- ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana? *

(1 plato o ración 150g)

Marca solo un óvalo.

- 3 o más raciones
 1 a 2 raciones
 0 raciones

15. B.10- ¿Cuántas raciones de pescado/ marisco consume a la semana? *

(1 plato, pieza o ración= 100- 150g de pescado o 4-5 piezas o 200g de marisco)

Marca solo un óvalo.

- 3 o más raciones
 1 a 2 raciones
 0 raciones

16. B.11- ¿Cuántas veces consume repostería comercial a la semana? *

(no casera, como: galletas, flanes, dulces, bollería, pasteles)

Marca solo un óvalo.

- Más de 3 raciones
 Menos de 3 raciones

17. B.12- ¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana? *

(1 ración =30 gr)

Marca solo un óvalo.

- 3 o más raciones
 1 a 2 raciones
 0 raciones

18. B.13- ¿Consume preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesa o salchichas? *

(carne de pollo, pavo o conejo: 1 pieza o ración de 100-150 g)

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

19. B.14- ¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborado a fuego lento con aceite de oliva? *

(sofrito)

Marca solo un óvalo.

- 2 o más raciones
 1 ración
 0 raciones

20. B.15- ¿Cuántos litros de agua bebe al día?

Marca solo un óvalo.

- < 1 L
- 1 L
- 1,5 L
- 2 L
- 2,5 L
- 3 L o más

ACTIVIDAD FÍSICA (C)

Las ACTIVIDAD FÍSICA INTENSA se refieren a aquellas que implican un esfuerzo físico intenso y que lo hacen respirar mucho más intensamente que lo normal. Piense sólo en aquellas que usted realizó durante por lo menos 10 minutos seguidos.

21. C.1-Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos realizó actividades físicas intensas tales como levantar cargas pesadas, cavar, hacer ejercicios aeróbicos o pedalear en bicicleta de forma intensa? *

Marca solo un óvalo.

- Ninguna actividad física intensa (vaya a la pregunta C.3)
- 1 día por semana
- 2 días por semana
- 3 días por semana
- 4 días por semana
- 5 días por semana
- 6 días por semana
- 7 días por semana

22. C.2- Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días?

Respuesta en minutos

Las ACTIVIDADES FÍSICAS MODERADAS son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado que lo hace respirar algo más intensamente que lo normal. Piense solo en aquellas que realizó durante por lo menos 10 minutos seguidos.

23. C.3- Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días hizo actividades físicas moderadas como transportar pesos livianos, pedalear en bicicleta a velocidad normal o jugar dobles a tenis? No incluya caminar. *

Marca solo un óvalo.

- Ninguna actividad física moderada (vaya a la pregunta C.5)
- 1 día por semana
- 2 días por semana
- 3 días por semana
- 4 días por semana
- 5 días por semana
- 6 días por semana
- 7 días por semana

24. C.4- Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física moderada en uno de esos días?

Respuesta en minutos

CAMINAR: esto incluye caminar en el trabajo o en la casa, para trasladarse de un lugar a otro, o cualquier otra caminata que usted podría hacer solamente para la recreación, el deporte, el ejercicio o el ocio.

25. C.5- Durante los últimos 7 días, ¿En cuántos caminó por lo menos 10 minutos seguidos? *

Marca solo un óvalo.

- Ninguna caminata (vaya a la pregunta C.7)
- 1 día por semana
- 2 días por semana
- 3 días por semana
- 4 días por semana
- 5 días por semana
- 6 días por semana
- 7 días por semana

26. C.6- Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?

Respuesta en minutos

SENTADO: Esto incluye el tiempo dedicado al trabajo, en la casa, en una clase, en medios de transporte y durante el tiempo libre.

27. C.7 Durante los últimos 7 días ¿cuánto tiempo pasó sentado durante un día hábil? *

Marca solo un óvalo.

- < 1 hora por día
- 1 hora por día
- 2 horas por día
- 3 horas por día
- 4 horas por día
- 5 horas por día
- 6 horas por día
- 7 horas por día
- 8 horas por día
- 9 horas por día
- 10 o más horas por día

HÁBITOS TÓXICOS (D)

ALCOHOL

28. D.1-¿Cuántas de estas bebidas alcoholicas tomas en una ocasión de consumo? *

Copa de vino / copa de cava / cerveza / carajillo / chupito (ponga el número total de consumiciones)

29. D.2- ¿Cuántas de estas bebidas alcoholicas tomas en una ocasión de consumo? *

Copa de coñac / copa de licor / whisky / cubata (ponga el número total de consumiciones)

30. D.3- ¿Cuántas de estas bebidas alcoholicas tomas durante un día normal? *

Copa de vino / copa de cava / cerveza / carajillo / chupito (ponga el número total de consumiciones)

31. D.4-¿Cuántas de estas bebidas alcoholicas tomas durante un día normal? *

Copa de coñac / copa de licor / whisky / cubata (ponga el número total de consumiciones)

32. D.5- Cuántas de estas bebidas alcoholicas tomas durante una semana normal? *

Copa de vino / copa de cava / cerveza / carajillo / chupito (ponga el número total de consumiciones)

33. D.6- Cuántas de estas bebidas alcoholicas tomas durante una semana normal? *

Copa de vino / copa de cava / cerveza / carajillo / chupito (ponga el número total de consumiciones)

34. D.7- ¿Cuántas de estas bebidas alcoholicas tomas durante una semana normal? *

Copa de coñac / copa de licor / whisky / cubata (ponga el número total de consumiciones)

TABACO (E)

35. E.1- ¿Fuma usted? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No (en caso negativo vaya al final de la página y envíe su cuestionario)

36. E.2- ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?

Marca solo un óvalo.

- 5 minutos
- entre 6 a 30 minutos
- entre 31 a 60 minutos
- más de 60 minutos

37. E.3- ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido, como la biblioteca o el cine?

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

38. E.4- ¿Qué cigarrillo le molesta más dejar de fumar?

Marca solo un óvalo.

- El primero de la mañana
- Cualquier otro

39. E.5- ¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?

Marca solo un óvalo.

- 10 o menos
- entre 11 - 20
- entre 21- 30
- 31 o más

40. E.6- ¿Fumas con más frecuencia durante las primeras hora después de levantarse que durante el resto del día?

Marca solo un óvalo.

- Si
 No

41. E.7- ¿Fumas aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?

Marca solo un óvalo.

- Si
 No

Anexo 7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nosotras, Cristina Navarro Cano y Clara Andrea Rubio Balboa, actualmente alumnas de cuarto curso del Grado de Enfermería de la Seu Baix Penedés de la Universitat Rovira i Virgili, estamos elaborando el trabajo final de grado sobre los hábitos de vida de las enfermeras de atención primaria del municipio de *Vilanova i la Geltrú*. Y por esta razón queremos realizar un grupo focal con la participación de _____ con su consentimiento informado firmado, para **realizar una grabación de video y/o de voz del presente grupo de discusión y posteriormente hacer un uso exclusivamente académico para completar nuestro estudio.**

La transcripción de la presente actividad será visualizada por el responsable de la tutorización del mismo trabajo y el tribunal evaluativo.

_____ de _____ del 2019

Participante:

Anexo 8

Tabla 15: Frecuencia de edad.

Edad				
Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
27	1	3.23	3.23	3.23
28	1	3.23	3.23	6.45
30	1	3.23	3.23	9.68
33	1	3.23	3.23	12.90
35	1	3.23	3.23	16.13
37	1	3.23	3.23	19.35
38	3	9.68	9.68	29.03
39	2	6.45	6.45	35.48
40	1	3.23	3.23	38.71
41	3	9.68	9.68	48.39
42	2	6.45	6.45	54.84
43	2	6.45	6.45	61.29
44	1	3.23	3.23	64.52
45	2	6.45	6.45	70.97
46	1	3.23	3.23	74.19
47	1	3.23	3.23	77.42
48	1	3.23	3.23	80.65
49	3	9.68	9.68	90.32
50	1	3.23	3.23	93.55
51	1	3.23	3.23	96.77
61	1	3.23	3.23	100.00
Total	31	31	100.0	100.0

Tabla 16: Frecuencias de respuestas del Test PREDIMED

Pregunta cuestionario PREDIMED		
	n	Porcentaje
B.1- ¿Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?		
No	1	3.23%
Sí	30	96.77%
B.2- Cuánto aceite de oliva consume en total del día?		
0 - 1 cucharadas	2	6.45%
2 - 3 cucharadas	21	67.74%
4 o más cucharadas	8	25.81%
B.3- ¿Cuántas raciones de verduras u hortalizas consumes al día?		
1 ración	6	19,35%
2 o más raciones	25	80,65%
B.4- ¿Cuántas piezas de fruta consumes al día?		
0 piezas de fruta	2	6,45%
1 o 2 piezas de fruta	23	74,19%
3 o más piezas de fruta	6	19,35%
B.5- ¿Cuántas raciones de carne rojas consumes al día?		
1 o más raciones	6	19,35%
Menos de 1 ración	25	80,65%
B.6- ¿Cuántas raciones de mantequilla consumes al día?		
1 o más raciones	1	3,23%
Menos de 1 ración	30	96,77%
B.7- ¿Cuántas bebidas carbonatadas consumes al día?		
1 o más raciones	3	9,68%
Menos de 1 ración	28	90,32%
B.8- ¿Bebe vino? ¿Cuánto consume a la semana?		
7 o más vasos	0	0%
3 a 6 vasos	0	0%
0 a 2 vasos	31	100%
B.9- ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana?		
1 a 2 raciones	26	83,87%
3 o más raciones	4	12,90%
3 o más raciones	1	3,23%
B.10- ¿Cuántas raciones de pescado/marisco consume a la semana?		
0 raciones	3	9,68%
1 a 2 raciones	18	58,08%
3 o más raciones	10	32,26%
B.11- ¿Cuántas veces consume repostería comercial a la semana?		
Menos de 3 raciones	29	93,55%
Más de 3 raciones	2	6,45%
B.12- ¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana?		
0 raciones	1	5,00%

1 a 2 raciones	10	32,36%
3 o más raciones	20	64,52%
B.13- ¿Consume preferentemente carne blanca en vez de carne roja?		
No	5	16,13%
Sí	26	83,87%
B.14- ¿Cuántas veces a la semana consume sofrito casero?		
0 raciones	5	16,13%
1 ración	8	25,81%
2 o más raciones	18	58,06%
B.15- ¿Cuántos litros de agua bebe al día?		
< 1L	10	32,26%
1L	9	29,03%
1,5L	5	16,13%
2L	2	6,45%
2,5L	2	6,45%
3 o más L	3	9,68%

Tabla 17: Tabla de frecuencias de días a la semana de actividad física según tipo de actividad física e intervalos de edad

Días a la semana																			
	Int_edad	0		1		2		3		4		5		6		7		Total	
AFI	De 25 a 40	6	19,35%	1	3,23%	3	9,68%	1	3,23%	1	3,23%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	12	38,72%
	De 41 a 65	5	16,13%	4	12,90%	5	16,13%	4	12,90%	1	3,23%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	19	61,29%
AFM	De 25 a 40	4	12,90%	1	3,23%	2	6,45%	0	0,00%	0	0,00%	1	3,23%	0	0,00%	4	12,90%	12	38,71%
	De 41 a 65	6	19,35%	3	9,68%	2	6,45%	1	3,23%	0	0,00%	5	16,13%	1	3,23%	1	3,23%	19	61,30%
Camin.	De 25 a 40	0	0,00%	1	3,23%	1	3,23%	0	0,00%	0	0,00%	5	16,13%	0	0,00%	5	16,13%	12	38,72%
	De 41 a 65	0	0,00%	0	0,00%	2	6,45%	1	3,23%	0	0,00%	5	16,13%	1	3,23%	10	32,26%	19	61,30%
Total		21	67,73%	10	32,27%	15	48,39%	7	22,59%	2	6,46%	16	51,62%	2	6,46%	20	64,52%		