

Estandarización de un modelo de buenas prácticas de intervención de salud comunitaria en la población española adulta para la promoción de hábitos cardiosaludables



Programa Fifty-Fifty



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

aecosan
agencia española
de consumo,
seguridad alimentaria y nutrición



**Foundation
for Science, Health
and Education**





**Programa
Fifty-Fifty**



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

aecosan
agencia española
de consumo,
seguridad alimentaria y nutrición



¡come sano y muévete!



**Foundation
for Science, Health
and Education**



FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE
MUNICIPIOS Y PROVINCIAS

Estandarización de un modelo de buenas prácticas de intervención de salud comunitaria en la población española adulta para la promoción de hábitos cardiosaludables

Programa Fifty-Fifty

Edita:

© Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición, 2015

NIPO: 690-15-008-0

WEB:

www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/subhomes/nutricion/aecosan_nutricion.shtml

El PROGRAMA FIFTY-FIFTY ha sido diseñado, desarrollado y evaluado por la Fundación SHE y la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN) bajo la dirección del Dr. VALENTÍN FUSTER

Investigador principal:

- Valentín Fuster de Carulla. Presidente de la Fundación SHE, Barcelona. Director General del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares, Madrid. Director del Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York.

Investigación y coordinación- Fundación SHE

- Emilia Gómez Pardo. Directora Científica.
- Ramona Martínez Bastida. Coordinadora General Programas.
- Mercedes de Miguel Estévez. Equipo científico.
- Vanesa Carral Bielsa. Equipo pedagógico.
- Marta Vilanova Vilá. Asesora científica.
- Domènec Haro Muñoz. Coordinador Pedagógico
- Isabel Carvajal Urquijo. Asesora pedagógica.
- Carla Rodríguez Caballero. Equipo pedagógico.
- Patricia Bodega Villanueva. Equipo científico.
- Gloria Santos-Beneit. Equipo científico.

Investigación y coordinación- Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición.

- Teresa Robledo de Dios. Directora Ejecutiva. AECOSAN.
- M^a Ángeles Dal Re Saavedra. Estrategia NAOS. AECOSAN.
- Napoleón Pérez Farinós. Estrategia NAOS. AECOSAN.
- Carmen Villar Villalba. Estrategia NAOS. AECOSAN.

Investigación- CNIC, Icahn School of Medicine, ICS.

- Juan Miguel Fernández-Alvira. Investigador del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC)
- José Luis Peñalvo García. Investigador del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC)
- Iñaki Marina Clopés. Instituto Catalán de Salud (ICS).
- Sameer Bansilar. Investigador del Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY
- Rajesh Vedantham. Investigador del Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY

Coordinación en los municipios:

- Gemma Balanyà Ferré. Departamento de Salud, Políticas de Igualdad e Inclusión Social. Ayuntamiento de Cambrils (Tarragona).
- Juan Francisco García. Concejalía de Salud Pública. Ayuntamiento de Molina de Segura (Murcia).
- María Dolores Gerez Valls. Centro Municipal de Salud. Ayuntamiento San Fernando de Henares (Madrid).
- Cristina Lloró Morell. Unidad de Salud. Ayuntamiento de Manresa (Barcelona).
- Eva Martín de la Peña. Concejalía de Salud y Bienestar Social. Ayuntamiento de Villanueva de la Cañada (Madrid).

- Carmen Martínez-Carrasco Rico. Concejalía de Salud y Bienestar Social. Ayuntamiento de Villanueva de la Cañada (Madrid).
- Angels Mellau Bueno. Departamento de Salud, Políticas de Igualdad e Inclusión Social. Ayuntamiento de Cambrils (Tarragona).
- Ana Morillas Tuvilla. Unidad Municipal de Salud y Consumo. Ayuntamiento de Guadix (Granada).
- Francisco Rivas García. Unidad Municipal de Salud y Consumo. Ayuntamiento de Guadix (Granada).
- Rosa Roda Fàbregas. Ayuntamiento de Barcelona.
- Lázaro Sánchez Cánovas. Concejalía de Salud Pública. Ayuntamiento de Molina de Segura (Murcia).

Agradecimientos:

Ayuntamiento y Agencia de Salud Pública de Barcelona, Ayuntamientos de Cambrils, Guadix, Manresa, Molina de Segura, San Fernando de Henares y Villanueva de la Cañada y a la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP).

A todos los profesionales que han impartido los talleres formativos a los participantes.

A Estefanía Labrado Mendo de Tragsatec.

A todos los técnicos y sanitarios de los centros de salud, hospitales y asociaciones que han colaborado en el desarrollo del Programa Fifty-Fifty.

Y a todos los participantes del Programa Fifty-Fifty con un especial reconocimiento a los líderes y sublíderes de los grupos.

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO	5
1. INTRODUCCIÓN	8
2. OBJETIVO E HIPÓTESIS DEL PROGRAMA FIFTY-FIFTY	10
3. METODOLOGÍA	10
3.1. Diseño del estudio y participantes	10
3.2. Variables del estudio	11
3.3. Recogida de datos	11
3.4. Intervención formativa. Talleres	11
3.5. Aleatorización	12
3.6. Selección y formación de líderes y sublíderes	12
3.7. Intervención con dinámicas de grupo	12
3.8. Instrumentos de auto-seguimiento	13
3.9. Evaluación cualitativa	13
3.10. Sesión motivacional	14
3.11. Fases y cronograma del estudio científico	14
4. EFECTIVIDAD Y RESULTADOS	15
5. CONCLUSIONES	17
5.1. Innovación y factores de éxito	17
5.2. Recursos	18
5.3. Oportunidades de mejora	18
5.4. Sostenibilidad	20
5.5. Reproducibilidad	22
5.6. Aprovechamiento individual	22
6. ESTANDARIZACIÓN DEL PROGRAMA FIFTY-FIFTY COMO “BUENA PRÁCTICA”	23
6.1. Autoevaluación de Buena Práctica	23
6.2. Fichas técnicas	26
6.2.1. Captación	26
6.2.2. Inclusión y exclusión	27
6.2.3. Intervención formativa. Talleres	28
6.2.4. Selección de líderes y sublíderes	30
6.2.5. Formación de líderes y sublíderes	31
6.2.6. Intervención con dinámicas de grupo	32
6.2.7. Sesión motivacional	33
6.2.8. Valoración del cambio	34
7. BIBLIOGRAFÍA	35
8. ANEXOS	38

RESUMEN EJECUTIVO

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son las responsables de dos tercios de todas las muertes. Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en España y en todo el mundo. La obesidad, la alimentación no saludable, el tabaquismo, la inactividad física y la tensión arterial elevada son algunos de sus principales factores de riesgo.

En España la prevalencia estimada de sobrepeso en adultos es del 37 %, y la de obesidad del 17 %. La prevalencia de fumadores en la población mayor de 15 años de edad en España es del 33 %. La promoción de la salud cardiovascular (práctica regular de actividad física, una alimentación saludable, no fumar, no tener exceso de peso y mantener valores normales de tensión arterial) puede reducir hasta en un 81 % el riesgo relativo de mortalidad por cualquier causa a los 7,5 años.

Las intervenciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, que inciden sobre estos factores modificables, son más eficaces cuando tienen un enfoque poblacional en vez de estar dirigidas solo a individuos. Estas intervenciones inducen cambios en el estilo de vida de la población que evitan el incremento de las principales ENT, como las cardiovasculares, reduciendo el impacto de las mismas.

El apoyo entre iguales en la asistencia sanitaria se define como el apoyo entre personas que tienen las mismas condiciones de salud y que experimentan desafíos similares por vivir con una condición de salud determinada. Entre sus beneficios se encuentran el apoyo social, el aprendizaje experiencial y el auto empoderamiento. El apoyo entre iguales ha sido ampliamente utilizado, y se ha demostrado que tiene un impacto positivo en personas que padecen una misma enfermedad o condición para modificar comportamientos. Se ha demostrado como una buena estrategia para la gestión a largo plazo de las enfermedades crónicas, pero existen pocos ejemplos de intervenciones de grupo de pares para abordar cuestiones de estilo de vida en personas sanas.

En 2013 se firmó el “Convenio Marco de Colaboración entre la AESAN (actual AECOSAN) , la Fundación SHE y la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) para la promoción de la salud integral a través de programas de salud comunitaria”, y además un convenio con los Ayuntamientos de Barcelona, Cambrils, Guadix, Manresa, Molina de Segura, San Fernando de Henares y Villanueva de la Cañada para la realización de un Programa de intervención en adultos de salud comunitaria, para mejorar los hábitos de salud integral, el Programa Fifty Fifty y también con la finalidad de poder definir un modelo de “buenas prácticas” de intervención en población adulta, para la mejora de los hábitos de salud integral.

OBJETIVO E HIPÓTESIS DEL PROGRAMA FIFTY FIFTY

El objetivo de la intervención es mejorar la salud integral en personas adultas de 25 a 50 años ayudándolas a corregir sus hábitos de salud y autocontrolar los principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular: alimentación no saludable, sobrepeso/obesidad, sedentarismo, tabaquismo y tensión arterial elevada.

La hipótesis del Programa Fifty-Fifty es que si se capacita a los adultos en conocimientos, habilidades y actitudes sobre un estilo de vida saludable, entre iguales, mejorarán sus hábitos de salud cardiovascular y el autocontrol de los factores de riesgo.

METODOLOGÍA

El Programa Fifty-Fifty tiene un diseño de estudio de intervención multicéntrico aleatorizado y controlado, dirigido a personas entre 25 y 50 años de edad y con al menos un factor de riesgo: hipertensión ($BP \geq 140/90$ o recibiendo tratamiento), sobrepeso u obesidad ($IMC \geq 25$, ser fumador o sedentarismo (≤ 150 min/semana).

Para captar a los participantes se realizó una sesión de información, y se hizo una primera valoración o cribado (V1). Las personas que cumplían los criterios de inclusión asistieron a 6 talleres formativos sobre Motivación para el cambio, Gestión del Estrés, Cesación tabáquica, Alimentación saludable, Práctica habitual de actividad física y Control de la tensión arterial. Tras ellos se realizó una segunda valoración (V2, basal), y se realizó la aleatorización, asignando a unos al grupo de Intervención y al resto al grupo Control.

En el grupo de intervención de cada municipio se formaron también de manera aleatoria, subgrupos de 10 personas. En cada subgrupo se eligió un líder y un sublíder, que recibieron una formación específica para asumir su rol.

La intervención consistió en la celebración de reuniones mensuales de 60-90 minutos en las que los participantes explicaron las mejoras en sus hábitos saludables y las dificultades encontradas; los líderes de grupo y resto de participantes dieron apoyo, estimularon y ayudaron. Entre las actividades previstas en las dinámicas del grupo se incluyen discusiones en grupo, juegos de roles, lluvia de ideas, técnicas de relajación, diseño del menú, actividades deportivas y otros.

A los participantes del grupo intervención se les facilitaron tensiómetros y hojas para registrar la tensión arterial, y una libreta de salud, para que cada participante fijara sus objetivos de salud y realizara un seguimiento de los mismos.

El programa constó de un seguimiento total de 24 meses, durante los que se realizaron cuatro evaluaciones: inicial (cribado o V1), después de los talleres formativos (aleatorización-basal o V2), evaluaciones finales (tras un año o V3) y evaluación de seguimiento (tras dos años o V4).

Además, tras 6 meses de funcionamiento de los grupos de intervención, se realizó una evaluación cualitativa en cada uno de los municipios que participaron en el estudio para evaluar el funcionamiento general y la satisfacción con el programa. También a los 6 meses se realizó en el grupo de intervención una sesión motivacional para reforzar los cambios obtenidos y favorecer nuevos cambios y la adherencia al programa.

El resultado principal se midió a través del cambio medio, desde la valoración basal (V2) hasta la evaluación tras un año (V3), con un nuevo score que puntúa las 5 variables principales en estudio: tensión arterial, ejercicio, peso, alimentación y tabaco (Fuster BEWAT Score, FBS) en una escala simple de 15 puntos para el seguimiento de los cambios globales en los comportamientos saludables y factores de salud cardiovascular del estudio.

Se obtuvieron datos antropométricos, socioeconómicos, y de hábitos saludables, estos últimos por medio del Cuestionario del Fuster-BEWAT score, y otros cuestionarios validados. También se midieron los cambios medios en estas variables.

Además se evaluó si había un efecto dosis-dependiente de la intervención clasificando a los componentes del grupo de intervención en dos grupos, de alta y baja adherencia, según el número de sesiones de dinámica de grupo a las que asistieron.

Se estimó el coste de implantación del programa.

RESULTADOS

Tras las dos valoraciones V1 y V2, 543 personas fueron incluidas en el estudio, distribuidos entre los siete municipios (72 de Barcelona, 65 de Cambrils, 59 de Guadix, 87 de Manresa, 93 de Molina de Segura, 81 de San Fernando de Henares y 86 de Villanueva de la Cañada), y asignadas de forma aleatoria al grupo control (266) y al grupo intervención (277).

La edad media de los participantes (71 % de mujeres) fue 42 años, y la media de la puntuación del FBS al inicio del programa fue 8,42 puntos. De los 543 participantes, 87 (26 del grupo de intervención y 61 del grupo control) abandonaron el proyecto durante el desarrollo del mismo. (Por tanto, el número de participantes que finalizaron el programa fue de 456 (205 en el grupo control y 251 en el grupo de intervención).

Tras impartir los talleres educativos iniciales, la puntuación en el FBS aumentó en la muestra total. Sin embargo, tras el año de dinámicas de grupo, solo el grupo de intervención mostró una mejoría significativamente mayor en la puntuación global del BEWAT en comparación con el grupo control (valoración V3). Por el contrario, el grupo control no continuó la mejora e incluso disminuyó la puntuación del score tras la finalización de los talleres. El aumento global de la puntuación fue significativamente mayor en el grupo de intervención en comparación con el grupo control, un 13,8 % frente al 4,9 %.

Se observó que el efecto de las dinámicas de grupo parece ser dosis-dependiente para el componente de alimentación, y el decremento en la circunferencia de la cintura.

El coste máximos estimados para llevar a cabo una edición del Fifty-Fifty con 30 personas, es de 21.640 €, aunque estos costes podrían reducirse si se aprovechan los recursos técnicos, físicos y materiales existentes en el municipio.

CONCLUSIONES

La intervención de apoyo entre iguales mejora los comportamientos saludables de los participantes del programa y el cambio de hábitos relacionados con la salud cardiovascular. Esto justifica la implantación a gran escala de un programa de estas características.

El FBS se muestra como una valiosa herramienta como elemento de medición y efecto motivador en los participantes, además de facilitar la reproducibilidad del programa.

Para la buena implementación del programa es necesario contar con compromiso de las instituciones implicadas, y gestionar recursos económicos y humanos suficientes.

Los coordinadores municipales son una figura clave para el éxito del programa, como facilitadores y nexo de unión entre los participantes, por lo que deben tener las habilidades sociales y organizativas necesarias.

El Programa Fifty-Fifty es fácilmente reproducible en cualquier municipio, así como en entornos de trabajo o en otras instituciones. Para asegurar el éxito es necesario analizar el contexto en el que se quiere hacer, y adaptar el programa.

El Programa Fifty-Fifty cumple con los criterios que debe reunir una Buena Práctica según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: adecuación, pertinencia, evaluación, basada en la evidencia científica, efectividad, posibilidad de transferencia, innovación, eficiencia, sostenibilidad, equidad, enfoque de género, participación, intersectorialidad y aspectos éticos.

1. INTRODUCCIÓN

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades no transmisibles (ENT), entre las que se encuentran las enfermedades cardiovasculares, son las responsables de las 2/3 partes de todas las muertes. Con base en estos datos, dentro de las medidas del Plan Estratégico 2008-2013 de la OMS¹ se establecieron varios objetivos para afrontar este problema:

- elevar la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles integrándolas en las políticas de todos los departamentos gubernamentales;
- fomentar intervenciones para reducir los principales factores de riesgo comunes modificables de las enfermedades no transmisibles;
- fomentar la investigación en materia de prevención y control de las enfermedades no transmisibles;
- fomentar alianzas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en España y en todo el mundo. La obesidad, la alimentación no saludable, el tabaquismo, la inactividad física y la tensión arterial elevada son algunos de los principales factores de riesgo². Durante 2012, solo en España, 122.097 personas murieron a causa de enfermedades cardiovasculares (ECV), lo que representa el 30,3 % de las causas de mortalidad³.

En España la prevalencia estimada de adultos obesos es del 17,03 % y la de sobrepeso del 36,65 %⁴. La obesidad no es solo una consecuencia de la alimentación, sino también de otros factores, entre ellos la falta de actividad física. La prevalencia de fumadores en la población mayor de 15 años de edad en España es del 33 %⁵. Aunque estos factores de riesgo no siempre pueden ser eliminados, hasta el 80 % de la morbilidad podría evitarse si se frenaran los factores de riesgo relacionados con el estilo de vida, tales como la inactividad física, el consumo de tabaco y los malos hábitos alimenticios⁶⁻⁹. La promoción de la salud cardiovascular - práctica regular de actividad física, una alimentación saludable, no fumar, no tener exceso de peso y mantener valores normales de tensión arterial - puede reducir hasta en un 81 % el riesgo relativo de mortalidad por cualquier causa a los 7,5 años¹⁰.

Las intervenciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, que inciden sobre estos factores modificables, son más eficaces cuando tienen un enfoque poblacional en vez de estar dirigidas solo a individuos¹¹⁻¹³. Estas intervenciones inducen cambios en el estilo de vida de la población que evitan el incremento de las principales ENT, como las cardiovasculares, reduciendo el impacto de las mismas¹⁴.

El comportamiento de los adultos es difícil de cambiar, sobre todo a largo plazo, ya que es una compleja interacción de factores determinantes a diferentes niveles, pero el cambio es más eficaz si las intervenciones se basan en principios ya establecidos. Se han identificado dos factores que pueden promover el cambio: la presión de grupo y la legislación. Dentro de las estrategias de presión de grupo, el apoyo entre iguales ha sido ampliamente utilizado, y se ha demostrado que tiene un impacto positivo en personas que padecen una misma enfermedad o condición¹⁵⁻²⁰. Se ha demostrado como una buena estrategia para la gestión a largo plazo de las enfermedades crónicas²¹.

El apoyo entre iguales en la asistencia sanitaria se define como el apoyo entre personas que tienen las mismas condiciones de salud (por ejemplo: sobrepeso) y que experimentan desafíos similares por vivir con una condición de salud determinada. Este apoyo puede ofrecer ayuda emocional, social y práctica para lograr y mantener comportamientos de salud^{20, 22}. Entre sus beneficios se encuentran el apoyo social, el aprendizaje experiencial y el auto empoderamiento.

Hay pocas intervenciones que aborden la salud cardiovascular en su conjunto²³⁻²⁵, y la estrategia de apoyo entre iguales (*grupo de pares o grupo entre iguales o peer-group*) solo se ha explorado en enfermedades crónicas como la diabetes²⁶, en el abuso de sustancias¹⁷ y en trastornos de la alimentación²⁷.

Hasta la fecha de creación del Programa Fifty-Fifty, se detectaron pocos ejemplos de intervenciones de grupo de pares para abordar cuestiones de estilo de vida en personas sanas²⁸.

Es necesario estudiar e identificar novedosas intervenciones de prevención realizadas con procedimientos estandarizados y evaluados, que se adapten al entorno y las características nacionales, que supongan una alternativa eficaz de actuación en la población y con las que se obtengan resultados positivos en la prevención de enfermedades crónicas. Es igualmente importante para su implementación a gran escala que resulten coste efectivas, ahorrando los elevados costes de tratamiento que requieren estas enfermedades.

Basándose en la estrategia de grupo de pares o *peer-group*, la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN) y la Fundación SHE (*Foundation for Science, Health and Education*) cofinanciaron y desarrollaron un proyecto científico para evaluar y demostrar que esta estrategia puede favorecer el cambio de hábitos relacionados con la salud cardiovascular y de este modo prevenir el desarrollo de enfermedades y promover la salud cardiovascular. El proyecto de intervención comunitaria controlada y aleatorizada, el Programa Fifty-Fifty¹, tuvo una duración de 15 meses. Se capacitó a población adulta en conocimientos, habilidades y actitudes sobre un estilo de vida saludable y entre iguales, con el objetivo de mejorar los hábitos de salud de forma integral y conseguir el autocontrol de los factores de riesgo.

Para la realización y desarrollo de este programa, el 8 de abril de 2013, la AESAN (actualmente AECOSAN) y la Fundación SHE firmaron el “*Convenio de Colaboración para la realización de un programa de intervención en adultos de salud comunitaria, para mejorar los hábitos de salud integral*”. Posteriormente, el 18 de julio de 2013 se firmó el “*Convenio Marco de Colaboración entre la AESAN, la Fundación SHE y la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP)*² para la promoción de la salud integral a través de programas de salud comunitaria”. En esa misma fecha, estas tres entidades AESAN, Fundación SHE y FEMP, firmaron con los Ayuntamientos de los municipios participantes en el Programa Fifty-Fifty un “*Convenio de colaboración al convenio marco de colaboración entre la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, la Fundación SHE, la Federación Española de Municipios y Provincias y los Ayuntamientos de Barcelona, Cambrils, Guadix, Manresa, Molina de Segura, San Fernando de Henares y Villanueva de la Cañada para la realización de un Programa de intervención en adultos de salud comunitaria, para mejorar los hábitos de salud integral*”. Este convenio establecía el marco de colaboración para el desarrollo de ese Programa de intervención en adultos de salud comunitaria, a realizar en esos siete municipios, como experiencia piloto y con la finalidad de poder definir un modelo de “buenas prácticas” de intervención en población adulta, para la mejora de los hábitos de salud integral.

El Programa Fifty-Fifty, se ha desarrollado adecuadamente en esos 7 municipios con un total de 456 participantes y por una implicación y apoyo político, técnico y logístico de sus Ayuntamientos.

¹ Copyright de la Fundación SHE

² Asociación de Entidades Locales de ámbito estatal, creada al amparo de la Disposición Adicional Quinta de la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases de Régimen Local.

El estudio se inició con las valoraciones de partida en septiembre de 2013, finalizando la intervención en diciembre de 2014, momento en que se realizó otra valoración. En noviembre de 2015 se procederá a medir la perdurabilidad de los cambios de hábitos adquiridos durante la intervención.

Previo al Programa Fifty-Fifty actual, la Fundación SHE llevó a cabo, durante el año 2011, un estudio piloto de 12 meses de duración en la localidad de Cardona (Barcelona) para determinar la viabilidad de la intervención y para permitir al equipo desarrollar experiencia en la metodología de *peer-group*. Al finalizar el estudio más del 90 % de los participantes mostraron mejoras en las variables de estudio. La experiencia permitió identificar los puntos fuertes y débiles del plan de ejecución y esto fue fundamental en el diseño del actual Programa Fifty-Fifty.



Figura 1. Municipios que participaron en el estudio científico del Programa Fifty-Fifty.

2. OBJETIVO E HIPÓTESIS DEL PROGRAMA FIFTY-FIFTY

El objetivo de la intervención es mejorar la salud integral en personas adultas de 25 a 50 años ayudándolas a corregir sus hábitos de salud y autocontrolar los principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular: alimentación no saludable, sobrepeso/obesidad, sedentarismo, tabaquismo y tensión arterial elevada.

Sobre la base de los antecedentes señalados, la hipótesis del Programa Fifty-Fifty es que una intervención de grupo de pares puede ayudar a mejorar el estilo de vida en individuos sanos. Por eso, la hipótesis del programa fue formulada de la siguiente manera: *“Si se capacita a los adultos en conocimientos, habilidades y actitudes sobre un estilo de vida saludable, entre iguales, mejorarán sus hábitos de salud cardiovascular y el autocontrol de los factores de riesgo”*.

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño del estudio y participantes

El estudio Fifty-Fifty, basado en la educación entre iguales, se diseñó como un estudio multicomunitario³¹, aleatorizado, con grupo control, de 12 meses de intervención y un año adicional de seguimiento. El proyecto científico fue aprobado por el *“Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario de La Princesa de la Comunidad de Madrid”*.

Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron: tener entre 25 y 50 años de edad y tener al menos un factor de riesgo: hipertensión ($BP \geq 140/90$ o recibiendo tratamiento), sobrepeso o obesidad ($IMC \geq 25$, ser fumador o sedentarismo (≤ 150 min/semana).

Los ciudadanos voluntarios interesados en participar fueron invitados a una sesión de información durante la cual se presentó una visión general del programa, se respondieron sus preguntas y firmaron el correspondiente consentimiento informado.

3.2. Variables del estudio

Las evaluaciones se realizaron en cuatro momentos: inicial (cribado o V1), después de los talleres formativos (aleatorización-basal o V2), evaluaciones finales (a un año o V3) y evaluación de seguimiento (a dos años o V4). En total 4 mediciones.

El resultado principal se midió a través del cambio medio, desde la valoración basal (V2) hasta la evaluación a un año (V3), con un nuevo score denominado Fuster BEWAT Score que puntúa las 5 variables principales de estudio: tensión arterial (Blood Pressure), ejercicio (Exercise), peso (Weight), alimentación (Alimentation) y tabaco (Tobacco). El Fuster BEWAT Score compila las 5 variables individuales, en un escala simple de 15 puntos, para el seguimiento de los cambios globales en los comportamientos saludables y factores de salud cardiovascular del estudio. Para cada variable, se ha adoptado un sistema de clasificación numérico (0, 1, 2 o 3) en relación con las directrices internacionales para el riesgo cardiovascular y hábitos de salud, en el que 3 es el valor óptimo. La puntuación informa sobre los hábitos saludables y los parámetros biológicos. La consideración independiente de la puntuación de los componentes individuales señala si los cambios se dan en el estilo de vida, en los parámetros biológicos, o en ambos.

Las variables secundarias que se midieron fueron el cambio medio en los componentes individuales del Fuster-BEWAT Score, y el cambio medio en las medidas antropométricas y los comportamientos saludables.

3.3. Recogida de datos

Los datos obtenidos fueron:

- a) Datos antropométricos: tensión arterial, peso, talla y circunferencia de la cintura.
- b) Datos socioeconómicos.
- c) Hábitos saludables por medio de:
 - Cuestionario del *Fuster-BEWAT score*
 - Cuestionario estandarizado internacional de actividad física (IPAQ)³².
 - Cuestionarios reducidos de Fagerström³³ y Richmond³⁴ para la identificación de hábitos de fumadores.
 - Cuestionario de patrones dietéticos PREDIMED³⁵ para medir la adherencia a la dieta mediterránea.
 - Una versión reducida y adaptada del cuestionario SF36³⁶ para la medición de la calidad de vida.
 - Preguntas sobre información sociodemográfica (edad, sexo, educación e ingresos) y su disposición a cambiar o mejorar las conductas saludables.

3.4. Intervención formativa. Talleres

Profesionales expertos en cada tema capacitaron a los participantes en conocimientos y actitudes sobre hábitos saludables, a través de 12 horas de formación (repartidas en seis talleres, de frecuencia semanal y 2 horas de duración cada uno). Las personas que participaron

en los talleres se repartieron en grupos de un máximo de 30 personas, para favorecer la participación. Los temas de los talleres fueron los siguientes:

- 1) Motivación para el cambio.
- 2) Gestión del Estrés.
- 3) Cesación tabáquica.
- 4) Alimentación saludable.
- 5) Práctica habitual de actividad física.
- 6) Control de la tensión arterial.

El primer taller pretendía motivar a las personas para que cambiaran sus hábitos y mostrarles las fases por las que pasarán en dicho cambio. Los siguientes talleres se centraron en promover conductas saludables para reducir los factores de riesgo.

3.5. Aleatorización

Una vez realizados los talleres y la evaluación basal (véase *Figura 3* y *apartado 3.11*) fueron incluidos 543 adultos en el estudio, distribuidos entre los siete municipios (siendo 72 de Barcelona, 65 de Cambrils, 59 de Guadix, 87 de Manresa, 93 de Molina de Segura, 81 de San Fernando de Henares y 86 de Villanueva de la Cañada), de entre 25 y 50 años, con alguna de las siguientes condiciones: hipertensión (20 %), exceso de peso (sobrepeso u obesidad) (82 %), tabaquismo (31 %) o inactividad física (81 %).

A su vez, estas 543 personas fueron asignadas de manera aleatoria, unas al grupo control y otras al grupo intervención en cada municipio:

- Las personas asignadas al grupo Intervención (n=277) recibieron una intervención formativa (a través de talleres) y posteriormente participaron en las dinámicas de grupo.
- Las personas asignadas al grupo Control (n=266), recibieron sólo la intervención formativa.

3.6. Selección y formación de líderes y sublíderes

En el grupo de intervención de cada municipio, a su vez se formaron también de manera aleatoria, subgrupos de aproximadamente 10 personas. Posteriormente, en una sesión de 2 horas de duración, conducida por el coordinador del municipio, cada subgrupo seleccionó a dos personas (líder y sublíder) para que guiaran al grupo. Para ello, a través de un listado de características personales de liderazgo, las personas votaron qué características querían que tuvieran el líder y sublíder de su grupo, y eligieron a las personas que consideraron que tenían esas capacidades.

Las personas que fueron escogidas y estuvieron dispuestas a asumir el rol, recibieron una formación de 3 horas conducida por psicólogas. En dichas sesiones afianzaron su rol como líderes, aprendieron estrategias de promoción de la salud para promover la autoeficacia (a partir de la definición de objetivos asequibles y exitosos en base a criterios de la teoría cognitivo social³⁸), y practicaron técnicas de liderazgo y comunicación para acompañar el cambio de hábitos y generar un ambiente positivo en el grupo.

3.7. Intervención con dinámicas de grupo

Esta intervención se basó en elementos de la Teoría Cognitivo Social³⁷ según la cual el comportamiento humano depende tanto de factores personales como de influencias ambientales, y de la interacción entre ambos. Según esta teoría, las estrategias educativas para el cambio de comportamiento incluyen el aprendizaje por observación, el refuerzo, el autocontrol y la autoeficacia. Todas ellas, se promovieron en las dinámicas de grupo.

Se celebraron reuniones mensuales y cada reunión se prolongó durante 60-90 minutos. En las reuniones mensuales, cada participante explicó las mejoras en sus hábitos saludables y las dificultades encontradas durante el último mes; los líderes de grupo y resto de participantes dieron apoyo, estimularon y ayudaron. Cada líder monitorizó el progreso de los miembros del grupo. Entre las actividades previstas en las dinámicas del grupo se incluyeron, por propia elección del grupo, discusiones en grupo, juegos de roles, lluvia de ideas, técnicas de relajación, diseño de menús, actividades deportivas y otros. En cada reunión, los participantes trataron la gestión emocional, la resolución de problemas, la prevención de recaídas, el control de la dieta y la realización de actividad física. A través de estas reflexiones, los participantes propusieron metas alcanzables para mejorar su estilo de vida.

3.8. Instrumentos de auto-seguimiento

A los participantes del grupo intervención de cada municipio se les facilitó una libreta de salud, tensiómetros y hojas para registrar la tensión arterial mensualmente.

La libreta de salud tuvo como objetivo ayudar a que cada participante se fijara sus objetivos de salud y a realizar un seguimiento semanal y mensual de los mismos. Para ello, se incluyeron las recomendaciones de salud según las evidencias científicas, propuestas en cada uno de los talleres. Estas recomendaciones, fueron: 1) el aumento del período de actividad física para llegar a la recomendación de la OMS de 150 minutos / semana (respetando la intensidad del ejercicio habitual de cada individuo), 2) la mejora de la conducta alimentaria para satisfacer la recomendación de 5 piezas de frutas y verduras al día, 3) cesación tabáquica, cuando exista el hábito. A continuación también se incluyó un espacio para anotaciones de reflexión personal, para fijarse objetivos de salud, y registrar mensual y semanalmente los objetivos propuestos y conseguidos.

Cada participante del grupo intervención recibió además un tensiómetro y una libreta para realizar auto-medidas y anotar sus registros de tensión arterial. El objetivo de este seguimiento fue hacer una evaluación más detallada de los cambios que se producen durante las reuniones mensuales. La frecuencia que se estableció para las auto-medidas fue 2-2-2 (2 veces al día -2 días a la semana - 2 semanas al mes). En total cada participante se realizó 96 medidas (es decir, 8 por mes).

3.9. Evaluación cualitativa

Tras los 6 meses de funcionamiento de los grupos de intervención, se realizó una evaluación cualitativa en cada uno de los municipios que participaron en el estudio, consistente en:

1. Un cuestionario para cumplimentar por el coordinador local encargado de dar apoyo a los líderes y sublíderes para el buen funcionamiento del grupo. Se le preguntó por la asistencia de los participantes como un indicador de su grado de satisfacción, la valoración del funcionamiento del grupo (en una escala de 1 a 5, donde 1 es mal funcionamiento y 5 buen funcionamiento), la labor efectuada por líderes y sublíderes, así como las propuestas de mejora en el caso de que algún ítem tuviera una baja valoración.
2. Un cuestionario para los participantes donde se les preguntaba por su nivel de satisfacción con el Programa Fifty-Fifty (en una escala de 1 a 5, donde 1 es muy malo, 5 muy bueno), el funcionamiento general de su grupo (1 mal funcionamiento y 5 buen funcionamiento), su nivel de asistencia al grupo y el motivo de la no asistencia, su creencia sobre su capacidad para ayudar y ser ayudado por otros miembros del grupo a conseguir sus objetivos personales y su grado de satisfacción con el liderazgo del grupo.

Respondieron 171 participantes de los 277 que recibieron la intervención. En la figura 2 se muestra que la mayor parte de los participantes estaban satisfechos con el funcionamiento global de su grupo, y creían que podían ayudar y ser ayudados.

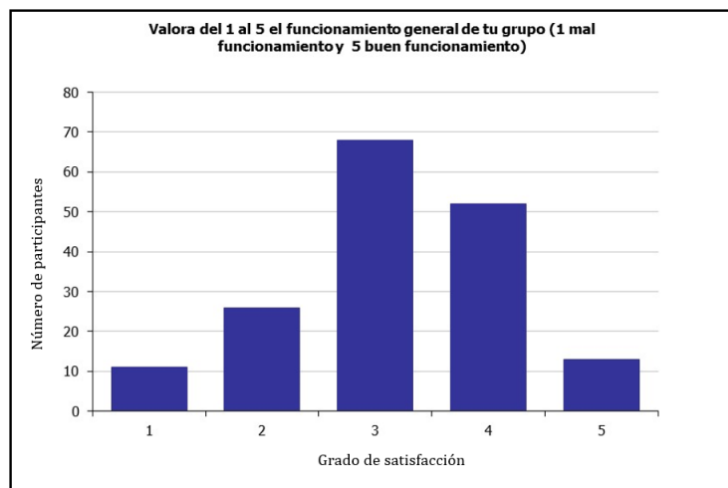


Figura 2. Resultados de la evaluación cualitativa en el grupo intervención.

Los seis meses representan un punto importante según estudios del modelo transteórico del cambio puesto que ya se pueden conseguir cambios de conductas como dejar de fumar^{39 40}, comer más frutas y verduras⁴³, realizar más actividad física o gestionar el estrés⁴¹. Por otro lado, hay evidencias de que se necesitan entre 12 y 24 meses⁴³ para ver cambios duraderos en la pérdida de peso, lo cual justifica alargar la intervención hasta por lo menos 12 meses.

Este modelo sugiere que los individuos se mueven a lo largo de cinco etapas (precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento) y que el cambio de conducta es un proceso. Las intervenciones basadas en estas etapas han demostrado ser más efectivas que las genéricas.

3.10. Sesión motivacional

Tras 6 meses de intervención se realizó una sesión motivacional tanto para reforzar los cambios obtenidos (personas en la etapa de mantenimiento) como para favorecer los cambios (personas en las etapas precontemplativa, contemplativa y de acción) y fortalecer la adherencia al programa.

Esta sesión fue diseñada en función de los resultados de la evaluación cualitativa, donde los participantes expresaban sus necesidades y grado de satisfacción con el programa.

3.11. Fases y cronograma del estudio científico

En la figura 3, se muestran las diferentes fases del programa. En la duración total de 15 meses, se dedicaron 3 meses para la captación (incluida la intervención formativa) y las dos primeras valoraciones. Los 12 meses restantes fueron para la intervención en dinámicas de grupo.

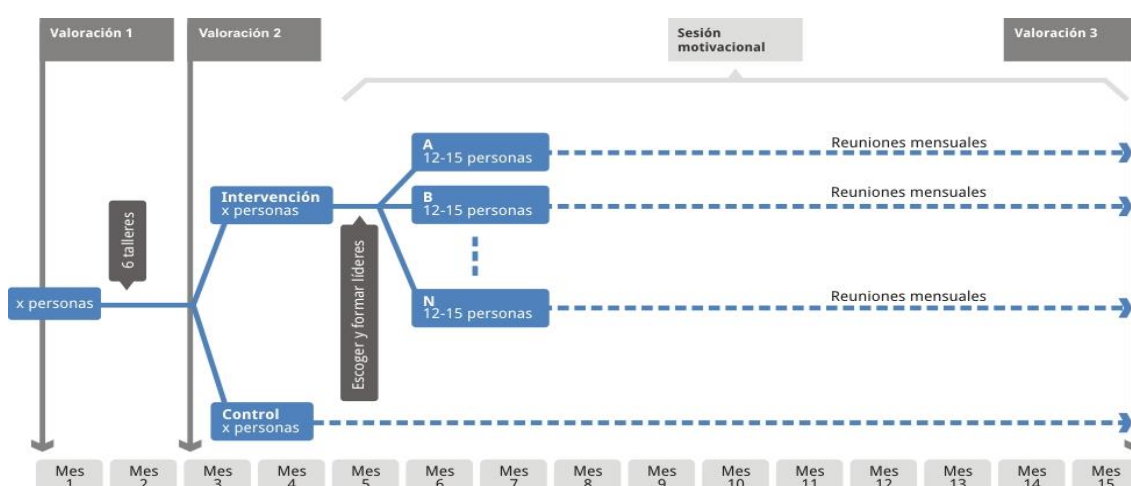


Figura 3. Cronograma del estudio científico del Programa Fifty-Fifty.

4. EFECTIVIDAD Y RESULTADOS

La intervención ha demostrado que tiene un significativo efecto beneficioso en la adquisición de hábitos saludables, mostrando una significativa mejoría en el *score* global y específicamente en la cesación tabáquica. El resultado principal se ha medido a través del cambio medio en el *Fuster-BEWAT score*.

La edad media de los participantes fue 42 ± 6 años, 71 % mujeres, y la media de la puntuación al inicio del programa fue $8,42 \pm 2,35$ puntos en el *Fuster-BEWAT score*. De los 543 participantes inicialmente inscritos (266 grupo control y 277 grupo intervención), 87 abandonaron el proyecto por diferentes razones durante el desarrollo de las dinámicas de grupo (26 pertenecían al grupo de intervención y 61 al grupo control). Por tanto, el número de participantes que finalizaron el programa fue de 456 (205 pertenecientes al grupo control y 251 al grupo intervención).

Después de impartir los talleres educativos iniciales y tras la valoración V2, la muestra total incrementó la puntuación *BEWAT* (Figura 4). Sin embargo, tras el año de dinámicas de grupo, sólo el grupo intervención mostró una mejoría significativamente mayor en la puntuación global del *BEWAT* en comparación con el grupo control (valoración V3). Por el contrario, el grupo control no continuó la mejora incluso, tal y como se refleja en la gráfica, disminuyó la puntuación del score tras la finalización de los talleres.

El aumento global de la puntuación fue significativamente mayor en el grupo de intervención en comparación con el grupo control, un 13,8 % frente al 4,9 %.

La mejoría media en los componentes individuales (tensión arterial, actividad física, peso, alimentación saludable, tabaquismo) fue uniformemente mayor en el grupo de intervención, alcanzando una clara mejoría en los hábitos de tabaquismo (Figura 5), alimentación y actividad física.

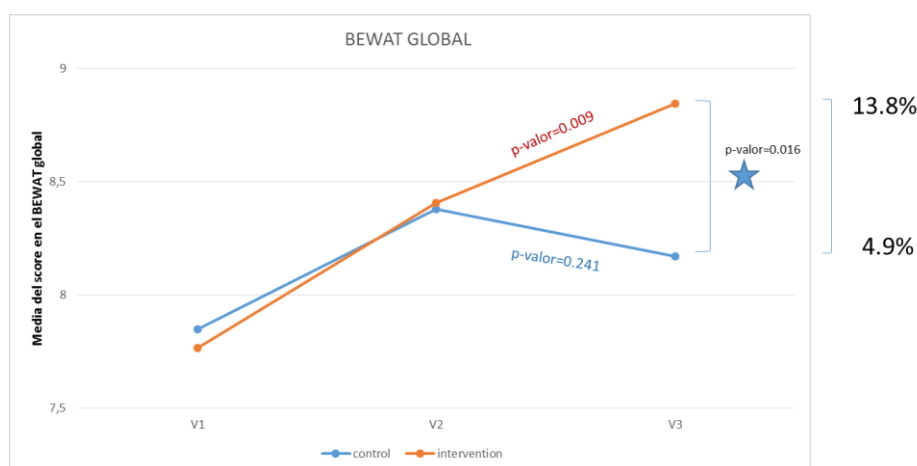


Figura 4. Resultados de salud en los grupos control e intervención.

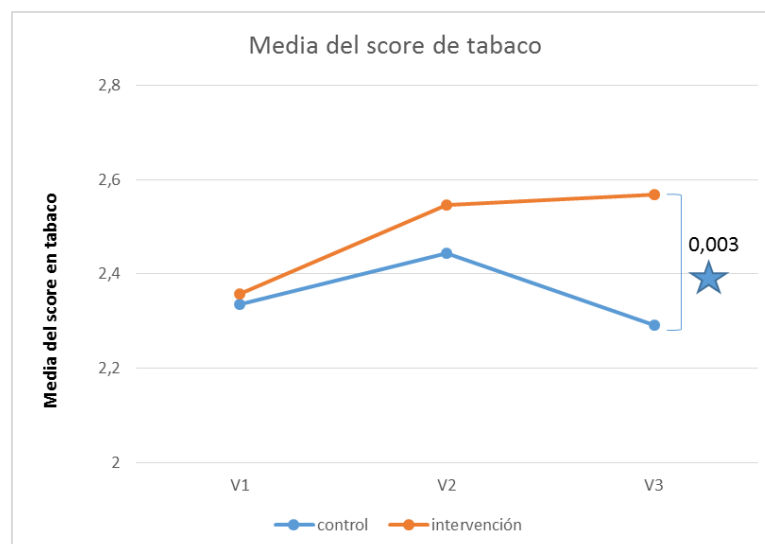


Figura 5. Resultados de tabaquismo en los grupos control e intervención.

Además, con los datos de los participantes pertenecientes al grupo de intervención se realizaron diversos análisis teniendo en cuenta el número de dinámicas de grupo a las que habían asistido a fin de buscar un efecto dosis-dependiente de la intervención. De este modo, el grupo de intervención se clasificó a su vez en dos grupos: un primer grupo de alta adherencia (aquellos que asistieron a 7 o más dinámicas de grupo) y un segundo grupo de baja adherencia (aquellos que asistieron a 6 o menos dinámicas de grupo). Se observó que el efecto de las dinámicas de grupo parece ser dosis-dependiente, especialmente para el componente de alimentación (Figura 6), y el decremento en la circunferencia de la cintura.

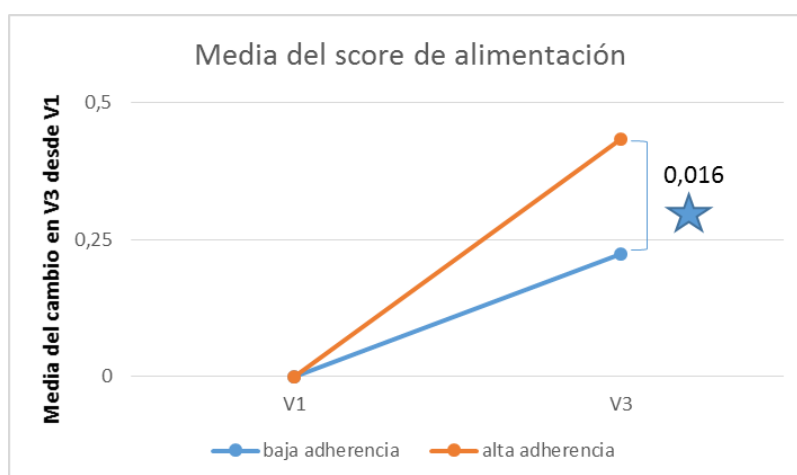


Figura 6. Resultados de alimentación en los grupos de alta y baja adherencia

Por lo tanto, el Programa Fifty-Fifty ha puesto de manifiesto que la intervención de apoyo entre iguales (*grupo de pares o grupo entre iguales o-peer group*) ayuda a mejorar los comportamientos saludables de los participantes del programa.

Aunque la dinámica de grupo se ha demostrado eficaz como metodología en el abuso de sustancias, en trastornos de la alimentación y en enfermedades crónicas como la diabetes, hasta la realización de este estudio no había previamente ningún ensayo aleatorizado que demostrara su eficacia para la modificación global de hábitos y autocontrol de los factores de riesgo cardiovasculares.

El Programa Fifty-Fifty ha sido, pues, pionero en la aplicación del apoyo entre iguales (*grupo de pares o grupo entre iguales o-peer group*) para favorecer el cambio de hábitos relacionados con la salud cardiovascular. Los resultados⁴⁴ avalan la eficacia del programa y justifican la implantación a gran escala de un programa de estas características.

5. CONCLUSIONES

5.1. Innovación y factores de éxito

El Programa Fifty-Fifty ha sido novedoso en la aplicación del apoyo entre iguales (*grupo de pares o grupo entre iguales o-peer group*) para favorecer el cambio de hábitos relacionados con la salud cardiovascular.

Por otro lado, se ha utilizado en muchos estudios la intervención formativa aunque una vez finalizada la intervención, los resultados positivos no suelen perdurar.

El Programa Fifty-Fifty también ha sido innovador en la combinación de estas dos intervenciones (formativa con la de dinámica de grupo de apoyo entre iguales) demostrando que el apoyo entre iguales posterior a la etapa formativa, ayuda a mantener y a mejorar más aún los resultados.

Para el seguimiento de los cambios en los participantes se ha utilizado el *Fuster-BEWAT score* que mide hábitos de salud (alimentación, actividad física y tabaquismo) y parámetros biológicos (IMC y tensión arterial) pero no es invasivo. Este score ha supuesto ser una valiosa herramienta con un doble efecto: por un lado ha servido como elemento de medición y a la vez ha tenido un efecto motivador en los participantes. Todas estas características le permiten ser un elemento reproducible, lo cual es vital para la transferibilidad del programa.

5.2. Recursos

Para una buena implementación del programa y que este sea reproducido correctamente también es necesario gestionar los siguientes recursos:

Compromisos institucionales: es necesario que las instituciones (ayuntamientos, centros de salud, etc.) se comprometan con la implantación del programa mediante acuerdos, convenios, contratos, etc.

Recursos económicos: es necesaria una inversión inicial para su puesta en marcha. Exige unos costes de gestión y otros principalmente derivados de la intervención formativa. Sin embargo, los costes asociados a la intervención de dinámicas de grupo son residuales (*Véase el apartado 5.4. Sostenibilidad*), para ello son factores clave la disponibilidad de espacios donde reunirse y la cercanía para que puedan tener lugar las dinámicas grupales.

Recursos humanos: son esenciales para el éxito de este programa:

- El coordinador: es una figura clave para el éxito del programa. Hace de facilitador y de nexo de unión entre los participantes a nivel individual, entre los grupos, con los expertos que imparten los talleres, con la entidad promotora del programa, etc.

Debe ser una persona con habilidades sociales, empatía y con claras habilidades organizativas, en gestión de proyectos, y comprensión de los procesos de cambio de hábitos, entendiendo que las recaídas son parte del proceso.

- Los líderes y los sublíderes: son claves para el buen desarrollo de los grupos. Al hacer la selección de líderes y sublíderes hay que tener en cuenta que deben reunir una serie de capacidades:
 - Habilidades de comunicación, empatía y habilidades de interacción personal (deben tener interés por los compañeros y por el grupo, capacidad para tener buen trato con personas diferentes de manera que todos los miembros del grupo se sientan incluidos, y mostrar generosidad hacia los demás).
 - Motivación (querer asumir el rol por iniciativa propia).
 - Responsabilidad y compromiso con la función de líder/sublíder y con los compañeros.
 - Conocimientos básicos de funcionamiento de tecnologías de comunicación o capacidad para su aprendizaje (correo electrónico, WhatsApp).
- Los participantes:
 - Selección: deben ser seleccionados exclusivamente aquellos que cumplan las criterios de inclusión (*Véase Ficha Técnica 2: Criterios de inclusión y exclusión*), y que no padezcan ninguna enfermedad crónica ni estén recibiendo ningún tipo de tratamiento.
 - Motivación: la motivación de los participantes también es clave para el éxito del programa ya que la dinámica de grupo se potencia por los más motivados y los resultados obtenidos indican relación positiva entre participación y cambio de hábito.

5.3. Oportunidades de mejora

Selección de líderes y sublíderes

La selección de líderes y sublíderes con las competencias necesarias es esencial para el buen funcionamiento de los grupos. Se recomienda especialmente que los líderes y sublíderes

asuman el rol de manera voluntaria, y no por motivación extrínseca o deseabilidad social, ya que a la larga puede afectar a su rol de motivador de las personas del grupo.

Las mejoras que se sugieren para llevar a cabo una buena selección de líder/sublíder son:

- Dedicar una sesión extra de 2 horas para permitir que los participantes se conozcan y puedan llevar a cabo la selección de forma exitosa (especialmente en el caso de que los participantes no se conozcan). (*Véase en Anexo 4, sesión previa a la selección de líder y sublíder*).
- Apoyo continuado, por parte del coordinador, al líder y sublíder en el ejercicio de su rol, para identificar anticipadamente comportamientos que puedan perjudicar el buen hacer del grupo y contar con estrategias para facilitar el cambio de líderes en caso de que esto ocurra.
- Valorar el uso de otros términos como coordinador de grupo o dinamizador, ya que en la evaluación cualitativa y en la sesión motivacional, varias personas en el rol de líderes/sublíderes expresaron que no se terminaban de sentir cómodos siendo llamados “líderes” o “sublíderes”.

Horarios

La mayoría de los participantes de edades comprendidas entre 25-50 años, están incorporados al mundo laboral, por lo tanto, se debe facilitar flexibilidad para la máxima participación teniendo en cuenta que encontrar horarios compatibles donde la mayoría de las personas puedan asistir puede ser complejo.

Las mejoras que se sugieren son:

- Formar los grupos en función de su disponibilidad horaria.

Cohesión social

En algunos grupos, en especial de zonas urbanas, la cohesión social fue baja.

Las mejoras que se sugieren son:

- Una sesión previa a la selección del líder/sublíder que permita la cohesión del grupo, especialmente si las personas del grupo no se conocen con anterioridad, y/o los miembros viven geográficamente lejos (*Véase en Anexo 4, sesión previa a la selección de líder y sublíder*).
- Diseñar los grupos en función de franjas de edad para que las actividades que se propongan sean afines a todos.

Intervención con dinámicas de grupo

Para asegurar que los participantes comprenden el concepto de que entre iguales y que lleva implícito la no tutorización del grupo por personal externo al grupo, se sugiere:

- Formar los grupos antes de la intervención formativa, para favorecer la cohesión de grupo.
- Reforzar desde un inicio la importancia del grupo en el proceso de cambio.
- Potenciar el uso, en la intervención formativa o talleres, de herramientas y técnicas pedagógicas que incluyan elementos donde se empodere a los participantes: haciéndoles preguntas, proponiéndoles ejercicios dinámicos, etc.
- Poner a disposición de los participantes los materiales presentados por los profesionales expertos que impartieron los talleres para que puedan ser utilizados cuando se requiera.

5.4. Sostenibilidad

Los elementos clave para que la puesta en práctica del Fifty-Fifty sea sostenible a nivel institucional, social y económico, son:

Institucional:

- Compromiso político para incorporar las políticas/programas de salud a nivel estatal, autonómico y local.
- Aportar e involucrar recursos técnicos, logísticos y sociales en los municipios haciéndoles partícipes de todo el proceso:
 - Designar un coordinador, técnico municipal sanitario preferiblemente, e incluirle las tareas de coordinación del Programa Fifty-Fifty en su plan de trabajo anual (270 horas, [véase Tabla 1](#)).
 - Involucrar a los centros de salud, hospitales y/o farmacias. Estos establecimientos sanitarios son clave para la captación y valoración de los participantes, así como en la impartición de conferencias y talleres y en la gratuidad del autocontrol de la tensión arterial, entre otras actuaciones.
 - Involucrar a sanitarios del municipio para impartir los talleres formativos.
 - Aprovechar los recursos físicos y materiales de los que dispone el Ayuntamiento, salas de reuniones, ordenador, proyector, etc.

Social:

- Actividad abierta a toda la población que cumpla los criterios de inclusión, sin excepción por género o procedencia.
- Gratuidad del programa.

Económica:

- Se relacionan en tabla 1 los costes máximos estimados para llevar a cabo una edición del Fifty-Fifty con 30 personas, aunque estos costes podrían reducirse si se aprovechan los recursos técnicos, físicos y materiales existentes en el municipio según lo expuesto en los apartados anteriores ([véase Tabla 1](#)).

Descripción actividad	Compras	Servicios Exter.	Salas (2*)	Personal (3*)	Total
1.- ACTIVIDADES INFORMATIVAS, DIVULGATIVAS Y DE CAPTAC	500,00	1.000,00	0,00	1.200,00	2.700,00
Divulgación del proyecto (Pósters, radio, prensa local....)	500,00	1000			1.500,00
Horas de coordinador local (40h*30€/h)				1.200,00	1.200,00
2.- INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE PARTICIPANTES (1 sesión de 2h)	150,00	0,00	300,00	300,00	750,00
Sala, ordenador, proyector...(300€ * 1sesión)			300,00		300,00
Material difusión para participantes	150,00				150,00
Horas de coordinador local (10h*30€/h) (1*)				300,00	300,00
3.- FORMACIÓN DE PARTICIPANTES (6 Talleres de 2h)	1.800,00	1.800,00	1.800,00	1.800,00	7.200,00
Honorarios (150€/h*2h*6 talleres)		1.800,00			1.800,00
Sala, ordenador, proyector....(300€*6 talleres)			1.800,00		1.800,00
30 Tensiómetros (para la sesión de T.A.) (4*)	1.500,00				1.500,00
Material fungible (Fotocopias...)(50€*6talleres)	300,00				300,00
Horas de coordinador local (10h*6talleres*30€/h) (1*)				1.800,00	1.800,00
4.- SELECCIÓN DE LÍDERES (2 sesiones de 2h)	700,00	0,00	600,00	600,00	1.900,00
Sala, ordenador, proyector...(300€ * 2 sesiones)			600,00		600,00
Libretas de salud y libretas de registro de la T.A. (10€ u* (30libretas salud+ 30 libretas registro T.A.))	600,00				600,00
Material fungible (Fotocopias...)(50€*2sesiones)	100,00				100,00
Horas de coordinador local (10h*2*30€/h) (1*)				600,00	600,00
5.- FORMACIÓN DE LÍDERES (1 sesion de 3h)	50,00	450,00	300,00	300,00	1.100,00
Honorarios (150€/h* 3h)		450,00			450,00
Sala, ordenador, proyector...(300€*1sesion)			300,00		300,00
Material fungible (Fotocopias...)(50€*1sesión)	50,00				50,00
Horas de coordinador local (10h*1*30€/h) (1*)				300,00	300,00
6.- DINÁMICAS DE GRUPO	0,00	0,00	2.160,00	3.600,00	5.760,00
Alquiler salas (60€*1h*3gupos*12meses)			2.160,00		2.160,00
Horas de coordinador local (10h*12*30€/h) (1*)				3.600,00	3.600,00
7.- MOTIVACIÓN (1 sesión de 3h)	50,00	450,00	300,00	300,00	1.100,00
Honorarios (150€/h* 3h)		450,00			450,00
Sala, ordenador, proyector...(300€*1sesion)			300,00		300,00
Material fungible (Fotocopias...)(50€*1sesión)	50,00				50,00
Horas de coordinador local (10h*1*30€/h) (1*)				300,00	300,00
8.-VALORACIÓN DEL CAMBIO	50,00	480,00	0,00	600,00	1.130,00
Honorarios (30€/h* 8h cada valoración * 2 valoraciones)		480,00			480,00
Carnet de salud	50,00				50,00
Horas de coordinador local (10h*2*30€/h) (1*)				600,00	600,00
COSTES TOTALES	3.300,00	4.180,00	5.460,00	8.700,00	21.640,00
(1*) Incluye preparación					
(2*) No se tendrá que pagar alquiler de salas si hay disponibilidad en espacios municipales					
(3*) Se calcula en 270 las horas necesarias de coordinación. Se recomienda incluirlas en el Plan de Trabajo de un técnico de salud municipal					
(4*) Alternativamente se puede llegar a un acuerdo con el Centro de Salud o con alguna farmacia para que los participantes se tomen la T.A.					

En el caso de que la figura del coordinador local recaiga en un funcionario de la administración local, las horas dedicadas a la coordinación del programa no supondrían un coste extra del sueldo que percibe.

Tabla 1. Presupuesto para la ejecución de una edición del 50-50 para 30 personas

5.5. Reproducibilidad

El Programa con sus intervenciones, es fácilmente reproducible en cualquier municipio según los parámetros explicitados; podría, asimismo, reproducirse en entornos de trabajo o en otras instituciones.

En cualquier caso sería necesario analizar el contexto en el que se reproduciría el Programa Fifty-Fifty y realizar las adaptaciones oportunas dando respuestas a las siguientes preguntas, entre otras:

- ¿Quién es el actor institucional que impulsará el Programa Fifty-Fifty y se hará cargo de los costes?
- ¿De qué recursos técnicos, físicos y materiales se dispone?
- ¿Qué características tiene la población diana? ¿Debemos reforzar algún aspecto en función de las mismas?

Cualquier entorno comunitario en el que se pretenda mejorar la salud integral en las personas, para corregir hábitos de salud y auto-controlar los principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, permite aplicar el Programa Fifty-Fifty. A modo de ejemplo se enumeran los siguientes:

- a) *Municipios.* La experiencia piloto se ha desarrollado en siete municipios pudiendo volver a reproducirse con otros participantes de los mismos municipios o en nuevos municipios.
- b) *Entorno profesional.* Ya se está desarrollando una experiencia piloto de este mismo programa en empresas, con las ventajas que ofrece el lugar de trabajo: grupos más cohesionados por relaciones profesionales previas de los participantes, disponibilidad de espacios es el lugar de trabajo donde reunirse, mayor coincidencia de horarios, complicidad de RRHH para implementar el programa...
- c) *Entorno sanitario.* Los centros de salud y hospitales son idóneos para la captación de personas con factores de riesgo cardiovascular a través de los profesionales de la salud y posterior control médico de los participantes, lo que les convierte en centros clave para aplicar el programa.
- d) *Entorno educativo.* Los padres o la familia como modelos a seguir son clave en la educación por la salud de los hijos. El Programa Fifty-Fifty puede ayudar a corregir hábitos o estilos de vida poco saludables en el entorno familiar y el ámbito educativo facilitar la captación.

5.6. Aprovechamiento individual

Una persona de forma individual no podría llevar a cabo el Programa Fifty-Fifty en su totalidad, puesto que por un lado, es un programa comunitario cuya esencia es la estrategia de apoyo entre iguales y por otro lado, se necesita la participación de muchos agentes y recursos. Sin embargo una parte de la intervención sí puede ser reproducida a nivel particular.

A continuación se facilitan unas indicaciones para la utilización de recursos desarrollados en el programa que permitan la adquisición de hábitos en beneficio de la salud cardiovascular individual:

- Identificar qué factores de riesgo cardiovascular presenta la persona para centrar sus esfuerzos en aquellos que debe modificar.
Estos son: alimentación no saludable, sobrepeso/obesidad, sedentarismo, tabaquismo, tensión arterial elevada (*véase Ficha Técnica 2*).

- Auto formación para el conocimiento y la adquisición de un estilo de vida saludable mediante los recursos desarrollados en la intervención formativa del programa (*véase Ficha Técnica 3*).

Se recomienda que todas las personas realicen la auto formación incluida en el primer taller (“motivación para el cambio”) ya que es importante para promover el cambio de hábitos. Para el resto de talleres, la persona podrá elegir individualmente entre aquellos en los que necesite y quiera desarrollar conductas saludables para reducir sus propios factores de riesgo.

- Fijación de objetivos en base a las evidencias científicas previamente aprendidas en la formación. La persona reflexionará sobre los aspectos que debe cambiar en su vida diaria para la adquisición de hábitos saludables. Se puede ayudar de las libretas del Programa (*véase Anexo 4*).
 - Libreta de Salud del Programa Fifty-Fifty.
 - Libreta de Registro de Tensión Arterial.
- Realizar un seguimiento de los objetivos fijados para ver qué hábitos de salud (alimentación, actividad física y tabaquismo) y/o parámetros biológicos (IMC y tensión arterial) están siendo modificados. Este seguimiento se puede hacer mediante:
 - Ficha de Seguimiento individual (*véase Anexo 6*).
 - Seguimiento de los cambios utilizando el *Fuster-BEWAT score* que mide hábitos de salud (*véase Ficha Técnica 8*).

6. ESTANDARIZACIÓN DEL PROGRAMA FIFTY-FIFTY COMO “BUENA PRÁCTICA”

6.1. Autoevaluación de Buena Práctica

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI)⁴⁵, considera que “una buena práctica es aquella intervención o experiencia realizada que responde a las líneas estratégicas del Sistema Nacional de Salud (SNS), basada en el mejor conocimiento científico disponible, que haya demostrado ser efectiva, pueda ser transferible y represente un elemento innovador en el sistema sanitario”.

En base a esto, el Programa Fifty-Fifty cumple con los CRITERIOS COMUNES⁴⁶ que deberá reunir una BBPP según el Ministerio de Sanidad: adecuación; pertinencia; evaluación; basada en la evidencia científica; efectividad; posibilidad de transferencia; innovación; eficiencia; sostenibilidad; equidad; enfoque de género; participación; intersectorialidad y aspectos éticos, que facilite el proceso para su replicación en otros centros y ámbitos.

Se incluye a continuación un cuadro de autoevaluación de estos criterios:

CRITERIO	DEFINICIÓN	AUTOEVALUACIÓN
Adecuación	Se corresponde con las áreas y estrategias definidas.	Sí, enmarcada en la Estrategia NAOS.
Pertinencia	Sus objetivos se corresponden con las necesidades y características de la población a la que se dirige, con una norma reguladora. Hace referencia a los ámbitos de actuación prioritarios.	Los objetivos de mejorar los hábitos de salud cardiovascular y autocontrol de los factores de riesgo se ajustan a la población con factores de riesgo cardiovascular.
Evaluación	Está evaluada conforme a los objetivos planteados,	Sí, por medio de cuestionarios y medidas de salud cardiovascular ⁴⁴ .

	ofreciendo información sobre la situación antes y después de la intervención.	
Basada en el mejor conocimiento científico posible	Sustentada en estudios científicos de calidad o en una norma reguladora, con citas bibliográficas adecuadamente referenciadas.	El planteamiento de Programa Fifty-Fifty es el de una intervención basada en las últimas evidencias científicas, y en las recomendaciones de la Asociación Americana del Corazón y la Organización Mundial de la Salud (OMS), y avalado por su publicación científica del diseño y resultados del programa en revistas científicas de impacto ⁴⁴ .
Efectividad	Obtiene resultados positivos en condiciones reales, y se cumplen los objetivos planteados.	El Programa Fifty-Fifty ha demostrado ser efectivo. (<i>Véase apartado 4 del presente documento</i>)
Posibilidad de transferencia	Puede servir de modelo de aplicación en otros/diversos contextos, y la narración es lo suficientemente explícita para posibilitar la replicación y transferencia de la misma a otros contextos sanitarios.	La implementación en 7 municipios distintos así lo avala. En el presente documento se ha incluido la información necesaria para su transferibilidad.
Innovación	Implica la creación o modificación de una práctica.	La intervención de <i>grupo de pares</i> en pacientes sanos con indicadores de riesgo, se ha mostrado como una intervención innovadora y efectiva para cambiar hábitos de salud.
Eficiencia	Consigue los objetivos marcados optimizando los recursos existentes.	<i>Véase apartado 5.4 de Sostenibilidad</i> , donde se incluyen los recursos humanos y materiales.
Sostenibilidad	Se adapta a las necesidades sociales, económicas y medioambientales del contexto en el que se desarrolla y cuenta con apoyo de las instituciones implicadas.	Se especifican los recursos disponibles (humanos y materiales), memoria económica, capacitación, y profesionales necesarios para adaptarse a las necesidades. Se desarrolló con el apoyo de las instituciones públicas.
Equidad	Atención a las necesidades individuales y poblacionales en la asignación de los recursos para la reducción de las desigualdades en salud.	El programa es aplicable a toda persona de 25 a 50 años con factor de riesgo cardiovascular. De esta manera, se pretende reducir la vulnerabilidad de enfermedad, en esta franja de edad.
Enfoque de género	Se atiende al principio de igualdad de género en las diferentes fases del proceso.	El programa es aplicable a ambos géneros. Se han analizado los datos en función del género y no se han encontrado diferencias que justifiquen una aplicación del programa por género.

Participación	Contar con los agentes legítimamente interesados en la intervención.	Los participantes han tenido un rol activo y se han fortalecido las redes sociales y comunitarias. Se han compartido con ellos los resultados obtenidos, y se han incorporado en las propuestas de mejoras sus propuestas.
Intersectorialidad	Colaboración entre los diferentes sectores implicados.	Se involucra a agentes educativos (durante el desarrollo de los talleres) a servicios comunitarios (ayuntamiento y lugar donde se realizan las reuniones) y sector sanitario (para realizar las valoraciones).
Aspectos éticos	La intervención está éticamente fundamentada.	El proyecto científico ha sido aprobado por el <i>"Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario de La Princesa de la Comunidad de Madrid"</i>

6.2. Fichas técnicas

6.2.1. Captación

FICHA TÉCNICA 1 → CAPTACIÓN DE PARTICIPANTES

Objetivo: difundir entre la población el programa para captar potenciales participantes que deben ser personas sanas, entre 25 y 50 años, con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular: alimentación no saludable, sobrepeso/obesidad, sedentarismo, tabaquismo, tensión arterial elevada.

Se pretende que mejoren su salud integral corrigiendo sus hábitos de salud y autocontrolando los principales factores de riesgo.

Acciones de difusión:

En medios de comunicación:

- Locales: prensa, radio, televisión, etc.
- En las redes sociales de internet: Facebook, Twitter, Pinterest, Google Plus, MySpace, etc.

Otros medios de comunicación y soportes:

- Tablones de anuncios de ayuntamientos, centros de salud, etc.
- Videos explicativos para proyectar en Centros de Salud, Ayuntamiento, asociaciones...
- Folletos de difusión para repartir en Centros de Salud, Ayuntamiento, comercios, asociaciones...

Recursos humanos: el coordinador local es la persona adecuada para contactar con los medios de comunicación y con los potenciales participantes del programa. Además son figuras clave los profesionales de los centros de salud.

Recursos físicos: edición de materiales promocionales y otro tipo de soportes para las acciones de difusión que se diseñen (videos, etc.).

Véase [Anexo 1](#) con la cartelería desarrollada y folleto explicativo.

6.2.2. Inclusión y exclusión

FICHA TÉCNICA 2 → INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE PARTICIPANTES

Objetivo: analizar las solicitudes de participación recibidas para verificar si los participantes cumplen con los criterios de inclusión o de exclusión del programa que son los siguientes:

Criterios de inclusión:

- Ser personas sanas con una edad comprendida entre los 25 y los 50 años inclusive.
- Firmar el consentimiento informado (aceptación voluntaria para participar en el programa y conocimiento de los objetivos del mismo).
- Presentar al menos una de las siguientes características:
 - Sobrepeso u obesidad ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$).
 - Sedentarismo: realizar menos de 150 minutos de ejercicio físico moderado a la semana en periodos no inferiores a 10 minutos ²⁹.
 - Ser fumador.
 - Tener la tensión alta (Tensión arterial sistólica ≥ 140 y/o Tensión arterial diastólica $\geq 90 \text{ mmHg}$).

Criterios de exclusión:

- Incumplir cualquiera de los criterios de inclusión anteriormente enumerados.
- Embarazo al inicio o durante el desarrollo del programa.
- Historia de patología crónica diagnosticada antes o durante el programa:
 - Enfermedad cardiovascular.
 - Enfermedad cerebrovascular.
 - Diabetes mellitus.
 - Otras enfermedades metabólicas o endocrinas que requieren tratamiento continuo.
 - Oncología patológica.
 - Enfermedad inflamatoria intestinal.
 - Cualquier otra enfermedad de carácter crónico que requiere tratamiento continuo con fármacos inmunosupresores o terapia con corticosteroides.

Recursos humanos: el coordinador local es la persona adecuada para coordinar presentaciones del programa y gestionar impresos de inscripción.

Recursos físicos: ordenador, edición de impresos de inscripción.

Véase [Anexo 2](#) con presentación del programa y formulario de participación.

6.2.3. Intervención formativa. Talleres

FICHA TÉCNICA 3 → INTERVENCIÓN FORMATIVA DE LOS PARTICIPANTES

Objetivo: promoción de hábitos saludables entre los participantes para el conocimiento y la adquisición de un estilo de vida saludable y para el autocontrol de los principales factores de riesgo.

Acciones: se imparten 6 talleres formativos y motivacionales con información rigurosa técnica y eficaz adaptada a la población objeto de la intervención.

Los talleres, de 2 horas de duración, deben estar dirigidos por expertos en cada materia y deben alcanzar los siguientes objetivos:

- Motivación para el cambio
 - Identificar cómo se construyen los hábitos.
 - Reconocer las fases inherentes a un cambio.
 - Identificar los factores que originan las resistencias respecto a un cambio de hábitos.
 - Conocer qué pasos se tienen que seguir para llevar a cabo un cambio de hábitos.
 - Tomar conciencia de los factores internos y externos intrapsicológicos que inciden a favor o en contra de un cambio de hábitos.
 - Tomar conciencia de las actitudes personales necesarias para hacer realidad un cambio de hábitos.
- Gestión del estrés
 - Conocer qué es el estrés y cómo afecta a la salud.
 - Identificar situaciones de estrés personal y laboral.
 - Conocer técnicas de gestión del estrés.
 - Adquirir herramientas de gestión del estrés.
- Cesación tabáquica
 - Informar sobre el tabaquismo como enfermedad adictiva y crónica.
 - Informar sobre la prevalencia del tabaquismo en nuestro país y en Europa.
 - Presentar al tabaquismo como la principal causa de muerte evitable en España.
 - Informar sobre las diferentes enfermedades asociadas al consumo del tabaco.
 - Informar sobre los riesgos del tabaquismo pasivo.
 - Informar sobre los beneficios asociados al abandono el consumo del tabaco.
 - Informar sobre los tratamientos del tabaquismo (el objetivo es dejar de fumar, o al menos reducir el consumo de tabaco).
- Alimentación saludable
 - Definir el concepto de alimentación saludable.
 - Explicar las características de cada grupo de alimentos que componen la alimentación saludable y la frecuencia de consumo diario o semanal de cada uno de ellos.
 - Saber elaborar un menú saludable.
 - Aprender a planificar los menús de una semana.
- Actividad física
 - Comprender la importancia de un estilo de vida activo para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
 - Conocer las repercusiones orgánicas (beneficios y riesgos) de la práctica de ejercicio físico.

- Conocer las recomendaciones de actividad física cardiosaludable (recomendaciones de la OMS y del MSSSI).
- Diseñar programas de acondicionamiento físico saludable para la población adulta, en función de su estado de salud.
- Control de la tensión arterial
 - Conocer que es la Hipertensión Arterial (HTA) y la importancia de esta para la salud cardiovascular.
 - Conocer cómo se mide la tensión arterial y practicar su auto medida.
 - Conocer cómo se puede prevenir su aparición o controlarla en caso de ya estar presente.

El taller de motivación para el cambio tiene que ser el primero. El orden de los restantes es variable.

Recursos humanos: para impartir los talleres se requieren profesionales, con capacidades didácticas y buenos comunicadores, con los siguientes perfiles:

- Perfil 1:
 - Descripción: profesional con conocimientos para promover el cambio de hábitos y la gestión del estrés, conocimientos de los riesgos de las enfermedades y capacidad de ayudar a prevenir los riesgos de los malos hábitos de salud. Habilidades para la promoción de acciones preventivas.
 - Posible titulación: Licenciatura o Grado en psicología.
 - Talleres a impartir: *'motivación del cambio'* y *'gestión del estrés'*.
- Perfil 2:
 - Descripción: profesional/es de la salud con conocimientos de dependencia tabáquica y en tensión arterial. Conocimiento de los riesgos del tabaquismo y la hipertensión arterial.
 - Posible titulación: Licenciatura o Grado en medicina.
 - Talleres a impartir: *'cesación tabáquica'* y *'control de la tensión arterial'*.
- Perfil 3:
 - Descripción: profesional con conocimientos de los beneficios derivados de la actividad física y de los riesgos de no realizarla. Conocer las recomendaciones de la OMS y del MSSSI capacidad para promover este hábito.
 - Posible titulación: Licenciatura o Grado en ciencias de la actividad física y el deporte o en educación física.
 - Taller a impartir: *'práctica habitual de actividad física'*.
- Perfil 4:
 - Descripción: profesional con conocimientos de los beneficios derivados de una alimentación saludable y los riesgos derivados de no realizarla. Conocer las características de los alimentos y enseñar y promover el diseño de dietas cardiosaludables.
 - Posible titulación: Diplomatura o Grado en nutrición humana y dietética, Licenciatura o Grado en biología, farmacia, medicina, veterinaria.
 - Taller a impartir: *'alimentación saludable'*.

Recursos físicos: sala, proyector, ordenador, altavoces, pantalla, mesas, sillas, impresión de documentos para el desarrollo de los talleres, tensiómetros (para la sesión de tensión arterial).

Véase [Anexo 3](#) con presentaciones tipo de los 6 talleres y los recursos necesarios.

6.2.4. Selección de líderes y sublíderes

FICHA TÉCNICA 4 → SELECCIÓN DE LÍDERES Y SUBLÍDERES

Objetivo: dividir a los participantes en subgrupos de 7 a 12 personas y proceder, mediante una serie de actividades, a seleccionar a sus líderes y sublíderes.

Acciones: se desarrolla en un taller de 2 horas de duración:

- División de los participantes: se dividen en grupos de al menos 7 participantes y hasta 10 o 12 personas con franjas de edades similares.
Se sugiere además, si es posible, la distribución atendiendo a factores de riesgo (especialmente las personas que quieren dejar de fumar). Ello permitirá una mayor afinidad de los participantes del grupo. También si es posible y el número de participantes lo permite, se pueden agrupar por edades similares.
- Selección líder y sublíder: después de una explicación de las funciones del líder, cada subgrupo formado, a través de un *role-playing* (*Véase en Anexo 4 "ejemplo de guion para la sesión previa a la elección de líderes y sublíderes"*), selecciona su líder y su sublíder entre los participantes.

Nota: como se ha propuesto en la sección de mejoras, cuando las personas del grupo no se conocen entre ellas, se aconseja dedicar una sesión de 2 horas previa a la selección de líderes y sublíderes para realizar dinámicas participativas que permitan a las personas conocerse mejor y tener presentes los compromisos que implica ser líder/sublíder, para que los reflexionen antes de la sesión de elección.

Recursos humanos: es el coordinador local la persona idónea para llevar a cabo el desarrollo de este taller.

Recursos físicos: sala, proyector, ordenador, altavoces, pantalla, mesas, sillas, impresión de documentos para el *role-playing*, bolígrafos, hojas en blanco, libreta de salud, libreta de registro de la tensión arterial.

Véase [Anexo 4](#) con documento para la sesión de selección de líderes y sublíderes, funciones generales de un líder y un sublíder, listado de las características y funciones de un líder y de un sublíder, constitución del grupo, ejemplo de guion para la sesión previa a la elección de líderes y sublíderes, carnet de salud para los participantes, libreta de salud, libreta de registro de la tensión arterial y presentación tipo de la sesión.

Nota: En todo el material se utiliza el término líder/sublíder. Tal y como se explica en el apartado 5.3., se puede valorar el uso de otros términos como coordinador de grupo o dinamizador.

6.2.5. Formación de líderes y sublíderes

FICHA TÉCNICA 5 → FORMACIÓN DE LÍDERES Y SUBLÍDERES

Objetivo: formar específicamente a los líderes y sublíderes de los grupos en técnicas de liderazgo, coordinación de grupos y promoción de la salud.

Acciones: se desarrolla en un taller de 3 horas de duración en el que se les facilita:

- Conocer y aclarar dudas sobre las funciones de los líderes y sublíderes del grupo.
- Estrategias de liderazgo para implicar a los miembros del grupo.
- Práctica de estas estrategias en situaciones potencialmente reales.
- Toma de conciencia de las habilidades propias para influir positivamente en sus compañeros de grupo.
- Creación de vías de comunicación con el coordinador y otros líderes o sublíderes.

Recursos humanos: el profesional necesario para impartir este taller es del perfil tipo 1 (véase *ficha técnica 3*).

Recursos físicos: sala, proyector, ordenador, altavoces, pantalla, impresión de documentos para el *role-playing*, bolígrafos, mesas, sillas, hojas en blanco, hoja de seguimiento del grupo.

Véase [Anexo 5](#) con el manual del líder y del sublíder, la presentación tipo taller formación de líderes y sublíderes, el guión del taller de liderazgo, la pauta del participante y el desarrollo del taller según presentación.

Nota: En todo el material se utiliza el término líder/sublíder. Tal y como se explica en el apartado 5.3., se puede valorar el uso de otros términos como coordinador de grupo o dinamizador.

6.2.6. Intervención con dinámicas de grupo

FICHA TÉCNICA 6 → INTERVENCIÓN CON DINÁMICAS DE GRUPO

Objetivo: apoyo entre iguales para promover hábitos de salud.

Acciones: se desarrollan al menos en 12 sesiones anuales, una cada mes, en la que cada uno de los grupos se reúne coordinados por su líder. Estas reuniones son la base de la educación entre iguales y tienen una duración aproximada de 2 horas.

Los participantes se reúnen para compartir experiencias, problemas comunes, conocimientos asociados a los hábitos de salud, cambios en sus hábitos y se proporcionan apoyo mutuo.

Además, y sin que esto sea una actividad obligatoria, los participantes pueden decidir organizar actividades extra entre ellos o incluso con los miembros de otros grupos.

Recursos humanos: los participantes se reúnen solos. Simplemente comunican al coordinador la fecha en la que se han reunido y la evolución general para que este pueda llevar un seguimiento. Es importante que los participantes asuman que el concepto de apoyo entre iguales, lleva implícito la no tutorización del grupo por personal externo al grupo.

Recursos físicos: sala, ficha de seguimiento individual, ficha de seguimiento de grupo. Se puede ofrecer otro tipo de recursos a los participantes como por ejemplo un Facebook (pero debe dinamizarse este espacio aportando contenidos de manera regular), un tablón de anuncios para facilitar la interacción de los grupos y ayudarles a compartir actividades.

Véase [Anexo 6](#) con la ficha de seguimiento individual y la ficha de seguimiento de actividades del grupo.

6.2.7. Sesión motivacional

FICHA TÉCNICA 7 → SESIÓN MOTIVACIONAL

Objetivo: reforzar la motivación y el compromiso de los líderes y sublíderes y participantes en el Programa Fifty-Fifty mediante una serie de actividades y ofreciéndoles herramientas que pueden servir de ayuda.

Acciones: una sesión de 3 horas dividida en dos partes: la primera parte solamente con los líderes y sublíderes, la segunda con todos los participantes del grupo.

- Para líderes y sublíderes de grupo (1,5 horas)

Los objetivos secundarios son:

- Recordar que es un programa avalado con resultados científicos y la metodología de *peer group* (ayuda entre iguales).
- Hacer conscientes los logros (lo que sí funciona).
- Expresar los desafíos/retos y buscar soluciones (lo que no funciona y cómo superarlo).
- Afianzar el rol del líder/sublíder: qué se espera de ellos/qué no es necesario realizar (disminuir ideales, y valorar los pequeños pasos y éxitos).
- Proporcionar herramientas prácticas para lograr la meta (hacer conscientes las estrategias de los grupos que funcionan, y practicar algún recurso motivacional que les pueda ser de utilidad).
- Es una oportunidad para compartir, por medio de imágenes, sus sentimientos con otros líderes/sublíderes cuando llevan a cabo sus funciones.

- Para todos los participantes (1,5 horas)

Los objetivos secundarios son:

- Recordar que es un programa avalado con resultados científicos y la metodología de *peer group* (ayuda entre iguales).
- Fortalecer el grupo.
- Fijar nuevos objetivos, revisar vías de comunicación y participación en las actividades.
- Facilitar un espacio para que los líderes y sublíderes compartan con sus grupos las soluciones y estrategias encontradas en la sesión anterior para los desafíos detectados.
- Los participantes se dividen en sus respectivos grupos y exponen sus logros. Todos juntos buscan estrategias a las dificultades que surgieron en el grupo y planean cómo van a continuar. En esta sesión se les facilitan herramientas de ayuda para continuar con el programa. La puesta en común final de cada grupo hacia los demás grupos es importante como refuerzo de los logros conseguidos, e intercambio de estrategias y soluciones entre grupos.

Recursos humanos: el profesional necesario para impartir este taller es el perfil tipo 1 (véase *ficha técnica 3*).

Recursos físicos: sala, proyector, ordenador, altavoces, pantalla, impresión de imágenes/fotos, bolígrafos, hojas en blanco, sillas y mesas.

Véase [Anexo 7](#) con las presentaciones tipo de las dos sesiones, el guión para su desarrollo y los recursos necesarios.

6.2.8. Valoración del cambio

FICHA TÉCNICA 8 → VALORACIÓN DEL CAMBIO

Objetivo: evaluar el cambio de hábitos de salud (actividad física, hábitos de alimentación y tabaquismo) y en los parámetros biológicos (IMC y tensión arterial) de los participantes del programa.

Acciones: todos los participantes se valoran al inicio y al final del programa (después de recibir la intervención).

Para ello se utilizará el ***Fuster-BEWAT score*** que recoge datos de tensión arterial, actividad física, peso y talla, hábitos de alimentación y tabaquismo.

Esta escala sirve tanto para evaluar científicamente los cambios, como para que cada persona pueda autoevaluar su evolución y lo utilice como herramienta de motivación.

Recursos humanos: profesionales externos o los propios participantes.

Recursos físicos: cumplimentar y calcular manualmente o a través de una aplicación *on line*.

Véase **Anexo 8** con las preguntas del *Fuster-BEWAT score* y su puntuación.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial*. 61ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. Punto 11.5 del orden del día provisional. 2008.
2. Franco M, Cooper R, Bilal U, Fuster V. Control de los factores de riesgo coronarios y terapias basadas en la evidencia: esfuerzos coordinados para la prevención cardiovascular en España. *Rev Esp Cardiol*. Nov 2011;64(11):962-964.
3. (INE) INdE. Defunciones según la causa de muerte. Año 2012. Nota de Prensa del INE; 2014.
4. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Evaluación y seguimiento de la Estrategia NAOS: conjunto mínimo de indicadores. 2013.
5. Commission E. Special Eurobarometer 385. Attitudes of Europeans Towards Tobacco Report Fieldwork: February - March 2012 2012.
6. Eckel RH, Jakicic JM, Ard JD, et al. 2013 AHA/ACC guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. Jun 24 2014;129(25 Suppl 2):S76-99.
7. Lloyd-Jones DM, Hong Y, Labarthe D, et al. Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: the American Heart Association's strategic Impact Goal through 2020 and beyond. *Circulation*. Feb 2 2010;121(4):586-613.
8. Moyer VA, Force USPST. Behavioral counseling interventions to promote a healthful diet and physical activity for cardiovascular disease prevention in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. Sep 4 2012;157(5):367-371.
9. Thompson PD, Franklin BA, Balady GJ, et al. Exercise and acute cardiovascular events placing the risks into perspective: a scientific statement from the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism and the Council on Clinical Cardiology. *Circulation*. May 1 2007;115(17):2358-2368.
10. Ahmed HM, Blaha MJ, Nasir K, et al. Low-risk lifestyle, coronary calcium, cardiovascular events, and mortality: results from MESA. *Am J Epidemiol*. Jul 1 2013;178(1):12-21.
11. Heath GW. The role of the public health sector in promoting physical activity: national, state, and local applications. *J Phys Act Health*. Nov 2009;6 Suppl 2:S159-167.
12. Karwalajtys T, Kaczorowski J. An integrated approach to preventing cardiovascular disease: community-based approaches, health system initiatives, and public health policy. *Risk Manag Healthc Policy*. 2010;3:39-48.
13. Kuller LH. On reconsidering community-based health promotion. *Am J Public Health*. Aug 2003;93(8):1201; author reply 1201-1202.
14. Matson-Koffman DM, Brownstein JN, Neiner JA, Greaney ML. A site-specific literature review of policy and environmental interventions that promote physical activity and nutrition for cardiovascular health: what works? *Am J Health Promot*. Jan-Feb 2005;19(3):167-193.
15. Wu CJ, Chang AM, Courtney M, Kostner K. Peer supporters for cardiac patients with diabetes: a randomized controlled trial. *Int Nurs Rev*. Sep 2012;59(3):345-352.
16. Ibrahim N, Rampal L, Jamil Z, Zain AM. Effectiveness of peer-led education on knowledge, attitude and risk behavior practices related to HIV among students at a Malaysian public university--a randomized controlled trial. *Prev Med*. Nov 2012;55(5):505-510.

17. Groh DR JL, Keeys CB. Social network variables in Alcoholics Anonymous: a literature review. *Clin Psychol Rev.* 2008;28(3):430-450.
18. Heisler M. Different models to mobilize peer support to improve diabetes self-management and clinical outcomes: evidence, logistics, evaluation considerations and needs for future research. *Fam Pract.* Jun 2010;27 Suppl 1:i23-32.
19. Solomon P. Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatr Rehabil J.* Spring 2004;27(4):392-401.
20. Funnell MM. Peer-based behavioural strategies to improve chronic disease self-management and clinical outcomes: evidence, logistics, evaluation considerations and needs for future research. *Fam Pract.* Jun 2010;27 Suppl 1:i17-22.
21. Funnell MM. Peer support, education, and mentoring. *Diabetes Self Manag.* Sep-Oct 2010;27(5):8, 11-13.
22. CAfDaTi H. Peer Support for Diabetes, Heart Disease and HIV/AIDS: A Review of the Clinical Effectiveness, Cost-effectiveness, and Guidelines. 2013.
23. Clifford A, Pulver LJ, Richmond R, Shakeshaft A, Ivers R. Smoking, nutrition, alcohol and physical activity interventions targeting Indigenous Australians: rigorous evaluations and new directions needed. *Aust N Z J Public Health.* Feb 2011;35(1):38-46.
24. Smith PJ, Blumenthal JA, Babyak MA, et al. Effects of the dietary approaches to stop hypertension diet, exercise, and caloric restriction on neurocognition in overweight adults with high blood pressure. *Hypertension.* Jun 2010;55(6):1331-1338.
25. Elmer PJ, Obarzanek E, Vollmer WM, et al. Effects of comprehensive lifestyle modification on diet, weight, physical fitness, and blood pressure control: 18-month results of a randomized trial. *Ann Intern Med.* Apr 4 2006;144(7):485-495.
26. Simmons D, Prevost AT, Bunn C, et al. Impact of Community Based Peer Support in Type 2 Diabetes: A Cluster Randomised Controlled Trial of Individual and/or Group Approaches. *PLoS One.* 2015;10(3):e0120277.
27. Goldfinger JZ, Arniella G, Wylie-Rosett J, Horowitz CR. Project HEAL: peer education leads to weight loss in Harlem. *J Health Care Poor Underserved.* Feb 2008;19(1):180-192.
28. Su TT, Majid HA, Nahar AM, et al. The effectiveness of a life style modification and peer support home blood pressure monitoring in control of hypertension: protocol for a cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health.* 2014;14 Suppl 3:S4.
29. OMS. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. 2010.
30. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Actividad física para la salud y reducción del sedentarismo. Recomendaciones para la población. 2015.
31. McLeroy KR, Norton BL, Kegler MC, Burdine JN, Sumaya CV. Community-based interventions. *Am J Public Health.* Apr 2003;93(4):529-533.
32. Hallal PC, Victora CG. Reliability and validity of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). *Med Sci Sports Exerc.* Mar 2004;36(3):556.
33. Fagerstrom K, Russ C, Yu CR, Yunis C, Foulds J. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence as a predictor of smoking abstinence: a pooled analysis of varenicline clinical trial data. *Nicotine Tob Res.* Dec 2012;14(12):1467-1473.
34. Richmond RL, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction.* Aug 1993;88(8):1127-1135.
35. Estruch R, Ros E, Salas-Salvado J, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med.* Apr 4 2013;368(14):1279-1290.
36. Jenkinson C, Coulter A, Wright L. Short form 36 (SF36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age. *BMJ.* May 29 1993;306(6890):1437-1440.
37. Glanz K, Bishop DB. The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions. *Annu Rev Public Health.* 2010;31:399-418.

38. A. Bandura, ed. *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York, NY:W.H. Freeman; 1997.
39. Prochaska JO, Velicer WF, Fava JL, Rossi JS, Tsoh JY. Evaluating a population-based recruitment approach and a stage-based expert system intervention for smoking cessation. *Addict Behav.* Jul-Aug 2001;26(4):583-602.
40. Buffels J, Degryse J, Decramer M, Heyrman J. Spirometry and smoking cessation advice in general practice: a randomised clinical trial. *Respir Med.* Nov 2006;100(11):2012-2017.
41. Prochaska JO, Butterworth S, Redding CA, et al. Initial efficacy of MI, TTM tailoring and HRI's with multiple behaviors for employee health promotion. *Prev Med.* Mar 2008;46(3):226-231.
42. Riebe D, Greene GW, Ruggiero L, et al. Evaluation of a healthy-lifestyle approach to weight management. *Prev Med.* Jan 2003;36(1):45-54.
43. Johnson SS, Paiva AL, Cummins CO, et al. Transtheoretical model-based multiple behavior intervention for weight management: effectiveness on a population basis. *Prev Med.* Mar 2008;46(3):238-246.
44. Gomez E, Fernández-Alvira JM, Vilanova M, Haro D, Martínez R, Carvajal I, Carral V, Rodríguez C, de Miguel M, Bodega P, Santos-Beneit G, Peñalvo JL, Marina I, Pérez-Farinós N, DalRe M, Villar C, Robledo T, Vedanthan R, Bansilal S, Fuster V. A comprehensive lifestyle peer-group-based intervention on cardiovascular risk factors: The randomized controlled Fifty-Fifty program. *J Am Coll Cardiol* 2016 (in press). <http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=2468916>
45. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Procedimiento para recogida de buenas prácticas en el Sistema Nacional de Salud. 2003.
46. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Procedimiento para recogida de buenas prácticas en el Sistema Nacional de Salud. 2015.

8. ANEXOS (*Ver documento ANEXOS*)

Anexo 1: Captación de participantes

- 1.1. Cartelería desarrollada
- 1.2. Folleto explicativo
- 1.3. Diseño folleto explicativo

Anexo 2: Inclusión y exclusión de participantes.

- 2.1. Presentación del programa en la sesión de captación
- 2.2. Formulario de participación

Anexo 3: Intervención formativa- talleres.

- 3.1. Presentaciones tipo de los 6 talleres
 - 3.1.1 Motivación para el cambio
 - 3.1.2 Alimentación saludable
 - 3.1.3 Actividad física
 - 3.1.4 Deshabituación tabáquica
 - 3.1.5 Gestión del estrés
 - 3.1.6 Tensión arterial
- 3.2. Recursos necesarios para los talleres

Anexo 4: Selección de líderes y sublíderes

- 4.1. Dinámica de la sesión de selección de líderes y sublíderes (coordinador)
- 4.2. Dinámica de la sesión (participante)
- 4.3. Funciones generales de un líder y un sublíder
- 4.4. Lista de características de un líder
- 4.5. Constitución del grupo
- 4.6. Sesión previa a la selección de líderes y sublíderes
- 4.7. Carnet de Salud Fifty-Fifty
- 4.8. Libreta de Salud Fifty-Fifty
- 4.9. Libreta de Registro de Tensión Arterial
- 4.10. Presentación sesión selección de líderes

Anexo 5: Formación de líderes y sublíderes

- 5.1. Manual del líder y del sublíder
- 5.2. Presentación tipo taller formación de líderes y sublíderes
- 5.3. Guión taller de liderazgo
- 5.4. Taller de liderazgo. Pauta del participante
- 5.5. Desarrollo del taller según presentación

Anexo 6: Intervención con dinámicas de grupo

- 6.1. Ficha de seguimiento individual
- 6.2. Ficha de seguimiento de actividades del grupo

Anexo 7: Sesión motivacional.

7.1. Líderes y Sublíderes:

- 7.1.1. Presentación taller motivacional de líderes y sublíderes
- 7.1.2. Desarrollo según la presentación
- 7.1.3. Guion taller motivación de líderes y sublíderes
- 7.1.4. Cuentos para motivar
- 7.1.5. Hoja de planificación
- 7.1.6. Pauta del participante
- 7.1.7. Recursos para dificultades
- 7.1.8. Fotos para la sesión

7.2. Participantes:

- 7.2.1. Presentación taller motivacional de participantes
- 7.2.2. Guion taller motivación de participantes

Anexo 8: Valoración del cambio.

8.1. Fuster BEWAT score