

# Revisión-Medicina del Estilo de Vida y sus signos vitales en la práctica clínica

**Autores:** Andrés Glasinovic <sup>(1,6)</sup>, María Trinidad Kast <sup>(2)</sup>, Jose Pedro Alday <sup>(2)</sup>, Alicia Hidalgo <sup>(3)</sup>, Jan Salazar <sup>(4)</sup>, María Larraín <sup>(5)</sup>

<sup>1</sup> Médico Familiar, Profesor Asociado, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Chile

<sup>2</sup> Estudiante de medicina, Escuela de Medicina, Universidad de Los Andes, Chile

<sup>3</sup> Médico Cirujano, Hospital Intercultural Kallvu Llanka

<sup>4</sup> Médico Cirujano, CESFAM J. M. Balmaceda

<sup>5</sup> Médico Residente de medicina familiar, mención persona mayor, Universidad de Los Andes, Chile

<sup>6</sup> Departamento de Medicina Familiar y APS, Universidad de Los Andes, Chile

DOI: 10.82238/rscuandes.0401.08

## Resumen

**Introducción:** La *Medicina del Estilo de Vida* (MEV) es una disciplina que se enfoca en ayudar a personas mediante intervenciones en base a sus 6 pilares, optimizando hábitos saludables para mejorar el estado de salud y calidad de vida, con herramientas basadas en evidencia. **Objetivo:** Revisar el estado del arte de la MEV, los seis pilares que la componen y sus respectivos signos vitales, para entregar recomendaciones prácticas y breves para su implementación en la atención ambulatoria por parte de profesionales de la salud. **Metodología:** Revisión narrativa de la literatura, centrada en los pilares de la medicina del estilo de vida, sus signos vitales y las teorías de cambio de hábitos, ilustrando su aplicabilidad en la práctica clínica ambulatoria. **Resultados:** Se describen los seis pilares de la MEV, además se propone una manera práctica de cómo un profesional de la salud en la consulta ambulatoria podría preguntar por sus signos vitales, evaluar la etapa del cambio de hábito y el uso de herramientas clínicas en la MEV, para facilitar las acciones de salud de manera práctica y que integren la MEV a la práctica clínica mediante cinco simples pasos. **Conclusión:** La MEV ofrece un enfoque preventivo basado en evidencia para abordar problemas de salud crónicos desde la raíz, por medio del cambio de hábitos y conductas saludables. Su incorporación en la consulta ambulatoria de manera complementaria a la práctica médica tradicional, es posible mediante herramientas y estrategias factibles de implementar, como la evaluación abreviada de

los signos vitales del estilo de vida, el uso de herramientas para el cambio de conducta y la prescripción de estilos de vida con enfoque coach.

**Palabras claves:** Estilos de vida, Prevención, Signos vitales, Práctica Clínica Basada en la Evidencia

### **Abstract**

**Background:** Lifestyle Medicine (LM) is a discipline that focuses on helping people through interventions based on its 6 pillars, optimizing healthy habits to improve health status and quality of life, with evidence-based tools. **Objective:** To review the state of the art of LM, the six pillars that comprise it and their respective vital signs, to provide practical and brief recommendations for its implementation in outpatient care by healthcare professionals. **Method:** This article provides a narrative review of the literature, focusing on the pillars of lifestyle medicine, its vital signs, and theories of lifestyle change, illustrating its applicability in outpatient clinical practice. **Results:** This article describes the six pillars of LM and proposes a practical approach for an outpatient clinician to inquire about vital signs, assess the stage of lifestyle change, and use clinical tools in LM to facilitate practical health actions. Finally, a brief and concrete approach is proposed for health professionals to integrate LM in clinical practice through five simple steps. **Conclusion:** Lifestyle medicine offers an evidence-based preventative approach to address chronic health problems at their root causes through healthy lifestyle and behavior change. Its incorporation into outpatient consultations, as a complement to traditional medical practice, is possible through feasible tools and strategies, such as the abbreviated assessment of lifestyle vital signs, the use of tools for behavior change and lifestyle prescriptions with a coaching approach.

**Keywords:** Lifestyle, Healthy Lifestyle, vital signs, Evidence Based Practice

## Introducción

La *Medicina del Estilo de Vida* (MEV) es una disciplina que se enfoca en ayudar a las personas mediante intervenciones en base a sus 6 pilares (Figura 1), optimizando hábitos saludables que logran mejorar el estado de salud y la calidad de vida, con herramientas basadas en evidencia (1, 2).

Esta disciplina ha demostrado ser efectiva en la prevención, manejo e incluso reversión de algunas patologías que conllevan la mayor morbilidad global, tales como hipertensión arterial, diabetes tipo 2, enfermedad coronaria y obesidad (1, 2). Es más, se estima que alrededor de un 80% de las enfermedades crónicas no transmisibles podrían prevenirse llevando un estilo de vida más saludable (2, 5).

Figura 1, Los 6 pilares de la Medicina del Estilo de Vida.



*Elaboración propia a partir de "American College of Lifestyle Medicine" (2).*

La MEV hace énfasis en estas seis áreas de intervención, porque son factores de riesgo conocidos para múltiples enfermedades crónicas y, además, son optimizables. Es importante destacar, que los pilares de la MEV no hacen referencia a cómo implementarlos en cada persona individualmente, ya que esto dependerá de cada persona y cada caso en particular (3).

Se han realizado múltiples estudios analizando los distintos outcomes de la modificación de los cambios del estilo de vida, demostrando una alta efectividad de estos en la reducción del riesgo cardiovascular, tasas de mortalidad y de eventos coronarios, además de un aumento de la expectativa de vida. Una revisión sistemática del JBI Evidence Synthesis publicada el 2024 concluyó que las intervenciones en el estilo de vida tienen un impacto positivo en la tasa absoluta de riesgo cardiovascular y, menciona que se pueden utilizar diversas herramientas de detección validadas para monitorear, evaluar y comunicar los cambios en la puntuación absoluta del riesgo después de la modificación del estilo de vida (4).

A nivel global, más de la mitad de las muertes anuales se relacionan a enfermedades relacionadas con el estilo de vida, siendo los factores de riesgo más importantes un IMC elevado, hipertensión arterial, tabaquismo y valores elevados de glicemia (5,6). En Chile, la realidad es similar, con una enorme tasa de sobrepeso, sedentarismo, consumo de alcohol de riesgo y tabaquismo, asociada a una alta proporción de mortalidad por causas cardiovasculares (5, 25).

El objetivo de este artículo es proporcionar al lector una mirada práctica sobre el estado del arte de la MEV y los seis pilares que la componen con sus respectivos signos vitales, con el fin de brindar estrategias y recomendaciones aplicables a los profesionales de salud para su implementación de manera breve en la consulta ambulatoria.

Esta revisión narrativa intenta mostrar la literatura y evidencia clave sobre la MEV y sus signos vitales en la práctica clínica con el fin de proponer un marco conceptual innovador y vanguardista para un contexto ambulatorio en que se cuenta no más de 30 minutos de atención. Los libros y artículos científicos han sido seleccionados a criterio del equipo investigador en base a las contribuciones teórico prácticas más relevantes en la disciplina de la MEV a la fecha y que tienen el potencial de ser aplicadas de manera simple

y breve en la consulta ambulatoria por un profesional de la salud. Sumado a lo anterior, el autor integra en esta revisión narrativa, contribuciones propias basadas en la experiencia clínica y docente en el campo de la MEV, la medicina preventiva y la medicina familiar.

Las fuentes consultadas, incluyeron las bases de datos PubMed, Scopus y Web of Science, además de libros en que el tema principal era la aplicación práctica de la MEV por profesionales de la salud, publicados entre el año 2010 y el año 2025 en idioma inglés y español. Este artículo pretende ser una síntesis de la materia, guiada por la experiencia clínica y docente del autor, con el fin de estimular la docencia y aplicación clínica por estudiantes y profesionales de la salud, en el campo de la MEV.

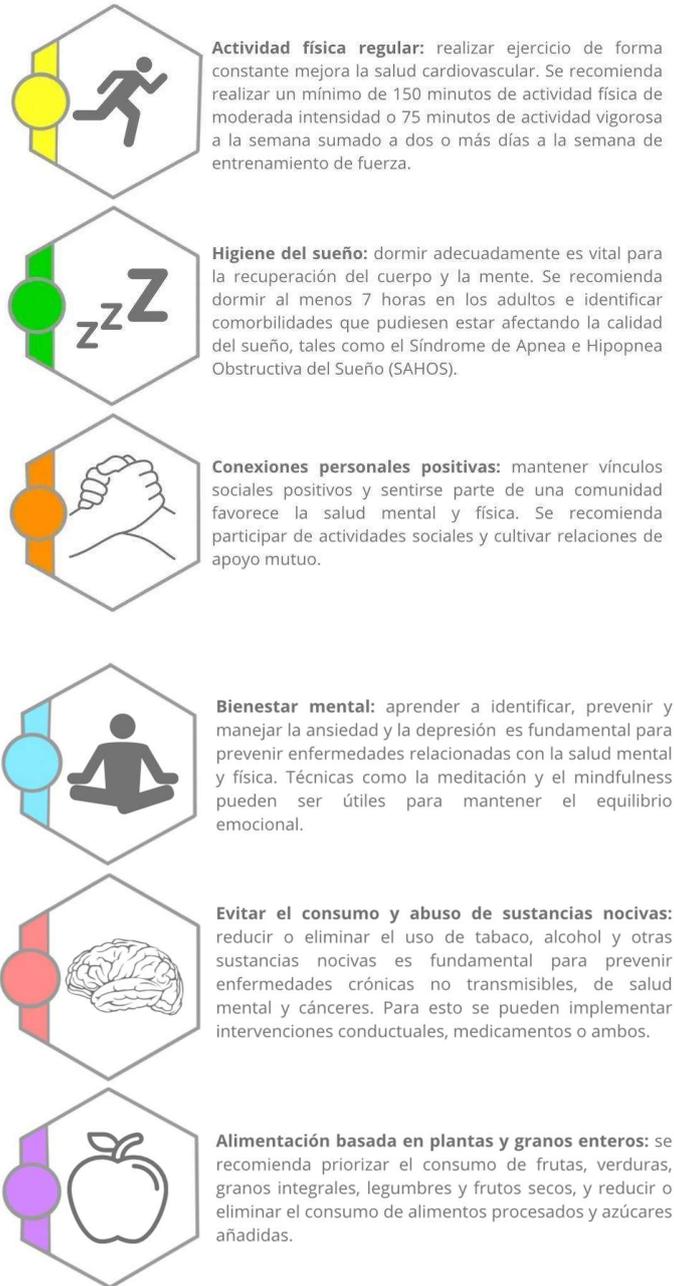
## **Desarrollo**

### **Descripción y principales recomendaciones de los pilares Medicina del estilo de vida**

Según la American College of Lifestyle Medicine, considerada como uno de los principales referentes mundiales en la materia, la MEV se enfoca en los 6 pilares del estilo de vida para mejorar la salud, los cuales son: alimentación basada en plantas y granos enteros, aumentar la actividad física, estrategias para manejar el estrés, formar y mantener relaciones interpersonales, evitar sustancias de riesgo y mejorar el sueño (2).

Para poder explicar en simple los 6 pilares de la Medicina del Estilo de Vida, en la Figura 2, se describen estos 6 pilares, junto a sus principales recomendaciones para la práctica clínica.

**Figura 2, Descripción y recomendaciones de los 6 pilares de la MEV.**



*Elaboración propia en base a las recomendaciones de la “American College of Lifestyle Medicine” (2).*

A diferencia del modelo de atención de medicina tradicional, el cual tiene un enfoque más biomédico, la MEV tiene un foco más biopsicosocial, preventivo y holístico, orientado al abordaje de las causas subyacentes de la enfermedad (1,2). Para esto, el profesional de la salud utiliza un enfoque coach, guiando y entregando conocimiento y habilidades a las personas para generar cambios efectivos en sus estilos de vida. Cabe destacar que este proceso de cambio de hábitos, siempre debe ir acompañado de una conducta activa por parte del paciente (1,3).

En la Tabla 1, se resumen las diferencias entre el modelo de atención tradicional o biomédico y la MEV.

**Tabla 1. Comparación entre el modelo de la Medicina Tradicional y la Medicina del Estilo de Vida.**

<b>Medicina Tradicional</b>	<b>Medicina del Estilo de Vida</b>
Énfasis en el diagnóstico y tratamiento farmacológico y/o quirúrgico.	Énfasis en la prevención, diagnóstico, tratamiento no farmacológico y en promover cambios de conducta.
Se centra más en los síntomas y signos de una enfermedad, más que en sus causas.	Se centra más en los hábitos y estilos de vida que causan enfermedades.
El paciente tiene un rol más pasivo en el cuidado de su salud.	El paciente tiene un rol más activo en el cuidado de su salud.
La relación médico paciente tiende a ser más vertical.	La relación médico paciente tiende a ser más horizontal.
El médico se enfoca en el diagnóstico biológico y en la intervención correspondiente para tratar la enfermedad.	El médico educa, guía y apoya a los pacientes para que ellos realicen cambios de conducta terapéuticos.
Los fármacos son habitualmente la primera línea de tratamiento y los cambios de estilo de vida son usados como un complemento.	Los cambios en estilos de vida son habitualmente la primera línea de tratamiento y los fármacos son usados como un complemento.
El paciente debe adherir al tratamiento farmacológico para tratar su enfermedad.	El paciente debe realizar cambios de conducta significativos para tratar las causas más profundas de su enfermedad.
El entorno y metas del paciente habitualmente no son factores tan relevantes.	El entorno y metas del paciente son siempre factores muy relevantes en su salud.

*Elaboración propia a partir de Yeh B (3).*

Como se ha estado mencionando anteriormente, el objetivo de la MEV es generar cambios en los hábitos y en las conductas de las personas, propiciando estilos de vida saludables. Sin embargo, el éxito de las intervenciones sobre los estilos de vida depende de comprender y abordar los siguientes elementos claves sobre los cambios de conducta junto con el modelo transteórico del cambio (7,10).

### **Elementos claves sobre los cambios de conducta**

**1. Creencias y emociones sobre riesgos y beneficios de la conducta.** Se refiere a las percepciones individuales sobre los riesgos y beneficios asociados con una conducta particular. Estas percepciones están moldeadas por experiencias personales, influencias culturales e información recibida de diversas fuentes. Las emociones negativas asociadas con los riesgos de las conductas poco saludables pueden ser poderosos motivadores para el cambio, pero también es necesario abordar las emociones positivas asociadas con los aparentes beneficios de la conducta poco saludable (5).

**2. Motivación al cambio.** La motivación es un factor muy relevante que influye en el cambio de conducta de salud (8). Para evaluar este elemento, se recomienda preguntar por la importancia percibida de hacer un cambio en un hábito en específico (9,10), lo cual se puede hacer con la siguiente pregunta: “En una escala de 1 a 10, siendo la nota 10 lo más importante para usted en la vida actualmente, y un 1 lo menos importante, ¿qué nota le pone actualmente?”.

**3. Autoeficacia.** La autoeficacia se refiere a la confianza que tiene una persona en su capacidad para ejecutar con éxito las conductas necesarias para alcanzar una meta específica. Una alta autoeficacia se asocia con una mayor persistencia y éxito en el cambio de conducta (9,10). En la práctica clínica, este elemento se podría evaluar con el siguiente ejemplo: “En una escala del 1 al 10, siendo la nota 10 igual a la máxima confianza en que se puede lograr el cambio, y la nota 1 igual a casi nada de confianza para lograr el cambio, ¿qué nota se pone actualmente?”.

Algunos ejemplos de las intervenciones que pueden aumentar la autoeficacia son (5,9,10):

- Proporcionar habilidades y conocimientos para el logro de la conducta deseada.

- Ofrecer refuerzo positivo: dar ánimo y retroalimentación cuando se observan avances para mejorar la confianza para el logro del objetivo.
- Mostrar modelos exitosos.
- Establecer metas realistas: asegurar que las metas sean desafiantes pero alcanzables.

**4. Influencia del Entorno.** El entorno social juega un papel importante en la influencia del comportamiento. Las normas sociales como, por ejemplo, la prohibición de fumar en espacios públicos cerrados, han mostrado ser efectivos para disminuir el consumo de tabaco (8, 9). El apoyo social de la familia, amigos y comunidad es crucial para el éxito de los cambios de hábitos. En especial, el hecho de dar cuenta del logro de resultados a otras personas cercanas al paciente, puede ayudar al cambio de hábitos (8). Los elementos claves comunes de las teorías de cambio de las conductas en salud (10), se ilustran en la Figura 3.

Figura 3. Elementos claves comunes de las teorías de cambio de las conductas de salud.



Elaboración propia a partir de Kelly R (10).

## Etapas del cambios de hábitos en salud

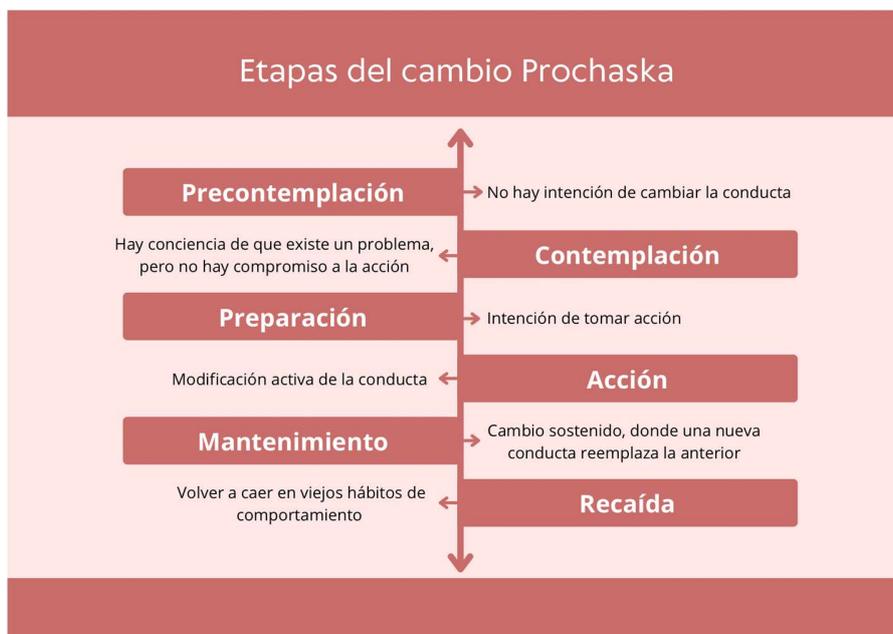
Una vez comprendidos los elementos claves de las teorías del cambio de las conductas, es importante poder distinguir las etapas del cambio, con el fin de poder realizar una intervención adecuada y lograr movilizar a las personas de una etapa a otra. Las etapas del cambio, son parte del modelo transteórico del cambio de su autor original Prochaska(7). Este modelo explica cómo las personas modifican o adoptan un comportamiento, de forma gradual y dinámica, pasando por diferentes etapas antes de consolidar dicho cambio (11). Este modelo se divide en 5 etapas: Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento, las cuales se resumen brevemente en la Figura 4. Cabe destacar que tanto la etapa de Precontemplación y Contemplación, corresponden a las etapas iniciales, donde la persona puede no estar considerando activamente realizar un cambio de conducta. Por lo anterior, no se debería realizar un plan estructurado de cambio, sino más bien, educar a la persona y motivar hacia un avance de etapa (12). Las 6 etapas del cambio se describen con mayor profundidad a continuación:

- **Precontemplación:** la persona no es consciente de que su conducta es un problema y no está dispuesta a cambiarla en un corto o mediano plazo. En esta etapa es importante evitar etiquetar y/o confrontar al paciente, excepto si hay riesgo vital para el mismo. Se debe dar la opinión profesional y educar sobre los riesgos de su conducta actual, dejando abierto a consultar por el tema en un futuro
- **Contemplación:** la persona es consciente de que su conducta es un problema y está considerando en un mediano plazo el cambio de conducta, pero no está preparada para la acción. Es una etapa en que el paciente evalúa los pros y contras del cambio de hábito. Aquí es fundamental la entrevista motivacional, ayudar a explorar pros y contras del cambio. En la práctica clínica, podríamos decir que la persona está ambivalente respecto al problema y el cambio, pero puede considerar cambiar en general, dentro de los próximos 6 meses.
- **Preparación:** la persona tiene la intención de tomar una acción para hacer cambios en su conducta, pero aún no ha iniciado el proceso. En esta etapa es fundamental aprovechar la motivación de la

persona para lograr el cambio, establecer metas claras y reforzar las consecuencias positivas del cambio.

- **Acción:** la persona ya ha realizado actos concretos para modificar su conducta. En esta etapa es fundamental ayudar y apoyar a la persona a dar los pasos hacia el cambio, reforzando sus logros.
- **Mantención:** una nueva conducta saludable reemplaza a la anterior y la persona ya presenta cambios sostenidos en el tiempo. En esta etapa pueden existir los llamados “lapsus”, que son pequeñas y puntuales caídas en el cambio de conducta, por lo que en esta etapa es fundamental diseñar estrategias y adelantarse para prevenirlas y que no se transformen en una recaída propiamente tal.
- **Recaídas:** no corresponde a una etapa como tal, pero puede ocurrir con cierta frecuencia mientras se está intentando adquirir un nuevo hábito. Aquí es fundamental que el profesional ayude al paciente a no desmoralizarse debido a la recaída, fortalecerlo en base a la experiencia que tuvo e invitarlo a un nuevo intento de cambio de hábitos.

Figura 4, Etapas del cambio de Prochaska (7).



*Elaboración propia en base a las etapas del cambio de Prochaska (7).*

Una vez que se logra identificar la etapa del cambio en la que se encuentra la persona, es importante, tener las herramientas clínicas para favorecer el avance en las etapas del cambio, como por ejemplo, la entrevista motivacional. Ésta es una herramienta clínica estandarizada muy utilizada por los profesionales de la salud para favorecer la intención de cambios de hábitos en salud (13). Su mayor potencialidad de aplicación, es en personas que se encuentran en las etapas de precontemplación o de contemplación y queremos motivarlos a pasar a una etapa de preparación.

La realidad en la práctica clínica, es que el profesional de salud realiza una combinación de estas estrategias, adaptando el enfoque a las necesidades y circunstancias únicas de cada individuo. La elección de las herramientas y la intensidad de la intervención dependen de la etapa del cambio, las características, experiencias y conductas particulares de la persona a la que se dirige.

### **Los signos vitales de la MEV**

Una vez revisados los pilares de MEV, las etapas del cambio y las herramientas que existen para lograr la adopción de un nuevo hábito saludable, ahora se unificarán dichos conceptos mediante la evaluación de los “signos vitales” de la MEV. Estos son considerados como indicadores clave del estado de salud relacionados con los estilos de vida, por lo que permiten una evaluación integral de la persona (10). Cabe destacar que, los signos vitales de la MEV, no se limitan a los parámetros biomédicos tradicionales tales como presión arterial, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno, entre otros, sino que incluyen la evaluación de los 6 pilares de los estilos de vida. Esto nos permite tener un diagnóstico rápido sobre la salud física, mental y social de la persona, facilitando la prescripción de intervenciones personalizadas en los estilos de vida.

A continuación se describen los signos vitales de la MEV y su proceso de valoración (14).

- **Actividad física:** este es el signo vital de la MEV más estandarizado a nivel internacional, y evalúa la frecuencia, duración, tipo e intensidad de la actividad física que realiza el paciente a la semana. Si no se conoce la intensidad de la actividad física, se puede usar el Test del Habla, también

llamado “Talk test” en inglés, para estimar la intensidad de la actividad, en base a si es posible cantar y/o hablar durante la realización de la actividad (14).

- **Alimentación:** la MEV promueve un patrón de alimentación predominantemente basado en plantas y granos enteros y su valoración puede ser todo un desafío para el médico dado la corta duración de la consulta. Existen estrategias como la valoración de ingesta en las últimas 24 horas, pero no existe un cuestionario breve, válido y aplicable en la entrevista clínica considerado como el estándar mundial. El principal consenso es la relevancia de considerar como mínimo de ingesta en los adultos, al menos 5 porciones entre las frutas y las verduras al día (14).
- **Higiene del Sueño:** el descanso adecuado es esencial para la recuperación del cuerpo, tanto física como mental, y el buen dormir determina múltiples resultados de salud. En este ítem, se propone preguntar al menos sobre la cantidad de horas y percepción de calidad del sueño, identificando consecuencias como la somnolencia o fatiga diurna y la presencia de ronquidos, dado la alta prevalencia del Síndrome de apnea e hipopnea del sueño.
- **Bienestar mental:** la evaluación del bienestar mental debe ir más allá de la percepción subjetiva del estrés o la ansiedad, incorporando la valoración del estado de ánimo como un componente fundamental. La U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) recomienda, con un grado de evidencia B, la implementación de tamizaje poblacional para la detección de ansiedad y depresión en la población general, dado su impacto en la morbilidad y calidad de vida (15). Entre los instrumentos estandarizados de evaluación disponibles, el Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) disponible en el Anexo 3, destaca por su brevedad y facilidad de aplicación autoadministrada. Este cuestionario incluye dos ítems dirigidos a la detección de síntomas depresivos (PHQ-2) y dos ítems para la detección de ansiedad (GAD-2), permitiendo una evaluación rápida y eficiente en entornos clínicos ocupados. Además de su utilidad como herramienta de tamizaje, el puntaje total del PHQ-4 se ha asociado con un mayor riesgo de consecuencias adversas en la salud, reforzando su valor en la identificación temprana de trastornos de salud mental y la necesidad de intervenciones oportunas (16).

- **Evitar el uso de sustancias nocivas:** la principal evidencia de tamizaje según la USPSTF, corresponde preguntar a todos los pacientes adultos en un contexto de atención primaria por el consumo de tabaco con una recomendación grado A y por el consumo de alcohol con una recomendación grado B (15). Además, la USPSTF propone dentro del tamizaje, preguntar también por el consumo de drogas u otras sustancias que puedan afectar la salud de manera nociva (15). En Chile, en el examen médico preventivo del adulto (EMPA), se evalúa sistemáticamente el consumo de tabaco, y para evaluar el consumo de alcohol se cuenta con el cuestionario de 10 preguntas llamado Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-10), el cual, dependiendo de su puntaje, nos ayuda a orientar el tipo de enfrentamiento que se debe realizar (10, 24).
- **Conexiones sociales positivas:** el estudio longitudinal llamado “Study of Human Development”, ha estado siguiendo a su población desde 1938 con el objetivo de identificar los factores psicosociales que determinan el envejecimiento saludable (17). Este estudio, nos muestra que las conexiones sociales de calidad y las relaciones familiares cercanas fueron los principales predictores de salud y felicidad en las personas. Se ha visto que más importante que el número de personas que son parte del apoyo social, lo más importante es la percepción de la calidad de apoyo social percibida por el individuo (17,14).

Es importante mencionar que no existe un consenso internacional de la manera específica de cómo evaluar los signos vitales de la MEV (salvo el pilar de actividad física), por lo que en la práctica, ésto se realiza mediante una combinación de métodos, dentro de los que se incluyen: preguntas dirigidas, cuestionarios, registros diarios de la persona y escalas de medición. En el Anexo 1, se propone una metodología breve para la evaluación de los signos vitales de la MEV en base a preguntas dirigidas, aplicable a un contexto ambulatorio y de frente al paciente, en el que se cuenta con un tiempo de atención menor a los 30 minutos.. La información recopilada permite una evaluación integral y la co-creación de un plan de intervención individualizado con un enfoque coach (9,10), estableciendo metas específicas, medibles, alcanzables, realistas y en un tiempo preciso (SMART) en inglés, y con un seguimiento periódico.

### **Principales prescripciones en MEV, basadas en la evidencia**

- **Actividad física:** las recomendaciones mínimas de movimiento semanal en una persona sana, según la organización mundial de la salud son 150 minutos de ejercicio moderado o 75 minutos

de ejercicio de alta intensidad, sumado a 2 veces a la semana al menos de ejercicios de fuerza. Desde la MEV, se busca la mejor versión de los pacientes y no sólo se considera la realización de un ejercicio estructurado, sino también se consideran las actividades de “*non exercise activity termogenesis*” en inglés (NEAT) y gracias a las aplicaciones de smartphones, es posible prescribir un mínimo de pasos, considerándose en general saludable al menos unos 6 mil pasos, siendo lo ideal llegar a unos 10 mil pasos para lograr beneficios adecuados para la salud (14). La efectividad de la entrevista motivacional como herramienta para mejorar los niveles de actividad física son dudosos, por lo que se recomienda una prescripción de manera personalizada, considerando la Frecuencia, Intensidad, Tipo y Tiempo de la actividad física, de manera Progresiva, mejor conocida con la mnemotecnica FITT PRO (14, 18)

- **Alimentación basada en plantas y granos enteros:** desde la MEV se promueve que cualquier cambio que nos acerque a este patrón alimentario dentro de las posibilidades del paciente, es positivo (5,14). Dentro de este patrón, se encuentra la dieta mediterránea, que es la dieta más estudiada y respaldada por la ciencia que brinda beneficios para la salud, en especial por sus resultados cardiovasculares, hepáticos y renales (19). Esta dieta destaca por ser bastante factible en la práctica y accesible en general. Se debe fomentar un mínimo de 5 porciones de frutas y verduras totales diarias, comer al menos 3 veces a la semana legumbres, 1 porción diaria de frutos secos, 3 porciones diarias de granos enteros, como por ejemplo, avena, cereales, arroz, pastas y pan integral, quinoa y cebada (10). En este patrón se promueve minimizar el consumo de carnes, en especial las llamadas carnes rojas, frituras y embutidos, frituras y los ultraprocesados, que en términos simples, son aquellos alimentos empaquetados que tiene al menos 5 ingredientes (20).
- **Bienestar mental:** el programa de reducción de estrés basado en mindfulness es reconocido como la intervención efectiva con grandes beneficios para la salud mental, en que habitualmente se realiza idealmente de manera diaria o al menos 5 veces a la semana, por unos 15 minutos, por 8 semanas (10, 21). Existen otras intervenciones que han mostrado en múltiples estudios mejorar resultados en salud mental, destacando el ejercicio físico, sueño adecuado, evitar uso de sustancias nocivas, ejercicios de respiración, meditación y caminar descalzo, mejor conocido como “*grounding*” en inglés. Además destacan por su efectividad, el proceso de escribir experiencias de vida, mejor conocido como “*journaling*” en inglés, realizar prácticas de gratitud, la

musicoterapia, conectar positivamente con personas cercanas y por último, pasar tiempo y contemplar la naturaleza, como por ejemplo, los baños de bosques (10, 21).

- **Sueño:** en los adultos, se recomienda como mínimo dormir unas 7 horas efectivas. Además, es relevante seguir las recomendaciones de una adecuada higiene del sueño. A continuación se resumen las principales recomendaciones (14):
  - a. Entrar al dormitorio cuando se tenga sueño y nos preparamos para dormir. Si no se tiene sueño, se puede leer evitando temas relacionados con su actividad laboral o académica o también, escuchar música suave en el living o sala de estar de la casa.
  - b. Mantener un horario estable para levantarse, utilizando un reloj despertador a la misma hora.
  - c. Evitar sustancias estimulantes en la tarde y noche, como por ejemplo, café, bebidas, nicotina, té negro, cacao y alcohol.
  - d. Evitar siestas y si excepcionalmente se hacen, que no superen los 30 minutos.
  - e. Apagar las pantallas temprano, idealmente no superar las 20:30 horas. En este punto, se incluye también desconectarse tempranamente del teléfono, computador y televisión.
  - f. Procurar dejar un tiempo de tranquilidad antes de acostarse a dormir. Tomar unos 15 a 20 minutos para ir pasando del ambiente de actividad a uno de tranquilidad, bajando la intensidad de la luz y apagar el televisor. Se puede ocupar ese tiempo de tranquilidad en actividades que producen relajación, como meditar, o realizar acciones de higiene en el baño previo a dormir.
  - g. Reservar el dormitorio sólo para dormir y para la actividad sexual. No usarlo como sala de estar o para realizar actividades laborales.
  - h. Evitar situaciones de actividad intelectual del trabajo, planes para el día siguiente o ejercicio físico intenso, en las horas próximas a dormir.
  - i. Evitar cenas abundantes y excesivamente condimentadas o que puedan favorecer el reflujo gastroesofágico.
  - j. Procurar en la habitación un ambiente silencioso, oscuro y con temperatura de unos 16° a 20°C en el dormitorio.
  - k. Si se despierta a medianoche, no permanecer en la cama si no se está durmiendo. Si se pasa un tiempo prudente sin volver a conciliar el sueño, es preferible levantarse y volver a la cama sólo si se tiene sueño repitiendo este ciclo todas las veces que sea necesario.

La terapia cognitivo conductual de insomnio (TCC-i), que considera técnicas avanzadas de higiene del sueño, técnicas de respiración e intervenciones cognitivo conductuales enfocadas en los pensamientos y creencias vinculadas al proceso del sueño, son consideradas como la primera línea de intervención estandarizada en personas con insomnio primario en que la simple consejería de higiene del sueño no ha sido efectivo (22).

- **Evitar sustancias nocivas:** dentro de las intervenciones para dejar el tabaquismo, se destacan como las más efectivas las intervenciones con fármacos como la vareniclina, bupropión o la terapia de reemplazo nicotínico que están aprobadas por la Food and Drug Administration de los Estados Unidos para dejar de fumar, en especial en personas con alta dependencia tabáquica. Lo anterior, sumado a intervenciones de soporte conductual, ha demostrado ser lo más exitoso en personas dependientes a la nicotina (23). En cuanto al consumo de alcohol, dado lo socializado que se encuentra su consumo a nivel mundial, lo más habitual es que se realicen las intervenciones breves para favorecer moderar el consumo, dejando intervenciones multidisciplinarias y de mayor complejidad y especializadas, a los pacientes con un trastornos por alcohol severo y aquellos con comorbilidades y factores de riesgo de mal pronóstico (24).
- **Conexiones sociales:** en personas en que se identifique la percepción de soledad o falta de conexiones sociales de calidad, es posible prescribir intervenciones que favorecen las conexiones sociales como por ejemplo, participación en grupos de actividades afines, juntarse o llamar por teléfono a las amistades, velando que se generen conexiones de calidad, por sobre la cantidad (5, 10, 21). En este punto, se debe tener presente derivar a un trabajador social con experticia en recursos comunitarios cuando se requiere un plan más intensivo de fortalecimiento de la red social.

## 5 pasos para integrar la MEV en la práctica clínica

### *1. Motivo de Consulta y Valoración Integral:*

En este primer paso, se promueve partir por presentarse si no se conoce al paciente con anterioridad y rápidamente identificar su motivo de consulta, el cual nunca se debe soslayar, a menos que exista una urgencia de riesgo vital. En un contexto de consulta ambulatoria, se recomienda usar el método clínico centrado en la persona y desde lo comunicacional, basarse en el modelo de habilidades comunicacionales

descritas en la guía Calgary- Cambridge (26). Se debe realizar una evaluación holística que incluya una historia clínica completa y examen físico característico de la medicina tradicional, incluyendo antecedentes mórbidos, antecedentes familiares, medicamentos, alergias y cirugías. Es fundamental crear una alianza terapéutica sólida, basada en la confianza y el respeto mutuo, para establecer una colaboración efectiva en el proceso de cambio (26).

### ***2. Evaluar los Signos Vitales de la MEV:***

La evaluación de los signos vitales en base a los 6 pilares de la MEV, no solo proporciona una evaluación completa del estado de salud y hábitos del paciente, sino que además identifica las áreas de mayor riesgo y las oportunidades de mejora en los estilos de vida. La medición debe ser cuantitativa siempre que sea posible usando cuestionarios y escalas validadas, complementándose con la evaluación más cualitativa a través de preguntas abiertas y dirigidas.

### ***3. Establecer la etapa del cambio de hábitos:***

La identificación de la etapa de cambio según el modelo transteórico en la que se encuentra cada hábito relevante para el paciente, es fundamental para diseñar una intervención adecuada y efectiva.

### ***4. Construir metas SMART en conjunto:***

Una vez identificada la etapa de cambio y las áreas en que se consensua que requieren intervención, dado que están en una etapa de preparación, se establecen las metas SMART (9,10). Las metas SMART deben ser acordes a las capacidades, condición y entorno del paciente, formuladas en conjunto, asegurando el compromiso y participación activa del paciente en el proceso. Ejemplos de la aplicación práctica de las metas SMART, se describen en el Anexo 2.

### ***5. Prescripción con Enfoque Coach:***

La prescripción de estilos de vida en la MEV, es complementaria a la prescripción farmacológica tradicional y a la necesidad de solicitar exámenes o derivaciones, por lo que no reemplaza el enfoque médico tradicional, más bien lo complementa. Esta prescripción en MEV es un plan de acción personalizado que incluye recomendaciones específicas sobre los cambios de hábitos que el paciente esté preparado para realizar. Esta prescripción, se implementa con un enfoque coach (9), en donde el profesional de la salud actúa como un facilitador del proceso de cambio, empoderando al paciente y

facilitando su proceso de cambio. Se enfatiza el apoyo continuo, el seguimiento regular, la adaptación del plan según las necesidades del paciente y la celebración de los logros alcanzados. Ante cambios de hábitos de gran complejidad y difíciles de lograr, se recomienda derivar a un profesional para realizar un proceso de coaching en salud intensivo, por un profesional certificado.

## Discusión

En la revisión narrativa sobre la aplicación de la MEV en un contexto clínico vemos que la literatura es heterogénea y bastante amplia (5,10,14) y además presenta desafíos importantes para su implementación práctica en la consulta clínica diaria, donde el tiempo es un recurso limitado. Dentro de la revisión de la literatura, observamos que no existe un consenso internacional de expertos con una metodología específica para evaluar todos los signos vitales de la medicina del estilo de vida en la consulta, con excepción de el signo vital de actividad física y sus 3 preguntas fundamentales (10). Dentro de las alternativas abreviadas de evaluación de los signos vitales de la medicina del estilo de vida, destacamos el cuestionario Lifestyle Assessment Short Form (27), el cual creemos que es bastante completo y se podría autocompletar en unos 10 minutos aproximados por un paciente, idealmente previo a la atención de salud con enfoque preventivo. Sin embargo, este tiempo de 10 minutos aproximados de aplicación podría ser considerado largo para ser aplicado durante una consulta ambulatoria de 20 a 30 minutos, razón por lo cual en el Anexo 1 proponemos unas preguntas de evaluación con los conceptos medulares de los 6 pilares de la medicina del estilo de vida, que no debería tomar más de 5 minutos si los preguntamos directamente al paciente.

Reconocemos que esta simplificación propuesta en anexo 1 conlleva el riesgo de una evaluación superficial, por lo que recomendamos complementar las evaluaciones de los signos vitales con cuestionarios estructurados, idealmente validados, previo a la consulta ambulatoria.

En relación con la estrategias de manejo del cambio de hábitos, nuestra propuesta simplificada de los 5 pasos para integrar la MEV en la práctica clínica no reemplaza el modelo médico tradicional, sino que lo potencia y además se centra en el motivo de consulta del paciente basado en la guía de Calgary-Cambridge (26). Sumado a lo anterior, la propuesta se alinea con el modelo transteórico de Prochaska (7) y destaca la importancia de adaptar las intervenciones a la etapa del cambio en que se encuentra el paciente. El uso práctico de metas SMART (anexo 2) y la prescripción con enfoque coach (9), buscan empoderar al paciente y fomentar su participación activa en el proceso de cambio de hábitos. Si bien estas herramientas

han demostrado su utilidad en diversos contextos, su aplicación en la MEV requiere una adaptación cuidadosa a las necesidades y circunstancias individuales de cada paciente.

### **Conclusión**

La MEV es una disciplina que emerge como una estrategia fundamental para enfrentar la creciente carga de enfermedades crónicas no transmisibles desde su causa raíz, cuyas cifras en la población chilena son alarmantes. Si bien los métodos de la MEV ofrecen un enfoque integral y prometedor, su implementación exitosa depende de su aplicación práctica por los profesionales de salud, incluyendo una valoración adecuada de los signos vitales de la MEV e intervenciones basadas en la evidencia de sus 6 pilares. Por ello, es crucial la formación adecuada de profesionales de la salud desde el pregrado en la aplicación de herramientas basadas en las teorías para el cambio de conductas en salud, como el enfoque coach y la prescripción con metas SMART para guiar satisfactoriamente a los pacientes en el proceso de cambio de hábitos. Finalmente, urge avanzar en acuerdos en el mundo académico que impulsen la integración de la enseñanza de la MEV en la malla curricular de todos los profesionales de la salud desde el pregrado, sobre todo en asignaturas vinculadas a la atención primaria de salud, prevención de salud y salud pública, liderado por profesionales de la salud con competencias docentes idealmente certificados en MEV.

Los autores declaran no tener conflictos de interés ni recibir financiamiento.

Correspondencia: Dr. Andrés Glasinovic Peña, Email: [aglasinovic@miuandes.cl](mailto:aglasinovic@miuandes.cl)

## Referencias

1. Lianov L, Johnson M. Physician competencies for prescribing lifestyle medicine. JAMA [Internet]. 2010;304(2):202–3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2010.903>
2. Overview [Internet]. American College of Lifestyle Medicine. 2022 [citado el 13 de marzo de 2025]. Disponible en: [https://www.lifestylemedicine.org/ACLM/Tools\\_and\\_Resources/Print\\_Resources.aspx](https://www.lifestylemedicine.org/ACLM/Tools_and_Resources/Print_Resources.aspx)
3. Yeh BI, Kong ID. The Advent of Lifestyle Medicine. J Lifestyle Med. 2013 Mar;3(1):1-8. Epub 2013 Mar 31. PMID: 26064831; PMCID: PMC4390753.
4. Kariuki JK, Imes CC, Engberg SJ, Scott PW, Klem ML, Cortes YI. Impact of lifestyle-based interventions on absolute cardiovascular disease risk: a systematic review and meta-analysis. JBI Evid Synth [Internet]. 2024;22(1):4–65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11124/JBIES-22-00356>
5. Rippe, JM. Manual of Lifestyle medicine. 1st ed, Boca Raton: CRC Press; 2021.
6. Roser M, Ritchie H. Burden of disease. Our World in Data. [Internet]. 2016. Disponible en: <https://ourworldindata.org/burden-of-disease> [citado el 13 de marzo de 2025].
7. Prochaska, J.O y W.F VeVelicer, The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot, 1997. 12(1):p.38-48
8. Michaelsen, M. M., & Esch, T. (2021). Motivation and reward mechanisms in health behavior change processes. *Brain Research, 1757*(147309), 147309. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2021.147309>
9. Moore M, Jackson E, Tschannen-Moran B. Coaching Psychology Manual. Wolters Kluwer; 2016.
10. Kelly J, Shull J, Fundamentos del cambio de conductas en salud, fundamentos de la Medicina del Estilo de vida, 2da edición. American College of lifestyle medicine; 2019.
11. Bischof G, Bischof A, Rumpf H-J. Motivational interviewing: An evidence-based approach for use in medical practice. Dtsch Arztebl Int [Internet]. 2021;118(7):109–15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0014>
12. Michaelsen, M. M., & Esch, T. (2021). Motivation and reward mechanisms in health behavior change processes. *Brain Research, 1757*(147309), 147309. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2021.147309>
13. Zhu S, Sinha D, Kirk M, Michalopoulou M, Hajizadeh A, Wren G, et al. Effectiveness of behavioural interventions with motivational interviewing on physical activity outcomes in adults: systematic review and meta-analysis. BMJ [Internet]. 2024 [citado el 13 de marzo de 2025];386:e078713. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/386/bmj-2023-078713>
14. Shull Clayton J, Foundation of lifestyle medicine board review manual, 4th edition, American College of Lifestyle Medicine, 2023
15. U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for healthcare Research and quality (US); [citado el 20 de Mayo de 2025] Disponible en: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/>
16. Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: The PHQ-4. *Psychosomatics, 50*(6), 613-621
17. Harvard second generation grant and glueck study [Internet]. Harvard study. [citado el 13 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.adultdevelopmentstudy.org/grantandglueckstudy>
18. Zhu S, Sinha D, Kirk M, Michalopoulou M, Hajizadeh A, Wren G, et al. Effectiveness of behavioural interventions with motivational interviewing on physical activity outcomes in adults: systematic review and meta-analysis. BMJ [Internet]. 2024 [citado el 13 de marzo de 2025];386:e078713. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/386/bmj-2023-078713>
19. Matsumoto S, Beeson WL, Shavlik DJ, Siapco G, Jaceldo-Siegl K, Fraser G, et al. Association between vegetarian diets and cardiovascular risk factors in non-Hispanic white participants of the Adventist Health Study-2. J Nutr Sci [Internet]. 2019;8(e6):e6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/jns.2019.1>
20. Kariuki JK, Imes CC, Engberg SJ, Scott PW, Klem ML, Cortes YI. Impact of lifestyle-based interventions on absolute cardiovascular disease risk: a systematic review and meta-analysis. JBI Evid Synth [Internet]. 2024;22(1):4–65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11124/JBIES-22-00356>
21. Tiley K, Effectiveness of 234 interventions to improve life satisfaction: A rapid systematic review, Social Science & Medicine 366 (2025) 117662
22. Santin J. Higiene del sueño [Internet]. Centro del Sueño UC
23. Vejar, L. Cómo los doctores pueden ayudar a disminuir el daño a la salud causado por el cigarrillo. Neumología Pediátrica 2011, vol 6 No 1

24. Pieper I, Glasinovic A, Perazzo F, Kast T, Urrutia M, Di Biase F, Revisión: enfrentamiento clínico del consumo de alcohol de riesgo en atención primaria Chilena, Revista Salud comunitaria, volumen 3, diciembre 2024.
25. Minsal.cl, Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. [Internet]. [citado el 13 de marzo de 2025]. Disponible en: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17\\_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf)
26. Kurtz Sm, Silverman JD. The Calgary-Cambridge referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. Medical Education. 1996;30(2):83-9.
27. Lifestyle Assessment Short Form, American College of lifestyle Medicine, Loma Linda University Health. Updated May 2018, [citado el 13 de marzo de 2025]. Disponible en : [https://ihacares.com/assets/pdfs/Lifestyle%20Medicine/ACLM-LLUH\\_short\\_form\\_english\\_2019.pdf](https://ihacares.com/assets/pdfs/Lifestyle%20Medicine/ACLM-LLUH_short_form_english_2019.pdf)

### Anexo 1. Preguntas breves para evaluar los signos vitales de la MEV en la práctica clínica.

Pilar de la MEV	Ejemplo de preguntas dirigidas
Actividad física	En promedio ¿Cuántos días a la semana hace actividad física? En promedio ¿Cuántos minutos diarios realiza actividad física? ¿Qué tipo de actividad hace?
Bienestar mental	De una nota del 1 al 7, en promedio en el último mes: ¿Qué nota le pone a su ánimo o ganas de hacer las cosas? ¿Qué nota le pone a su nivel de tranquilidad o relaxo?
Evitar sustancias nocivas (Alcohol y Tabaco)	¿Ud. toma alcohol?. Si la respuesta es SI... ¿Cuántos tragos estándar consume por vez en promedio? ¿Cuántas veces consume en promedio a la semana? ¿Cuántas veces bebe 5 (mujeres), 6 (hombres) o más tragos estándar por vez? ¿Usted fuma? Si la respuesta es SÍ... ¿Cuántos cigarros al día en promedio? ¿Por cuántos años ha fumado en total?
Alimentación basada en plantas	De una nota del 1 al 7 ¿Qué tan saludable considera usted que es su alimentación? ¿Qué cree que podría hacer usted para pasar de una nota “A” (realidad actual), a una nota “B” (mejor escenario de alimentación)? ¿Cuántas porciones entre frutas y verduras come en total en un día promedio?
Conexiones sociales positivas	¿A qué se dedica? ¿Con quién vive? ¿Con qué personas cercanas usted cuenta, que podrían ayudarlo con su salud?
Higiene del sueño	En promedio: ¿Cuántas horas duerme diariamente? ¿Tiene problemas en su calidad del sueño o anda con sueño en el día? Si pregunta previa es positiva: ¿Usted Ronca?

**Anexo 2. Prescripciones SMART para cada pilar de la MEV.**

<b>Pilar de la MEV</b>	<b>Ejemplo de prescripción SMART</b>
<b>Actividad física</b>	Caminar 20 minutos diarios a paso rápido en el parque cercano a su casa hasta el próximo control en un mes.
<b>Bienestar mental</b>	Realizar los ejercicios de respiración profunda enseñados, durante 10 minutos diarios al despertar, por un total de 2 meses.
<b>Evitar sustancias nocivas</b>	Reducir el consumo de alcohol según lo explicado a un máximo de 2 tragos estándar por vez y un máximo de 14 tragos estándar totales a la semana, para siempre.
<b>Alimentación basada en plantas</b>	Incorporar en su alimentación diaria al menos 3 porciones entre manzanas, peras y naranjas, además de 2 porciones de verduras verdes en la dieta diaria por 3 meses.
<b>Conexiones sociales positivas</b>	Unirse al club de lectura que tiene usted tiene pensado y asistir a las reuniones semanales del club online, durante los próximos 2 meses.
<b>Higiene del sueño</b>	Establecer una rutina de sueño consistente, acostándose a las 10:00 p.m. y despertándose a las 6:00 a.m apoyado con una alarma, hasta nuestro próximo control en 1 mes

**Anexo 3. Test PHQ-4.**

<b>Test PHQ-4</b>	
En las últimas 2 semanas, durante la mayoría de los días	
<b>Síntomas de depresión</b>	<b>Síntomas de ansiedad</b>
1. ¿Se ha sentido deprimido o bajoneado? 2. ¿Ha perdido interés o el placer de hacer las cosas?	1. ¿Se ha sentido nervioso o ansioso? 2. ¿Ha sentido que no puede parar o controlar sus preocupaciones?