



ORIGINAL

Aplicando la Teoría de la Conducta Planeada: ¿qué factores influyen en la realización de ejercicio físico?



Mari Carmen Neipp*, María José Quiles, Eva León, Sonia Tirado y Jesús Rodríguez-Marín

Departamento de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández, Elche, Alicante, España

Recibido el 12 de mayo de 2014; aceptado el 14 de julio de 2014

Disponible en Internet el 23 de agosto de 2014

PALABRAS CLAVE

Teoría de la Conducta Planeada;
Ejercicio físico;
Conducta saludable;
Promoción de la salud

KEYWORDS

Theory of planned behavior;
Physical exercise;
Health behavior;
Health promotion

Resumen

Objetivo: El propósito de este estudio fue analizar las diferencias entre las actitudes, la norma subjetiva y la percepción de control comportamental entre los grupos de individuos que hacían ejercicio físico y los que no.

Diseño: Estudio transversal, observacional.

Emplazamiento: Se aplicó el cuestionario a la población general en la provincia de Alicante.

Participantes: Seiscientos setenta y nueve personas que practicaban regularmente ejercicio físico de la provincia de Alicante.

Mediciones principales: Se administró el cuestionario que evaluaba los componentes del modelo de la Teoría de la Conducta Planeada (TCP).

Resultados: Los resultados mostraron que las variables del modelo (TCP) presentaron un buen ajuste a los datos. Además, la norma subjetiva y la percepción de control comportamental influyeron significativamente en la intención y las 3 variables explicaron el 61% de su varianza.

Conclusión: Los resultados apoyan el importante papel de la TCP en el contexto del ejercicio físico. En ambos grupos, la percepción de control comportamental fue el predictor más potente de la intención de practicar ejercicio físico. Se presenta una propuesta para incluir estas variables en los programas para potenciar la práctica del ejercicio físico.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Applying the Theory of Planned Behavior: Which factors influence on doing physical exercise?

Abstract

Objectives: The purpose of this study was analyzed the influence of attitude, subjective norm, and Perceived behavioral control (PBC) on intention of doing physical exercise in a group of people.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: neipp@goumh.umh.es (M.C. Neipp).

Design: Cross-sectional and observational study.

Location: Questionnaire was applied to general population in the province of Alicante

Participants: 679 people who practiced physical exercise in the province of Alicante.

Main measurements: It was applied a questionnaire measuring the components of the Theory of Plan Behavior model (TPB).

Results: Results showed that variables of the model (TPB) had good fit to the data. Moreover, subjective norm and perceived behavioural control had a significant impact on intention and the three variables explained 61% of its variance.

Conclusions: Findings supported the important role of TPB in the context of physical exercise. Perceived behavioral control was the strongest predictor of intention to practice physical exercise. A possible intervention might lead to implement programs focused in increasing control perception of people to engage in physical exercise.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La adopción de estilos de vida conlleva beneficios muy importantes para la salud. Por ello los servicios de atención primaria de salud intentan, con menos éxito del deseado, integrar programas para la promoción de conductas de salud en la práctica clínica habitual^{1,2}. La actividad física es un componente importante del estilo de vida de las personas. La literatura científica indica que realizar ejercicio físico regularmente es una estrategia que puede prevenir diferentes enfermedades como diabetes tipo 2, cáncer de mama, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, cáncer de colon y osteoporosis³⁻⁵. El ejercicio físico no solo es beneficioso para la salud, sino también para el bienestar psicológico de las personas^{6,7}, disminuyendo la ansiedad y el estrés⁸ y aumentando la autoestima⁹. Sin embargo, a pesar de los numerosos beneficios a nivel social, personal y de salud de la práctica de ejercicio físico, la mayoría de la población adulta es sedentaria o no suficientemente activa¹⁰⁻¹². En la Unión Europea el 27% de la población no practica actividad física en su tiempo libre¹³, y de acuerdo con este estudio, España es uno de los países europeos donde la población realiza muy poco ejercicio. Según los datos de la última Encuesta Nacional de Salud (2013)¹⁴, el 41,3% de la población se declara sedentaria, algo menos de la mitad de las mujeres (46,6%) y más de un tercio de los hombres (35,9%). Por su parte, la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) indica que en España, los datos más recientes surgidos del estudio ENRICA en 2011, aportan una prevalencia de obesidad del 22,9% y de sobrepeso del 39,4%¹⁵.

En este contexto, son múltiples las organizaciones y agencias federales que recomiendan a los profesionales sanitarios aconsejar a los pacientes acerca de la importancia de la actividad física, basándose más en los beneficios de esta que en la efectividad del consejo para promover cambios en la actividad física¹⁶⁻¹⁸. De las revisiones realizadas sobre el efecto del consejo médico en el incremento de la actividad física, se desprende poca efectividad acerca de su efecto de manera aislada para el incremento del nivel de actividad

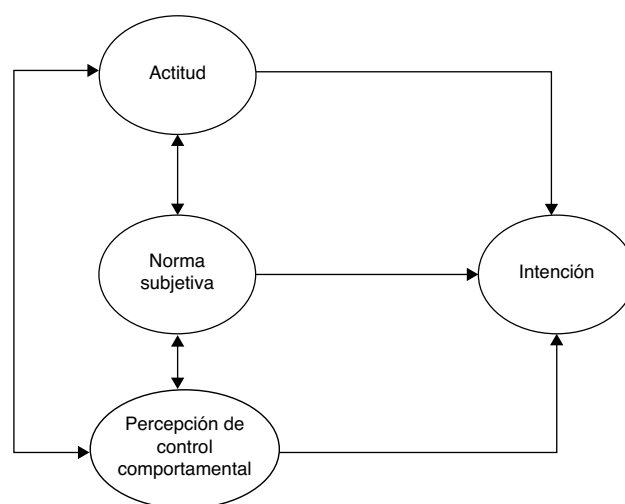


Figura 1 Modelo de la Teoría de la Conducta Planeada.

física. El impacto de los factores ambientales sobre la utilidad del consejo médico ha sido escasamente estudiado, y la mayoría de las intervenciones se centran en un enfoque individual¹⁹. Asimismo, parece haber consenso en cuanto a que las intervenciones de consejo sanitario sobre la actividad física producen pequeños efectos a corto plazo en la actividad física autoinformada²⁰⁻²¹.

Así pues, parece necesario profundizar en los determinantes psicosociales de la práctica de actividad física para que esta pueda ser utilizada en atención primaria aprovechando el elevado potencial preventivo de estos profesionales²². Entre los distintos modelos que tratan de atender a estos factores destaca la Teoría de la Conducta Planeada (TCP) (fig. 1). Es uno de los modelos psicológicos más utilizados para estudiar la influencia de factores psicológicos en la intención de realizar conductas saludables^{23,24}. Diversas revisiones empíricas apoyan las relaciones de la intención sobre multitud de conductas saludables incluyendo el ejercicio y la actividad física²⁵⁻²⁷. Esta teoría,

afirma que la conducta está determinada por la intención conductual²⁸⁻²⁹. Esta, a su vez, tiene unos antecedentes que la explican, la *norma subjetiva*, se refiere a la percepción del individuo sobre las presiones sociales que tiene para realizar la conducta; la *actitud* hacia la conducta, refleja la evaluación que la persona hace sobre la conducta; y finalmente, el *Control Comportamental Percibido* (CCP), refleja la percepción del individuo sobre su capacidad en realizar la conducta.

En este sentido, consideramos que la TCP puede ser una buena aproximación que explique por qué las personas inician y se mantienen en la conducta de hacer ejercicio físico. Así pues, el objetivo de este trabajo fue el análisis de los principales factores que determinan la intención de realizar ejercicio físico en adultos, además de la elaboración de recomendaciones y propuestas para facilitar la modificación de los mencionados hábitos de riesgo, de modo que se pueda potenciar el efecto del consejo médico que ofrecen los profesionales en las consultas de atención primaria.

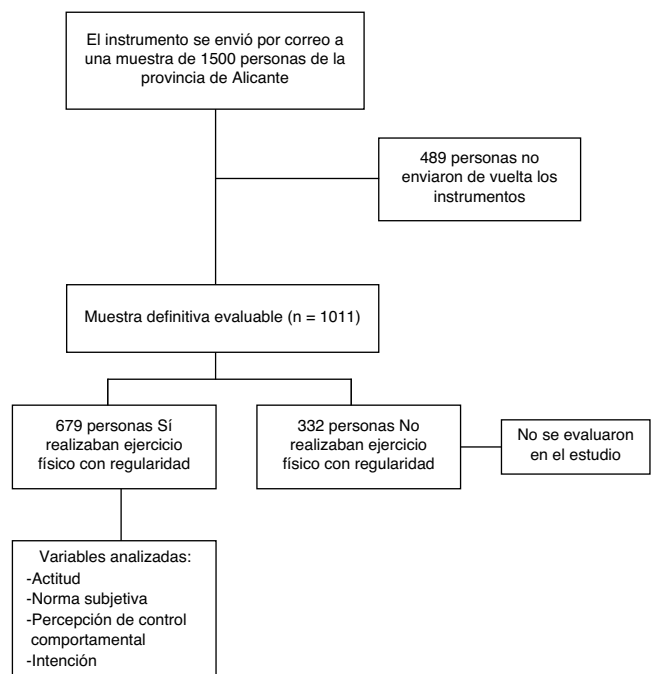
Método

Participantes y diseño del estudio

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, en el que se siguieron los principios éticos que propone el comité ético de la Universidad Miguel Hernández cuando se realizan investigaciones con personas. Los participantes firmaron un consentimiento informado antes de realizar los cuestionarios. Los datos fueron recogidos utilizando un cuestionario autoadministrado que contenía todos los ítems para evaluar las variables de la TCP. El cuestionario se hizo llegar a 1.500 personas de toda la provincia de Alicante mediante un muestro bola de nieve. Cuatrocientas ochenta y nueve no devolvieron el cuestionario, por lo que la muestra final estuvo compuesta de 1.011 personas. De ellas, se seleccionó el grupo de personas que sí realizaban ejercicio físico con regularidad, que estuvo compuesto de 679 personas (67,2%). La edad media fue de 39,16 años (DT 18,22). El 53,5% de ellos eran mujeres, el 70% tenían estudios superiores (bachillerato, universidad), el 35,6% eran estudiantes y el 40,5% estaba trabajando.

Variables e instrumentos

Las variables del modelo, fueron evaluadas por el cuestionario de la TCP en ejercicio físico validado en población española³⁰ (ver [tabla 1](#)). Consiste en 19 ítems con una escala de respuesta, para todos los ítems, tipo Likert de 7 puntos. Evalúa las 4 variables del modelo TCP: Actitud, fue medida usando 6 pares de adjetivos bipolares; la Norma subjetiva fue evaluada mediante 4 ítems; el CCP se midió usando 5 ítems; y la intención en realizar ejercicio físico se evaluó utilizando 4 ítems. La consistencia interna de cada una de las subescalas fue superior a 0,83.



Esquema general del estudio: Estudio transversal sobre una muestra de 1.011 personas de la provincia de Alicante. La recogida de datos es retrospectiva y se valoran las diferentes variables del modelo de la Teoría de la Acción Planeada en el grupo de personas que sí realizaban ejercicio físico con regularidad.

Resultados

El análisis estadístico se realizó con el programa AMOS, versión 18. Para investigar los efectos de la Actitud Norma Subjetiva y del CCP en la intención se utilizó un modelo de ecuaciones estructurales. El ajuste de los modelos se evaluó mediante el cálculo estandarizado del RMSEA TLI, y CFI.

El modelo presentó un buen ajuste a los datos: $\chi^2(142) = 550,0$; $p = 0,000$; $\chi^2/df = 3,87$; TLI = 0,92; CFI = 0,93; RMSEA = 0,06³¹⁻³³.

Por otro lado, las variables del modelo explicaron conjuntamente el 61% de la varianza de la intención de realizar ejercicio físico ([fig. 2](#)). De ellas, es el control el que aportó una mayor cantidad de varianza (0,67), seguida de la norma subjetiva (0,19) y, por último, de la actitud, cuyo peso resultó no significativo, algo totalmente esperable si tenemos en cuenta que su influencia en la intención es prácticamente nula (0,09). En conclusión, la variable que más poder predictivo tuvo sobre la intención de realizar ejercicio físico es el control.

Discusión

Una de los principales objetivos de nuestro trabajo fue determinar la influencia de las variables del modelo de la TCP sobre la intención de realizar ejercicio en aquellas personas que ya estaban realizando ejercicio físico. Los resultados mostraron que el mejor predictor de la intención fue el control, indicando que aquellos que tienen más control para hacer ejercicio físico, más intención tienen de

Tabla 1 Ítems del cuestionario de la TCP en ejercicio físico

Variables del modelo	Ítems
Actitud	1. Para mí hacer ejercicio al menos 6 veces en las próximas 2 semanas sería: 1.1. Nada importante-----Muy importante 1.2. Muy desagradable—Muy agradable 1.3. Muy estresante-----Muy relajante 1.4. Muy inútil-----Muy útil 1.5. Muy dañino-----Muy beneficioso 1.6. Muy absurdo-----Muy inteligente
Norma subjetiva	2. La mayoría de las personas importantes para mí piensan que debería hacer ejercicio al menos 6 veces en las próximas 2 semanas 5. La mayoría de las personas importantes para mí quieren que haga ejercicio al menos 6 veces en las próximas 2 semanas 6. Estoy motivado para hacer ejercicio al menos 6 veces en las próximas 2 semanas porque es lo que la mayoría de las personas que son importantes para mí esperan 12. La mayoría de las personas importantes para mí esperan que haga ejercicio al menos 6 veces en las próximas 2 semanas
Control	3. Si yo quisiera podría hacer ejercicio al menos 6 veces en las próximas 2 semanas. 8. ¿Cuánto control cree que tiene para hacer ejercicio al menos 6 veces en las próximas 2 semanas? 9. Depende completamente de mí si hago ejercicio al menos 6 veces en las próximas 2 semanas 11. Creo que soy capaz de hacer ejercicio al menos 6 veces en las próximas 2 semanas 13. No tengo dificultades para hacer ejercicio al menos 6 veces en las próximas 2 semanas
Intención	4. He pensado hacer ejercicio al menos 6 veces en las próximas 2 semanas 7. Trataré de hacer ejercicio al menos 6 veces en las próximas 2 semanas 10. Haré un esfuerzo para hacer ejercicio al menos 6 veces en las próximas 2 semanas 14. Intentaré hacer ejercicio al menos 6 veces en las próximas 2 semanas

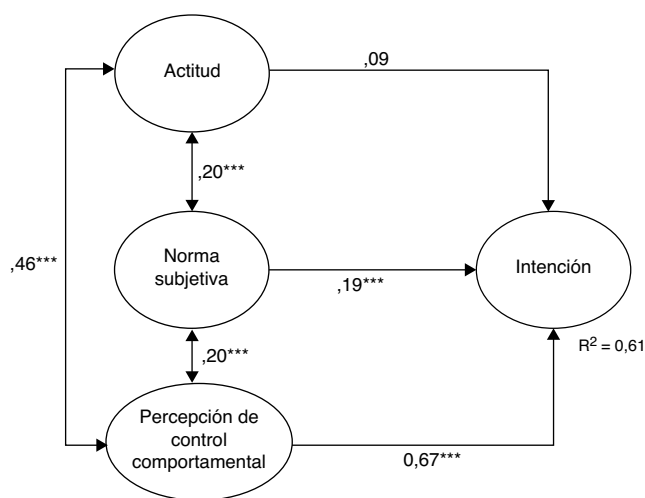
hacerlo. La norma subjetiva tuvo una pequeña capacidad de predicción sobre la intención, y la actitud no tuvo ningún tipo de influencia sobre la intención.

En suma, aquellas personas que ya están haciendo ejercicio se percibieron como competentes para realizarlo y no

dan importancia a las posibles barreras para hacer ejercicio. Además en este grupo la actitud se minimiza por el control. Por tanto, en los individuos que ya hacen ejercicio, fue la percepción de control el predictor más potente de la intención, este resultado es consistente con estudios previos^{34,35}.

A partir de los resultados obtenidos, parece claro que es necesario potenciar los pensamientos y sentimientos de control de las personas con el fin de potenciar su adherencia hacia la práctica de actividad física. Así, algunas de las recomendaciones que sugerimos, para las personas que ya están realizando ejercicio físico, serían, por un lado, reforzar positivamente su conducta, a través de preguntas dirigidas a aumentar la percepción de los individuos de los beneficios y éxitos que está obteniendo manteniendo esa conducta. Y por otro, proporcionar mayor información detallada y personalizada de las consecuencias positivas de su conducta, con la finalidad de que siga percibiéndose como responsable en el cuidado y mantenimiento de su salud.

Por otra parte, para aquellas personas que hacen ejercicio físico pero tienen baja intención de seguir realizándolo, las intervenciones deben ir dirigidas a fomentar la autonomía y la responsabilidad los pacientes en el cuidado de su salud. Asimismo, se ha de hacer hincapié en plantear unos objetivos realistas y a corto plazo con el fin de centrar el punto de partida y los hábitos que se pretenden adquirir. El esfuerzo se ha de traducir en actividades y el feedback continuado. Otra cuestión importante es que se ofrezca la paciente información clara, específica y pormenorizada,



Nota. *** $p = 0,001$

Figura 2 Modelo con coeficientes de regresión estandarizados.

Nota. *** $p = 0,001$.

evitando las generalizaciones e incluyendo información sobre el cambio de hábitos y los beneficios para su salud específicamente.

Una vez que el paciente muestra una adecuada motivación al cambio^{36,37} pasaremos a la segunda fase, en la nos centraremos especialmente en el refuerzo del sentimiento de control. Para llegar a este punto es importante que el profesional refuerce a la persona por los éxitos en el pasado, y fomente la sensación de control sobre su conducta. El otro elemento importante para la realización del cambio es la planificación cuidadosa de los cambios, adaptados a sus necesidades, sus características personales, sociales y familiares. Sin olvidarse de transmitir siempre el mensaje de que es el propio paciente el que se tiene que responsabilizar del cambio y sentirse motivado para el cambio y no por una imposición externa de los facultativos.

En la [tabla 2](#) se resumen otras estrategias y recomendaciones para ayudar a potenciar la práctica de ejercicio físico a través de los diferentes componentes de la TCP.

Asimismo, todo programa debe incluir un componente de seguimiento, en la medida de lo posible, por parte de los profesionales de atención primaria que se vaya espaciando cada vez más a medida que el paciente va asumiendo el control del nuevo hábito. Para ello es necesario hacer una revisión de los objetivos que se marcaron al inicio del tratamiento ajustándolos en función de aquellos objetivos conseguidos hasta ese momento.

Finalmente, para poder diseñar estas intervenciones, el profesional de atención primaria debe disponer de información clave relativa a algunos aspectos psicológicos del paciente y el control que percibe puesto que esta información será decisiva en el inicio y el mantenimiento del paciente en un programa de ejercicio físico. Con el fin de indagar sobre estos procesos y favorecer la adherencia a los mismos, proponemos algunas posibles preguntas a formular al paciente que ya realiza ejercicio físico durante la entrevista:

1. ¿Qué ventajas cree que tiene el cambio de hábitos/la práctica de ejercicio físico?
2. ¿Qué dificultades/barreras cree que pueden dificultar la práctica de ejercicio?
3. ¿Quiere cambiar de hábitos? ¿Por qué?
4. ¿Qué meta principal quiere conseguir?
5. ¿Qué objetivo a corto plazo puede marcarse? ¿y a medio y largo plazo?
6. ¿Cómo cree que puede conseguir su meta principal?
7. ¿Quién o quiénes de su entorno pueden ayudarle a este cambio? ¿Cómo pueden ayudarle?
8. ¿Qué aspectos cree que puedes controlar de su cambio de hábito?

En definitiva, este estudio aporta información sobre los factores psicosociales que pueden influir en la intención de realizar ejercicio físico. Además proporciona posibles intervenciones y preguntas que los médicos y enfermeras de atención primaria pueden realizar para ayudar a las personas a que inicien o mantengan la conducta de ejercicio físico y se perciban responsables en el cuidado de su salud.

Tabla 2 Estrategias y recomendaciones para potenciar los elementos de la TCP

Al comienzo de la intervención sería necesario evaluar las características y factores clave del paciente previamente a la personalización de la intervención.

Para potenciar la *actitud positiva* hacia la conducta de hacer ejercicio

1. Ofrecer al paciente aquella información detallada, individualizada y personalizada dirigida a la modificación de sus hábitos poco saludables especificando qué beneficios puede obtener del cambio de hábitos y evitando las generalizaciones
2. Indagar acerca de anteriores estrategias utilizadas para el cambio conductual y que van a permitir nuevas variaciones en los hábitos de vida del sujeto
3. Ofrecer feedback acerca de otras situaciones que el paciente haya podido resolver favorablemente y en las que fue necesario implantar cambios conductuales o de hábitos

Para mejorar la influencia de otras personas (*norma subjetiva*)

1. Favorecer el apoyo externo de familiares o amigos, buscando formas de que involucren en la instauración de los nuevos hábitos comportamentales

Para aumentar la *percepción de control* sobre la conducta de realizar ejercicio físico

1. Planificar objetivos a corto, medio y largo plazo. Los objetivos han de ser acordados y pactados entre el profesional sanitario y el paciente, teniendo en cuenta su ritmo, capacidad, motivación y necesidades y deben ser revisados y ajustados en función de los que se vayan consiguiendo
2. Diseñar un diario con la programación de la semana, las tareas realizadas, las dificultades encontradas y las posibles soluciones
3. Ayudar al paciente a conseguir los objetivos acordados, adquiriendo las habilidades y recursos que faciliten el cambio y aborden las barreras, mediante la utilización de técnicas de cambio conductual
4. Comenzar la actividad física con ejercicios fáciles que irán aumentando progresivamente de dificultad conforme el paciente vaya cumpliendo con sus objetivos

Un último aspecto a resaltar es quién sería el profesional encargado de desarrollar este tipo de intervenciones. Aunque la mayor parte de la carga asistencial en primaria va dirigida a los médicos, un trabajo reciente muestra que en el 65% de las consultas por enfermedad menor, enfermería es considerado el nivel idóneo para atenderlas³⁸. Los nuevos modelos organizativos están planteándose, entre otras propuestas, una participación más activa de enfermería lo que está siendo bien aceptado por profesionales y pacientes entre otras en el consejo sanitario y el seguimiento de problemas menores de salud³⁹. Así, la educación para la salud y la participación comunitaria son herramientas importantes del rol de enfermería que muy relevantes en este contexto⁴⁰.

Lo conocido sobre el tema

- La actividad física es un componente importante del estilo de vida de las personas, realizar ejercicio físico regularmente es una estrategia que puede prevenir diferentes enfermedades.
- Es necesario mayor consejo por parte de los facultativos para que las personas sientan la necesidad de hacer ejercicio físico para prevenir enfermedades.
- La TCP es uno de los modelos psicológicos más populares que estudia la influencia de factores psicológicos en la intención de realizar conductas saludables.

Qué aporta este estudio

- El estudio confirma que las variables como mayor poder predictivo sobre la intención de realizar ejercicio físico es la percepción de control.
- Se proponen diferentes estrategias de intervención para que los facultativos puedan ayudar en la decisión de los pacientes de realizar ejercicio físico.
- Se proponen preguntas para facilitar a los facultativos la recogida de información de los pacientes para poder elaborar una intervención particular para cada caso.

Financiación

Esta investigación estuvo financiada por Mapfre..

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses..

Bibliografía

1. García-Ortiz L, Grandes G, Sánchez-Pérez A, Montoya I, Iglesias-Valiente JA, Recio-Rodríguez JI, et al. Efecto en el riesgo vascular de una intervención para la promoción del ejercicio físico en sujetos sedentarios por el médico de familia. *Rev Esp Cardiol*. 2010;63:1244–52.
2. Grandes G, Sanchez A, Cortada JM, Calderon C, Balague L, Millan E, et al. Is integration of healthy lifestyle promotion into primary care feasible? Discussion and consensus sessions between clinicians and researchers. *BMC Health Serv Res*. 2008;213.
3. American College Of Sports Medicine. ACSM's Guidelines for Exercise. Testing and Prescription. 6th Edition Philadelphia: Lippincott Williams & Williams; 2000.
4. Rodríguez-Sánchez E, García-Ortiz L, Gómez-Marcos MA, Recio-Rodríguez JI, Mora-Simon S, Perez-Arechederra D, et al. Prevalencia de enfermedades cardiovasculares y de factores de riesgo cardiovascular en sujetos de 45 años de un área urbana: Estudio DERIVA. *Aten Primaria*. 2013;45:349–57.
5. Taras H. Physical activity and student performance at school. *J Sch Health*. 2005;75:214–8.
6. Graham R, Kremer J, Wheeler G. Physical exercise and psychological well-being among people with chronic illness and disability: A grounded approach. *J Health Psychol*. 2008;13:447.
7. Warburton D, Nicol CW, Bredin S. Health benefits of physical activity: The evidence. *CMAJ*. 2006;176:801–9.
8. Jiménez M, Martínez P, Miró E, Sánchez AI. Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados con la práctica de ejercicio físico? *Int J Clin Health Psychol*. 2008;8:185–202.
9. McAuley E, Mihalko SL, Bane SM. Exercise and self-esteem in middle-aged adults: Multidimensional relationships and physical fitness and self-efficacy influences. *J Behav Med*. 1997;20:67–83.
10. Dishman RK, Buckworth J. *Exercise Psychology*. Champaign, IL: Human Kinetics; 2001.
11. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2002: reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: OMS; 2002.
12. OMS. *Estrategia mundial sobre régimen alimentario actividad física y salud*. 57ª Ginebra: Asamblea Mundial de la Salud; 2004.
13. Martínez-González MA, Varo JJ, Santos JL, de Irala J, Gibney M, Kearney J, et al. Prevalence of physical activity during leisure time in the European Union. *Med Sci Sports Exerc*. 2001;33:1142–6.
14. Ministerio de sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). Encuesta Nacional de Salud 11-12. [consultado 26 Jun 2014]. Disponible en: <http://www.missi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/>.
15. Rodríguez-Artalejo F, Graciani A, Guallar-Castillón P, León-Muñoz L, Zuluaga C, López-García E, et al. Justificación y métodos del estudio sobre nutrición y riesgo sanidad. Servicio cardiovascular en España (ENRICA). *Rev Esp Cardiol*. 2011;64:876–82.
16. US Department of Health and Human Services. Healthy People, conference edition. Washington DC: US Department of Health and Human Services; 2010. [consultado 15 Ene 2014]. Disponible en: <http://www.healthgov/healthypeople/Document/HTML/Volume2/22Physical.htm>
17. American Academy of Family Physicians. Summary of policy recommendations for periodic health examinations, revision 5.1; 2002. [consultado 15 Ene 2014]. Disponible en: <http://www.aafp.org/exam/PHERev5.1/201.Pdf>.
18. Fletcher G. How to implement physical activity in primary and secondary prevention: A statement for healthcare professionals from the task force on risk reduction. *Circulation*. 1997;96:355–7.
19. Smith BJ. Promotion of physical activity in primary health care: Update of the evidence on interventions. *J Sci Med Sport*. 2004;7 1 Suppl:67–73.
20. Hillsdon, Foster C, Thorogood M. Interventions for promoting physical activity. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;CD003180.
21. Tulloch H, Fortier M, Hogg W. Physical activity counseling in primary care: Who has and who should be counseling? *Patient Educ Couns*. 2006;64(1–3):6–20.
22. PAPPs: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. [consultado 15 Ene 2014]. Disponible en: <http://www.papps.org/>
23. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Annu Rev Psychol*. 1991;50:179–211.
24. Ajzen I. Nature and operation of attitudes. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:27–58.
25. Godin G, Kok G. The theory of planned behaviour: A review of its applications to health-related behaviors. *Am J Health Promot*. 1996;11:87–98.
26. Hausenblas HA, Carron AV, Mack DE. Application of the Theories of Reasoned Action and Planned Behavior to exercise behavior: A meta-analysis. *Organ Behav Hum Decis Process*. 1997;19:36–51.

27. Randall DM, Wolff JA. The time interval in the intention-behaviour relationship: Meta-analysis. *Br J Soc Psychol.* 1994;33:405-18.
28. Sheppard BH, Hartwick J, Warshaw PR. The theory of reasoned action: A meta-analysis of past research with recommendations for modifications and future research. *J Consum Res.* 1988;15:325-43.
29. Hagger M, Chatzisarantis N, Biddle S. A meta-analytic review of the Theories of Reasoned Action and Planned Behavior in physical activity: Predictive validity and the contribution of additional variables. *J Sport Exerc Psychol.* 2002;24:3-32.
30. Tirado S, Neipp MC, Quiles Y, Rodríguez-Marín J. Development and validation of the theory of planned behaviour questionnaire in physical activity. *Span J Psychol.* 2012;15:801-16.
31. Jöreskog KG, Sörbom D. Structural equation modelling with the SIMPLIS command language. Chicago, IL: Scientific Software; 1993.
32. Marsh HW, Hau KT. Assessing goodness of fit: Is parsimony always desirable? *J Exp Educ.* 1996;64:364-90.
33. Shumacker RE, Lomax RG. A beginner's guide to structural equation modeling. Mahwah, NJ: Erlbaum; 1996.
34. Hagger MS, Chatzisarantis NL. Integrating the theory of planned behaviour and self-determination theory in health behaviour: A meta-analysis. *Br J Health Psychol.* 2009;14:275-302.
35. Mohiyeddini C, Pauli R, Bauer S. The role of emotion in bridging the intention-behaviour gap: The case of sports participation. *Psychol Sport Exerc.* 2009;10:226-34.
36. Prochaska JO, DiClemente C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Group Dyn.* 1982;19:276-87.
37. Prochaska JO, Marcus BH. The transtheoretical model: Applications to exercise. En: Dishman RK, editor. *Advances in exercise Adherence.* Champaign, Ill: Human Kinetics Publishers; 1994. p. 161-80.
38. Millas J, Arzuaga MJ, e Insausti MJ. Consulta de atención primaria: ¿todo es del médico? *Aten Primaria.* 2011;43810:516-23.
39. Brugés A, Peris A, Martí L, Flores G. Abordaje de la demanda de visitas espontáneas de un equipo de atención primaria mediante una guía de atención de enfermería. *Aten Primaria.* 2008;40:378-91.
40. Ambas A, Gasco S, Hernández M, Muñoz E. *Papel de enfermería en Atención Primaria.* Madrid: Comunidad de Madrid; 2009.