

PACIENTES CORONARIOS HABLANDO DE RIESGOS NUTRICIONALES: ETIQUETADO NUTRISCORE Y MÁQUINAS DE «VENDING» EN LOS HOSPITALES

CORONARY PATIENTS TALKING ABOUT NUTRITIONAL RISKS: NUTRISCORE LABELING AND VENDING MACHINES IN HOSPITALS

M. JOSÉ FERREIRA-DÍAZ¹, ANA LAGUÍA¹ Y GABRIELA TOPA¹

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Ferreira-Díaz, M. J., Laguía, A. y Topa, G. (2020). Pacientes coronarios hablando de riesgos nutricionales: etiquetado NutriScore y máquinas de «vending» en los hospitales [Coronary Patients Talking about Nutritional Risks: NutriScore Labeling and Vending Machines in Hospitals]. *Acción Psicológica*, 17(2), 135–152. <https://doi.org/10.5944/ap.17.2.30655>

Resumen

Este estudio analiza los discursos de una muestra de pacientes coronarios (N = 12) que asisten a un programa de rehabilitación cardíaca. A través de dos grupos focales como técnica de investigación se realiza un estudio de metodología cualitativa. Este trabajo tenía dos objetivos principales: en primer lugar, conocer cuánta información manejaban los participantes acerca del nuevo etiquetado nutricional y las claves que persigue la ley 17/ 2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria. En segundo lugar, valorar la adherencia a las charlas educativas del programa

de rehabilitación cardíaca, conocer su opinión acerca del contenido de las máquinas de “vending” de los hospitales y plasmar sus consejos y/o sugerencias a la hora de poder mejorar la calidad de la atención recibida. Los resultados muestran la importancia de seguir reforzando la educación para que los pacientes puedan optar por una conducta más adaptativa en cuanto a la adopción de una dieta cardiosaludable y asuman un papel más activo en su recuperación.

Palabras clave: Enfermedad coronaria; Alimentación saludable; Etiquetado nutricional.

Correspondence address [Dirección para correspondencia]: Ana Laguía, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.

Email: alaguia@psi.uned.es

ORCID: Ana Laguía (<https://orcid.org/0000-0002-4634-3127>) y Gabriela Topa (<https://orcid.org/0000-0002-9181-8603>).

¹ Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.

Recibido: 30 de octubre de 2020.

Aceptado: 28 de diciembre de 2020.

Abstract

This study analyzes discourses of a sample of coronary patients (N = 12) after attending a planned cardiac rehabilitation program. Through two focus groups as research technique, a qualitative study is carried out. The objective of this study was twofold. First, to know to what extent the participants had information about the new nutritional labeling and the key factors pursued by Spanish Law 17/2011, of July 5th, on food safety. Second, to assess adherence to the educational lectures within the cardiac rehabilitation program, to know their opinion about the contents of the vending machines in hospitals, and to identify their advices/suggestions in order to improve the quality of the care services they receive. The results show the importance of reinforcing educational programs aimed at patients so they can choose a more adaptive behavior in terms of adopting a heart-healthy diet by assuming a more active role in their recovery.

Keywords: Coronary artery disease; Healthy diet; Nutrition labeling.

Introducción

Aunque hoy la COVID-19 es una causa de gran número de decesos, la enfermedad cardiovascular continúa siendo un grave problema de salud pública. En los últimos años, la enfermedad cardiovascular ha sido la primera causa de muerte en España y en el mundo, de ahí la importancia de seguir trabajando en la prevención y control del riesgo cardiovascular. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), aproximadamente 17,7 millones de personas murieron en todo el mundo a causa de enfermedades cardiovasculares en 2015, es decir, más de 3 de cada 10 habitantes. Se estima que en 2030 más de 23 millones de personas morirán por enfermedad cardiovascular en el mundo y que esta seguirá siendo la principal causa de muerte.

En España, el avance de los últimos datos relativo a enero-mayo 2020 (INE, 2020) pone de manifiesto que el 23,0% de las defunciones en los cinco primeros meses de 2020 fueron causadas por enfermedades del sistema circulatorio y las enfermedades infecciosas que incluyen la COVID-19 fueron las segundas (un 20.9 % del total) superando a los tumores (20.4%). Según la OMS (2017), la enfermedad cardiovascular no solo supone un problema por su elevada tasa de mortalidad sino también por el elevado número de discapacidad que produce. Las cifras de incremento de mortalidad apuntan a que está yendo en aumento y que llegará a convertirse en una auténtica pandemia si no se logran controlar los factores de riesgo cardiovascular.

Facilitar a la población conocimientos acerca de estas enfermedades, así como el control de los principales factores de riesgo, tendría efectos beneficiosos sobre la salud, ya que ayudaría a la adquisición de hábitos saludables reduciendo significativamente la probabilidad de sufrir este tipo de dolencias (García et al., 2009). Por tanto, este trabajo pretende plasmar la importancia de la prevención cardiovascular, donde los profesionales de enfermería juegan un papel crucial a la hora de aumentar los conocimientos de los pacientes a través de la educación sanitaria. Ya se ha estudiado que las acciones preventivas que realiza enfermería promueven la salud y previenen la enfermedad evitando la necesidad de una atención aguda o rehabilitadora (Martínez Linares et al., 2014). En cuanto a la alimentación se refiere, cabe destacar que en los últimos años los hábitos alimenticios han cambiado mucho. La evidencia científica es contundente en cuanto al peso que una buena alimentación tiene en la salud de las personas y especialmente en la salud cardiovascular (Berciano y Ordoñas, 2014). Los alimentos pueden incidir tanto en la propia enfermedad como en los distintos precursores de esta, como la hipertensión, el colesterol, el peso corporal o la diabetes. La limitación en la ingesta de grasas saturadas y trans, como de azúcares simples y sal, además de la apuesta por el incremento de verduras, frutas, legumbres, cereales integrales y frutos secos, constituyen los pilares básicos de lo que se identifica como una alimentación saludable (García García et al., 2015; Piepoli et al., 2016).

El presente trabajo tiene como objetivo, en primer lugar, conocer cuánta información maneja un grupo de participantes que acuden a un programa de rehabilitación cardíaca acerca del nuevo etiquetado nutricional y las claves que persigue la ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria. El pilar básico de estos programas de rehabi-

litación es la educación y están enfocados mayormente en la recuperación de los pacientes que han sufrido un evento coronario. El segundo objetivo es valorar la adherencia a las charlas educativas del programa de rehabilitación cardíaca, conocer su opinión acerca del contenido de las máquinas “vending” de los hospitales y plasmar sus consejos y/o sugerencias a la hora de poder mejorar la calidad de vida de la atención recibida. Este estudio contribuye a profundizar en dichos aspectos para mejorar el abordaje educativo orientado a la prevención y control del riesgo cardiovascular.

Programas de Rehabilitación Cardíaca: Definición y Objetivos

Los programas de rehabilitación cardíaca, los cuales constituyen estrategias de prevención secundaria y terciaria, tienen como objetivo la reintegración del paciente a su vida emocional, familiar y laboral (Casaverde Pineda, 2018). La American Heart Association (AHA) y la American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (AACVPR) definen la rehabilitación cardíaca como el conjunto de intervenciones interdisciplinarias realizadas para optimizar la salud física y psíquica del cardiópata y para facilitar su integración social (Guzmán y Alcalá Ramírez, 2010). Se recomienda que los servicios de rehabilitación cardíaca sean integrales, es decir, que no solo incluyan la evaluación médica sino también la prescripción de ejercicio físico y el control de los factores de riesgo, así como intervenciones educativas. Una de las grandes diferencias con otros colectivos de pacientes con seguimiento hospitalario deriva en la metodología utilizada health coaching, un modelo de intervención innovador que consiste en el adiestramiento de la autoeficacia del paciente y adquisición de habilidades para que él mismo sepa cómo manejar su enfermedad. Esta metodología hace que los pacientes sean los protagonistas de su autocuidado, identificando metas y planes de acción maximizando el bienestar y la salud en general (Gierisch et al., 2017).

Se ha constatado que, aunque el número de unidades dedicadas a estos programas haya ido creciendo de manera exponencial en los últimos años, todavía resulta insuficiente. En Europa, menos del 50 % de los pacientes candidatos se benefician de la rehabilitación. En concreto en

España tan solo el 2-3 % de la población accede a estos programas, ya que es ofrecida solo por 12 centros públicos del Sistema Nacional de Salud (Alba Martín, 2018).

La rehabilitación persigue una mejoría de la calidad de vida de los pacientes permitiéndoles una pronta reincorporación familiar, social y laboral. Identifica y ayuda a corregir las causas que le han producido la cardiopatía, mejorando la evolución de la enfermedad cardiovascular e influyendo sobre la condición física, mental y social. Cabe destacar una vez más el papel que la enfermería desempeña dentro estos programas referidos a la valoración, estratificación de riesgo, entrenamiento y vigilancia del paciente, así como en las actividades educativas (Pinson Guerra, 2001).

Las intervenciones educativas tienen mucho peso dentro de los programas de rehabilitación cardíaca ya que el conocimiento puede impulsar comportamientos que promueven la salud de las personas (Mooney y Franks, 2011). Hay evidencia de que la educación mejora la calidad de vida relacionada con la salud (Anderson et al., 2017). En relación con la actividad física, se ha realizado un estudio específico en España sobre la salud percibida en pacientes con enfermedad coronaria, donde se pone de manifiesto que la práctica regular de ejercicio puede ayudar a mejorar la percepción de la salud y actuar como un antidepresivo natural, siendo fundamental para mantener la calidad de vida relacionada con la salud (Stein et al., 2014). Asimismo, otro punto clave de la rehabilitación consiste en que los pacientes entiendan la razón y el porqué de su tratamiento farmacológico, los efectos secundarios de los fármacos y las interacciones medicamentosas. Los pacientes con patología coronaria bien informados se adhieren mejor a las instrucciones prescritas (Zhao et al., 2015). Además, los materiales educativos deberían ir enfocados en proporcionar información básica sobre los aspectos clínicos de la enfermedad y consejos prácticos de cómo lograr y mantener importantes cambios de comportamiento, teniendo en cuenta las necesidades y percepciones de los usuarios de salud (Peterson et al., 2014).

La Alimentación Saludable: Definición y Justificación

La dieta saludable es la piedra angular de la prevención en la enfermedad cardiovascular. La modificación de los hábitos de estilo de vida, en especial el de la alimentación, es uno de los puntos fuertes a la hora de disminuir el riesgo de la enfermedad coronaria. Se sabe que más de la mitad de la reducción de la mortalidad cardiovascular se ha atribuido especialmente a la reducción de la colesterolemia, la Presión Arterial (PA) y el tabaquismo, una tendencia favorable contrarrestada principalmente por el aumento de otros factores de riesgo, como son la obesidad y la Diabetes Mellitus Tipo 2 (Flores-Mateo et al., 2011).

En consecuencia, la pertinencia de este estudio reside en mejorar el abordaje educativo a la hora de seguir trabajando en la prevención y control del riesgo cardiovascular ya que la literatura científica sugiere que se podría evitar hasta un 80 % la enfermedad cardiovascular y un 40 % la enfermedad oncológica si fuésemos capaces de eliminar las conductas de riesgo (Tabassum y Batty, 2013). Cabe señalar que el control poblacional de los principales factores de riesgo en España es todavía muy bajo, tan solo un 22.7 % en la hipertensión arterial y un 13.2 % en el colesterol, por lo que se concluye que aun existe amplio margen de prevención en nuestro quehacer diario (Banegas et al., 2012; Grau et al., 2011; Guallar-Castillón et al., 2012).

Aunque bien es cierto que se puede afirmar que la legislación dirigida a disminuir el consumo de tabaco y el contenido de sal, azúcares y ácidos grasos de tipo trans en los alimentos es una estrategia coste-efectiva (Agüero et al., 2013; Pereira et al., 2013), algunas publicaciones señalan que en nuestro país se debería regular legalmente la publicidad alimentaria dirigida a niños prohibiendo algunos productos dañinos para la salud (Del Pino y Royo-Bordonada, 2016). En cuanto al etiquetado nutricional, puede resultar útil un esquema simplificado basado en códigos de color de tal modo que en la parte frontal de los envases de los productos alimentarios se indique la composición de nutrientes de nivel alto, medio o bajo. Con este método, un semáforo nutricional múltiple, los consumidores podrían identificar los productos más saludables de

forma fácil (Hawley et al., 2013; Prieto-Castillo et al., 2015).

Método

Participantes

A través de dos grupos focales realizamos un estudio de investigación de metodología cualitativa. El estudio está circunscrito al Hospital Lucus Augusti de Lugo y en concreto al Servicio de Rehabilitación Cardíaca. La inclusión en el programa de rehabilitación cardíaca sigue la práctica clínica habitual de derivación; en su mayoría son pacientes con cardiopatía isquémica, aunque puede haber alguno de insuficiencia cardíaca. En cualquier caso, la inclusión en el programa la decide el facultativo responsable en base a unos criterios establecidos. Esta unidad entró en funcionamiento hace cinco años y atiende a una media de doscientos pacientes al año. La inmensa mayoría son pacientes que sufren cardiopatía isquémica, enfermedad más frecuente en hombres, aunque cabe decir que la frecuencia en mujeres se iguala a partir de la menopausia.

Los participantes en el presente estudio son pacientes coronarios incluidos en dicho programa de rehabilitación durante el año 2019. En el momento de realizar el estudio había 24 pacientes en el programa de rehabilitación cardíaca y se les ofertó la inclusión a 20. El único criterio de exclusión ha sido incapacidad a nivel cognitivo o neurológico. Se excluyeron dos, por patología psiquiátrica y por deterioro cognitivo tras sufrir anoxia a consecuencia de varias paradas cardíacas; en cuanto a los otros dos pacientes, tenían problemas de desplazamiento para acudir a las sesiones de rehabilitación. Los participantes aceptaron libremente participar en este estudio firmando el documento de consentimiento informado.

Tal y como sugiere la evidencia consultada (Hamui-Sutton y Varela-Ruiz, 2013) se intentó establecer grupos homogéneos, con características similares en cuanto a edad, sexo, estado civil, ocupación y nivel de estudios. Siguiendo los criterios de selección, se incluyó inicialmente a 10 personas en cada sesión, para poder trabajar de forma adecuada con el grupo. Finalmente, por problemas de des-

Tabla 1.*Características de los participantes Grupos Focales A y B*

Nombre	Edad	Sexo	Estudios	Ocupación
A1	57	M	Primarios	Cocinera
A2	68	H	Secundarios	Jubilado
A3	54	H	Primarios	Maderista
A4	57	H	Primarios	Jubilado
A5	41	H	Primarios	Jardinero
A6	76	H	Secundarios	Jubilado
B1	42	H	Secundarios	Sanitario
B2	58	H	Primarios	Ventas
B3	65	H	Primarios	Construcción
B4	51	H	Primarios	Vendedor ganado
B5	49	M	Universitarios	Administrativo
B6	63	H	Primarios	Jardinero

plazamiento y asuntos personales/laborales solo se consiguió una media de seis participantes en cada una de las sesiones (Tabla 1).

En cuanto a nivel educativo se refiere, tan solo uno de nuestros participantes tenía estudios universitarios. En la literatura consultada se observa que el grado de escolaridad es importante en la adherencia a los programas de rehabilitación. Al tener bajo nivel educativo resulta más complicada la comunicación con los profesionales de la salud y con su familia. También se asocia a estos participantes un perfil de persona más desfavorecida por tener menores ingresos económicos y un insuficiente conocimiento de lo que son los factores de riesgo (García Alcaraz et al., 2009).

Referente al estado civil, todos estaban casados o tenían pareja estable salvo uno de los participantes. La literatura señala que la relación del apoyo familiar se asocia con una disminución de ansiedad y depresión, además de contar con un apoyo considerable en cuanto a hacer reformas en su estilo de vida. Por el contrario, a los pacientes viudos o solteros se les vincula con una mayor dificultad para rehabilitarse, asociándolo a un sentimiento de incapacidad a la hora de practicar ejercicio, tener una dieta adecuada o dejar de fumar (Berkman et al., 1991; Duarte, 2009).

En relación con el género, la razón de la baja participación de las mujeres en los programas de

rehabilitación cardíaca está descrita por varios autores. Ello se atribuye a la dificultad de participación debido a los diferentes roles de cuidador informal (hijos/nietos, esposo, o familiar dependiente de ellas en el hogar). Asimismo, suele haber otras cuestiones reseñables asociadas como pueden ser la falta de seguridad o de experiencia previa con el ejercicio y el limitado apoyo cultural para llevar un estilo de vida físicamente activo (Loose y Fernhall, 1995).

Instrumento

Para analizar los discursos de los participantes utilizamos el grupo de discusión como técnica central de la investigación, complementándolo con otras técnicas como son la observación de los participantes. El análisis de las grabaciones se complementó con las notas de campo.

En primer lugar, se tiene en cuenta lo que se denomina el microanálisis del interlocutor, donde se recolecta, analiza e interpreta información meticulosa sobre cuestiones tales como: qué participante responde a cada pregunta, en qué orden responde cada uno de ellos, cuáles son las características de las respuestas y qué tipo de comunicación no verbal utilizan, entre los aspectos más relevantes (Onwuegbuzie et al., 2011). Gracias a este microanálisis el moderador pudo provocar que el participante más discreto tomase la palabra y también controlar al líder espontáneo que intentaba en alguna ocasión monopolizar la dis-

Tabla 2.*Preguntas de investigación y preguntas de la entrevista correspondientes*

Preguntas temáticas de investigación (PTI)	Preguntas dinámicas de entrevista (PDE)
¿Qué nivel de conocimientos hay acerca del etiquetado nutricional?	¿Has oído hablar del etiquetado? ¿Te resulta necesario? ¿Crees que podría ayudarte?
¿Hay conocimiento acerca de las claves que persigue la ley de seguridad alimentaria?	¿Conoces la ley? ¿Te parecen acertadas las claves que persigue?
¿Qué nivel de adherencia hay a las charlas educativas del programa de rehabilitación cardíaca?	¿Cuál era tu propósito principal al acudir? ¿Has hecho alguna reforma a partir de escucharlas?
¿Cuál es el profesional sanitario referente en materia de alimentación?	¿A quién te diriges para asesorarte en materia de alimentación? ¿Quién es tu referente?
¿Qué opinión merecen los “vending” hospitalarios?	¿Ves alguna conexión entre salud y “vending”? ¿Te resulta interesante el contenido?
¿Qué consejos/sugerencias podrían facilitarnos a los profesionales de la salud?	¿Cómo podríamos mejorar nuestro servicio? ¿Tienes alguna propuesta o idea?

cusión. También se hizo necesario reconducir al grupo cuando las características de las respuestas se derivaban a otro tema ajeno al que se había propuesto. Igualmente se prestó mucha atención al lenguaje corporal, cualquier gesto, postura o movimiento de cuerpo y rostro que pudiera transmitir alguna información.

En cuanto al guion de la entrevista, se han utilizado preguntas abiertas para abrir paso a la discusión (Tabla 2; por ejemplo, ¿Has oído hablar de...? ¿Qué opinión te merece...? ¿Cómo crees que se puede mejorar...? ¿Qué consejo/sugerencia podrías aportar...?). Según Kvale (1996), el propósito de una entrevista de investigación cualitativa se centra en la obtención de descripciones cualitativas del mundo del entrevistado con respecto a la interpretación de su significado. Siguiendo su modelo, el propósito de la entrevista en relación al motivo de la investigación, se ha trabajado en el diseño de preguntas basadas en el conoci-

miento que se busca y se han tenido en cuenta las implicaciones éticas.

La relación interpersonal que surge en el contexto de una entrevista ha permitido un diálogo sin inducir ni forzar respuestas. Así se ha podido analizar el nivel de conocimientos establecidos en las diferentes categorías posteriormente descritas (Tabla 3), utilizando el marco conceptual que se recoge en la Figura 1. Según la Fundación Internacional del Autocuidado (2016), uno de los pilares básicos del autocuidado es el conocimiento y alfabetización de la salud. Esta última es definida por la OMS (1998) como la representación de las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de las personas para acceder, comprender y utilizar la información para promover y mantener una buena salud. En particular, dentro del autocuidado y la alimentación destacan tres dominios conceptuales: los conocimientos previos, los

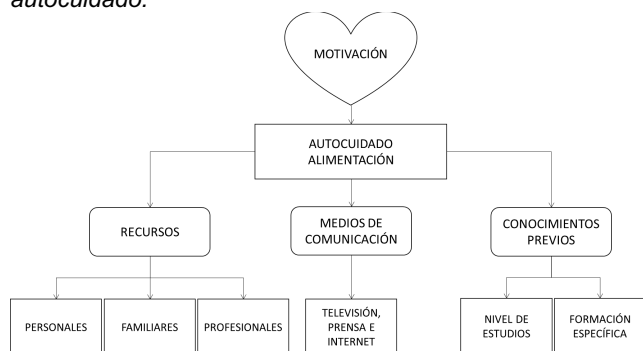
Tabla 3.*Categorías obtenidas para el análisis de contenido*

Categoría	Descripción
Categoría 1	Nivel de conocimientos acerca del etiquetado nutricional NutriScore
Categoría 2	Análisis de las claves que persigue la nueva ley 17/ 2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria
Categoría 3	Consejos y sugerencias para fomentar alimentación saludable
Categoría 4	Profesionales sanitarios referentes en materia de alimentación
Categoría 5	Adherencia de la charla educativa dieta cardiosaludable incluida en el programa de rehabilitación cardíaca
Categoría 6	Visión del “vending” en los hospitales

recursos con que cuenta cada persona y los medios de comunicación.

Figura 1.

Marco conceptual sobre los factores que influyen en el autocuidado.



El guion de preguntas permite cubrir una serie de áreas temáticas que abarcan los objetivos planteados en la investigación. Teniendo en cuenta que la mala alimentación es la primera causa de muerte por enfermedades cardíacas, se diseña un mapa de categorías identificadas como relevantes para recoger la información necesaria para el estudio. En el debate a fondo se plantean los temas elegidos desde una escucha activa no enjuiciadora. La entrevista proporciona un acceso único al mundo vivido de los participantes, que describen en sus propias palabras sus experiencias y opiniones. De ahí la importancia de traducir las cuestiones de investigación en preguntas o asuntos de conversación, transformando las preguntas académicas en un lenguaje coloquial y cercano para los participantes.

Procedimiento

En el diseño y la planificación de la investigación en cuanto a la selección de los participantes, la elaboración del guion de temas y la conducción de las reuniones se han seguido las directrices de la literatura al igual que en relación a la técnica de recolección de datos y posteriormente el análisis de su contenido (García Calvente y Mateo Rodríguez, 2000; Silveira Donaduzzi et al., 2015). La estrategia utilizada para la recogida de datos fue la entrevista grupal, semiestructurada y con preguntas abiertas, dispuesta en tres fases. Antes del inicio de cada sesión se so-

licitó el consentimiento para grabar el audio, explicando que el objetivo era hacer una descripción literal de las mismas y que esta grabación iba a ser custodiada por la investigadora principal y destruida después de las transcripciones.

En la primera fase, se presentaron los participantes y se explicó el propósito del estudio, se les leyó una hoja de información detallada, facilitándoles así el consentimiento informado. En la segunda fase, se desarrolló la entrevista y en la tercera fase, se hicieron las conclusiones pertinentes del estudio, a través de la síntesis de ideas clave. Mediante la observación se analizó el lenguaje no verbal de los participantes entrevistados, tomando dos investigadores notas de campo.

Cada grupo focal fue realizado en el mes de marzo de 2019, en una sala de reuniones de una cafetería céntrica de la ciudad de Lugo, contemplando así el llevar a nuestros pacientes a un terreno neutral, con el fin de evitar el sesgo de los resultados en la investigación. La duración aproximada para cada reunión fue de 90 minutos.

Análisis de datos

Los datos obtenidos de los grupos focales fueron analizados por tres investigadores diferentes. Después de la transcripción literal de los datos grabados y las notas de campo recogidas tras la observación, se analizaron los pasajes de los participantes. Para preservar la confidencialidad, los datos fueron codificados y luego clasificados posteriormente en cinco categorías (Tabla 3), que fueron formadas por la investigadora principal siguiendo un enfoque teórico centrado en el conocimiento y alfabetización en materia alimentaria. En el proceso de codificación se añadió una sexta categoría a las cinco que había planteadas en un inicio, tras advertir que los participantes daban mucho peso en su discurso a la figura de un profesional especialista en nutrición. Las transcripciones se realizaron sin ningún tipo de programa informático. Se trabajó en el análisis del contenido textual a partir de criterios sintácticos, semánticos y pragmáticos, según las recomendaciones de Navarro y Díaz (1999). Los tres investigadores pusieron posteriormente en común los datos obtenidos para analizar la concordancia de los resultados finales de la interven-

ción. En el proceso de codificación se relacionaron las unidades de registro con las unidades de contexto establecidas en el mapa de categorías, con el fin de poder así agrupar e interpretar la información de una forma organizada (Aguilar, 1999; Valles, 1997). Cualquier inconsistencia en la categorización entre los investigadores fue resuelta por consenso.

Resultados

A continuación, se analiza cada una de las seis categorías identificadas (Tabla 3).

Primera Categoría Temática: Etiquetado NutriScore

En cuanto a la próxima implantación del “semáforo nutricional”, tan solo cuatro de los 12 participantes habían oído hablar de este sistema de etiquetado. En general todos consideraron que es una buena iniciativa que ayudaría al consumidor a tomar mejores decisiones a la hora de hacer la compra, identificando y calificando de una forma muy visual el valor nutricional de los alimentos.

Los fragmentos más representativos de esta categoría son: A1 “yo no veo bien las letras pequeñas y me ayudaría a saber lo que como”. A2 “por colores salta más a la vista, me parece una buena idea”. A3 “yo ya lo he visto en otros países, no sé a qué esperan para implantarlo aquí, ya debería ser una realidad”. B5 “es una manera de promocionar lo más saludable, se podría así consumir lo bueno, ahora lo que más se vende es lo elaborado y precocinado”. B1 “lo light no es tan bueno como parece, así sabríamos lo que lleva”. B6 “a mí me parece bien, pero de todas formas creo que la publicidad es muy engañosa y puede seguir haciéndonos comprar de igual forma lo no saludable”.

En segundo lugar, genera controversia la cuestión de que los jóvenes son los que peor comen o no saben comprar. Por ejemplo, B3 “En los supermercados todo se aprovecha y se congela, la gente joven consume mucho alimento procesado y comida basura, no hay más que verles la cesta de la compra. Las prisas no te dejan cocinar mucho y vas a lo rápido”. En cambio para otros de los participan-

tes son sus hijos los que les enseñan y aconsejan. B5 “yo antes estaba convencido de que había que comer carne para estar bien alimentado. Mis hijos me dicen que no coma ciertas cosas y también son muy exigentes con lo que tenemos que reciclar en casa. El semáforo me ayudaría”.

En general, perciben que el semáforo no solo les haría elegir mejor el producto sino que también podría hacerles más conscientes del riesgo de consumir ciertos productos. Afirman que la información es conocimiento y el color rojo, asociado a prohibido el paso, les serviría para reflexionar a la hora de hacer la compra.

Segunda Categoría Temática: Ley 17/2011, 5 julio, de seguridad alimentaria

Tres de los pacientes refieren conocerla. Por unanimidad les parece acertado que restrinjan lo poco saludable y que la gente sea conocedora de los riesgos nutricionales de consumir ciertos productos de alto contenido en azúcar, grasas, sal y calorías. B3 “en los colegios hubo problemas con los catering, los niños se plantaron y no quisieron comerlos”. B4 “yo la obesidad en mi caso la achaco al tapeo y los vinos”. A6 “hay niños obesos porque comen muchas hamburguesas, pizzas y comida basura”.

Todos afirman estar convencidos de que se deben tomar medidas para luchar contra la obesidad. Sostienen que las claves que persigue la ley son acertadas, que la estrategia de la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (NAOS) es una buena idea pero que la ley debería ser más rigurosa. B5 “yo sé que hay trampas, la etiqueta blanca con franja azul no quiere decir que la carne sea gallega”. B2 “bueno, yo creo que si fuera muy rigurosa, no llegaríamos a ser competitivos con nuestros productos”.

En general los entrevistados no muestran convencimiento de que la ley mantenga la seguridad en toda la cadena alimentaria, es decir, desde la granja hasta la mesa. A5 “no es verdad que todo venga en las etiquetas, porque si no algunas carnes no las comería nadie, ¿cómo se puede criar un pollo en tan poco tiempo? ¿cómo hacen para que engorden y aumenten de peso creciendo tan rápido?, no

van a poner en las etiquetas lo que les dan. Yo llevo criando animales toda mi vida y sé de lo que estoy hablando”. B2 “sois unos privilegiados los que podéis comer animales criados en casa, los demás pedimos desde aquí que no prostituyan demasiado las carnes de granja que compramos”.

Tercera Categoría Temática: Fomentando una Alimentación Saludable

En general hay una clara dominancia en el grupo en cuanto a reivindicar más educación sanitaria. B3 “se deberían dar charlas en las aldeas, allí hay casas escuelas donde se podría enseñar a la gente a saber comer”. A5 “pienso que se debería fomentar más lo ecológico y enseñar también a las madres, no solo a los niños en las escuelas”. B2 “yo he aprendido a comer gracias al programa de rehabilitación cardíaca, se deberían extender esas charlas cardio-saludables, el bis a bis es lo que funciona, vosotros los profesionales deberíais hacer como los curas, reunir a mucha gente para poder enseñarles a comer”. A3 “un diagnóstico te cambia la vida y una buena educación sanitaria más. Las charlas y los talleres son necesarios”. B4 “yo haría una campaña que llegase a más gente, y la haría impactante como la de la DGT”. B5 “es bueno aprovechar los medios de comunicación para dar una buena información y también las redes sociales”. A5 “antes de mi enfermedad no leía los suplementos de la prensa, ahora voy a la sección que habla de salud y tomo notas, la prensa me ayuda”. A4 “el médico de atención primaria te dice que tienes que andar y pasear pero no te enseña a saber comer, se le debería dar más importancia a eso”. B1 “la publicidad es engañosa, no todo lo que aparece en los anuncios es cierto, no es una información del todo fiable, por eso necesitamos más educación en materia alimentaria”. B3 “se le sigue dando mucho contenido publicitario a la comida basura, como esas pizzas congeladas que aparecen en los anuncios y eso hace mucho daño”. A3 “ayudaría mucho dar a conocer el número de afectados, que se sepa que la gente enferma por no saber comer”. B4 “yo no me había parado a pensar la importancia que tenía la alimentación, somos muchísimos los que estamos mal y la gente no es consciente de eso”.

La sensación de los dos grupos es que se debería compartir su experiencia para trabajar en materia de prevención; sugieren que sus vivencias podrían tener impacto en la vida de otras personas a la hora de abandonar hábitos de vida perjudiciales para la salud. B1 “sería bueno que pudiera escucharnos mucha gente, así no enfermarían como lo hicimos nosotros por no saber hacer bien las cosas”.

Cuarta Categoría Temática: Profesionales Sanitarios Referentes en Materia de Alimentación

Diez de los pacientes entrevistados reclaman la figura del nutricionista para poder disponer de consejos especializados y personalizados. A2 “no todos podemos comer lo mismo, ni la misma cuantía, los consejos de un dietista serían necesarios”. B4 “estaría bien que hubiera un dietista para completar el equipo de profesionales”.

A día de hoy, se decantarían por los profesionales de atención primaria (medicina de familia, enfermería) como primer referente a los que pedirían ayuda o consejo, a falta de la figura de nutricionista. B5 “mi médico de familia poco me orienta y la enfermera me pesa y me mide la glucosa, me gustaría que hubiera la figura de un dietista”. B1 “la enfermera de atención primaria es la que me pesa y me habla de la dieta”.

En muchos casos, el programa de rehabilitación cardíaca ha sido el primer contacto que han tenido estos pacientes con la educación alimentaria. A3 “a mí la enfermera de rehabilitación cardíaca fue la que me abrió los ojos, en el programa me enseñaron a comer sano”. B2 “yo he aprendido a comer gracias al programa de rehabilitación cardíaca”.

Quinta Categoría Temática: Adherencia a la Charla Dieta Saludable del Programa de Rehabilitación Cardíaca

El concepto de adherencia en el caso de las charlas viene dado por el comportamiento del individuo frente a este modo de vida saludable, es decir, el cumplimiento o

no de las pautas que deberían seguir frente a las recomendaciones de salud. Todos los participantes admiten haber hecho en mayor o menor medida reformas alimentarias a partir del programa de rehabilitación cardíaca. La gran revolución ha sido el desayuno, salvo un participante de los 12 entrevistados, ninguno desayunaba, como mucho, alguno confesó que tomaba un café rápido. Otros cambios frecuentemente compartidos por los participantes son la reducción del consumo de algunos alimentos (por ejemplo, carne roja o bollería) y el aumento de otros productos (por ejemplo, vegetales o agua), así como el cambio de forma de preparación de los alimentos (por ejemplo, a la plancha o al vapor). B3 “¡yo ahora desayuno!, incluso por la mañana como más que a la comida. B4 “yo consumo menos carne, como más a la plancha, al horno, más verdura y también he incluido yogures y frutos secos”. A3 “bebo más agua y como menos carne, el desayuno ahora para mí es también una comida”. B4 “he cambiado radicalmente mi alimentación, he eliminado la bollería, el cerdo no lo he vuelto a probar y como mucha verdura”. B1 “ya no tomo refrescos azucarados, solo ocasionalmente, también he cambiado la sacarina por la panela”. B2 “antes comía carne todos los días, ahora solo un día a la semana”. B4 “para mí la ensalada poco más era que comer un poco de lechuga”.

Por último, se reseña un discurso muy interesante referido a la práctica del ejercicio físico como elemento motivador a la hora de impulsar a la asistencia y participación en las charlas educativas. A3 “yo creo que el ejercicio me ha ayudado a estar más activo en las charlas, no sé, como más comprometido”.

Sexta Categoría Temática: Visión del “Vending” en los Hospitales

Hay una clara determinación del grupo a cambiar los contenidos de las máquinas expendedoras en casi todos los productos. Tienen plena convicción de que, el hospital en su conjunto, debería velar por la salud de las personas. B3 “hay mucha fruta que se podría incluir y que podría aguantar perfectamente varios días en las máquinas”. A5 “yo menos el agua lo cambiaría todo”. B6 “cambiaría la bollería por frutos secos naturales”. B4 “estaría bien incluir algo para la gente que tenemos intolerancias, yo ahora de

viejo no tolero la leche”. A2 “yo incluiría las frutas desecadas, yogures y también frutos secos sin sal”.

Todos están de acuerdo por unanimidad que es una incongruencia el mensaje que reciben en el hospital, con la oferta de consumo, es algo que les parece disparatado. A4 “es incongruente pensar en cardiología y ver el contenido de los “vending”, choca frontalmente”. En estas máquinas se puede encontrar todo un abanico de productos insanos. Les gustaría que se vetaran todos esos productos dañinos y se promocionaran los saludables. Solicitan más productos ecológicos, con menos contenido en grasas, bajos en azúcar y que también se tenga en consideración a los celíacos. El “vending” de los hospitales, afirman, debería también apostar por lo cardiosaludable.

Discusión

A través del análisis de los discursos de los participantes se ha explorado la información que manejaban en cuanto a riesgos nutricionales valorando asimismo la adherencia al programa de rehabilitación. Este análisis ha confirmado la eficacia de los programas de rehabilitación cardíaca focalizados en la mejora de hábitos dietéticos.

En primer lugar, en relación con el etiquetado NutriScore (categoría 1), el análisis del discurso realizado es coherente con las publicaciones previas. El etiquetado frontal tiene un efecto positivo en la elección de alimentos saludables, con resultados variables en las dimensiones de compra y consumo (Santos-Antonio et al., 2019). El sistema del semáforo contrastado con una etiqueta nutricional estándar permite así dirigir la atención del consumidor a los nutrientes más importantes. Este semáforo, por tanto, podría ayudar a realizar elecciones alimentarias con menor cantidad en azúcares y sal (Galan et al., 2017). Cabe destacar que la literatura consultada sugiere que serían necesarias más investigaciones, para evaluar el impacto de la utilización de la información nutricional en forma de semáforo sobre los hábitos de compra y consumo real de los consumidores (Babio et al., 2013).

En segundo lugar, en cuanto al análisis de las claves que perseguía la ley 17/2011, de 5 julio, de seguridad alimentaria (categoría 2), los participantes apuntan que adolece de que no se haya disminuido demasiado la exposición al marketing alimentario no saludable tal como se contemplaba ya que perciben que los productos altamente energéticos y pobres en nutrientes siguen siendo una constante en los medios de comunicación. Cabe recordar que desde la OMS se recomienda reducir el impacto negativo de la publicidad de alimentos y bebidas ricos en grasas, 0 azúcares y sal en los hábitos alimentarios. Los participantes consideran que esta ley es demasiado permisiva también en los controles de calidad de los alimentos.

En tercer lugar, en el análisis de las sugerencias o consejos de los participantes (categoría 3) podemos apuntar el reclamo de más educación sanitaria centrada en la prevención de los factores de riesgo cardiovascular. Comentan la conveniencia de que los talleres y las charlas educativas llegasen a más gente. Sería bueno salir del hospital e ir a las escuelas, a los pueblos y que la publicidad no resultase engañosa y contribuyera a mejorar la salud de la población. Un incentivo a las empresas que producen y comercializan productos menos saludables podría ser útil para que investigaran en la adecuada sustitución y minimización de los productos ultraprocesados.

En cuanto al consenso de los participantes a la hora de reclamar la figura de un profesional especializado en nutrición (categoría 4), revisamos si la evidencia sostenía que los consejos llevados a cabo por un nutricionista podían ser más efectivos. Se identificó evidencia limitada al respecto. Tan solo se encontró un estudio observacional que mostró una mayor pérdida de peso y una mejoría de resultados relacionados con la dieta a partir de una intervención dietética, pero no fue posible determinar si el efecto es atribuido al hecho de ser una intervención realizada específicamente por un nutricionista en comparación con otro tipo de profesionales (IETSI, 2018).

En relación con la categoría 5, los participantes admiten que la educación recibida en el programa de rehabilitación les ha hecho reformar su patrón dietético. El consejo nutricional recibido en estos programas permite a los pacientes concienciarse de la importancia del seguimiento de una dieta adecuada. Estudios previos han

encontrado un patrón alimentario que refleja la orientación nutricional recibida: aumento en la ingesta de frutas y vegetales, modificaciones en el consumo de grasa saturada por insaturada y consumo de leche descremada (Roselló Araya et al., 2001). En general, debe hacerse mención a que los beneficios de los programas de rehabilitación tradicionales son transitorios debido al abandono y a la escasa duración de la intervención. Sin embargo, cabe destacar el estudio de López Frías et al. (2014) en el que se examinaron algunos parámetros de composición corporal y se realizó una valoración nutricional de todos los sujetos. Gracias al consejo nutricional recibido se observó un incremento de nutrientes cardiosaludables y que los sujetos que asistían al programa de rehabilitación tuvieron un mejor estado de hidratación.

Por último, los discursos analizados sobre el “vending” en el hospital (categoría 6) se alinean con la literatura revisada que es también concluyente en este sentido. Una publicación revela que bajar los precios puede ser un método eficaz de promover las opciones de alimentos deseadas en entornos comunitarios, como escuelas, lugares de trabajo y otros (French et al., 2001); esto es, promocionar una buena nutrición con opciones de alimentos sabrosos y saludables a precios atractivos manteniendo la rentabilidad general. Cada vez hay más estudios que ponen de manifiesto la inadecuada composición nutricional de los alimentos dispuestos en las máquinas “vending”, caracterizados por un elevado porcentaje de grasas, grasas saturadas, azúcares y sal (Martin Payo et al., 2020). Es importante señalar que existe una relación directa entre presencia y frecuencia de consumo, es decir, la presencia de alimentos ricos en grasas implica un mayor consumo de grasas (Matthews y Horacek, 2015). Asimismo, es especialmente relevante el discurso de uno de los participantes referido a la importancia del ejercicio físico como acicate a la hora de asistir y participar en las charlas educativas. Llama la atención no solo su presencia como refuerzo positivo en su recuperación sino también como el ejercicio se puede convertir en uno de nuestros mejores aliados en la educación para la salud. La literatura científica nos recuerda que además de relacionarlo con el fortalecimiento de las estructuras musculoesqueléticas, mejoras en los niveles de presión sanguínea y la salud cardiovascular global, no se debe olvidar que el ejercicio físico produce también beneficios a nivel neurocognitivo ya que mejora el

aprendizaje y la memoria, aumenta la proliferación celular y la sobrevida del hipocampo, incrementando el volumen de materia gris y blanca (Bossio y Justel, 2018). En este mismo sentido cabe recordar que los estudios que más han crecido durante los últimos años son los de la práctica de la actividad física por parte de personas adultas como actividad recreativa y saludable no solo pensando en él como un aliado en la educación sino también en los beneficios relacionados con el bienestar psicológico, algo a tener muy en cuenta en cualquier tipo de pacientes (Olmedilla et al., 2017).

Limitaciones y Futuras Líneas de Investigación

La limitación más importante de este estudio es la reducida muestra. En particular, solo dos de los 12 participantes son mujeres. En futuras investigaciones se recomienda abordar un estudio desde la perspectiva de género para profundizar en los aspectos que pueden incidir de diferente manera en la enfermedad coronaria y la rehabilitación posterior. Por ejemplo, en un estudio previo se ha asociado la mala calidad del sueño de pacientes mujeres con un poder adquisitivo bajo además de un pobre nivel educativo, destacando la falta de sueño como un factor pronóstico en la enfermedad coronaria (Assari et al., 2013). Por otra parte, no todos los pacientes están en disposición de viajar, debe pasar al menos un mes después del evento coronario para que puedan conducir y les supone un problema el desplazamiento dentro de lo que es toda el área sanitaria. Otros ya se han incorporado al mundo laboral y solo disponen de tiempo para venir a rehabilitarse. De ahí que se haga necesario abordar en estudios posteriores muestras más amplias para obtener resultados significativos, tanto de pacientes con dolencia cardíaca como población general, con el objetivo de crear programas preventivos específicos. Dada la actual crisis sanitaria por la pandemia COVID-19, los grupos de discusión tendrían que realizarse online, aunque los conocimientos tecnológicos para la mayoría de los pacientes suponen una barrera dada la edad de los participantes. No obstante, los resultados obtenidos en el presente estudio son de utilidad para diseñar cuestionarios que permitan realizar investigaciones cuantitativas con muestras más amplias. Los participantes podrían cumplimentarlos en papel tras la revisión en el

hospital y se podría profundizar en los aspectos prioritarios para mejorar las actividades formativas y preventivas.

A día de hoy, a consecuencia de la pandemia actual, se ha tenido que reducir la entrada de pacientes en el gimnasio para garantizar la distancia de seguridad. La educación sanitaria ha dejado de ser grupal, y tristemente no se puede contar con el mejor de los aliados, la familia; su presencia en las charlas formativas era de gran valía a la hora de poder apostar por un cambio de conductas y comportamientos dirigidos a modificar estilos de vida. Ahora les acercamos las charlas educativas a casa de forma online, vinculadas con códigos QR en los trípticos de las recomendaciones del programa. También proyectamos videos durante las sesiones de ejercicio y reforzamos lo aprendido con pequeñas píldoras informativas a través de la pizarra que se ha habilitado para tal fin en el gimnasio.

En cuanto a la ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria resulta complejo evidenciar si las expectativas o los logros que perseguía esta ley se han cumplido desde su puesta en marcha. Sería necesario ampliar este punto en investigaciones posteriores máxime cuando hoy en día la cuenta atrás para la entrada en vigor de la legislación que limita el uso de grasas trans se puede afirmar que es ya una realidad. A partir del mes de abril de 2021, se hará efectiva esta necesidad que se venía reclamando desde diferentes entidades, entre ellas la Fundación Española del Corazón (FEC), por ser consideradas este tipo de grasas en los alimentos una amenaza para la salud pública ya que aumentan los niveles de colesterol malo (LDL) y triglicéridos y, por otra parte, disminuyen los niveles de colesterol bueno (HDL).

Asimismo, se hace necesario ampliar las investigaciones en cuanto a los contenidos de los “vending” hospitalarios para concienciar a las empresas del daño que provocan en la salud de las personas. En este sentido, sería interesante poder pactar con la industria alimentaria la posibilidad de diseñar otros contenidos atractivos saludables que pudieran minimizar el riesgo de consumir productos que nos enferman. El plan de colaboración para la mejora de la composición de los alimentos y bebidas y otras medidas (AECOSAN, 2018) diseñado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social con el objetivo de reducir el contenido de sal, azúcar y grasas es una de las

medidas destinadas a crear entornos alimentarios más saludables (seguimos consumiendo productos reformulados, pero reduciendo el 15 % el azúcar máximo añadido). Pensando como profesionales de la salud en forjar hábitos alimenticios saludables, entendemos que la incorporación de alimentos como la fruta, los frutos secos naturales, el agua o los lácteos sin azúcares en estas máquinas expendedoras ayudaría a los pacientes a la hora de tomar decisiones. Los hospitales en su conjunto deberían velar por la salud de las personas y evitar mensajes ambiguos que dificulten la adherencia a la educación sanitaria recibida en el programa de rehabilitación cardíaca.

Conclusiones

En resumen, el impacto del programa de rehabilitación cardíaca ha sido clave en el manejo de la alimentación. Todos los participantes identificaban la dieta cardiosaludable con un aumento del consumo de verduras, legumbres, hortalizas y frutas, el aceite de oliva como grasa fundamental, los cereales integrales, la eliminación total de los azúcares y la reducción de la sal. También interiorizaron que la forma de cocinar influía en su salud, decantándose por el horno, la plancha y el vapor en la elaboración de sus platos. Los participantes manifestaron conocer sus objetivos de salud e hicieron cambios en su estilo de vida, para modificar sus factores de riesgo cardiovascular (colesterol elevado, hipertensión, sobrepeso, sedentarismo, etc.) algo que se hace crucial a la hora de luchar contra la enfermedad coronaria. Los consejos especializados en salud que habían recibido, se convirtieron también en un factor clave a la hora de modificar su alimentación, si lograban planificar su compra, leer las etiquetas y alimentarse de productos naturales sabían que podían influir en sus cifras de tensión arterial, niveles de colesterol y optar así por un peso saludable.

Los resultados de este estudio cualitativo muestran la importancia de seguir reforzando la educación para que los pacientes puedan optar por una conducta más adaptativa en cuanto a la adopción de una dieta cardiosaludable y asumir un papel más activo en su recuperación. El papel que juega el paciente y su autocuidado en el desarrollo de la cardiopatía isquémica se hace crucial para frenar la progresión de la enfermedad e impedir un nuevo evento coro-

nario. El cambio de patrón dietético es una de las estrategias clave en los programas de rehabilitación cardíaca.

Agradecimientos

Agradecemos a todos los participantes el tiempo dedicado al grupo focal y su buena disposición a compartir sus experiencias. Estos solicitan que plasmemos en el estudio las emociones que la enfermedad coronaria les provoca: miedo, aversión y angustia, de ahí el valor añadido que les supone poder contar con profesionales amables, cercanos y humanos a lo largo de todo su proceso. Algo que les devuelve las ganas de vivir, luchar y enfrentar el reto que la enfermedad les plantea.

Referencias

- Aguilar, J. M. (1999). *Entrevista en profundidad* [Depth Interview]. Lumen Humanitas.
- Agüero, F., Dégano, I. R., Subirana, I., Grau, M., Zamora, A., Sala, J., Ramos, R., Treserras, R., Marrugat, J. y Elosua, R. (2013). Impact of a partial Smoke-Free Legislation on Myocardial Infarction Incidence, Mortality, and Case-Fatality in a Population-Based Registry: The REGICOR Study. *Plos One*, 8(1), Artículo e53722. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0053722>
- Alba Martín, R. (2018). Efectividad de la rehabilitación cardíaca en un grupo de pacientes de alto riesgo [Effectiveness of Cardiac Rehabilitation in a Group of High-Risk Patients]. *Enfermería en Cardiología: Revista Científica e Informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*, 75, 34–39.
- Anderson, L., Brown, J. P., Clark, A. M., Dalal, H., Rossau, H. K. K., Bridges, C. y Taylor, R. S. (2017). Patient Education in the Management of Coronary Heart Disease. *The Cochrane Database*

- of *Systematic Reviews*, 2017(6), CD008895. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008895.pub3>
- Asociación Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. (2018). *Plan de colaboración para la mejora de la composición de los alimentos y bebidas y otras medidas*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Gobierno de España. https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/PLAN_COLABORACION_2020.pdf
- Assari, S., Moghani Lankarani, M., Kazemi Saleh, D. y Ahmadi, K. (2013). Gender Modifies the Effects of Education and Income on Sleep Quality of the Patients with Coronary Artery Disease. *International Cardiovascular Research Journal*, 7(4), 141–146.
- Babio, N., López, L. y Salas-Salvado, J. (2013). Análisis de la capacidad de elección de alimentos saludables por parte de los consumidores en referencia a dos modelos de etiquetado nutricional: Estudio cruzado [Capacity Analysis of Health Food Choice by Reference to Consumers in two Models of Nutritional Labeling; Crossover Study]. *Nutrición Hospitalaria*, 28(1), 173–181. <https://doi.org/10.3305/nh.2013.28.1.6254>
- Banegas, J. R., Graciani, A., de la Cruz-Troca, J. J., León-Muñoz, L. M., Guallar-Castillón, P., Coca, A., Ruilope, L. M. y Rodríguez-Artalejo, F. (2012). Achievement of Cardiometabolic Goals in Aware Hypertensive Patients in Spain. *Hypertension*, 60(4), 898–905. <https://doi.org/10.1161/Hypertension.AHA.112.193078>
- Berciano, S. y Ordovás, J. M. (2014). Nutrición y salud cardiovascular [Nutrition and Cardiovascular Health]. *Revista Española de Cardiología*, 67(9), 738–747. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2014.05.003>
- Berkman, B., Millar, S., Holmes, W. y Bonander, E. (1991). Predicting Elderly Cardiac Patients at Risk for Readmission. *Social Work in Health Care*, 16(1), 21–38. https://doi.org/10.1300/j010v16n01_03
- Bossio, M. y Justel, N. (2018). Impact of an Active Lifestyle on Emotional Memory. *Acción Psicológica*, 15(1), 39–56. <https://doi.org/10.5944/ap.15.1.21446>
- Casaverde Pineda, M., EscateQuijandría, M. y Guerrero Leon, P. (2018). *Calidad de vida en pacientes post infarto agudo de miocardio que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca en un Instituto Nacional 2017* [Trabajo académico para optar el título de Especialista en Enfermería en Cuidado Cardiovascular, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20500.12866/3762/Calidad_CasaverdePineda_Miriam.pdf
- Del Pino, A. y Royo-Bordonada, M. Á. (2016). Ethical Evaluation of a Proposed Statutory Regulation of food Advertising Targeted at Minors in Spain. *Public Health Ethics*, 9(3), 312–327. <https://doi.org/10.1093/phe/phw029>
- Duarte, C. (2009). *Reabilitação Cardiovascular* [Tesis de Máster, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto]. Repositorio de la Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21004/2/Reabilitao%20CardacaTese%20de%20mestrado.pdf>
- Flores-Mateo, G., Grau, M., O’Flaherty, M., Ramos, R., Elosua, R., Violan-Fors, C., Quesada, M., Martí, R., Sala, J., Marrugat, J. y Capewell, S. (2011). Análisis de la disminución de la mortalidad por enfermedad coronaria en una población mediterránea: España 1988–2005 [Analyzing the Coronary Heart Disease Mortality Decline in a Mediterranean Population: Spain 1988-2005]. *Revista Española de Cardiología*, 64(11), 988–996. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2011.05.033>

- French, S. A., Jeffery, R. W., Story, M., Breitlow, K. K., Baxter, J. S., Hannan, P. y Snyder, M. P. (2001). Pricing and Promotion Effects on low-fat vending Snack Purchases: The Chips Study. *American Journal of Public Health*, 91(1), 112–117.
- Fundación Española del Corazón. (2020). *Fundación Española del Corazón* [página web]. Recuperado de <https://fundaciondelcorazon.com/>
- Fundación Internacional del Autocuidado. (2016). Global support for the seven pillars of self-care. <https://isfglobal.org/1110-2/>
- Galan, P., González, R., Julia, C., Hercberg, S., Varela-Moreiras, G., Pérez-Rodrigo, C., y Serra-Majem, L. (2017). El logotipo nutricional NutriScore en los envases de los alimentos puede ser una herramienta útil para los consumidores españoles [Front-of-Pack Nutrition label NutriScore: An Useful Public Health Tool for Spanish Consumers]. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 23(2), 86–93.
- García Alcaraz, F., Alfaro Espín, A. y Moreno Sotos, J. L. (2009). Evaluación de resultados de salud: Panorama sobre el uso de medidas de resultados de salud basadas en el paciente en la práctica clínica. [Evaluation of Health Outcome. Overview of the Use of Patient-Based Health Outcome Measures in Clinical Practice]. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(6), 286–293.
- García, R., Victoria, M., Fabo, M.-B., Cortés, A., Ortiz, P., González, R., Honrubia, L. y González, V. (2009). ¿Desde el hospital podemos hacer intervenciones para la educación sociosanitaria? [Can we Make Interventions to the Social and Health Education from the Hospital?]. *Enfermería en Cardiología: Revista Científica e Informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*, 53, 48–52.
- García García, C. R., Muñoz de la Casa, S., García López, F. y García Gálvez, C. (2015). Hábitos de vida perjudiciales. En J. J. Gázquez Linares, M. C. Pérez-Fuentes y M. M. Molero Jurado, I. *Mercader Rubio y A. B. Barragán Martínez, Investigación en salud y envejecimiento* (Vol. II; pp. 185–192). Asociación Universitaria de Educación y Psicología (ASUNIVEP). <https://formacionasunivep.com/documents/publicaciones/investigacion-en-salud-y-envejecimiento-volumenII.pdf>
- Gierisch, J. M., Hughes, J. M., Edelman, D., Bosworth, H. B., Oddone, E. Z., Taylor, S. S., Kosinski, A. S., McDuffie, J. R., Swinkels, C., Razouki, Z. y Masilamani, V. (2017). *The Effectiveness of Health Coaching*. Department of Veterans Affairs, Evidence-based Synthesis Program (ESP), Project #09-010. <https://www.hsrd.research.va.gov/publications/esp/health-coaching-REPORT.pdf>
- Grau, M., Elosua, R., Cabrera de León, A., Guembe, M. J., Baena-Díez, J. M., Vega Alonso, T., Javier Félix, F., Zorrilla, B., Rigo, F., Lapetra, J., Gavrila, D., Segura, A., Sanz, H., Fernández-Bergés, D., Fitó, M. y Marrugat, J. (2011). Factores de riesgo cardiovascular en España en la primera década del siglo XXI: Análisis agrupado con datos individuales de 11 estudios de base poblacional, estudio DARIOS [Cardiovascular Risk Factors in Spain in the First Decade of the 21st Century, a Pooled Analysis With Individual Data From 11 Population-Based Studies: the DARIOS Study]. *Revista Española de Cardiología*, 64(4), 295–304. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2010.11.005>
- Guallar-Castillón, P., Gil-Montero, M., León-Muñoz, L. M., Graciani, A., Bayán-Bravo, A., Taboada, J. M., Banegas, J. R. y Rodríguez-Artalejo, F. (2012). Magnitude and Management of Hypercholesterolemia in the Adult Population of Spain, 2008-2010: The ENRICA Study. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 65(6), 551–558. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2012.03.001>
- Guzmán, R. G. y Alcalá Ramírez, J. (2010). Enfermedad isquémica del corazón, epidemiología y prevención. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM* 53(5), p. 35–432.

- Hamui-Sutton, A. y Varela-Ruiz, M. (2013). La técnica de grupos focales [Focus Groups Technique]. *Investigación en Educación Médica*, 2(5), 55–60.
- Hawley, K. L., Roberto, C. A., Bragg, M. A., Liu, P. J., Schwartz, M. B. y Brownell, K. D. (2013). The Science on Front-Of-Package Food Labels. *Public Health Nutrition*, 16(3), 430–439. <https://doi.org/10.1017/S1368980012000754>
- Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. (IETSI). (2018). *Guía de práctica clínica de rehabilitación cardíaca* [Guidelines of the Spanish Society of Cardiology for Cardiovascular Disease Prevention and cardiac rehabilitation]. Seguro Social de Salud (ESSALUD).
- Instituto Nacional de Estadística. (INE). (2020). *Defunciones según la causa de muerte*. Recuperado de https://ine.es/prensa/edcm_ene_may_19_20.pdf
- Kvale, S. (1996). *Interviews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Sage.
- Loose, M. S. y Fernhall, B. (1995). Differences in Quality of Life among Male and Female Cardiac Rehabilitation Participants. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 15(3), 225–231. <https://doi.org/10.1097/00008483-199505000-00009>
- López Frías, M., Gómez Martínez, M., Ramírez López Frías, M., De Teresa Galván, C., Díaz Castro, J. y Nestares, T. (2014). Beneficio del seguimiento de un programa de rehabilitación cardíaca [Benefits of a Cardiac Rehabilitation Program on some Parameters of Corporal Composition]. *Nutrición Hospitalaria*, 30(6), 1366–1374. <https://doi.org/10.3305/nh.2014.30.6.7897>
- Martin Payo, R., Sánchez Díaz, C., Suarez Colunga, M., García García, R., Blanco Díaz, M. y Fernández Álvarez, M. del M. (2020). Composición nutricional de los alimentos de las vending de edificios públicos universitarios y hospitalarios de Asturias [Nutritional Composition of Vending Foods of Public University and Hospital Buildings in Asturias]. *Atención Primaria*, 52(1), 22–28. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.04.010>
- Martínez Linares, J. M., Guisado Barrilao, R. y Ocaña Peinado, F. (2014). Modelos de estimación de riesgo cardiovascular y papel de enfermería en la prevención [Cardiovascular Risk Assessment Models and Nursing Role in Prevention]. *Enfermería en Cardiología: Revista Científica e Informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*, 63, 44–48.
- Matthews, M. A. y Horacek, T. M. (2015). Vending Machine Assessment Methodology. A Systematic review. *Appetite*, 90, 176–186. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.03.007>
- Mooney, L. y Franks, A. (2011). Impact of Health Screening and Education on Knowledge of Coronary Heart Disease Risk Factors. *Journal of the American Pharmacists Association: JAPhA*, 51, 713–718. <https://doi.org/10.1331/JAPhA.2011.10127>
- Navarro, P. y Díaz, C. (1999). Análisis de contenido. En J. M. Delgado y J. Gutierrez (Coords.), *Metodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales* (pp. 177–224). Síntesis.
- Olmedilla, A. y Ortega, E. (2017). Deporte, rendimiento y salud: Una aproximación desde la psicología. Contribución de los autores españoles en Web of Science [Sport, Performance and Health: An Approach from Psychology. Contribution of Spanish Authors in Web of Science]. *Acción Psicológica*, 14(1), 1–6. <https://doi.org/10.5944/ap.14.1.19250>
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la salud*. *Glosario*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Enfermedades cardiovasculares*. https://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/es/
- Onwuegbuzie, A. J., Leech, N. L., Dickinson, W. B. y Zoran, A. G. (2011). Un marco cualitativo para la recolección y análisis de datos en la investigación basada en grupos focales [A Qualitative Framework for Collecting and Analyzing Data in Focus Group Research]. *Paradigmas: Una Revista Disciplinar de Investigación*, 3(2), 127–157.
- Peterson, J. C., Link, A. R., Jobe, J. B., Winston, G. J., Klimasiewski, E. M. y Allegrante, J. P. (2014). Developing Self-management Education in Coronary Artery Disease. *Heart & Lung: The Journal of Cardiopulmonary and Acute Care*, 43(2), 133–139. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2013.11.006>
- Pereira, M., Azevedo, A., Lunet, N., Carreira, H., O'Flaherty, M., Capewell, S. y Bennett, K. (2013). Explaining the Decline in Coronary Heart Disease Mortality in Portugal between 1995 and 2008. *Circulation, Cardiovascular Quality and Outcomes*, 6(6), 634–642. <https://doi.org/10.1161/Circoutcomes.113.000264>
- Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., Cooney, M.-T., Corrà, U., Cosyns, B., Deaton, C., Graham, I., Hall, M. S., Hobbs, F. D. R., Løchen, M.-L., Löllgen, H., Marques-Vidal, P., Perk, J., Prescott, E., Redon J., ...Zamorano, J. L. (2016). Guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. *Revista Española de Cardiología*, 69(10), 939.e1–939.e87. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2016.09.004>
- Pinson Guerra, A. G. (2001). Rehabilitación cardiaca en pacientes portadores de cardiopatía isquémica [Cardiac Rehabilitation in Patients with Ischemic Cardiopathy]. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 9(2), 97–104.
- Prieto-Castillo, L., Royo-Bordonada, M. A. y Moya-Geromini, A. (2015). Information Search Behaviour, Understanding and Use of Nutrition Labeling by Residents of Madrid, Spain. *Public Health*, 129(3), 226–236. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2014.12.003>
- Roselló Araya, M., Guzmán Padilla, S. y Bolaños Arrieta, M. (2001). Efecto de un programa de rehabilitación cardíaca en la alimentación, peso corporal, perfil lipídico y ejercicio físico de pacientes con enfermedad coronaria [Effect the Cardiac Rehabilitation Program on Food Patterns, Body mass index, Lipid Profile and Cardiovascular Fitness in Patients with Coronary Artery Disease]. *Revista Costarricense de Cardiología*, 3(2), 15–20.
- Santos-Antonio, G., Bravo-Rebatta, F., Velarde-Delgado, P. y Aramburu, A. (2019). Efectos del etiquetado nutricional frontal de alimentos y bebidas: sinopsis de revisiones sistemáticas [Effects of Front-of-Package Nutritional Labeling of Food and Beverages: Synopsis of Systematic Reviews]. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43, Artículo e62. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.62>
- Stein, A. C., Molinero, O., Correa, M. C. R. y Rosa, S. M. (2014). Actividad física y salud percibida en pacientes con enfermedad coronaria [Physical Activity and Perceived Health in Patients with Coronary Artery Disease]. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 14(1), 109–116.
- Tabassum, F. y Batty, G. D. (2013). Are current UK National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Obesity Risk Guidelines Useful? Cross-sectional Associations with Cardiovascular Disease Risk Factors in a Large, Representative English Population. *PLOS ONE*, 8(7), Artículo e67764. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0067764>
- Vallés, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Síntesis.

Zhao, S., Zhao, H., Wang, L., Du, S. y Qin, Y. (2015). Education is Critical for Medication Adherence in Patients with Coronary Heart Disease. *Acta Cardiologica*, 70(2), 197–204. <https://doi.org/10.1080/ac.70.2.3073511>