Intervención de educación para la salud en enfermedades cardiovasculares en el Centro Penitenciario de Soria

MM Martínez-Delgado[1], C Ramírez-López[2]

[1] Enfermera Centro Penitenciario de Soria
[2] Estudiante 4º curso de Grado en Enfermería en la Escuela Universitaria de Soria

RESUMEN:

Objetivo: Fomentar el conocimiento sobre estilos de vida saludable, que ayude a disminuir los factores de riesgo, causantes de enfermedades cardiovasculares, obesidad, diabetes, hipertensión e hiperlipidemias, mediante la Educación para la Salud (EpS).

Material y método: Entre noviembre y diciembre 2014 en el Centro Penitenciario (CP) de Soria, se realizó una intervención de EpS en enfermedades cardiovasculares. Se ofreció la participación a los 160 internos del Centro. La intervención consistió en entrevista individual con valoración antropométrica, revisión de historias clínicas y tres sesiones grupales, con contenido teórico-práctico sobre las enfermedades citadas, así como recomendaciones dietéticas, dieta mediterránea y ejercicio físico. Se valoraron los conocimientos adquiridos mediante encuesta elaborada para tal fin.

Resultados: Participaron 33 internos (21% del total de internos). EM 38,2 años (35,2- 41,3). Prevalencia normo peso (IMC: 18 a 24,9): 18 internos (54,5%), sobrepeso (IMC: 25 a 29,9): 11(33,3%), obesidad (IMC> 30): 4 (12,1%). Riesgo cardiovascular (RCV) según ICC (Índice cintura cadera): 10 (30%) riesgo elevado, REGICOR 4 (12,1%) riesgo moderado. Riesgo relativo de comorbilidad 2 (6%) presentaban un riesgo ligeramente aumentado, 4 (12,1%) presentaba riesgo aumentado.

Conclusiones: Las intervenciones en EpS son necesarias y efectivas en la modificación de estilos de vida. El cálculo de RCV ha de servir para poner en marcha medidas preventivas que disminuyan los factores de riesgo cardiovasculares.

Palabras clave: Prisiones; Educación sanitaria; Agentes cardiovasculares; Diabetes Mellitus; Obesidad; Hipertensión; Estilo de vida; Alimentación; Ejercicio; Comorbilidad.

CARDIOVASCULAR HEALTH EDUCATION INTERVENTION IN THE PRISON OF SORIA

ABSTRACT

Objective: To promote awareness of healthy lifestyles, to help decrease the risk factors that cause cardiovascular disease, obesity, diabetes, hypertension and hyperlipidemia, through Health Education (HE).

Material and Methods: Between November and December 2014 in the prison of Soria, HE intervention in cardiovascular diseases was performed. Participation was offered to 160 inmates at the Prison. The intervention consisted of individual interviews with anthropometric assessment and review of medical records and three group sessions with theoretical and practical content of these diseases, as well as dietary recommendations, Mediterranean diet and exercise. Knowledge gained from surveys conducted for that purpose was evaluated.

Results: A total of 33 (21%) of 160. Average age 38.2 (35.2 to 41.3). Prevalence: Normal weight (BMI 18 to 24.9) 18 (54.5%), overweight BMI (25.0 to 29.9) 11 (33.3%), obesity (IBMI from 30) 4 (12. 1%). Cardiovascular risk (CVR) as ICC (waist hip ratio) 10 (30%) high risk, REGICOR 4 (12.1%) moderate risk. Relative risk of comorbidity in 2 (6.0%) had a slightly increased risk, 4 (12.1%) had increased risk. Conclusions: HE interventions are necessary and effective in modifying lifestyles. The calculation of CVT should serve to implement preventive measures to reduce the factors of cardiovascular risk.

Keywords: Prisons; Health Education; Cardiovascular agents; Diabetes mellitus; Obesity; Hypertension; Lifestyle; Feeding; Exercise; Comorbidity

Texto recibido: 23/03/2015 Texto aceptado: 20/08/2015

INTRODUCCIÓN

Según la Carta de Ottawa, la Promoción de la Salud es el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud. La promoción de la salud trata fundamentalmente, de las acciones destinadas a abordar el conjunto de determinantes de la salud, potencialmente modificables. La Educación para la Salud (EpS) es una parte fundamental de la promoción de la salud y según la OMS (Organización Mundial de la Salud), comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente, que suponen una forma de comunicación destinada a la alfabetización sanitaria[1-4].

La Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) en el consenso 2007 así como la OMS, consideran que la obesidad se ha convertido en la segunda causa de muerte prematura evitable en todo el mundo después del tabaco y tiene una relación directa con las enfermedades cardiovasculares[5].

Según un estudio realizado por el GESESP (Grupo de Enfermería de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria) sobre prevalencia de enfermedades crónicas en el medio penitenciario, se ha demostrado que estas enfermedades crónicas han venido a sustituir a las enfermedades infecciosas como principal causa de mortalidad en este medio, al igual que en la población general[6-7]. Diversos estudios demuestran que la población penitenciaria en los últimos años ha envejecido, tiene sobrepeso en un porcentaje nada despreciable y presentan una alta prevalencia de enfermedades relacionadas con el estilo de vida[8-9]. Esto justifica que uno de los temas a tratar en las intervenciones en EpS en el medio penitenciario, sean las enfermedades directamente relaciones con el estilo de vida. Debemos de tener en cuenta que el nivel de salud de un grupo poblacional está directamente relacionado con su nivel de formación y con el nivel socio económico al que pertenece, y las intervenciones en EpS deben de ir encaminadas a las necesidades sanitarias de esa población y conforme al nivel de conocimientos previos sobre la misma[10-11]. Las peculiares características de la población penitenciaria hacen que las intervenciones en EpS sean necesarias e imprescindibles.

Hay fórmulas que permiten valorar el riesgo relativo de comorbilidad de la obesidad, con enfermedades como las mencionadas, diabetes, hipertensión arterial (HTA), etc., estas fórmulas consisten en valorar conjuntamente la obesidad y la distribución corporal del tejido adiposo mediante diferentes medidas antropométricas como el índice de Quetelet o IMC (índice de masa corporal), el ICC (índice cintura cadera) o simplemente el perímetro de abdominal (PA), reconocido en diferentes trabajos como predictor e indicador de riesgo cardiovascular[12-13]. Otras fórmulas estiman el riesgo general cardiovascular de los individuos, entre otras, la tabla de Framingham, REGICOR o SCORE. Conocer el RCV de un individuo nos ha de servir para poner en marcha medidas preventivas, tendentes a disminuir los diferentes factores de riesgo, siendo este un valor orientativo[14-16].

El desarrollo de la enfermería penitenciaria actual abarca las funciones asistencial, docente, investigadora y de gestión. La función docente se puede desarrollar en dos vertientes diferentes, por una parte, la encaminada a fomentar el autocuidado de los reclusos mediante EpS; por otra parte, la enfermería posee un cuerpo de conocimiento propio, que a su vez los enfermeros tienen la necesidad de trasmitir para que sirva, entre otras cosas, a la formación de nuevos profesionales[17]. En este proyecto de EpS se han conjugado las dos formas de educación mencionadas. El Centro Penitenciario de Soria colabora con la Universidad de Valladolid en la formación de pregrados y acoge estudiantes de 4º curso de Grado de Enfermería, en el desarrollo de sus prácticas curriculares. Estos alumnos han colaborado de forma activa en la elaboración de pequeños proyectos de EPS como el que nos ocupa.

OBJETIVO GENERAL

Fomentar cambios en el estilo de vida, que disminuyan los factores de riesgo, causantes de las enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión y dislipemias.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aumentar los conocimientos sobre enfermedades crónicas predisponentes de enfermedades cardiovasculares.
- Fomentar hábitos saludables en cuanto a alimentación y ejercicio físico.
- Valorar el riesgo individual de padecer una enfermedad cardiovascular o relacionada, mediante valoración antropométrica.
- Fomentar la necesidad de realizar EpS en los nuevos profesionales de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de intervención, descriptivo, llevado a cabo en el CP de Soria en los meses de noviembre y diciembre 2014. La selección de la muestra se realizó

Tabla 1: Valoración de Riesgo de enfermedades cardiovasculares a partir del Índice Cintura-Cadera y la edad, según la escala de Gray y Bray (Antropometric Standadizacion Reference Manual).

HOMBRES:		RIESGO:		
Grupos Edad	BAJO	MODERADO	ALTO	MUY ALTO
20-29	<0,83	0,83-0,88	0,89-0,94	>0,94
30-39	<0,84	0,84-0,91	0,92-0,96	>0,96
40-49	<0,88	0,88-0,95	0,96-1,00	>1
50-59	<0,90	0,90-0,96	0,97-1,02	>1,02
60-69	<0,91	0,91-0,98	0,99-1,03	>1,03
MUJERES		RIESGO:		
Grupos Edad	BAJO	MODERADO	ALTO	MUY ALTO
20-29	<0,71	0,71-0,77	0,78-0,82	>0,82
30-39	<0,72	0,72-0,78	0,79-0,84	>0,84
40-49	<0,73	0,73-0,79	0,80-0,87	>0,87
50-59	<0,74	0,74-0,81	0,82-0,88	>0,88
60-69	<0,76	0,76-0,83	0,84-0,90	>0,90

Tabla 2: Principales variables cuantitativas analizadas.

VARIABLES	MEDIA	IC al 95%	Mínimo	Máximo
Edad(años): Menos de 30: 8 (24,2%) Entre 30 y 39.9: 12 (36,4%) Entre 40 y 49.9: 8 (24,2%) Entre 50 y más: 5 (15,2%)	38,2	35,2 a 41,3	26	55
Peso (Kg)	76,5	71,9 a 81,1	48,9	103,1
Talla (cm)	172,5	169,8 a 175,1	159	184,5
Índice de Masa Corporal (kg/m^2) – Normo Peso (18,5 a 24,9): 18 (54,5%) – Sobrepeso (25,0 a 29,9): 11 (33,3%) – Obesidad (a partir de 30): 4 (12,1%)	25,7	24,3 a 27,1	18,8	34,2
Presión arterial sistólica mmHg	129,1	124,8 a 133,5	103	150
Presión arterial diastólica mmHg	75,6	71,9 a 79,3	58	99
Colesterol Total (mg /dl)	195,6	177,8 a 213,3	106	274
Colesterol HDL (mg/ dl)	50,9	43,9 a 58,1	27	102
Perímetro de cintura (cm)	86,9	83,4 a 90,5	72	119
Perímetro de cadera (cm)	92,7	89,6 a 95,8	73	110

ofreciendo la participación voluntaria a toda la población interna del centro (160 internos) en el mes de Noviembre del 2014. La información se realizó mediante carteles informativos que se distribuyeron por cada una de las dependencias del CP. En consulta de enfermería se informó y aconsejo la asistencia a los internos con problemas de salud, como diabetes mellitus o HTA. Solicitaron su participación 33 internos de los 160 que en ese momento había en el Centro. La intervención se realizó en cuatro sesiones, la primera fue una entrevista individual y las tres sesiones restantes fueron en grupo. En la última sesión los participantes respondieron a un cuestionario, elaborado para tal fin, para valorar tanto los conocimientos adquiridos como el desarrollo de la intervención en sí misma.

En la entrevista personal se obtuvieron medidas antropométricas como peso (kg), talla (cm), medida de cintura (cm), cadera (cm) y prensión arterial (TA) mmHg. Para realizar las medidas se utilizaron báscula eléctrica calibrada y con tallímetro incorporado marca SOEHNLE y cinta métrica elástica y milimetrada. El perímetro abdominal se tomó sin ropa, en bipedestación, se localizó el punto medio entre el borde de la costilla y las crestas iliacas y por este punto se rodeó la cintura con la cinta métrica; para la cadera se utilizaron como referencia los trocánteres mayores. La toma de TA, se realizó mediante tensiómetro eléctrico, marca OMRON, debidamente calibrado. Se hicieron dos medidas consecutivas de TA con un intervalo de cinco minutos y se obtuvo la media de las dos tomas. Mediante el índice de Quetelet, se calculó el IMC, que aun sin ser un indicador excelente de adiposidad en individuos musculados, deportistas o ancianos, es el índice utilizado en la mayoría de los estudios epidemiológicos y es recomendado por diferentes sociedades médicas. Mediante tabla Bray y Gray (1988) (Antropometric Standadizacion Reference Manual) se valoró el RCV relacionando el ICC, la edad y el sexo (Tabla 1). Relacionando el IMC y el perímetro abdominal se calculó el riesgo relativo de comorbilidad de la obesidad con enfermedades como diabetes, HTA u otras enfermedades cardiovasculares (Tabla 2). Se preguntó sobre hábitos de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas sin especificar el tipo de droga. Con respecto al consumo de alcohol, se consideró respuesta afirmativa cuando los pacientes respondieron que en su vida en libertad consumían alcohol de forma abusiva, el paciente reconoce tener problema con el alcohol, y no solo un consumo ocasional o esporádico.

Mediante revisión de historia clínica se obtuvieron datos de colesterol total y colesterol HDL. Se consideraron las últimas cifras de colesterol sin tener en cuenta la antigüedad de las mismas, así como la existencia de antecedentes y tratamiento para enfermedades como diabetes, VIH, HTA, dislipemias.

Figura 1: Collage de pirámide nutricional realizado por los internos del CP Soria en el Taller de EpS en enfermedades cardiovasculares.

Sesiones en grupo: Se realizaron tres sesiones grupales de hora y media. En ellas se trataron: etiología, diagnóstico y tratamiento de diabetes, hiperlipidemia e hipertensión, principios básicos sobre alimentación, dieta mediterránea, alimentación y ejercicio físico en las diferentes enfermedades. En la última sesión se proyectó un documental relacionado con la alimentación saludable[18]. Como actividad práctica se construyó un collage de una pirámide nutricional, en la que colaboraron todos los asistentes (Figura 1).

Se solicitó consentimiento informado para poder utilizar los datos obtenidos en su entrevista y en su historia clínica, todos los participantes dieron su consentimiento. Se solicitó autorización a la Unidad de Apoyo de la Secretaría General de IIPP, en los términos legales a los que hace referencia la Orden Circular 7/99 sobre "Trabajos, estudios e investigación en el medio penitencio". El estudio estadístico fue descriptivo. Inicialmente se comprobó el tipo de distribución que seguían las variables mediante la prueba de Kolmogorov- Smirnov y las que seguían una distribución normal se expresaron en forma de medias con sus correspondientes intervalos de confianza al 95%. Se expresó también valores máximos y mínimos. Las variables cualitativas se mostraron como frecuencias absolutas y relativas.

RESULTADOS

Solicitaron la participación en el taller 33 internos (21% del total del CP) de los cuales asistieron 32 a

Tabla 3: Distribución de la muestra según el riesgo relativo de comorbilidad que confiere el exceso de peso y la distribución del tejido adiposo.

	IMC (kg/m2)	Riesgo relativo de comorbilidad según el PA (n = 33)			
		PA < 102 cm		PA > 102 cm	
Peso normal	18,5 - 24,9	Ninguno	16 (48,8%)	Ligeramente Aumentado	2 (6,0%)
Sobre peso I,II	25 - 26,9 27 -29,9	Ligeramente aumentado	4 (12,1%) 7 (21,2%)	Aumentado	
Obesidad I	30 -34,9	Aumentado	4 (12,1%)	Alto	
IMC= Índice de Masa Corporal. PA= Perímetro Abdominal (cm).					

Tabla 4: Frecuencias de las principales variables sobre hábitos tóxicos.

SUSTANCIAS	SI /CONSUMEN	NO /CONSUMEN
ALCOHOL	5 (15,1%)	28 (84,8%)
OTRAS DROGAS	10 (30,3%)	23 (69,6%)
TABACO	20 (60,6%)	13 (39,3%)

la primera sesión, 26 a la segunda y 18 a la tercera. Todos los participantes eran varones. La muestra tenía una media de edad de 38,2 años, con un rango entre 26 y 55 años. De ellos 18 eran mayores de 35 años. La valoración antropométrica se realizó a los 33 internos que solicitaron la participación en el taller. Los resultados de la valoración antropométrica, edad, talla, peso, IMC, perímetro de cintura y cadera así como los registros de TA, cifras de colesterol total, HDL, figuran en la Tabla 2. La valoración del riesgo relativo de comorbilidad entre obesidad y distribución de grasa corporal se refleja en la Tabla 3. Con los 18 (54%) participantes mayores de 35 años, en los cuales se pudo calcular el riesgo cardiovascular mediante Tabla REGICOR, obtuvimos que 4,12% de toda la muestra, presentan un riesgo moderado (5% a 9,9%) de padecer una enfermedad cardiovascular en los próximos diez años[19]. Los hábitos de consumo de sustancias nocivas se reflejan en forma de frecuencias de variables cualitativas en la Tabla 4. De todos los participantes, 8 (24%) estaban en tratamiento antihipertensivo, 3 (9%) estaban en tratamiento para el colesterol y 5 (15%) llevaban tratamiento para la diabetes, siendo dos de ellos con insulina y los otros tres con antidiabéticos orales. Solo uno de los participantes presentaba anticuerpos VIH. La encuesta que se pasó en la última sesión fue contestada por 17 (51%) de los participantes y los resultados se muestran en la Tabla 5. Algunos de ellos manifestaron haber iniciado algún tipo de cambio en sus hábitos de vida. Entre los cambios que pensaban realizar se encontraban tomar fruta todos los días, comer menos cantidad o comer la comida ofrecida por el establecimiento, sin recurrir a la adquirida en el economato y hacer más ejercicio o dejar de fumar.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

La Educación para la Salud ha demostrado ser una herramienta útil para mejorar diferentes parámetros relacionados con el estilo de vida, pero no queda claro que la educación grupal mejore los resultados con respecto a la individual. Se ha demostrado, eso sí, que las intervenciones en EpS deben ser estructuradas, planificadas y desarrolladas de forma secuencial[20]. Nuestro objetivo en la intervención de EpS que realizamos era aumentar los conocimientos sobre enfermedades cardiovasculares y modificar estilos de vida poco saludables. Para poder evaluar estos cambios en los estilos de vida deberíamos hacer una valoración de los participantes al menos seis meses después de la intervención, eso no lo hemos podido valorar, solo tenemos la intención de algunos de los participantes de modifi-

Tabla 5: Resultado de encuesta de conocimientos post-intervención.

PREGUNTAS:	ACIERTOS n=17 (100%)	ERRORES n=17 (100%)	SIN RESP n=17 (100%)
1ª Fumar, tener sobrepeso, y no hacer deporte son factores de riesgo cardiovascular. Modificables/no modificables	16 (94%)	0	1 (6%)
2ª En la diabetes. Marca la correcta: El Hígado no puede fabricar o fabrica poca insulina. /El páncreas no puede fabricar o fabrica poca insulina. /El hígado no puede fabricar o fabrica poca glucosa	15 (88,23%)	1 (6%)	1 (6%)
3ª Una persona tiene hipertensión arterial cuando los valores de la TA. son menores 140/90. V/F	9 (52.94%)	6 (35.29%)	2 (12%)
4ª ¿Cuál es el tipo de Colesterol más beneficioso?: HDL / LDL	10 (58.8%)	6 (35.29%)	1 (6%)
5ª De los siguientes nutrientes cuales aportan energía: Lípidos/Vitaminas/ Hidratos de Carbono	3 (17.64%)	12 (70.58%)	2 (12%)
6ª Si una persona tiene diabetes debería: Comer hidratos de carbono simples (absorción rápida)/Comer hidratos de carbono compuestos (absorción lenta)	12 (70.58%)	3 (17,64%)	2 (12%)
7ª ¿Es bueno que una persona con la T/A alta tome alimentos con mucha sal?	14 (82.35%)	2 (12%)	1 (6%)
8ª Qué alimentos tiene mucho colesterol: Yema de huevo/Bollo de chocolate/Pera/Pescado azul	15 (88.23%)	2 (12%)	0
9ª En la dieta mediterránea es recomendable: Tomar 2-3 cucharaditas de aceite al día/ Tomar ½ l. de aceite de oliva al día/Tomar un poco de mantequilla, en vez de aceite de oliva, cada día.	15 (88.23%)	2 (12%)	0
10ª Para seguir una dieta mediterránea debemos: Saltarnos el desayuno/ Hacer 4-5 comidas al día/No comer nada ayuda a adelgazar	15 (88,23%)	1 (6%)	1 (6%)
11ª ¿Qué tipo de carnes son más saludables? Carnes rojas/Carnes blancas	15 (88,23%)	1 (6%)	1 (6%)
12ª Si seguimos la dieta mediterránea, ¿qué alimentos debemos de consumir todos los días?: Frutas/Huevos/Carnes rojas/Verduras/Magdalenas/Lácteos	16 (94%)	1 (6%)	0
13ª ¿Es cierto que debemos consumir por lo menos 1½ L agua al día?: SÍ/NO	16 (94%)	0	1 (6%)
14ª ¿Por qué hay que hacer ejercicio?: a) Porque aumento de peso, b) Porque reduce el riesgo de tener una diabetes, c) Porque sube el ánimo. d) Porque es bueno para mi corazón.	14 (82.35%)	3 (17.6%)	0
15ª Si tengo una enfermedad crónica como diabetes, la hipertensión o el colesterol, ¿puedo hacer ejercicio?: SÍ/NO	17 (100%)	0	0
16ª ¿Ha aprendido cosas útiles para su vida diaria en el taller de educación?	Poco 1 (6%)	Algo 6 (35.29%)	Mucho 10 (58.8%)
17ª El documental proyectado ¿le ha parecido interesante?	Sí 12 (70.58%)	No	No contesta 5 (29.41%)
18ª El número de sesiones ¿ le han parecido?	Escasa 3 (17.6%)	Suficientes 13 (76.4%)	Excesivas 1 (6%)
19ª Las personas que han impartido el taller según usted. ¿Le parece que tienen la formación sobre el tema suficiente para hacerlo?	Sí 16(94%)	No	No contesta 1 (6%)
20ª Las actividades realizadas en el taller ¿le han parecido?	Aburridas	Poco útiles	Interesantes 17 (100%)

car determinadas conductas. El proyecto surgió por la creciente demanda en la consulta de enfermería, de problemas de salud relacionados con el sobrepeso, la diabetes o la hipertensión. Fue a posteriori cuando se consideró que dar a conocer sus resultados podría ser de utilidad para otros profesionales. Este es el principal motivo, por el cual el estudio es solamente descriptivo y no llega a demostrar la eficacia de la EpS, más allá de las apreciaciones de los autores y de las opiniones de los participantes. La muestra es pequeña y sus resultados no pueden ser generalizados pero, la valoración antropométrica realizada aporta datos que marcan la tendencia, que otros estudios ya mencionados han demostrado, de que la población penitenciaria sufre también la epidemia del siglo XXI, la obesidad. Las diferentes tablas e índices utilizados, con los que podemos valorar el riesgo relativo de sufrir un proceso cardiovascular, nos dan resultados diferentes, lo que demuestra, al igual que otros estudios, que según la tablas o índices que se utilicen, se obtienen valores diferentes, este es un punto en el que las sociedades médicas no han llegado todavía a un consenso [21]. El cálculo del RCV solo ha de servirnos para aplicar medidas preventivas que modifiquen estos parámetros. Por lo tanto, los resultados deberán ser considerados siempre orientativos. Otra de las debilidades que hemos encontrado, y que deberíamos mejorar, es sin duda la elaboración del cuestionario ya que ha habido preguntas que han presentado dificultades para poder ser contestadas correctamente. No obstante, consideramos que se han cumplido el objetivo que en principio nos habíamos marcado, que no era otro que fomentar hábitos de vida saludables. Por otra parte, este proyecto sirve para desarrollar otras funciones de la enfermería penitenciaria además de la asistencia la función docente e investigadora, ya que puede servir de ejemplo a otros profesionales para dar a conocer el potencial de la enfermería penitenciaria, tanto a los alumnos de la Escuela de Enfermería como al resto de profesionales. Los enfermeros de la sanidad penitenciaria tenemos la obligación de incluir en nuestro quehacer diario la EpS y entre los temas centrales de la misma, deberán incluirse los relacionados con la modificación de hábitos poco saludables, especialmente el fomento de la alimentación saludable y la actividad física.

CORRESPONDENCIA

Mercedes Martínez-Delgado
Centro Penitenciario de Soria
Email: mmercedestorlengua@hotmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Palmar Santos AM. Métodos educativos en salud. Barcelona: Elsevier; 2014.
2. Rueda JR, Manzano I, Darío R, Pérez de Arriba J, Zuazagoitia J, Zulueta G. La promoción de la salud. Algunas teorías y herramientas para la planificación y evaluación de intervenciones sobre los estilos de vida. Investigación Comisionada. Vitoria Gasteiz: Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco; 2008.
3. Gutiérrez-García JJ. Grupo de trabajo de promoción en formación y educación para la salud. Formación en promoción y educación para la salud. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2013.
4. Pérez Jarauta MJ, Echauri Ozcoidi M, Ancizu Irue E, Chocarro San Martin J. Manual de educación para la Salud. Navarra: Gobierno de Navarra, Instituto de Salud Pública; 2006.
5. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad. Consenso SEEDO 2007 para el sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Rev. Esp. de Obesidad. 2007 Mar: 7-48.
6. Vera-Remartínez EJ, Borraz-Fernández JR, Domínguez Zamorano JA, Mora Parra LM, Casado Hoces SV, González Gómez JA, et al. GESEsp. Grupo de enfermería sociedad española de sanidad penitenciaria, Prevalencia de enfermedades crónicas y factores de riesgo en población penitenciaria española. Rev. Esp. Sanid Penit; 2014; 16 (2): 38-47.
7. Mortalidad en Instituciones Penitenciarias 2013. Madrid: Ministerio del Interior. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Subdirección General de Coordinación de Sanidad penitenciaria; 2014.
8. Martínez Delgado MM, Espeleta Cabrejas N. Valoración del riesgo cardiovascular en un grupo de pacientes participantes en un taller de nutrición. Rev. Esp. Sanid Penit. 2014; Supl 16: 75.
9. Garcés E, Casado SV, Armenteros B, Blanco A, Borraz JR, Vera-Remartínez EJ, et al. Riesgo cardiovascular en las prisiones españolas. Rev. Esp. Sanid Penit. 2014; Supl 16: 73.
10. Córdoba R, Cabezas C, Camarelles F, Gómez J, Díaz Herranz D, López A. Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud PAPPS, Recomendaciones sobre el estilo de Vida. Aten Prima. 2012; 44 sup. 1: 16-22.
11. Gil Delgado Y, Domínguez Zamorano JA, Martínez Sánchez Suárez E. Valoración de los beneficios para la salud conseguidos mediante un

programa de nutrición dirigido internos con factores de riesgo cardiovascular del centro penitenciario de Huelva. Rev. Esp. Sanid Penit. 2011; 3 (13): 75-83.
12. Montalbán Sánchez. Índice Cintura/Cadera, Obesidad y Estimación del riesgo cardiovascular en un centro de salud de Málaga. Med de Fam. 2001; 3 (2): 14- 21.
13. Martin Castellanos A, Barca FJ, Cabañas MD, Martin P, García M, Muñoz MA, et al. Obesidad e indicadores antropométricos en una muestra de varones con Síndrome Coronario Agudo, en un Área de Salud que incluye reclusos: estudio caso-control. Rev. Esp. Sanid Penit. 2015; 1 (17): 20-9.
14. Gerencia Regional de Salud, Junta de Castilla y León. Guía práctica basada en la evidencia de Valoración y tratamiento del Riesgo Cardiovascular. Valladolid: Gerencia Regional de Salud; 2008.
15. Organización Panamericana de Salud. Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Directrices para la valoración y el manejo del riesgo cardiovascular. Geneva: Word Health Organization; 2007.
16. Sans S, Fitzgerald AP, Royo D, Conroy R, Graham L. Calibración de la tabla SCORE de Riesgo cardiovascular para España. Rev. Esp. Cardiol. 2007; 60 (5): 476-85.
17. Armenteros B, Blanco A, Borraz JR, Domínguez JA, Garcés E, González-Gómez JA, et al. Enfermería Penitenciaria: Competencias, funciones e intervenciones. Madrid: Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria; 2010.
18. Ferrer E, Gallego J. Cine y Salud, SUPER SIZE ME .Guía didáctica para el profesorado [Internet]. Zaragoza: Gobierno de Aragón; 2013 [citado 2015 feb 04]. Disponible en: http: //www.aragon.es/estaticos/Import Files/09/docs/profesionales/Salud%20publica/Documentacion/Catalogo%20pub%20general%20salud%20enlaces%20public/Programa%20y%20salud/Alimentacion/GPROFE+%E2%80%A2+SUPERSIZE.PDF.
19. Tablas para el Cálculo del Riesgo Coronario a diez años. Adaptación de las Tablas de Framinghan a la población español: prevención primaria de la enfermedad coronaria. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2012.
20. Cerrillo Patiño J. La educación grupal a pacientes diabéticos tipo 2 mejora los conocimientos de la enfermedad, el control metabólico y factores de riesgo cardiovascular. Evidentia. 2006 nov- dic; 3 (12).
21. Álvarez Cosme A. Las tablas de riesgo cardiovascular. Una revisión crítica. Medifan. 2001; 11 (3): 122-139.