

profesionales variadas. En cuanto a la actividad física, seis llevaban una vida sedentaria (42,9%), cuatro con actividad física baja (28,6%), y otras cuatro con actividad física media (28,6%). Del grupo, cinco no tenían la menopausia (35,7%) y nueve ya estaban con ella instaurada (64,3%). La media de la asistencia a las sesiones, sin contar la inicial a la cual asistieron todas, fue de $2,9 \pm 1,5$ sesiones, no obstante hubo que tener en cuenta que de las 14 mujeres, 4 solo asistieron a una única sesión.

Sobre las variables resultado, la media final de peso fue $84,7 \pm 11,5$ (69,8-104,5) Kg. Si esto lo trasladamos a la media de diferencia de peso entre el inicio del taller y la última asistencia a una sesión fue de $-3,0 \pm 3,6$ (-12,5 3,9) kg, si lo expresamos en porcentaje y así tenemos una referencia real sobre la disminución, fue $-3,1 \pm 3,6$ (-11,5 3,2). Por otro lado en los datos de IMC, la media final estuvo en $34,6 \pm 5$ (25,7 42,1), si vemos la reducción entre el dato inicial y este último, la media fue $-1,2 \pm 1,3$ (-4,6 1,1) y trasladados a porcentajes, los resultados son exactamente iguales que los obtenidos en el peso, $3,1 \pm 3,6$ (-11,5 3,2).

No obstante, como habíamos observado, de las 14 mujeres, cuatro de ellas solo asistieron a una sesión. El resto asistieron a entre 2 y 5 sesiones. También vimos que había una tendencia a disminuir el peso conforme se asistían a más sesiones. Por lo que realizamos un análisis haciendo dos grupos solamente, por un lado las que asistieron a una única sesión y por otro, las que fueron a dos o más. Y aquí si existió una reducción significativa en los porcentajes de peso e IMC entre estos dos grupos, las que fueron a un único control, prácticamente no existieron cambios en el IMC, mientras que en las que asistieron a más de uno, hubo una reducción del $4,6\% \pm 3,1\%$ en el IMC ($p=0,022$).

La media de controles a la que asistieron las amas de casa fue de 3,4 mientras que las otras solo asistieron a 2,3 controles, aunque no se observó una reducción significativa en el porcentaje de IMC, que fue del $-4,0\% \pm 4,2$ (-11,5 0,0) para las primeras, contra un $-2,2\% \pm 2,9$ (-6,8 3,2) para las mujeres que trabajaban también fuera del hogar ($p=0,35$).

También cuando analizamos las mujeres premenopáusicas y menopáusicas, vimos que existían diferencias en cuanto al porcentaje de IMC, $-5,0\% \pm 4,1$ (-11,5 -1,7) para la que no habían llegado a la menopausia frente a $-2,0\% \pm 3,0$ (-6,8 3,2) de los que si la tenían, aunque no hubo una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,144$)

En el resto de variables no existieron diferencias significativas.

Antes de comenzar la discusión, una de las principales limitaciones de este estudio es que la muestra es muy pequeña, de ahí la dificultad para obtener significación en los resultados. Analizando diversos ensayos clínicos de intervención sobre obesidad y sobrepeso, los mejores resultados se obtuvieron combinando dieta y ejercicio físico, y la mayor disminución de peso se produce a los 6 meses del comienzo, mientras que el seguimiento a un año demuestra que existe una ganancia de peso en este segundo semestre, pero sin llegar a los niveles previos a la intervención. Esto también lo explican argumentando que la adherencia a los programas de intervención disminuye tras esos primeros seis meses.

En nuestro estudio existe una disminución de peso en los tres meses que duró el mismo. Las mujeres que dejaron de asistir tras la primera sesión no sabemos si lo hicieron porque no habían perdido peso prácticamente, o sencillamente porque no estaban dispuestas a cumplir ni las dietas ni el ejercicio físico marcados. Si resultó significativo que las que siguieron más sesiones la reducción en el peso fue mayor. Por lo que parece que la continuidad hace que la intervención sea más efectiva.

También la tendencia marca que las amas de casa están más concienciadas y su pérdida de peso es mayor que en las que trabajan también fuera de casa, además pudieron asistir a más sesiones. Probablemente tengan más oportunidad de un control más estricto en la dieta, y puedan organizarse mejor para el tiempo dedicado al ejercicio físico. Al estar en un entorno rural pensamos que las mujeres que trabajan fuera de casa, lo hacen igualmente en la propia también, por lo que su disponibilidad para llevar una correcta dieta y disponer de tiempo libre para el ejercicio, es mucho más reducida.

Aunque el grupo es pequeño, también se observó una mayor predisposición a perder peso a las mujeres premenopáusicas, lo cual resulta más lógico, por todo el proceso que se produce con la menopausia, las mujeres tienen tendencia a ir cogiendo peso, y por lo tanto les puede resultar

» APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Pensamos que al ser la obesidad uno de los grandes problemas de los países desarrollados, y en particular, en nuestro país junto al sobrepeso, está presente en más del 50% de la población adulta. Si se consigue con educación sanitaria una alimentación sana y saludable, donde la ingesta de una dieta equilibrada y la adquisición de hábitos saludables, incluyendo aquí, cierto ejercicio físico, nos aportaría una mayor seguridad para nuestra población de cara a evitar la aparición de factores de riesgo cardiovascular, como puedan ser: diabetes tipo 2, hipertensión, hipercolesterolemia, hiperlipidemias, etc..

Si evitamos o retardamos la aparición de estos factores de riesgo, a su vez, estamos disminuyendo la posibilidad de que se presenten eventos cardiovasculares, ya sean cardíacos, cerebrales o vasculares. Además con la incorporación a la vida diaria de hábitos saludables, tanto en la dieta como en el ejercicio físico se pueden prevenir ciertos tipos de tumores.

Por lo que estamos seguros que las intervenciones grupales para el control de la obesidad, pueden ser herramientas importantes para la seguridad de nuestros pacientes, donde se dan soluciones fáciles para incorporar a la vida cotidiana. Y donde el trabajo en grupo permite, por un

» PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.

Tras los resultados obtenidos en este trabajo, el planteamiento de futuro ha sido la continuidad, la extensión, la profundización y la educación. La continuidad, porque hemos visto que con una mayor asistencia, se ha producido una mayor reducción en el IMC, por lo que pensamos que una opción sería hacer una intervención con una proyección mayor en el tiempo. Con sesiones más intensivas al inicio y posteriormente espaciar las mismas, pero sin dejar de perder el contacto, donde el trabajo en grupo sea lo importante, ya que asumimos estas sesiones como un refuerzo positivo, en contra de las intervenciones individuales.

Así mismo hemos valorado que se podría extender a los otros pueblos que dependen del equipo de enfermería, Fuentescamacho y Cuesta la Palma, haciendo grupos de trabajo en cada uno de ellos, así como la posibilidad de incluir hombres.

Al realizar talleres más largos en el tiempo, también tendríamos la oportunidad de profundizar más en la alimentación, detallar más los tipos de alimentos, incidir en el tipo de dieta en determinadas patologías de los asistentes o familiares de ellos, incluso se podrían recomendar determinadas recetas de cocina sana, incluso crear dietas de temporada, porque prácticamente todas las familias tienen huerto propio, pudiendo

» BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2013.
- 2.- WHO. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Resolución de la 57ª asamblea mundial de la salud. WHA 57.17. 22-5-2004.
- 3.- Lara M, Amigo H. ¿Qué tipo de intervención tiene mejores resultados en la disminución de peso en adultos con sobrepeso u obesidad? Revisión sistemática y metaanálisis. Archivos Latinoamericanos de Nutrición .2011.; 61 (1): 45-55.
- 4.- Franz MJ, VanWormer JJ, Crain AL, Boucher JL, Histon T, Caplan W, et al. Weight-loss outcomes: a systematic review and meta-analysis of weight-loss clinical trials with a minimum 1-year follow-up. J Am Diet Assoc. 2007;107(10):1755-67.
- 5.- Witham MD, Avenell A. Interventions to achieve long-term weight loss in obese older people: a systematic review and meta-analysis. Age