

# K de calidad de vida: intervención desde la interdisciplina y la interculturalidad en personas con sobrepeso y vulnerabilidad social

**Para contactar:**

Carmina Poblet Calaf  
cpoblet.tarte.ics@gencat.cat

**Autoras:**

Carmina Poblet Calaf, Noèlia Hernández Gauchia, Gemma Muñoz Álvarez. ABS Reus 4  
Sílvia Fernández Barrés. Unitat de Salut Pública i Nutrició de la Facultat de Medicina i Ciències de la Salut. Universitat Rovira i Virgili  
Anna Navarro Domènech. Pla Comunitari Sant Josep Obrer de Reus  
Victoria Arijal Val. Unitat de Suport a la Recerca Tarragona-Reus del Institut d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol

## Resumen

### Objetivos

Desarrollar y evaluar una intervención de promoción de hábitos saludables en personas adultas con obesidad o sobrepeso, de bajo nivel socioeconómico y de orígenes culturales diversos.

### Métodos

Se realizan talleres semanales (13 en total) relacionados con la nutrición y la actividad física en grupos de unas 15 personas. Se fomentan la autoestima y las relaciones familiares y sociales. Se hace una evaluación cuantitativa (cuestionarios de calidad de vida SF-36 e impacto del peso en la calidad de vida, (IWQOL-Lite), índice de masa corporal (IMC), peso, talla,

porcentaje de masa grasa, registro alimentario, actividad física (IPAQ) y cualitativa (cambios experimentados en las participantes y en su entorno y evaluación del proceso).

### Resultados

Se presentan datos del primer grupo sobre el que se ha intervenido, constituido por 11 mujeres. Los valores antropométricos iniciales son: peso:  $87,64 \pm 13,17$  kg, IMC:  $37,78 \pm 6,34$  kg/m<sup>2</sup> y porcentaje de masa grasa:  $45,18 \pm 4,24$ . Al final de la intervención estos valores son, respectivamente:  $86,34 \pm 11,87$  kg,  $37,14 \pm 5,68$  kg/m<sup>2</sup> y  $44,11 \pm 4,55\%$  ( $p < 0,01$ ).

Se observan mejoras en la calidad de vida, el sedentarismo, generación de espacios para el autocuidado y sensación de bienestar entre las participantes, que también manifiestan que sus relaciones sociales mejoran.

### Discusión

Ha mejorado el acceso de mujeres de nivel socioeconómico desfavorable a dispositivos que fomentan hábitos saludables y la cohesión social. Se han generado materiales educativos adaptados a poblaciones vulnerables y fomentado el trabajo en red e interdisciplinario.

**Palabras clave:** obesidad, estudio de intervención, desigualdades en salud y educación en salud.

### Introducción

La encuesta nacional de salud de 2006 estimó una prevalencia de obesidad del 15,6% en la población adulta española<sup>1</sup>. En Catalunya, los datos de la encuesta de salud de 2011 indican que el 36,3% de la población tiene sobrepeso y el 13,9% obesidad<sup>2</sup>.

La obesidad aumenta el riesgo de padecer diabetes, cáncer, enfermedades cardiorrespiratorias, psiquiátricas, digestivas, osteoar-

## Summary

*Q of quality of life: interdisciplinary and intercultural intervention on overweight and socially vulnerable people*

### Objectives

To develop and evaluate an intervention designed to promote healthy habits among overweight and obese adults with low-income status and diverse cultural origins.

### Methods

13 weekly workshops about nutrition and physical activity were conducted among groups of about 15 people. They promoted self-esteem, family and social relations. The evaluation was quantitative (Quality Of Life questionnaire SF-36, Impact of Weight on Quality of Life-Lite (IWQOL-lite), Body Mass Index (BMI), weight, height, % body fat, food-intake record, physical activity (IPAQ), qualitative (changes experienced by the participants and their environment) and process evaluation.

### Results

Data was taken from the first intervention group; this group was made up of 11 women. Anthropometrics at baseline were: weight  $87.64 \pm 13.17$  kg, BMI  $37.78 \pm 6.34$  kg/m<sup>2</sup> and % body fat  $45.18 \pm 4.24$ . They all decreased after the intervention:  $86.34 \pm 11.87$  kg,  $37.14 \pm 5.68$  kg/m<sup>2</sup> and  $44.11 \pm 4.55\%$  ( $p < 0.01$ ).

There were improvements in quality of life and physical activity, the creation of spaces for self-care and feelings of wellness between participants, and an increase in their social relations.

### Discussion

The program has improved the access of low-income women to activities that promote healthy habits and social cohesion. Educational materials were designed adapted to vulnerable populations and promoting networking and interdisciplinary work.

**Keywords:** obesity, intervention studies, health inequalities, health education.

ticulares, problemas vasculares y de fertilidad<sup>3</sup>, y empeora la calidad de vida relacionada con la salud<sup>4</sup>. A menor nivel socioeconómico, mayor es la prevalencia de obesidad, asociación extraordinariamente consistente y de gran magnitud en las mujeres, en comparación con los hombres<sup>5</sup>. La inmigración y el hecho de pertenecer a grupos étnicos minoritarios como el gitano se ha relacionado con un incremento de prevalencia de la obesidad<sup>6,7</sup>. Los factores culturales pueden determinar actitudes, pero son varios los autores y estudios que reclaman relacionar las diferencias en salud con las desigualdades socioeconómicas más que con aspectos atribuibles a la cultura y a la etnia<sup>8,9</sup>.

Se ha observado una estrecha relación entre el mantenimiento de la autonomía funcional y la existencia de redes de apoyo social<sup>10</sup>. Así pues, cabe preguntarse si, a la hora de intervenir en esta realidad, el ámbito asistencial es el más idóneo. Son varios los autores que consideran más lógico enmarcar las actividades clínicas y de promoción y protección de la salud en un contexto comunitario<sup>11,12</sup>. La obesidad y sus consecuencias son prevenibles con la adquisición de hábitos de alimentación saludable y actividad física regular y permanente<sup>13</sup>. Y se ha visto que las intervenciones grupales pueden ser más efectivas que las individuales<sup>14</sup>.

En nuestro ámbito de actuación, el barrio Sant Josep Obrer de Reus, el equipo de salud inicia en 2007 una serie de actividades relacionadas con hábitos saludables a petición de un grupo de mujeres marroquíes que estudiaban castellano en la Fundació Pont i Gol. La constatación de una elevada prevalencia de obesidad y las dificultades en el abordaje individual son la base del proyecto que se describe. Además, el equipo de salud participa en el Plan de Desarrollo Comunitario del Barrio, cuyo diagnóstico participativo constató que la cohesión social era una de las prioridades que había que abordar desde un punto de vista comunitario.

## Objetivo

Desarrollar una intervención de educación para la salud basada en la promoción de hábitos y condiciones de vida saludables, con un enfoque familiar y comunitario.

<sup>a</sup> IV (trabajadores manuales calificados o semicalificados) y V (trabajadores no calificados) de la Clasificación de la Clase Social propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología-1995.

Evaluar el efecto de la intervención.

Contribuir a generar espíritu crítico y capacidad de análisis de las causas profundas del problema de salud entre las personas participantes.

## Métodos

Se trata de una intervención comunitaria en educación para la salud de 6 meses de duración, llevada a cabo por un equipo técnico constituido por profesionales de medicina, enfermería, nutrición, educación física, trabajo social y mediación intercultural.

Se realiza en un área básica de salud urbana y se dirige a personas adultas con obesidad o sobrepeso, de diferentes orígenes culturales y clase social IV y V<sup>a</sup>, que tengan familia a cargo, preferiblemente infantil y juvenil. Para participar deben estar motivadas para la intervención según el modelo transteórico de las etapas de cambio<sup>15</sup> y no presentar patologías que les impidan la realización de actividad física y grupal.

Se interviene en grupos de unas 15 personas, ya sean creados de nuevo o ya existentes en la comunidad.

Se les invita a participar a través del plan comunitario, el centro de Atención Primaria o los servicios sociales, contactando directamente con las personas o a través de una estrategia de bola de nieve.

La intervención consiste en la realización de 13 talleres de educación para la salud con una periodicidad semanal, alternando lo nutricional con la actividad física. Los contenidos de estos talleres se muestran en la tabla 1.

**Tabla 1**  
CONTENIDOS DE LOS 13 TALLERES IMPARTIDOS

1. Presentación del grupo y trazado de las normas grupales
2. Reflexionando sobre las causas de las causas y las consecuencias de la obesidad
3. Los beneficios del ejercicio físico
4. Concepto de balance energético y grupos de alimentos
5. Superación de los impedimentos para la realización de ejercicio físico
6. Reconstruyendo nuestra pirámide alimentaria. ¿Cómo realizar una compra, conservar y organizar los alimentos para que podamos mantener una dieta saludable?
7. La pirámide del ejercicio físico
8. Taller de cocina: el desayuno saludable
9. Tipo de ejercicio físico
10. Taller de cocina: almuerzos y cenas saludables
11. Actividad física en el día a día
12. Taller de cocina: cocina festiva
13. Práctica de ejercicio físico

CONTRIBUIR A  
GENERAR ESPÍRITU  
CRÍTICO Y CAPACI-  
DAD DE ANÁLISIS  
DE LAS CAUSAS  
PROFUNDAS DEL  
PROBLEMA DE  
SALUD ENTRE LAS  
PERSONAS PARTI-  
CIPANTES



► Taller de balance energético

**LAS ACTIVIDADES SE LLEVAN A CABO EN LOS EQUIPAMIENTOS DE LA PROPIA COMUNIDAD**

En los talleres se utilizan técnicas de dinámica de grupos y la metodología de aprendizaje significativo partiendo de las vivencias, motivaciones, preconcepciones y modelos cognitivos, reorganizándolos y modificándolos ante las nuevas informaciones o experiencias que se dan en el proceso de enseñanza/aprendizaje<sup>16</sup>.

En cada taller se trabaja de manera transversal la autoestima a través de dinámicas inspiradas en otros proyectos comunitarios diseñados por profesionales del mundo de la psicología y la salud pública que intervienen en poblaciones vulnerables<sup>17</sup>.

Las dinámicas y los contenidos se elaboran y desarrollan con una perspectiva intercultural y que fomenta el establecimiento de relaciones sociales cooperativas, el fortalecimiento de las relaciones familiares en lo relacionado a los hábitos saludables y la construcción de un mapa de activos en salud de la comunidad. El modelo de desarrollo comunitario que inspira el proyecto es el de activos en salud<sup>18</sup>.

Al final de toda la serie de talleres se realiza una actividad lúdica-festiva de devolución de los resultados al grupo.

**Tabla 2**  
VARIABLES CUANTITATIVAS Y HERRAMIENTAS PARA MEDIRLAS

- Cuestionario sobre calidad de vida relacionada con la salud SF-36
- Cuestionario Impact of Weight on Quality of Life (IWQOL-Lite) traducido al español<sup>20</sup>
- Peso, talla, IMC y porcentaje de grasa corporal (bioimpedancia y pliegues cutáneos)
- Registro alimentario por estimación (3 días no consecutivos incluyendo 1 festivo)
- Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ)

Las actividades se llevan a cabo en los equipamientos de la propia comunidad y la evaluación se hace tanto a través de metodología cuantitativa como cualitativa<sup>19</sup>.

Al principio de la intervención se recogen las características sociodemográficas, el grupo cultural al que pertenecen las participantes y el momento vital en que se inicia el sobrepeso en cada una de ellas.

La evaluación cuantitativa se realiza a través de la recolección de las variables que se muestran en la tabla 2 al principio y al final de la intervención.

El efecto de la intervención sobre el estado nutricional se puede medir por las variables principales: calidad de vida, IMC y perímetro de la cintura, y también por otras variables intermedias como el consumo alimentario y el nivel de actividad física.

La descripción de las variables estudiadas y los análisis bivariantes intermedios se han realizado mediante las técnicas convencionales. La comparación de variables entre grupos se llevará a cabo mediante la aplicación de los test del ji al cuadrado, t de Student – Fisher para muestras apareadas, comparando el antes-después de la intervención. Para comprobar la hipótesis de normalidad de la distribución de las variables cuantitativas, se utilizarán las pruebas habituales (Kolmogorov-Smirnov y Shapiro Wilks).

Las hipótesis nulas bilaterales de normalidad, no diferencia y no significación de los coeficientes de regresión serán rechazadas cuando su probabilidad sea inferior al 5%.

Para el análisis de datos se utiliza la última versión del paquete de programas estadísticos SPSS/PC para Windows.

Al final de la intervención se realiza una entrevista individual donde se plantea qué ha cambiado en cada persona, en el grupo, en su familia y en el entorno próximo. Todas las entrevistas dirigidas a las personas de origen musulmán se llevan a cabo con la intervención de una mediadora intercultural.

La evaluación del proceso (instalaciones, duración de las actividades, horarios, recursos didácticos, asistencia, participación, consecución y adecuación al grupo de las actividades

previstas, efectos no previstos) se realiza a través de diferentes procedimientos:

- Grabación en vídeo y audio de las sesiones con visualización, transcripción y análisis posterior.
- Observación sistemática durante la sesión por parte de un miembro del equipo.
- Cuestionario al final de las sesiones que se responde de manera grupal.

## Resultados

Se aportan los resultados obtenidos en el primero de los cuatro grupos en los que se ha intervenido.

Si bien en un primer momento se invitó a participar tanto a hombres como a mujeres, únicamente se obtuvo una respuesta favorable por parte de las mujeres, constituyendo un grupo de 11 mujeres (tres musulmanas, una gitana y siete payas), con una media de edad de  $52,9 \pm 7,4$  años.

Todas las participantes presentaban sobrepeso u obesidad; los valores antropométricos iniciales fueron: peso:  $87,64 \pm 13,17$  kg, IMC:  $37,78 \pm 6,34$  kg/m<sup>2</sup>, y porcentaje de masa grasa:  $45,18 \pm 4,24$ . Al final de la intervención se observa una disminución en todos los valores antropométricos. El peso medio final es de  $86,34 \pm 11,87$  kg, el IMC de  $37,14 \pm 5,68$  kg/m<sup>2</sup> y el porcentaje de masa grasa de  $44,11 \pm 4,55\%$  ( $p < 0,01$ ).

En cuanto a los resultados del cuestionario de impacto del peso en la calidad de vida (IWQOL-Lite), se ha observado una mejora (aunque no significativa) en las dimensiones de capacidad funcional, autoestima y vida sexual en más del 50% de las participantes. También se detecta una tendencia a la mejora en todas las dimensiones de calidad de vida del SF-36, como se muestra en la tabla 3.

También se observan cambios, aunque estadísticamente no significativos, en el consumo alimentario; entre otras cosas, un mayor consumo de frutas y verduras y una menor ingesta de bebidas dulces.

En cuanto a las horas destinadas a caminar, se ha pasado de una media de  $4,9 \pm 3,6$  horas semanales a  $9,8 \pm 10,1$  horas semanales.

**Tabla 3**  
RESULTADOS DEL CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD SF-36 (n = 11)

Dimensión/valor medio (DE) <sup>a</sup>	Grupo inicio	Grupo final	p
Función física/81,5 (25,7)	65,5 ± 22,7	67,7 ± 19,0	NS
Rol físico/79,5 (38,0)	45,5 ± 40,0	61,4 ± 49,2	NS
Dolor corporal/74,4 (29,7)	48,1 ± 23,3	56,7 ± 26,4	NS
Salud general/65,9 (22,8)	43,7 ± 19,0	52,7 ± 21,7	NS
Vitalidad/63,6 (22,6)	42,7 ± 21,0	46,8 ± 19,3	NS
Función social/87,9 (21,7)	63,6 ± 34,2	72,2 ± 23,6	NS
Rol emocional/84,4 (34,2)	48,5 ± 48,0	57,6 ± 44,9	NS
Salud mental/70,1 (20,9)	46,2 ± 19	56,0 ± 12,9	p = 0,044

<sup>a</sup> Valores poblacionales (en mujeres) de referencia de la versión española del cuestionario de salud SF-36<sup>21</sup>.

En la evaluación cualitativa se ha puesto de manifiesto que el programa ha resultado útil en diversos aspectos: creación de espacios para el autocuidado; disminución del sedentarismo y del «picoteo» entre comidas; ha generado sensaciones de bienestar, acogida, diversión, mejora del autoconcepto y un aumento de las relaciones sociales. Algunas mujeres que han participado consideran que los cambios positivos han sido también percibidos por otros miembros de la familia. La mezcla de culturas también se ha vivido como fuente de aprendizaje.

Las instalaciones, duración de las actividades, horarios y recursos didácticos han sido valorados de manera favorable. Se han podido realizar adecuadamente las actividades previstas, excepto los cuatro últimos talleres en los que la asistencia ha sido más escasa (4-5 participantes de las 11 iniciales).



► Taller «Redescubriendo la pirámide alimentaria»



► Foto de grupo de la edición 2011

**VEMOS QUE LAS PARTICIPANTES PRESENTAN PEOR CALIDAD DE VIDA DE PARTIDA QUE LA MEDIA ESPAÑOLA**

Al final de la intervención se ha realizado una actividad de devolución consistente en el pase de un vídeo con las imágenes recopiladas a lo largo de todo el proceso, una merienda saludable y un espacio de diálogo entre las mujeres participantes, el equipo técnico y los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria que acudieron a esta actividad.

### Discusión

La intervención que presentamos se inicia por parte de miembros del equipo de salud en 2007 de una manera informal, a través de charlas aisladas a grupos de mujeres marroquíes que realizaban clases de castellano en una de las fundaciones del barrio Sant Josep Obrer. A través de los aprendizajes realizados y gracias al apoyo del Plan Comunitario, el Institut Català de la Salut, la Facultat de Medicina i Ciències de la Salut de la Universitat Rovira i Virgili, de la red AUPA y de otros grupos que trabajan con poblaciones vulnerables, hemos constituido un equipo interdisciplinario, mejorando las acciones emprendidas y el proceso de evaluación, y hemos intervenido en el primero de los cuatro grupos en los que tenemos previsto actuar.

En este primer grupo de participantes (11 mujeres) se ha obtenido una mejoría en la mayoría de los parámetros evaluados. La escasa variación de las variables antropométricas podría deberse a que las personas participantes no reciben consejos sobre dietas restrictivas, sino sobre alimentación y actividad física saludable.

Vemos que las participantes presentan peor calidad de vida de partida que la media espa-

ñola, pero se observa una mejoría en todas sus dimensiones al final de la intervención. La no significación estadística pensamos que se debe al escaso número de la muestra, y podrá mejorar con la recopilación de datos a través de la intervención en tres grupos más que se tienen previstos.

Los cambios en la actividad física y los registrados en el consumo alimentario (mayor consumo de frutas y verduras y menor ingesta de cereales y bebidas dulces) resultan esperanzadores, aunque pensamos que la época del año y la realización del mes de Ramadán por parte de tres de las participantes han podido influir en los resultados.

La actividad final de devolución ha permitido visibilizar los logros y hablar de las dificultades, y también ha contribuido a consolidar el grupo y a definir nuevas líneas de actuación en materia de salud comunitaria en función de las necesidades percibidas por las personas que han participado.

El desarrollo de acciones como esta en el ámbito comunitario puede tener muchas implicaciones:

- Ponen en relación a personas de grupos culturales diferentes, lo que puede favorecer el conocimiento y respeto mutuos, de manera que los espacios de intervención sanitaria se convierten también en espacios donde se fomentan vínculos más saludables entre las personas de una misma comunidad geográfica.
- Mejoran el acceso a recursos para la realización de ejercicio físico en el tiempo libre y el aprendizaje de hábitos saludables en personas con un nivel socioeconómico desfavorable.
- Pueden contribuir a un aprendizaje no formal de la lengua autóctona de las mujeres extranjeras.
- La revisión de la literatura científica nos aporta algunos ejemplos de intervención grupal en mujeres con obesidad y nivel socioeconómico desfavorable<sup>13</sup>, pero hay pocas experiencias de intervención intercultural. El equipo ha realizado un proceso de búsqueda y adaptación de actividades emprendidas en otros contextos, generando materiales adaptados a poblaciones en las que el analfabetismo y la variedad lingüística y cultural son habituales.

- Fomentan entre los profesionales una cultura de trabajo en red e interdisciplinario.
- Adaptan al nivel local los objetivos propuestos desde la Administración a través del Plan de Inmigración y Ciudadanía, el PAAS (Plan Integral para la Promoción de la Salud mediante la Actividad Física y la Alimentación Saludable) del Departament de Salut y la estrategia NAOS del Ministerio de Sanidad y Consumo, cuya meta fundamental es el fomento de una alimentación saludable y la promoción de la actividad física para invertir la tendencia ascendente de la prevalencia de obesidad y, con ello, reducir sustancialmente la morbilidad y mortalidad atribuible a las enfermedades crónicas.

## Conclusiones

En los últimos 6 años un equipo interdisciplinar e intersectorial ha desarrollado actividades de educación para la salud en su zona de referencia por el interés que estas actividades tienen para todos los intervinientes.

La evaluación de las intervenciones indica que estas están mejorando la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas que las han llevado a cabo.

Las actividades realizadas han servido al colectivo participante para generar relaciones sociales, tener otras referencias a la hora de tomar decisiones en aspectos relacionados con la salud de sí mismas y su entorno y reflexionar sobre las causas que condicionan sus hábitos de vida.

La concesión de uno de los XIV premios Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP), en junio de 2012, ha sido un nuevo incentivo para seguir desarrollando y evaluando este programa en nuestra población de referencia.

## Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud y Consumo. Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2006 [en línea]. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>. [Consulta: 27 de octubre de 2012.]
2. Departament de Salut. Enquesta de Salut de Catalunya 2011. Informe dels principals resultats. 4.ª edición. Barcelona: Generalitat de Catalunya; agosto de 2012.
3. SIGN. Management of obesity. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2010.
4. Oliva J. Obesidad y calidad de vida relacionada con la salud. Documentos de Trabajo Departamento de Análisis Económico y Finanzas de la Universidad de Castilla-La Mancha; 2009. Disponible en: <http://goo.gl/fV0tX>. [Consulta: 27 de octubre de 2012.]
5. Gutiérrez-Fisac JL. Obesidad y nivel socioeconómico. Med Clín. 1998;110:347-55.
6. Marín-Guerrero AC, Gutiérrez-Fisac JL, Guallar-Castillón P, Banegas JR, Regidor E, Rodríguez-Artalejo F. Prevalencia de obesidad en inmigrantes en Madrid. Med Clin (Barc). 2010;134:483-5.
7. La Parra Casado D. Hacia la equidad en salud. Estudio comparativo de las encuestas nacionales de salud a población gitana y población general en España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Fundación Secretariado Gitano; 2006.
8. Mota P. Migracions i Salut. Interrelacions a la immigració estrangera a Catalunya [tesis]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Facultat de Filosofia i Lletres. Departament de Geografia; 2007.
9. Romani O. La salud de los inmigrantes y la de la sociedad. Una visión desde la antropología. FMC. 2002;9(7):498-504.
10. Turabián JL, Pérez B. Actividades comunitarias en medicina de familia y atención primaria. Madrid: Díaz de Santos; 2001.
11. Segura A. Promoción de la salud y responsabilidad de los profesionales. Aten Primaria. 2007;39(6):289-90.
12. Gervás J, Segura A. Cooperación entre salud pública y atención clínica en un contexto de cambio de la utilización del sistema sanitario. Aten Primaria. 2007;39(6):319-22.
13. Vio F, Lera L, Zacarías I. Evaluación de un programa de intervención nutricional y de actividad física dirigido a mujeres chilenas de bajo nivel socioeconómico. Archivos Latinoamericanos de Nutrición. 2011;61(4):406-13.
14. Paul-Ebhohimhen V, Avenell A. A Systematic Review of the Effectiveness of Group versus Individual Treatments for Adult Obesity. Obesity Facts. 2009;2:17-24.
15. 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. Informe n.º: Osteba D-08-08.
16. Pérez MJ, Echaurren M. Avanzar en educación para la salud grupal. Comunidad. 2002;5.
17. Paredes-Carbonell JJ, Aviñó D, Peiró R, Bosch C, Ramo I, Palop V, et al. Projecte RIU: Un riu

**FOMENTAN ENTRE LOS PROFESIONALES UNA CULTURA DE TRABAJO EN RED E INTERDISCIPLINARIO**

de culturas, un riu de salut. Una proposta de intervenció en salut en entorns vulnerables. *Comunitat*. 2011;13:34-7.

18. Kretzmann JP, McKnight JL. Building Communities from the Inside Out: A Path Toward Finding and Mobilizing a Community's Assets [en línea]. Institute for Policy Research, Northwestern University; 1993. Disponible en: <http://www.abcdinstitute.org/docs/abcd/GreenBookIntro.pdf>. [Consulta: 29 de mayo de 2012.]
19. Sánchez-Candamio M. Evaluación de programas de salud desde la perspectiva de la metodología cualitativa. *Aten Primaria*. 1999;24:487-91.
20. Bolado-García VE, López-Alvarenga JC, González-Barranco J, Comuzzie AG. Reproducibilidad y sensibilidad del cuestionario «Impacto del peso en la calidad de vida» en mexicanos obesos. *Gaceta Médica Mexicana*. 2008;144(5):419-25.
21. Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, De la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clí (Barc)*. 1998;111(11):410-6.

## Agradecimientos

Queremos dar las gracias a todas las personas participantes; a Amal Hamudy, mediadora intercultural del proyecto; a Laia Domingo, monitora de actividad física; a Isabel Calonge y Blanca Ribot, nutricionistas; a Mayte García, Aurora Reina y Marcela Garay, miembros del equipo de salud Reus 4, y al resto de compañeros y compañeras de equipo, del Pla Comunitari de Sant Josep Obrer, Casal Cívic Mas Pellicer y Fundació Pont i Gol.



Te deseo que acaricies un perro,  
alimentos a un pájaro y oigas a un jilguero  
erguir triunfante su canto matinal,  
porque de esta manera,  
sentirás bien por nada.  
Deseo también que plantes una semilla,  
por más minúscula que sea, y la  
acompañes en su crecimiento,  
para que descubras de cuantas vidas  
está hecho un árbol.

Te deseo de Victor Hugo