



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

TESI DOCTORAL

“Avaluació d'intervencions de promoció de la salut per a la millora de la qualitat de vida en gent gran”



Doctoranda: Carolina Lapena Estella

**Directores: Dra. M^a José López Medina
Dra. Maria Guadalupe Esteve Pardo**

**Programa de Doctorat en Metodologia de la Recerca Biomèdica i
Salut Pública
Departament de Pediatria, Obstetrícia i Ginecologia,
Medicina Preventiva i Salut Pública
Facultat de Medicina
Universitat Autònoma de Barcelona
Any 2019**

Certificat de direcció

Certificat de direcció



Departament de Pediatria, Obstetrícia i Ginecologia,
Medicina Preventiva i Salut Pública.

Les sota signants,
Dra. Maria José López Medina, de l'Agència de Salut Pública de Barcelona, i la
Dra. María Guadalupe Esteve Pardo, Professora Titular de Medicina Preventiva i
Salut Pública del Departament de Pediatria, Obstetrícia i Ginecologia,
Medicina Preventiva i Salut Pública de la UAB.

CERTIFIQUEN que,

El present treball
**“Avaluació d'intervencions de promoció de la salut per a la millora de la
qualitat de vida en gent gran”**, presentat per Carolina Lapena Estella, diplomada
en Infermeria per la Universitat Autònoma de Barcelona i llicenciada en
Antropologia per la Universitat de Barcelona, ha estat desenvolupat sota la seva
direcció i reuneix tots els requisits necessaris per a la seva lectura i defensa
pública.

Barcelona, a 19 de setembre del 2019

Firmat: Dra Maria José López Medina

Firmat: Dra María Guadalupe Esteve Pardo

Firmat: Carolina Lapena Estella

Agraïments

Agraïments

He coincidit al meu camí professional i personal amb persones sàvies, inquietes i curioses. A més, moltes d'elles han estat disposades a compartir el que sabien i sabien fer amb mi. Gràcies a totes elles, aquesta tesi s'ha acabat fent realitat.

Sovint es sent a parlar de que feines com la meva, infermera, són vocacionals. No va ser el meu cas. Va ser de retruc, a última hora i per un motiu bastant absurd (amb la perspectiva dels anys), que vaig decidir que volia ser infermera. Potser per això durant la carrera no em sentia gens còmode "infernament" (el meu nebot Oriol va crear aquesta meravellosa paraula).

Molts professionals m'han ensenyat, influït i inspirat en la meva trajectòria acadèmica i professional, però són les primeres i la última persona amb qui he tingut la sort de treballar qui més m'han marcat.

La primera de les meves sorts professionals, va ser anar a fer les pràctiques al CAP de La Mina i coincidir amb la Isabel Bove i el Manel Mata. Allà per fi em vaig sentir còmode infermant: així i allà sí que em veia! Gràcies per descobrir-me la Primària! L'Atenció Primària de veritat. Estar i aprendre d'ells em va permetre entrar de ple al món professional gaudint del que feia. La meva feina ha estat i és una de les meves passions en bona part gràcies a vosaltres.

La última sort professional, ha estat aprendre de la millor professional de la salut pública i professora que he tingut: La M^a José López. Una docent que sent passió pel que ensenya i per ensenyar. La paciència infinita, generositat en estat pur i algú que treu el millor de tot i tothom. A més, personalment és tot un exemple de dona forta i valenta, treballadora i optimista. Una altre regal meravellós que la vida m'ha fet el regal de posar al meu camí. Gràcies per l'aprenentatge de tots aquests anys, per la teva empenta i creure en que podria fer-ho. T'he donat les gràcies milions de vegades i crec que mai seran suficients.

Gràcies també a tot els que m'heu ajudat tant per tirar endavant aquest treball. Gràcies al Grup d'Avaluació de les "Escoles de Salut per a Gent Gran". I

moltíssimes gràcies a els i les companys/es del SAMI. Durant dos anys i mig va ser un immens privilegi formar-hi part. El SAMI és un servei de professionals experts i és també un grup de persones que em van fer sentir una més des de el primer dia, van comptar amb mi i van compartir tot el que sabien i tenien. Més enllà de variables, hipòtesis i objectius, hem compartit alegries, llàgrimes, bombons, estiraments i abraçades. Moltíssimes Gràcies Xavi! Pel suport tecnològic, tècnic i personal, i per fer-ho sempre amb un somriure i transmetent la calma que val un imperi en els moments crítics. Gràcies també Alba, Francesca, Gabriel, Rosa, Gemma, Tere, Camila, Rocío, Carles, Vanessa, Laura, Berta. I dels altres serveis fora del SAMI també gràcies per tot el que hem compartit i m'heu ajudat mentre he estat a l'ASPB i pels barris de Barcelona: Anna, Ferran, Sergi, Marc, Ester, Montse, Cristina, Gemma, Carmeta i Natàlia. I com no, gràcies a totes les persones que van participar a l'Escola de Salut i el Taller de Salut, per la seva paciència emplenant qüestionaris, parlant amb nosaltres i compartint visions, sentiments i pors, i oferir-se per si calia res més i fer que la tesi hagi estat possible.

Gràcies també a la Maria Esteve, per co-dirigir la tesi i estar sempre disponible.

Gràcies també a l'Àmbit de Atenció Primària de Barcelona Ciutat per permetre'm disposar d'un dia a la setmana per anar a fer tasques de recerca a la Unitat de Suport a la Recerca de Barcelona (USR), vinculada al Grup Emergent de Recerca en cures de la Salut (GERCS) de l'IDIAP. Aquest temps extra m'ha permès seguir investigant i conèixer un altre equip de grans investigadors i millors persones: els companys de la Unitat de Suport a la Recerca de Barcelona Ciutat (USR). Des de fa anys els dimarts i els darrers mesos més sovint, moltes moltes gràcies per fer-me sentir una investigadora més, tot i que el meu cvn ni és ni serà mai com el vostre. Gràcies per ensenyar-me, donar-me mil cops de mà en aspectes tècnics que jo no sabia, per animar-me i fer-me riure tant. Gràcies.

Gràcies a l'IDIAP Jordi Gol per atorgar-me la beca que va fer realitat aquesta tesi i, molt especialment, gràcies a la Mariona Pons i la Kika Pujol per ensenyar-me, ser tan pacients i fer-ho sempre amb el millor dels somriures.

També tinc molt que agrair a la Maria Antonia Campo, mare del Taller de Salut i gota malaia que va acabar convencent-me de que anar a l'ASPB podria estar be... Gracias! Tenías razón! Estuvo muy bien!!!

Aquesta tesi tampoc no s'hagués arribat a fer sense els meus companys del CAP. Molts d'ells no estan vinculats amb la recerca, però em cobreixen quan jo marxo a fer-ne i em donen la lliçó més important de qualsevol investigació: recordant-me que tot el que fem ha d'ajudar la gent. Millions de gràcies companyes i amigues meves. Gràcies Vicen pel teu ànim constant, i moltes gràcies a qui més ha patit les meves anades d'olla i cabòries, ets la millor companya amb qui treballar i una gran amiga amb qui comptar, gràcies Doctora Eva.

I per últim, per damunt de tot, gràcies a qui tinc al voltant a la meua vida personal, a la meua família i amics. Gràcies infinites al meu marit, l'Albert, 24h peer-reviewer, gràcies pels seu suport incondicional sempre, dins i fora de la tesi, gràcies pels seus ànims i paciència, i gràcies per escoltar-me, molt... moltíssim. Gràcies al meu fill Jordi, per esperar-se una miqueta a que ens poséssim a jugar perquè acabés una feina. Gràcies per animar-me a escriure aquest conte tan llarg i tan estrany que no explica històries de dracs ni pirates, però que si he estat tant temps,... és que serà important. Gràcies als meus pares, per ensenyar-me el valor del treball i l'esforç i per l'imprescindible suport logístic, els millors cangurs. Gràcies a la meua tieta Maria, la meua padrina, per ensenyar-me la importància d'acabar el que es comença i de creure que sempre es pot fer millor. Als meus sogres. Als meus germans, Àlex i Sol, Joan, Maite i Uge. Els meus nebots Oriol, Gisela i Aleix.

Gràcies als amics que aquest estiu m'heu ajudat llegint i rellegint, discutint i tornant a llegir, gràcies Ignasi, Sol i Albert.

Gràcies a tots per ser-hi i ajudar-me cada dia, gràcies per animar-me perquè seguís fins el final i fer que tot hagi sigut tan interessant i divertit. Acabar aquesta tesi és un regal que em dono i que vull donar a tots els que ho han fet possible.

I després d'això, seguiré infermant i estudiant.

Índex

Índex

Certificat de direcció.....	5
Agraïments	9
Índex.....	15
Prefaci	21
Resum	25
Summary.....	29
Llistat d'abreviatures	35
Llistat de figures i taules	39
Llistat d'Annexos.....	45
1. Introducció	49
1.1. Envelliment	49
1.1.1. Dades epidemiològiques sobre envelliment.....	50
1.1.2. Determinants de la salut.....	53
1.1.3. Canvis lligats a l'envelliment.....	56
1.2. Aïllament social i solitud	57
1.2.1. Factors de risc per la soledat.....	59
1.2.2. Problemes per a la salut.....	60
1.3. Intervencions en gent gran.....	62
1.3.1. Intervencions de promoció de la salut en gent gran	62
1.3.2. Intervencions per abordar l'aïllament social i solitud	63
1.4. Intervencions de l'estudi	64
1.4.1. Escola de Salut per a Gent Gran	64
1.4.2. Taller de Salut	66
1.5. Avaluació d'intervencions en Salut Pública.....	68

1.6.	Justificació de l'estudi	70
2.	Hipòtesis	75
3.	Objectius	75
4.	Mètodes	79
4.1.	Avaluació de l'Escola de Salut per a Gent Gran	79
4.1.1.	Disseny.....	79
4.1.2.	Subjectes d'estudi	79
4.1.3.	Variables d'estudi	84
4.1.4.	Recollida de dades.....	87
4.1.5.	Aspectes ètics	88
4.1.6.	Anàlisi.....	89
4.2.	Avaluació del Taller de Salut	91
4.2.1.	Disseny	91
4.2.2.	Població d'estudi.....	91
4.2.3.	Variables d'estudi	93
4.2.4.	Recollida de dades.....	95
4.2.5.	Aspectes ètics	95
4.2.6.	Anàlisi estadística.....	96
5.	Resultats.....	99
5.1.	Resultats de l'avaluació de l'Escola de Salut per a Gent Gran.....	99
5.1.1.	Avaluació qualitativa	99
5.1.2.	Avaluació quantitativa.....	110
5.2.	Resultats de l'avaluació del Taller de Salut.....	116
6.	Discussió.....	123
6.1.	Interpretació dels resultats.....	123
6.2.	Factors que poden haver contribuït als resultats obtinguts	126

6.3. Limitacions i fortaleces	128
6.4. Recomanacions i línies de futur	131
7. Conclusions	137
8. Bibliografia	141
9. Annexos	153

Prefaci

Prefaci

Context del treball

Des de l'any 2003 treballo com a infermera fixa al Centre d'Atenció Primària Sanllehy, a Barcelona. A l'aprovar les oposicions, vaig voler aprofitar l'estabilitat laboral per fer alguna cosa diferent al que havia fet fins llavors, i després de valorar diferents opcions, em vaig matricular a l'UB per fer Antropologia. Per a la meua sorpresa, la meua visió com antropòloga no anava desvinculada de la infermera, no eren disciplines tan deslligades si no que va ser tot el contrari: tenia molta aplicabilitat al meu àmbit professional, i em va ajudar a re-qüestionar-m'ho tot: a veure de forma diferent el que feia jo dins i fora la consulta i també el que feien les persones a les qui atenia. Contràriament al que m'havien ensenyat els primers anys a l'Escola d'Infermeria de la Vall d'Hebron, cada vegada els pacients eren menys pacients, i veia un paper més actiu i decisiu en el que feien i no feien. Al estudiar Antropologia, un professor de Geografia Humana sempre ens repetia que "les persones no som tontes ni masoques, fem el que fem per alguna cosa", i aquesta frase m'ha acompanyat des de llavors.

Amb els anys de pràctica professional i l'estímul que aporta fer un tast d'altres disciplines, ha anat canviant la visió que tenia de la longitudinalitat, els determinants de salut i les malalties, i també de la forma d'abordar-les. Tot i que la pressió assistencial creixent dels darrers anys ho feia difícil, cada vegada veia més necessària la promoció de la salut i dels hàbits saludables, com la forma de viure millor i d'abordar aquesta cronicitat que anava en augment.

I va ser en aquell moment de reflexió professional, quan la M^a Antonia Campo, al CAP Sanllehy, va decidir posar en marxa un Taller que ajudaria a que les persones es cuidessin millor. Em va convidar a formar part de l'equip investigador i, tot i el meu escepticisme inicial, ho confesso, va resultar un treball apassionant i tota una lliçó vital i professional. Em va permetre viure en 1^a persona que fer d'infermera fora de la consulta i fora del domicili era possible i donava resultats, vaig poder veure que hi havia altres maneres de promoure el benestar de les

persones que ateníem, decidint-ho elles de primera mà i vaig comprovar dia a dia, que allò que havíem treballat els havia ajudat.

Quan s'estava acabant aquest estudi, la M^a Antònia va pensar que potser a l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), es podrien provar els "Tallers de Salut", però a nivell comunitari. Ens vam reunir amb ells i van estar d'acord que es podria fer la prova i també, podríem intentar avaluar una intervenció que feien allà des de feia uns anys: les "Escoles de Salut per a Gent Gran". En una setmana, vaig passar d'anar de visita a l'ASPB a, seguint el consell de la M^a Antonia, demanar una beca de l'IDIAP Fundació Jordi Gol per fer-hi una estada de dos anys. I me la van donar! Vaig estar del setembre del 2014 al gener del 2017 al Servei d'Avaluació i Mètodes d'Intervenció (SAMI) de l'ASPB. Van ser dos anys i mig al final, la baixa maternal ho va allargar tot una mica.

Després de valorar la feina que teníem pel davant amb la M^a José López Medina, vam decidir que tot aquest treball, esdevingués la meva tesi doctoral i la M^a José va passar a ser la meva directora de tesi.

Inicialment es va pensar que aquesta tesi fos per compendi de publicacions. Finalment no ha estat així perquè el temps no ho ha permès. No obstant, han estat publicats el protocol a *BMC Geriatrics* i un article breu sobre el pilotatge del Taller de Salut a Metas de Enfermería. Tanmateix, la part qualitativa de l'avaluació de l'Escola de Salut ha generat un manuscrit que està actualment sent revisat a *Health and Social Care in the Community* i en breu enviarem la part quantitativa d'efectivitat al *Journal of Epidemiology and Community Health*.

Un total de 5 anys de feina per fer la tesi i el principi d'una experiència investigadora que voldria que durés molts anys més.

Resum

Resum

La proporció de gent gran ha augmentat dràsticament les darreres dècades i s'espera que els propers anys seguirà creixent. A més, les projeccions demogràfiques i socials indiquen un increment global de persones grans que pateixen de manca de relacions socials i de sentiment de solitud. Això suposa un repte per l'impacte que aquestes condicions tenen en la qualitat de vida de les persones grans i pels canvis en les necessitats sanitàries i socials que suposen.

L'objectiu d'aquesta tesi és avaluar dues intervencions de promoció de la salut dirigides a gent gran de barris desfavorits de Barcelona: a) L'“Escola de Salut per a Gent Gran”, dirigida a combatre l'aïllament social i solitud i les seves conseqüències negatives en la salut; i b) El “Taller de Salut”, dirigida a promoure hàbits saludables.

Es tracta d'un treball que combina diferents metodologies. D'una banda una metodologia qualitativa amb les persones coordinadores i les participants en la intervenció de l'Escola de Salut, fent entrevistes en profunditat i grups de discussió, respectivament. Les principals dimensions treballades van ser: barreres i facilitadors, aspectes positius i negatius de la intervenció, beneficis percebuts i propostes de millora. D'altra banda, metodologia quantitativa amb un disseny quasi-experimental comparant un grup de persones que van participar en l'Escola de Salut, amb un altre grup de característiques similars que no van rebre la intervenció. En aquest cas, la informació va ser recollida abans i després de la intervenció. Es va mesurar la salut mental, la qualitat de vida, el suport social, la salut percebuda, i la freqüentació als Centres d'Atenció Primària. Tanmateix, es van recollir dades sobre el procés d'implementació (assistència i satisfacció) i variables sociodemogràfiques (edat, sexe, estat civil, convivència i nivell d'estudis). Tota la informació es va recollir mitjançant qüestionaris, excepte la informació sobre freqüentació sanitària que va ser extreta de les històries clíniques informatitzades d'Atenció Primària. Aquest treball també incorpora l'avaluació de l'efectivitat d'un pilotatge del Taller de Salut dirigit a gent gran i en

entorn comunitari analitzant els canvis en els participants en les mateixes variables que en el cas de l'Escola de Salut.

Els nostres resultats mostren que l'Escola de Salut per a Gent Gran és efectiva en termes de qualitat de vida, salut mental i suport social. En canvi, l'ús de serveis sanitaris de l'atenció primària i la salut percebuda no van canviar després de la intervenció. Tanmateix, i d'acord amb els resultats obtinguts mitjançant la metodologia qualitativa, les principals barreres identificades per no assistir o participar en el programa eren les discapacitats individuals o obligacions com cites mèdiques o la cura de familiars, mentre que els principals facilitadors per assistir van ser les característiques organitzatives, com ara el lloc o l'espai on es realitzava. Els aspectes ambivalents que podrien facilitar o dificultar la participació van ser el suport familiar i la dinàmica grupal. Els principals aspectes positius de la intervenció, segons les persones participants, van ser l'oportunitat d'ampliar els coneixements relacionats amb salut i els recursos socials i sanitaris del barri, d'animar als participants a sortir de casa, promoure les relacions socials amb companys i companyes i establir un vincle amb les persones ponents. Les principals característiques negatives van estar relacionades amb alguns dels continguts, per ser considerats senzills o repetitius. Els beneficis més rellevants identificats van ser que la intervenció va trencar la dinàmica de quedar-se a casa i no relacionar-se amb altres persones, la disminució dels sentiments de solitud/aïllament social mitjançant noves connexions, l'augment dels contactes de les persones participants amb altres persones, l'augment del coneixement d'altres activitats al barri i l'augment del sentiment de pertinença a una comunitat.

Els resultats del pilotatge del Taller de Salut en entorn comunitari van mostrar un efecte positiu de la intervenció sobre la qualitat de vida, tant en la seva dimensió mental com física, així com millores en l'activitat física.

Les dades generades en aquesta tesi aporten una evidència sòlida, rellevant i necessària en relació al paper fonamental que les intervencions comunitàries poden jugar en la millora de la qualitat de vida i benestar de les persones grans, especialment aquelles que viuen a barris de nivell socioeconòmic més desfavorit.

Summary

Summary

The proportion of the older people has drastically increased in recent decades and it is expected that the next years will continue to grow. In addition, demographic and social trends indicate a global increase in older people suffering from lack of social relationships and loneliness. This is a challenge for their impact on the quality of life of older people and the changes in their social and health needs.

The aim of this thesis is to evaluate two health promotion interventions aimed at older people in disadvantaged neighborhoods of Barcelona: a) The "School of Health for Older People" aimed at combating social isolation and loneliness and its negative consequences on health; and b) The "Health Workshop" aimed at promoting healthy habits.

This is a work that combines different methodologies. On the one hand a qualitative methodology with the coordinating people and participants in the intervention of the School of Health, conducting in-depth interviews and discussion groups, respectively. The main dimensions worked were: barriers and facilitators, positive and negative aspects of the intervention, perceived benefits and proposals for improvement. On the other hand, a quantitative methodology with a quasi-experimental design comparing a group of people who participated in the School of Health, with another group of similar characteristics that did not receive the intervention. In this case, the information was collected before and after the intervention. The mental health, the quality of life, the social support, the perceived health, and the frequentation in the Primary Care Centers were measured. However, data on the implementation process (attendance and satisfaction) and sociodemographic variables (age, sex, marital status, coexistence and level of studies) were collected. All the information was collected through questionnaires, except for the information on health frequencies that was extracted from the computerized primary health care histories. This work also incorporates the evaluation of the effectiveness of a piloting of the Health Workshop aimed at the

elderly and in the community environment, analyzing the changes in the participants in the same variables as in the case of the School of Health.

Our results show that the School for Health for the Elderly is effective in terms of quality of life, mental health and social support. In contrast, the use of health services of primary care and perceived health did not change after the intervention. However, and according to the results obtained through the qualitative methodology, the main barriers identified for not attending or participating in the program were individual disabilities or obligations such as medical appointments or care of family members, while the main facilitators to attend were be the organizational characteristics, such as the place or space where it was made. The ambivalent aspects that could facilitate or hamper participation were family support and group dynamics. The main positive aspects of the intervention, according to the participants, were the opportunity to extend the knowledge related to health and the social and health resources of the neighborhood, to encourage participants to leave their homes, promote social relationships with colleagues and partners and establish a link with the speakers. The main negative characteristics were related to some of the contents, to be considered simple or repetitive. The most relevant benefits identified were that the intervention broke the dynamics of staying at home and not relating to other people, the diminution of the feelings of solitude / social isolation through new connections, the increase in the contacts of people Participants with other people, increase knowledge of other activities in the neighborhood and increase the feeling of belonging to a community.

The results of the piloting of the Health Workshop in the community environment showed a positive effect of the intervention on the quality of life, both in its mental and physical dimensions, as well as improvements in physical activity.

The data generated in this thesis provide solid, relevant and necessary evidence in relation to the fundamental role that community interventions can play in

improving the quality of life and welfare of older people, especially those who live in neighborhoods of a more socioeconomic level disadvantaged

Llistat d'abreviatures

Llistat d'abreviatures

ASPB- Agència de Salut Pública de Barcelona

CAP- Centre d'Atenció Primària

EQ-5D- Qüestionari EuroQoL

ESS- Enquesta Social Europea

GC- Grup Comparació

GD- Grup de Discussió

GHQ-12- *General Health Goldberg Questionnaire*

GI- Grup Intervenció

ICS- Institut Català de la Salut

IDIAP- Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol

INE- Institut Nacional d'Estadística

IPAQ- *International Physical Activity Questionnaire*

MET- *Metabolic Equivalent of Task*

MOS- *Medical Outcomes Study*

NSHAP- *National Social Life, Health, and Aging Project*

OCDE- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

OMS- Organització Mundial de la Salut

PREDIMED- Estudi 'Prevenió amb dieta mediterrània'

QVRS- Qualitat de Vida Relacionada amb la Salut

RIQ- Rang Interquartílic

SAMI- Servei d'Avaluació i Mètodes d'Intervenció

SF-36- Qüestionari d'estat de salut i qualitat de vida

SNS- Sistema Nacional de Salut

SPSS- *Statistical Package for the Social Sciences*

Llistat de figures i taules

Llistat de figures i taules

Figures

Figura 1. Piràmide d'edat poblacional per l'Europa dels 28 evolució del 2002 al 2017. Font: Eurostat

Figura 2. Anys de vida saludable al néixer i anys de limitació. Esperanzas de vida en España, 2016. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019. Disponible en: www.mscbs.gob.es

Figura 3. Anys de vida saludable als 65 anys a Espanya segons comunitat autònoma, 2006-2016. Ambdós sexes. Esperanzas de vida en Espana, 2016. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019. Disponible en: www.mscbs.gob.es

Figura 4. Model de determinants de la salut de Dahlgren i Whitehead, 1991. Figura adaptada per ASPB, extreta de l'informe accessible a https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2016/07/pla_salut_comunitaria_2012.pdf

Figura 5. Model explicatiu dels efectes esperats de la intervenció "Escola de Salut per a la Gent Gran". Barcelona. 2015.

Figura 6. Selecció d'informants. Escola de salut per a gent gran. Barcelona, 2015-2016.

Figura 7. Barris d'estudi. Grups Intervenció: Barris del Besòs/Maresme i Guineueta. Grups Comparació: Raval i Trinitat Nova. Escoles de Salut per a Gent Gran. Barcelona, 2015.

Figura 8. Diagrama de flux de participació en l'estudi del Taller de Salut. Barcelona. 2015.

Quadres

Quadre 1. Cartell amb l'estructura i desenvolupament de la intervenció Escola de Salut per a la Gent Gran al barri de la Guineueta. Barcelona, 2015.

Quadre 2. Guia per a l'estructura i desenvolupament de la intervenció Taller de Salut. Barcelona. 2015.

Taules

Taula 1: Característiques dels informants. Escola de salut per a Gent Gran. Barcelona, 2015-2016.

Taula 2. Barreres expressades pels participants de "L'Escola de Salut per a Gent Gran". Barcelona, 2015-2016

Taula 3. Facilitadors i factors ambivalents expressats pels participants de l'"Escola de Salut per a Gent Gran". Barcelona, 2015-2016

Taula 4. Aspectes positius i negatius expressats pels participants de l'"Escola de Salut per a Gent Gran". Barcelona, 2015-2016

Taula 5. Beneficis percebuts expressats per les persones participants de l'"Escola de Salut per a Gent Gran". Barcelona, 2015-2016

Taula 6. Entrevistes a les coordinadores. "Escola de Salut per a Gent Gran". Barcelona, 2015-2016.

Taula 7. Característiques demogràfiques dels participants a l'inici. "Escola de Salut per a Gent Gran". Barcelona 2015

Taula 8. Qualitat de vida relacionada amb la salut (CVRS), Salut mental (GHQ) i salut percebuda entre els participants en la línia de base i després de la intervenció ("Escola de Salut per a Gent Gran". Barcelona 2015)

Taula 9. Suport social (qüestionaris MOS i NSHAP) entre els participants en la línia de base i després de la intervenció. (“Escola de Salut per a Gent Gran”. Barcelona 2015)

Taula 10. Indicadors relacionats amb la salut. Diferències entre els participants en la línia de base i després de la intervenció. (“Escola de Salut per a Gent Gran”. Barcelona 2015)

Taula 11. Indicadors relacionats amb el suport social. Diferències entre els participants en la línia de base i després de la intervenció. (“Escola de Salut per a Gent Gran”. Barcelona 2015)

Taula 12. Característiques inicials dels individus participants al Taller de Salut (n=17), agregades per ambdós centres participants, Barcelona, 2015.

Taula 13. Puntuacions en Suport Social abans i després de la intervenció, Taller de Salut. Barcelona, 2015

Taula 14. Puntuacions en GHQ-12, PREDIMED, IPAQ i SF-36 abans i després de la intervenció, Taller de Salut. Barcelona, 2015

Llistat d'Annexos

Llistat d'Annexos

Annex 1. Qüestionari per l'avaluació de l'Escola de Salut per a Gent Gran

Annex 2. Qüestionari per l'avaluació del Taller de Salut

Annex 3. Guió dels grups de discussió i entrevistes. Escola de salut per a Gent Gran

Annex 4. Publicació del protocol de l'avaluació de l'Escola de Salut per a Gent Gran

Annex 5. Cover letter del manuscrit enviat de la part qualitativa de l'avaluació de l'Escola de Salut per a Gent Gran

Annex 6. Publicació de l'article de l'avaluació del pilotatge del Taller de Salut

Annex 7. Pòster a congrés City Health 2015 "L'Escola de Salut de Gent Gran de la Guineueta: intervenció comunitària per a millorar l'aïllament social de la Gent Gran"

Annex 8. Comunicació oral a congrés SEE "Evaluación cualitativa de una intervención comunitària para reducir el aislamiento social en personas mayores"

Annex 9. Pòster a Jornades CiberEsp "Evaluación de una intervención comunitaria para reducir el aislamiento social en personas mayores de Barrios desfavorecidos de Barcelona"

Introducció

1. Introducció

1.1. Envelliment

L'edat cronològica és el temps que ha passat des de que vam néixer. Aquesta pot coincidir o no amb l'edat biològica, que és l'edat que es correspon amb els nostres òrgans i sistemes al comparar-los amb patrons estàndards d'envelliment per una edat determinada.(1)

L'envelliment humà és el conjunt de modificacions morfològiques i fisiològiques de l'organisme que apareixen amb el temps en les persones, i no són conseqüència de malalties ni accidents. Inicialment, els canvis orgànics no afectarien la funció basal. És un procés de canvi gradual i espontani que comporta la maduració al llarg de la infantesa, la pubertat i els primers anys de l'edat adulta, seguida d'un declivi durant les edats mitjanes i avançades de la vida. Aquest declivi, porta a un deteriorament gradual.(2) La degeneració cel·lular i dels sistemes propis de l'envelliment, comporten una pèrdua de funció dels òrgans progressiva i suposen una major morbiditat i mortalitat.(3) Un altre concepte relacionat que cal diferenciar de l'envelliment, és el de senectut. La senectut és un procés temporal que implica la pèrdua de la capacitat cel·lular de divisió, creixement i funció i que en darrera instància resulta incompatible amb la vida, és a dir que el procés de la senectut acaba amb la mort de l'individu.(2)

Els mecanismes bioquímics de compensació i reparació de l'organisme, també disminueixen amb l'edat.(4) Una de les primeres manifestacions de l'envelliment és la dificultat per mantenir l'homeòstasi en situacions d'estrès. Quan el deteriorament és ràpid i es dona en un curt espai de temps, l'adaptació es pot veure compromesa i llavors és quan parlariem de fragilitat. La fragilitat, faria referència a un llindar a partir del qual la pèrdua de reserva fisiològica i la capacitat d'adaptació de l'organisme comença a ser insuficient per mantenir la independència i la persona es situa en risc de perdre-la. (2,5) Seria un conjunt de

signes i símptomes caracteritzats per debilitat, pèrdua de pes i disminució de l'activitat que està associada a indicadors de salut adversos.(1)

L'edat en que una persona pot ser considerada “vella” estaria establerta demogràficament per una primera diferenciació o fragmentació:(6)

- dels 65 als 80 anys: es comprèn el que s'anomena “la tercera edat”, coincidint amb el fet social de la jubilació fins a una edat d'una major pèrdua de funcions.

- > 80 anys: etapa anomenada “la quarta edat”. Que coincideix amb una major pèrdua d'independència.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix la salut com “un estat de benestar físic, mental i social i no sols l'absència de malaltia”. Així podem entendre que l'envelliment seria satisfactori quan compleix paràmetres biològics acceptats pels diferents trams d'edat i es manté la capacitat de relació amb el medi social. En canvi, és patològic quan la incidència de malaltia altera els paràmetres biològics i dificulta les relacions socials.(7)

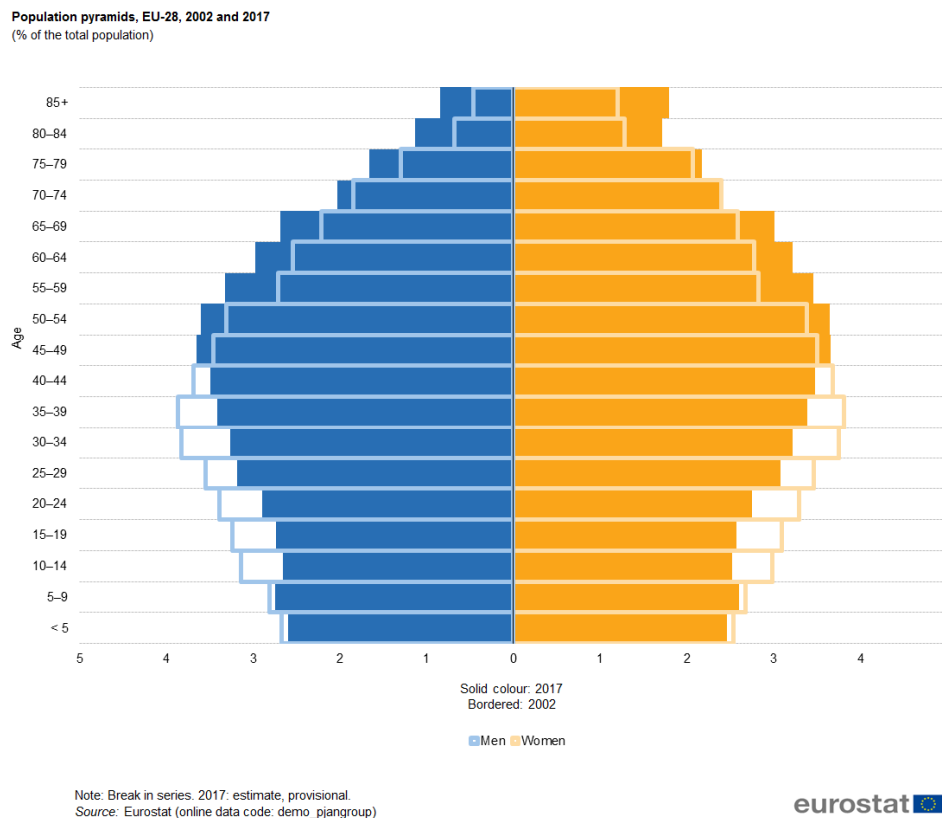
Com que l'envelliment influeix en les diferents dimensions de la persona, es pot donar una gran variabilitat entre individus quant a l'inici i el procés d'envelliment.(1) El grup de persones majors de 65 anys formen un grup heterogeni, amb diferents necessitats segons les seves diverses situacions. Com dèiem, l'envelliment satisfactori (o “sa”) és un procés amb mínims efectes perjudicials, en el que la persona conserva les funcions fins que la senectut impedeix que la vida continuï. Així doncs, el procés d'envelliment no va acompanyat necessàriament de malaltia que afebleix o de discapacitat. El ventall de perfils de persones grans fa que no pugui ser tractat com un bloc homogeni(8).

1.1.1. Dades epidemiològiques sobre envelliment

La proporció de gent gran a Europa s'ha incrementat espectacularment els últims anys. (Figura 1) (9) A Europa, el 18,9% de la població té 65 anys o més i la

proporció dels que tenen 80 anys o més es duplicarà entre el 2015 i el 2080, del 5,3% al 12,3% segons estimen les projeccions. (10)

Figura 1. Piràmide d'edat poblacional per l'Europa dels 28 evolució del 2002 al 2017. Font: Eurostat (9)

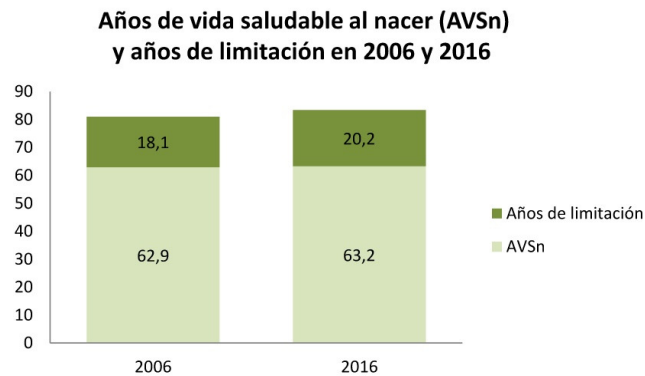


A l'Estat Espanyol s'espera que el canvi demogràfic tingui una progressió dràstica que el porti a ser el segon país més envellit dels països de l'Organització per a la Cooperació i Desenvolupament Econòmic a meitats del s.XXI (8) degut a la combinació de diferents factors. D'una banda per l'elevada esperança de vida (una de les més altes del planeta); que el 2016 era de 83.4 anys (80.4 pels homes i 86.2 per les dones).(11) D'altra banda, per una baixa taxa de fecunditat (de les més baixes d'Europa). Això suposa un increment percentual de gent gran, que ha anat a més els últims anys. I no només augmentarà quantitativament el bloc de persones grans, sinó que també s'està donant un envelliment dels més vells, el que es coneix com a sobre-envelliment. Al 1960 la població de més de 65 anys

era del 8'2%,(12) mentre que el 2018 va arribar al 18,8%. Les projeccions indiquen que s'arribarà al 25% l'any 2030 (triplicant-se a més el nombre de majors de 85 anys).

Amb tot això, malgrat creixen les expectatives de viure més anys, a Espanya els anys viscuts amb bona qualitat no semblen augmentar de la mateixa manera. (Figura 2).

Figura 2. Anys de vida saludable al néixer i anys de limitació. Esperanzas de vida en España, 2016. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019. Disponible en: www.mscbs.gob.es



A Catalunya, el 2018 del total de majors de 65 anys (1.417.311 persones), el 16'7% tenia més de 85 anys, segons l'índex de sobre envelliment.(13) Els anys de vida amb bona qualitat de vida però, han anat decreixent els últims anys. (Figura 3).

Figura 3. Anys de vida saludable als 65 anys a Espanya segons comunitat autònoma, 2006-2016. Ambdós sexes.

Esperanzas de vida en Espanya, 2016. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019. Disponible en: www.mscbs.gob.es

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Espanya	11,40	11,38	10,24	9,04	9,16	12,19	9,49	9,66	9,79	9,82	10,12
Andalucía	11,35	11,26	8,97	6,59	6,67	10,38	7,18	7,46	7,72	8,10	8,74
Aragón	12,85	12,93	12,15	11,32	11,49	13,09	12,17	12,66	12,89	11,73	10,95
Asturias	10,03	10,02	10,26	10,49	10,62	11,09	10,46	10,32	10,13	9,00	8,02
Baleares	9,75	9,88	9,80	9,58	9,70	11,76	9,69	9,65	9,63	11,07	13,04
Canarias	11,53	11,53	10,42	9,37	9,68	9,17	8,80	8,44	7,90	9,20	10,70
Cantabria	12,51	12,47	10,92	9,32	9,47	13,30	10,26	10,71	10,95	12,09	13,39
Castilla Mancha	11,23	11,20	9,94	8,63	8,72	12,12	9,48	9,96	10,36	9,82	9,66
Castilla y León	12,93	12,88	12,46	12,10	12,23	15,55	11,50	11,06	10,60	11,19	12,04
Cataluña	11,12	11,10	10,52	9,89	10,01	12,46	9,85	9,73	9,62	9,06	8,69
Comunidad Valenciana	10,99	11,01	9,94	8,80	8,88	12,96	10,18	10,86	11,46	11,60	12,12
Extremadura	11,83	11,82	9,87	7,62	7,67	11,17	9,52	10,34	11,34	9,66	8,26
Galícia	10,04	10,04	8,68	7,18	7,25	11,36	6,66	6,35	6,06	8,40	10,89
Madrid	13,62	13,63	11,91	10,07	10,22	12,67	10,91	11,24	11,54	10,62	10,05
Murcia	8,13	8,15	7,86	7,56	7,78	10,65	9,01	9,71	10,28	7,64	5,26
Navarra	10,91	10,86	10,30	9,86	10,04	13,10	10,11	10,16	10,15	11,10	12,22
País Vasco	11,91	11,90	11,34	10,79	10,92	15,52	11,07	11,18	11,21	11,69	12,34
La Rioja	7,12	7,07	8,67	10,29	10,28	12,26	10,06	10,09	9,95	11,86	14,11
Ceuta y Melilla	5,90	5,88	6,81	7,60	7,57	9,04	8,53	9,16	9,79	10,30	10,89

El major nombre de persones grans es concentren als nuclis urbans, i el sexe predominant en la gent gran d'Espanya és el femení (l'any 2016 hi havia un 32.9% més de dones que d'homes).(8) A Barcelona, el 18,2% dels homes i el 24,7% de les dones tenen 65 anys o més i les projeccions indiquen que aquest nombre augmentarà amb el temps.(14) Durant els propers anys, les necessitats de salut i benestar de les persones grans dominarà la realitat social. La composició demogràfica obligarà a donar respostes sanitàries, socials, econòmiques i polítiques específiques i farà necessària la col·laboració entre tots els àmbits per donar resposta a les necessitats de la gent gran i afavorir el seu màxim nivell d'autonomia possible. Tot això tenint en compte que l'entorn en el que es compleixen anys condiciona com s'envelleix.(15)

1.1.2. Determinants de la salut

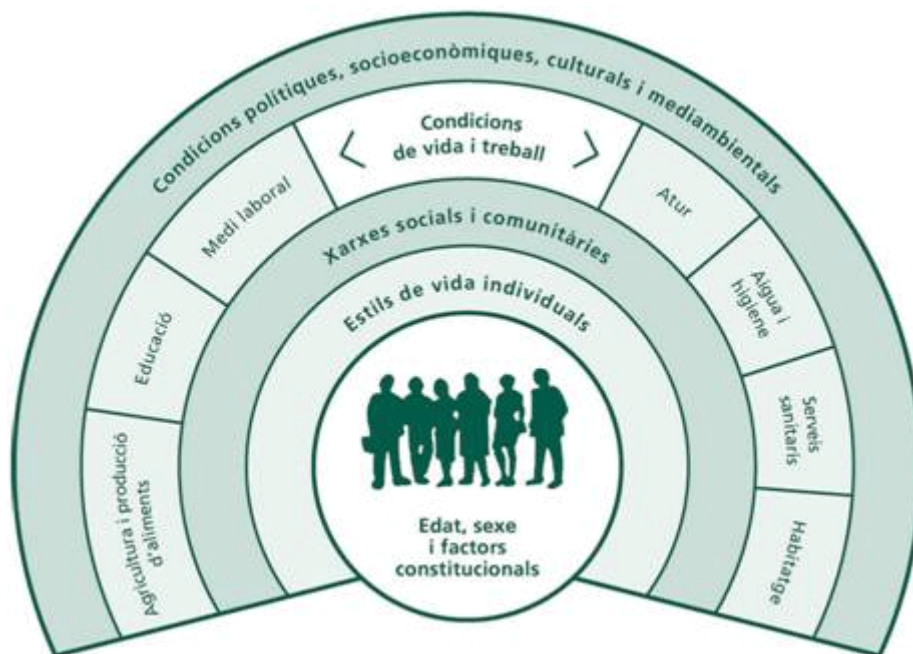
L'ésser humà és el resultat del desenvolupament del procés del cycle vital, emmarcat per les característiques viscudes a nivell individual i social, des de de la

seva història de salut fins els seus determinants (estils de vida, biologia, sistema de salut, ambient o entorn).(6)

L'estat de salut de les persones ve condicionat en bona mesura pel seu context i entorn. L'OMS defineix els "determinants socials de la salut" com les circumstàncies en les que les persones neixen, creixen, viuen, treballen i envelleixen, inclòs el sistema de salut, i que tenen un impacte en la salut, la funcionalitat i la qualitat de vida de les persones.(16,17) Existeix evidència que els factors que menys influeixen en la salut són els genètics o biològics, que no serien modificables. En canvi, els factors socials, que si són modificables, influirien més en la salut.(18) Aquests són factors com on vivim, l'estat de l'entorn (salubritat, transports, seguretat,...), el nivell educatiu, els ingressos o les relacions socials. (Figura 4). (19)

També les conductes individuals tindrien un impacte en la salut. La motivació individual pot influir en l'adopció d'uns o altres hàbits, malgrat que en bona mesura venen condicionades pel context.(20)

Figura 4. Model de determinants de la salut de Dahlgren i Whitehead, 1991. Figura adaptada per ASPB, extreta de l'informe accessible a [https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2016/07/pla_salut_comunitaria_2012.pdf\(21\)](https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2016/07/pla_salut_comunitaria_2012.pdf(21))



El context socioeconòmic i polític condiciona el barri, l'habitatge, l'entorn físic, circumstàncies psicosocials, el sistema de salut, les conductes relacionades amb la salut i els factors biològics que afecten a la salut de les persones. (22) Aquestes circumstàncies serien el resultat de la distribució del diner, poder i recursos a nivell mundial, nacional i local. Per això, els determinants socials de la salut no estan distribuïts de manera equitativa i generen desigualtats socials.

Les desigualtats socials en salut es defineixen com “diferències en salut injustes, evitables i sistemàtiques entre els grups socioeconòmics d'una població”.(18)

Des d'un marc de determinants socials de la salut i d'equitat és imprescindible treballar l'entorn local, que és el més proper a la població i on les persones, viuen, estudien, treballen o es diverteixen. La participació comunitària és un dels eixos de la promoció de la salut. És un concepte que fa referència a involucrar a les persones, grups i comunitats perquè prenguin el control de la seva pròpia salut i facin un millor us de recursos disponibles.(23) Seria la forma fonamental per a augmentar el benestar de les comunitats i millorar la salut de les poblacions, un

mitjà per a abordar els problemes de la salut i els determinants socials de la salut. Cal que la cooperació i les aliances es basin en les necessitats i prioritats locals.(18) A Espanya el seu desenvolupament ha estat molt desigual i l'evidència sobre la seva efectivitat encara és escassa. (23)

A l'hora d'intervenir per reduir les desigualtats socials en salut, cal que les accions estiguin dirigides als grups específics més desfavorits i adaptades al seu nivell de desavantatge.(24) Dins dels grups a major risc de vulnerabilitat (i interactuant amb altres eixos de desigualtat com el gènere o l'ètnia) hi hauria les persones en situació econòmica desfavorida i les persones grans.

1.1.3. Canvis lligats a l'envelliment

L'envelliment és un procés on es donen canvis biològics, psicològics i socials fins la fi de la vida. Aquests són el resultat de la situació econòmica, els estils de vida, satisfaccions personals i entorns socials (25) que influeixen de forma directa en l'envelliment.

Tal i com comentàvem anteriorment, més enllà dels canvis funcionals, l'envelliment també està vinculat a la jubilació, als 60-65 anys (25). La jubilació és una etapa de transició en els adults, on aquests han d'acostumar-se a molts canvis: rutina diària, status, relacions socials, activitat física i/o psíquica, sentiment d'identitat i pèrdua d'un propòsit que obliguen a re-ajustar el propi rol i poden dur a la persona a també adoptar hàbits no saludables. (26,27) A més, pot generar un conflicte perquè les persones disminueixen els seus ingressos, que poden arribar a ser nuls, el que determina la posició social, la qualitat i accés a la salut i també les mateixes les relacions socials.

La possible pèrdua de poder adquisitiu associada a la jubilació pot condicionar altres hàbits com per exemple limitar l'accés a determinats productes de consum bàsic més cars com fruites i verdures o productes frescs (28) o de consum de

serveis, com l'oci. Uns hàbits de salut deficients com una mala alimentació o la inactivitat, acaben repercutint en la salut general de la persona.(20)

L'evidència mostra que els hàbits de salut de la gent gran són millorables.(28,29) Menys de la meitat de la població espanyola de 65 anys o més declara fer exercici de manera regular, una proporció que disminueix amb l'edat.(30) En la mateixa línia, la proporció d'adults de més edat que mostren una nutrició sub-òptima va en augment. (31)

Per últim, l'envelliment sol anar acompanyat també d'una disminució en la xarxa d'amistats i companys per pèrdues com la jubilació o la mort de persones properes.

1.2. Aïllament social i solitud

La soledat és una sensació comú, que tothom ha experimentat, i la seva prevalença en la població general té una distribució amb forma de "U", on els menors de 25 anys i els majors de 55 anys són aquells que patirien més soledat (32,33) Als països desenvolupats, la prevalença de soledat entre persones majors de 65 anys oscil·la entre el 8% i el 10% amb taxes molt més altes a les zones deprimides de les ciutats.(33) A Europa, la soledat és més prevalent als països del sud que als del nord.(34) A Espanya, el nombre de llars unipersonals ha augmentat els últims anys i, segons dades de l'Enquesta Social Europea (ESS), la prevalença de soledat freqüent és del 11,5% entre les persones majors de 60 anys.(33)

Hi ha diferents tipus de soledat. L'aïllament social es pot definir com l'absència objectiva de relacions amb altres persones. De manera diferent, l'aïllament emocional o la solitud implica una situació desagradable experimentada per l'individu com un sentiment negatiu de manca de (qualitat) de determinades relacions concretes: parella, germans o amics.(35–38) Aquesta es donaria per falta de possibilitat de relacions o per la seva pèrdua. Ocorre quan es dona una

incompatibilitat entre la qualitat o quantitat de relacions que es tenen, amb la que es desitjaria.(39)

Totes les persones en un moment o altre de la vida, ens sentim soles. Sovint, més enllà de les repercussions puntuals en l'ànim, no sol donar conseqüències a llarg termini en la salut. Però hi ha persones en qui aquest sentiment es pot allargar i cronificar, impactant en la salut física i/o psíquica.

La soledat, tot i que es contempla com a un indicador, planteja dificultats com el trobar una eina adient per mesurar-la.(24) Ja hem comentat que aïllament social i solitud no són el mateix. Tot i que acadèmicament la diferència és clara, sovint sobre el terreny s'usen indistintament i costa definir què i com s'ha mesurat. Les escales desenvolupades per la comunitat acadèmica tenen una consistència baixa i hi ha encara molts debats sobre la millor manera de mesurar la soledat.(24) Malgrat això, per intentar aportar objectivitat i quantificar, es poden trobar diverses eines i escales que han estat validades.

D'entrada, el més senzill seria fer una única pregunta i demanar directament si la persona es sent sola, per després oferir un rang de respostes dins una escala Likert que podria anar de "mai", "algunes vegades", "sovint" a "sempre"(40). Tot i ser ràpida i senzilla, potser ho seria massa per valorar un fenomen tan complex i ampli com la solitud i a més, les respostes es podrien veure condicionades, tant per l'estigma que hi hauria al voltant de la soledat, com perquè a nivell genèric, normalment les respostes intermitges ofereixen confusió, no tothom entén el mateix per "sovint" i "algunes vegades".(24)

També hi ha escales multi-pregunta, amb les que es fan diverses preguntes sobre els sentiments de solitud, que posteriorment s'analitzen i quantifiquen. Les més utilitzades són,

- *UCLA Loneliness Scale*. Escala de solitud d'UCLA. (41) Disposa d'una versió abreujada de 3 preguntes: "Sent que li falta companyia?", "Es sent

exclòs?” i “Es sent aïllat dels altres?”. I hi hauria un rang de respostes que aniria de “mai” , “algunes vegades” a “sovint”.

- L'Escala de solitud de Jenny de Jong Gierveld i Theo Van Tilburg de la Universitat d'Amsterdam, coneguda com l'Escala Gierveld.(42) Ofereix l'avantatge que separa les preguntes que exploren soledat emocional i social. Consta de 6 preguntes: “Tinc una sensació general de buit”, “Hi ha persones en les que em puc recolzar si tinc problemes”, “Hi ha persones en les que puc confiar plenament”, “Trobo a faltar gent al meu voltant”, “Tinc prou persones properes” i “Sovint em sento exclòs”. I hi hauria un rang de respostes que aniria de “sí” , “més o menys” a “no”.

Tot i que són més les persones investigadores ue recomanen l'ús de múltiples preguntes, no queda clar que aquesta opció pugui vèncer l'estigma de la solitud, i té limitacions com les adaptacions segons l'entorn cultural on es van dissenyar i, a més, que una escala ofereix una instantània d'un moment donat, mentre que l'aïllament social/solitud oferirien fluctuacions i variacions en l'estat d'ànim. (24)

Existeixen altres escales, normalment creades i adaptades per estudis o avaluacions de intervencions específiques, que poden ser parts dels qüestionaris anteriors, combinacions de preguntes o incorporació d'altres preguntes sobre altres dimensions del benestar.

Per últim, hi hauria altres formes de valorar la soledat com observacions, qüestionaris oberts, entrevistes o grups.

1.2.1. Factors de risc per la soledat

Nombrosos estudis s'han centrat en buscar aquells factors que anirien associats a un major risc de aïllament social/solitud.(43) Per començar, algunes característiques personals estan associades a un risc major de aïllament social:

biològicament hi ha persones amb trets hereditaris o personalitats més solitàries o predisposades a la soledat que altres.(44) També hi ha evidència de que la sensació de solitud és més prevalent en persones majors de 75 anys, que viuen soles, tenen pocs recursos econòmics, pateixen barreres idiomàtiques, pertanyen a una minoria o no tenen fills. (13,28,29)

En relació al gènere, alguns estudis troben una relació significativa entre solitud i gènere, amb una proporció més elevada de dones que es sentirien soles. (45) Sembla que el que influiria més són les circumstàncies personals. Les dones viuen més anys, amb el que és més probable que es quedin vídues i visquin soles, factors de risc de la soledat.(43) A Espanya, la proporció de dones grans que viuen soles és major que la d'homes (un 28.9% front a un 14.1% l'any 2015)(46).

Determinades situacions vitals serien les que afavoririen la solitud o l'aïllament social entre la gent gran, com la jubilació, el dol per una pèrdua propera, ser cuidador/a, tenir discapacitats sensorials o de mobilitat, tenir un diagnòstic de demència, tenir relacions conflictives o formar part d'un grup minoritari.(45,47,48) També a nivell comunitari i geogràfic, el tenir pocs recursos econòmics o poca formació acadèmica, el viure en un barri desafavorit, amb elevada criminalitat i un accés limitat a serveis o transport públic, entre d'altres, serien contextos on les relacions socials es podrien veure limitades.(43,47) Per últim, el nivell social, la no-existència de polítiques socials per combatre les desigualtats socials, la manca de cohesió, la marginalitat, els canvis tecnològics i les normes socials que no promouen l'activitat social, inhibirien la participació social. (43,47)

1.2.2. Problemes per a la salut

Les relacions socials estan associades amb una bona salut, i la falta de suport social, ja sigui en el seu aspecte subjectiu (sentiments de solitud) o bé en l'aspecte objectiu (manca de relacions socials), ha estat associat a un major risc

de morbiditat (49–51), mortalitat (51) i increment d'ús (i per tant, despesa) dels serveis sanitaris.(45,52,53)

A nivell físic, la soledat augmenta el risc cardiovascular i incrementa la tensió arterial.(54) Tanmateix, la soledat incrementa la probabilitat de mortalitat un 26% (51), efecte comparable al de l'obesitat o de ser fumador,(55) De fet, tenir relacions socials no només augmenta la supervivència (55) i ens fa menys propensos a patir certes malalties, si no que fins i tot contribuiria a que quan emmalaltim, ens recuperem abans.(56)

A més, en aquelles persones que ja tenen problemes de salut, l'aparició de nous símptomes o empitjorament dels coneguts, poden passar desapercebuts. D'altra banda, el seguiment de plans terapèutics pot ser més difícil, tant per que per les limitacions físiques, com perquè els àpats són activitats socials, i moltes persones grans no es preparen els aliments suficients i adients.(2)

A nivell psíquic, la soledat posa als individus en risc de deteriorament cognitiu (57) i les probabilitats de tenir demència s'incrementarien en persones amb aïllament social un 64%.(58) També els fa més vulnerables a la depressió (32) i al suïcidi en edats avançades.(59)

Per últim, existeix una reciprocitat o bidireccionalitat: la soledat i l'aïllament social serien un factor de risc per tenir una salut deficient i a la vegada, tenir una mala salut és un factor de risc per estar/sentir-se sol/a. (60,61)

L'elevada prevalença d'aïllament social i solitud, juntament amb l'evidència del seu impacte en la salut, la qualitat de vida (34,62) i benestar (50,52,63–65) els converteix en un important problema de salut pública.(50,52)

1.3. Intervencions en gent gran

1.3.1. Intervencions de promoció de la salut en gent gran

Com dèiem, a mesura que envellim, les persones podem entrar en un estat de vulnerabilitat que precedeix la discapacitat i la dependència, anomenat fragilitat. (66) Trobar intervencions efectives per prevenir o retardar la discapacitat i la devallada funcional en persones grans és una prioritat de salut pública, i qui pot beneficiar-se més d'aquestes intervencions són les persones grans que viuen a la comunitat (no institucionalitzats) i que no tenen discapacitats.(67)

Les intervencions liderades des d'un entorn sanitari dirigides a gent gran que han demostrat efectivitat poden ser multicomponent (68), és a dir, que abarcarien diferents dimensions de la persona com la cognitiva, física, l'alimentació,... o bé poden focalitzar-se i treballar aspectes específics de les persones. Disposem d'evidència de que els programes dirigits a l'exercici físic ajuden a millorar i mantenir la funcionalitat física de les persones grans(69), i també hi ha estudis de promoció de la salut que mostren intervencions que aconseguen millores significatives en dieta i exercici a curt termini com la forma de prevenir malalties cròniques.(28,70) També, segons alguns autors, les intervencions a gent gran dirigides a millorar el control de malalties cròniques, podrien millorar la solitud (71) i tenir repercussió en la qualitat de vida de les persones.(66)

Els darrers anys, però, s'estan duent a terme diferents intervencions des d'entorns no-sanitaris, que serien una part fonamental de la prescripció social,(70) mecanisme per vincular les persones amb fonts de suport no mèdiques de la comunitat. Programes de prescripció social que han mostrat efectivitat serien aquells vinculats a la prescripció d' exercici físic en parcs, art-teràpia, iniciatives de vida saludable o bancs de temps, entre d'altres.(70)

1.3.2. Intervencions per abordar l'aïllament social i solitud

Si tenim present l'impacte de la solitud i l'aïllament social en la salut, és comprensible que combatre'ls sigui una prioritat en moltes de les polítiques sanitàries, però les respostes que s'han donat a nivell polític són molt diverses i varien molt entre països.

L'evidència sobre les intervencions destinades a combatre l'aïllament social i la solitud és molt heterogènia.(73,74,75,77) Moltes d'aquestes intervencions estan destinades a incrementar la quantitat i qualitat de relacions socials de les persones grans. Algunes de les intervencions avaluades consisteixen en oferir suport des de les noves tecnologies (ipads, telèfon, geolocalitzadors,...)(45), que poden ser una eina efectiva, sempre i quan siguin un vehicle per a les relacions socials i la interacció amb altres persones. Altres intervencions que han demostrat efectivitat ofereixen la companyia de mascotes, de persones per fer tasques concretes, activitats d'interès comú (com per exemple visitar museus)(76) o simplement compartir temps (fins i tot treballant la intergeneracionalitat), amb visites a la llar d'equips de suport o participant d'intervencions comunitàries. Com a exemple d'intervencions comunitàries trobaríem programes amb sessions en les que es tractaria directament el tema de la solitud o d'altres on de manera indirecta, mitjançant sortides o activitats grupals es fomentarien les relacions socials de manera més indirecta.(73) Tanmateix, s'han mostrat efectives intervencions més específiques orientades per exemple a persones grans amb problemes de mobilitat, que viuen a edificis on les barreres arquitectòniques afavoreixen el seu aïllament.(78)

Cal destacar, que tot i la diversitat d'intervencions (50,63,73,77), l'evidència mostra que aquelles més efectives són les que s'ofereixen en grup (50,52,63,64), busquen un interès comú o s'ajusten a un grup concret amb necessitats específiques i aquelles en les que les persones grans participants tenen un paper actiu.(63)

1.4. Intervencions de l'estudi

Aquesta tesi doctoral està formada per l'avaluació de dues intervencions diferents que tot seguit detallarem: l'Escola de Salut per a Gent Gran i El Taller de Salut.

1.4.1. Escola de Salut per a Gent Gran

A Barcelona, des de l'any 2007 s'ha implementat un programa comunitari anomenat "Barcelona Salut als barris".(78) Consisteix en intervencions comunitàries per reduir les desigualtats en salut, especialment als barris de renda baixa de la ciutat.

El programa "Barcelona Salut als barris" és una estratègia de salut comunitària de l'Ajuntament de Barcelona desenvolupada per l'ASPB, iniciada l'any 2007, que està orientada a millorar la salut als barris més desafavorits respecte la resta de la ciutat. (79) Fa servir com a marc teòric el model dels determinants de la salut a nivell urbà.(80) Consta de 5 fases: 1) cerca d'aliances i col·laboracions amb els agents del territori i constitució del grup motor de salut comunitària del barri; 2) elaboració d'un diagnòstic de salut, que té en compte les necessitats, els determinants i els actius o recursos disponibles; 3) pla d'acció per a la prioritització, disseny i implantació d'intervencions; 4) seguiment i avaluació de les actuacions; i 5) manteniment de les actuacions al llarg del temps.(79) Es basa en un model d'actius que promou els recursos disponibles entre individus i comunitats per accentuar la seva capacitat per identificar problemes i activar solucions, fomentant la participació en el procés de desenvolupament de la salut. (81) Una de les intervencions comunitàries que forma part de Salut als Barris és l'anomenada "Escola de salut per a Gent Gran", que està sent implementada actualment per reduir l'aïllament social i la solitud de les persones de 65 anys o més. Va començar als barris de Roquetes i Poble Sec i els darrers anys s'ha potenciat amb més recursos i progressivament s'ha estès a d'altres barris de la ciutat.(82)

La intervenció varia segons el consens al que s'arriba a cada barri, però en general consisteix en 22 sessions setmanals de grup de 1h i 30 minuts

cadascuna, amb debats sobre qüestions relacionades amb la salut biològica, psicològica i social. Al Quadre 1 es pot veure el cartell d'una de les escoles de salut, amb el contingut de cadascuna de les sessions. Cada sessió s'imparteix per diferents agents del barri, que poden incloure: serveis sanitaris, serveis socials, mossos d'esquadra, mercats, associacions o d'altres, el que permet fer difusió dels recursos d'oci o socials disponibles a la zona. Tanmateix, es treballen habilitats personals, de seguretat i d'autoestima, informant també sobre hàbits saludables. També algunes sessions consisteixen en visites a espais públics del barri o activitats d'oci adaptades a gent gran. A més d'oferir coneixements sobre els temes tractats a cada sessió, l'activitat fomenta conèixer persones de referència al barri i la interacció entre les persones participants, promovent la millora de la seva xarxa social.(83)

Quadre 1. Cartell amb l'estructura i desenvolupament de la intervenció Escola de Salut per a Gent Gran al barri de la Guineueta. Barcelona, 2015.

La salut és teva
Espai Social de salut comunitària Guineueta

Escola de salut per a la gent gran

Espai d'aprenentatge dinàmic i participatiu amb temes especialment interessants per a la gent gran, orientats a un envelliment actiu i saludable.

Horari
Dimecres de 10.30 a 12.30 h

Durada del curs
Sessions setmanals des del 4 de febrer fins al 17 de juny

Període d'inscripció
Des del 7 fins al 30 de gener

Telèfon de contacte
93 202 77 34

Lloc de les sessions
Espai Social de salut comunitària Guineueta
Passeig Valldeuara, 135
08042 Barcelona

Sessions de l'Escola de salut per a la gent gran

4 de febrer	Retredats i grip: no són el mateix, què podem fer?
11 de febrer	Alimentació: menjar i beure adequadament
18 de febrer	Eliminar i higiene
25 de febrer	Riure i salut
4 de març	Riscos a la llar: primeres cures. La farmaciola a casa
11 de març	Pastilles, les justes
18 de març	Sexualitat, gaudir-ne a qualsevol edat
25 de març	Prevençió contra estafes i furts
8 d'abril	Taller de circ a l'Ateneu
15 d'abril	Sortir al carrer: cal fer-ho! ...de forma segura
22 d'abril	La memòria i els sentits
29 d'abril	Aprenent a identificar i gestionar les nostres emocions
6 de maig	Si ens movem ens sentim millor: Activa't
13 de maig	El valor de fer-se gran, reivindicuem el bon tracte
20 de maig	Ser voluntari al meu barri!
27 de maig	Compartim remeis casolans, guarir sense píndoles
3 de juny	Quan no ens trobem bé: hem menjat res dolent? Diarrees i vòmits: què hem de fer?
10 de juny	Onada de calor... com podem afrontar-la
17 de juny	Les cançons inoblidables, cloenda i entrega de diplomes

Associacions de Veïns i Veïnes de la Guineueta i Caryelles
Veïns i veïnes de les Cases Barates d'Horta
Agència de Salut Pública de Barcelona
Consorci Sanitari de Barcelona
CAP Guineueta de l'Institut Català de la Salut
Districte de Nou Barris
Delegació de Salut de l'Ajuntament de Barcelona

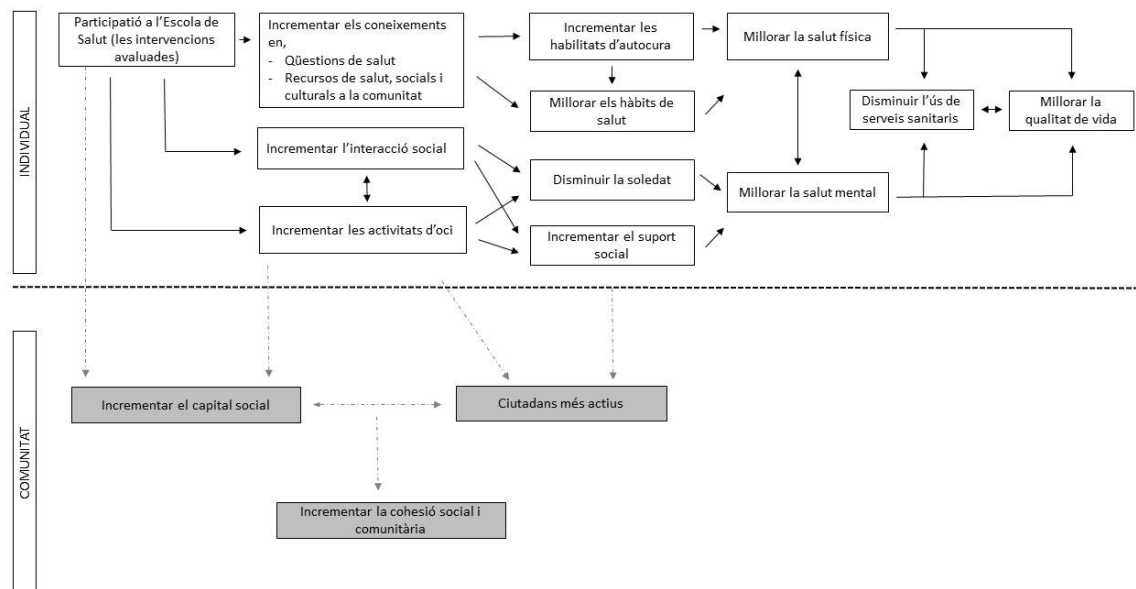
Agència de Salut Pública de Barcelona
Ajuntament de Barcelona

Aquesta tesi es centra concretament en les intervencions que es van dur a terme de gener a juny de 2015 als barris del Besòs i la Guineueta. (83).

Marc conceptual de possibles efectes de la intervenció

En base a una revisió bibliogràfica, per tal de planificar l'avaluació, es va realitzar un model explicatiu de possibles efectes de la intervenció "Escola de Salut". (Figura 5). Aquests inclouen efectes a nivell individual que repercutirien en la salut de les persones participants. Tanmateix, aquesta intervenció podria contribuir a una sèrie d'efectes sobre la comunitat.

Figura 5. Model explicatiu dels efectes esperats de la intervenció "Escola de Salut per a Gent Gran". Barcelona. 2015.



1.4.2. Taller de Salut

La intervenció 'Taller de Salut' és una intervenció dissenyada per ajudar a les persones a desenvolupar les habilitats, coneixements i motivacions necessaris per adoptar nous hàbits saludables, basats en les 14 necessitats bàsiques de Virginia Henderson.(84) La idea va sorgir d'un equip multidisciplinari de professionals d'Atenció Primària, que davant la manca de materials específics per promoure els

hàbits saludables es van decidir a elaborar-los i validar-los amb un estudi de recerca.

En aquesta intervenció s'aborden de forma grupal aspectes biològics, psicològics, socials, culturals i espirituals, que influeixen en la salut i el benestar de les persones. Així mateix, aporta eines per augmentar la capacitat d'autocura i la motivació. La informació més detallada sobre les sessions de la intervenció que va ser publicada prèviament (85) es pot veure al Quadre 2.

Quadre 2. Guia per a l'estructura i desenvolupament de la intervenció*

Sessió 1	Introducció i instruccions de grup. Tècniques de respiració i exercicis
Sessió 2	Nutrició adequada i ingesta de líquids
Sessió 3	Eliminació i higiene
Sessió 4	Exercici, postura adequada i vestir
Sessió 5	Dormir i descansar. Temps d'oci
Sessió 6	Evitar perills físics i psicològics
Sessió 7	Comunicació i interacció social. Maneig de les pròpies emocions
Sessió 8	Treballar i sentir-se útil. Comiat.
<ul style="list-style-type: none"> • Els tallers tenien cadència setmanal, una hora i mitja de durada, i van ser dirigits per dues infermeres. • Es realitzava un exercici de respiració abans de cada sessió, amb l'objectiu d'ajudar als participants a relaxar-se i a centrar-se en la sessió que anava a començar. Immediatament després, es dedicaven uns minuts a compartir experiències del material dels dies anteriors, a aclarir dubtes i repassar els punts principals de la sessió anterior. • Al final de cada sessió es dedicaven uns minuts a aclarir dubtes sobre el material presentat i donar alguns exercicis pràctics per a ajudar a la incorporació de nous hàbits relacionats amb la sessió de la setmana. • Es lliuraven fulls resum amb els punts principals comentats a la sessió, per ajudar als participants a recordar els continguts. 	

*Taula adaptada de Campo Osaba et al. BMC Public Health 2012, 12:209⁽²⁸⁾.

Aquesta intervenció es va implementar prèviament en una mostra de 108 adults joves i de mitjana edat, sans, residents a la ciutat de Barcelona. La intervenció va ser avaluada i els principals resultats van ser: la incorporació i manteniment d'una dieta equilibrada, la pràctica habitual d'activitat física; el manteniment d'unes xifres de tensió arterial, pes i nivells de colesterol òptims; i la reducció del risc cardiovascular.

La intervenció del Taller de Salut, consisteix en 8 sessions grupals setmanals de 1h i 30 minuts de durada conduïdes per dues infermeres d'atenció primària amb habilitats i experiència en conducció de grups.

La dinàmica de les sessions era la següent: es realitzava un exercici de respiració abans de cada sessió, amb l'objectiu d'ajudar els participants a relaxar-se i a concentrar-se en la sessió que anava a començar. Immediatament després, es dedicaven uns minuts a compartir experiències del material dels dies anteriors, a

aclarir dubtes i a repassar els punts principals de la sessió passada. Després s'exposava el contingut de la sessió actual amb una presentació amb diapositives projectades que era comentada de forma dinàmica, posant exemples quotidians i promovent la participació. Al final de cada sessió es dedicaven uns minuts a aclarir dubtes sobre el material del dia i a oferir alguns exercicis pràctics per fer durant la següent setmana relacionats amb la sessió d'aquella setmana. També es lliuraven fulls resum arxivables amb principals idees treballades per ajudar els participants a recordar els continguts. En finalitzar el Taller, cada participant disposava d'un Manual de Salut per a consulta del que s'havia treballat.

Aquesta intervenció es va implementar prèviament en entorn sanitari en una mostra de 108 adults joves i de mitjana edat, sans, residents de la ciutat de Barcelona. La intervenció va ser avaluada i els principals resultats observats van ser: la incorporació i manteniment d'una dieta equilibrada, la pràctica habitual d'activitat física; el manteniment d'unes xifres de tensió arterial, pes i nivells de colesterol òptims; i la reducció del risc cardiovascular. (resultats no publicats)

Per al treball d'aquesta tesi es va impartir aquesta intervenció en persones grans en els centres cívics dels barris del Raval i la Trinitat Nova entre els mesos de febrer i abril de l'any 2016. En principi no va haver-hi modificacions substancials, deixant a criteri de les professionals d'infermeria que conduïen els grups, la possibilitat d'adaptar els continguts segons les preferències o necessitats de les persones participants.

1.5. Avaluació d'intervencions en Salut Pública

Els darrers anys ha augmentat l'interès per avaluar les intervencions en salut, sobre tot per qüestions relacionades amb la utilitat social i l'eficiència (86). Els plantejaments adients per l'avaluació d'intervencions terapèutiques, que permeten un gran control de les covariables i potencials confusors, poden no ajustar-se per avaluar intervencions complexes que depenen del marc social, cultural o econòmic, amb components múltiples. La impossibilitat de controlar tots els

factors rellevants que influeixen en la intervenció, especialment els contextuals, i de trobar grups de control equivalents, suposen una dificultat afegida. Per tant, obliguen a buscar mètodes i abordatges diferents.(86) Malgrat les dificultats, cal avaluar els programes i intervencions en condicions reals incorporant l'avaluació des de l'inici del disseny de la intervenció.

Les intervencions dissenyades a partir dels problemes de salut d'un barri o territori, són els elements principals de la salut comunitària i també han de comptar amb evidència de la seva efectivitat. (87) Quan no s'ha demostrat l'efectivitat d'una intervenció, es recomana iniciar un procés d'avaluació. L'avaluació permetrà valorar quins són els efectes d'una determinada intervenció (ja siguin positius o negatius), i és també un exercici de transparència, que permet rendir comptes tant a finançadors com a la societat. Sobre tot, si tenim en compte que sistemes sanitaris i socials com els nostres, són públics.

Tanmateix, les avaluacions serveixen per identificar punts forts i febles de les intervencions i millorar aquestes en properes edicions. Existeixen nombrosos tipus d'avaluacions (88), però dos dels principals són els que s'abordaran en aquesta tesi: l'avaluació de procés i l'avaluació de resultats.

- **Avaluació de Procés:** consisteix en la valoració de la implementació de la intervenció. Cal valorar paràmetres com la cobertura (si s'ha arribat a la població a qui es volia), la qualitat (el programa s'ha desenvolupat d'acord al protocol, tenint en compte aspectes com el compliment i la fidelitat d'implementació) i la satisfacció (tant dels participants com professionals). (89) També és important tenir dades sobre les característiques de les persones participants com l'edat, el sexe, nivell educatiu,... per abordar l'avaluació amb perspectiva d'equitat.(90)
- **Avaluació de Resultats:** consisteix en valorar la consecució dels objectius marcats del programa. Per a l'avaluació de resultats poden ser emprats diferents dissenys avaluatius, tot i que els més utilitzats en Salut Pública

són els dissenys no experimentals i els dissenys quasi-experimentals, que tindrien un grup de comparació triat en base a criteris de conveniència.(87) La mesura dels resultats es fa habitualment en funció d'indicadors mesurats abans i després de la intervenció, que ens permetran estimar el canvi en les mesures.(87)

1.6. Justificació de l'estudi

L'envelliment suposa un repte social i econòmic per les societats europees. De la mateixa manera que les ciutats segueixen creixent, la proporció de gent gran augmenta també en elles. Assegurar el benestar dels ciutadans de més edat esdevé una necessitat, i calen estudis que avaluïn l'efectivitat d'intervencions de promoció de la salut per gent gran.

Per respondre a l'envelliment i la soledat creixents s'han desenvolupat diferents tipus d'intervencions. Tanmateix, els darrers anys també s'han fet diverses revisions sistemàtiques sobre l'efectivitat d'aquestes intervencions (50,63,73,91) que evidencien que la seva qualitat és molt heterogènia.(50,63,73)

L'èxit d'aquestes intervencions és variable i la qualitat de les evidències és minsa, (50,77) basada moltes vegades en dissenys febles.(77,92) Algunes vegades l'èxit dels programes d'intervenció s'acostuma a avaluar només amb indicadors de procés, com ara el nombre de persones reclutades o la satisfacció dels participants.(93) A més de les limitacions metodològiques, hi ha una manca de proves concloents sobre el seu impacte en l'aïllament social o la soledat i altres aspectes relacionats amb la salut (36,52,63,64) amb resultats incoherents entre els estudis.(52,73,77,91)

Donada la dificultat per mesurar la solitud i l'aïllament social, alguns autors/es(60) recomanen mesurar de manera indirecta factors associats com la qualitat de vida o

alguns aspectes lligats a les relacions socials com l'increment de socialització i la disminució de símptomes depressius.

En la majoria dels estudis, es sap poc sobre el context i sobre les perspectives dels participants i dels organitzadors.(94) Les opinions de les persones implicades també són útils perquè la intervenció avaluada funcioni millor després, en edicions posteriors. Per això, fins i tot en assaigs clínics, a més d'avaluacions quantitatives, darrerament es tendeix a fer també avaluacions qualitatives, (95) que proporcionin una comprensió més completa dels efectes de les intervencions. Amb diferents enfocaments avaluatius, es pot conèixer l'impacte percebut pels implicats en un programa mentre entenem la importància del context i altres aspectes del procés. La millor forma d'avaluar intervencions destinades a afrontar l'aïllament social i la solitud és combinar metodologia quantitativa i qualitativa. (43)

L'avaluació d'intervencions comunitàries és un àmbit complex degut als diversos reptes logístics i metodològics a l'hora d'avaluar. No obstant, és un àmbit d'especial rellevància en el que cal avançar i generar evidència, tal com pretén aquesta tesi. Les dades generades en aquest treball pretenen aportar una evidència sòlida, rellevant i necessària en relació al paper fonamental que les intervencions comunitàries poden jugar en la millora de la qualitat de vida i el benestar de les persones grans, especialment en aquelles que viuen a barris de nivell socioeconòmic més desafavorit

Hipòtesis i Objectius

2. Hipòtesis

- L'assistència a l'Escola de Salut millorarà significativament la salut mental, la qualitat de vida, el suport social, la salut percebuda i la freqüentació als Centres d'Atenció Primària de les persones participants.
- L'assistència al Taller de Salut millorarà significativament els hàbits saludables de dieta i exercici i la qualitat de vida de les persones participants.

3. Objectius

Objectius Generals:

- Avaluar el procés i l'efectivitat d'una intervenció (Escoles de Salut) dirigida a combatre l'aïllament social i solitud i les seves conseqüències negatives en la salut de la gent gran.
- Pilotar i avaluar l'efectivitat d'una intervenció per promoure hàbits saludables dirigida a gent gran (Taller de Salut).

Objectius específics:

- Avaluar el procés d'implementació de l'Escola de Salut, valorant l'assistència, perfil i satisfacció dels assistents. Tanmateix, es valoraran aspectes positius i negatius de la intervenció i barreres i facilitadors en la seva implementació.
- Avaluar l'impacte de l'Escola de Salut sobre la salut mental, la qualitat de vida, el suport social, la salut percebuda i la freqüentació als Centres d'Atenció Primària.
- Avaluar l'impacte del Taller de Salut en els d'hàbits saludables (activitat física i alimentació), la salut mental, la qualitat de vida, el suport social i la salut percebuda.

Mètodes

4. Mètodes

4.1. Avaluació de l'Escola de Salut per a Gent Gran

4.1.1. Disseny

Avaluació de procés i efectivitat amb metodologia qualitativa i quantitativa. Aquesta inclou:

- Metodologia qualitativa mitjançant entrevistes i grups de discussió (GD) de l'Escola de Salut amb coordinadores i persones participants respectivament.
- Avaluació de l'efectivitat de l'Escola de Salut amb un disseny pre-post quasi-experimental (amb grup de comparació).

4.1.2. Subjectes d'estudi

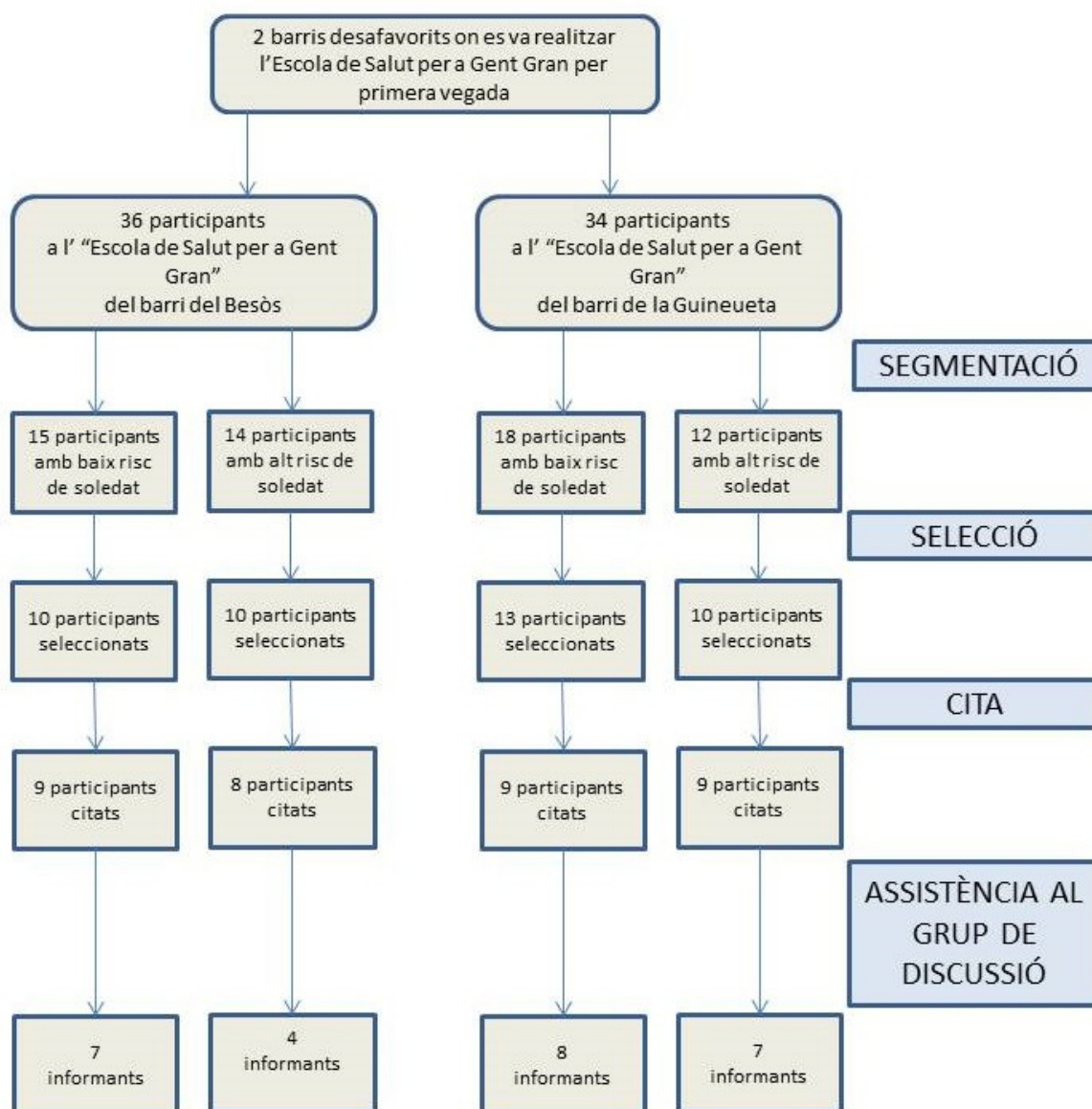
4.1.2.1. Subjectes de l'avaluació qualitativa

Van ser objecte de l'estudi qualitatiu tant organitzadores com persones participants de la intervenció. La població d'estudi van ser dues coordinadores (infermeres comunitàries) de l'Escola de Salut de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) i 26 participants que van assistir a l'Escola de Salut als barris del Besòs i de la Guineueta a Barcelona.

Es va dissenyar un mostreig teòric (96) per tal de seleccionar participants de l'Escola de Salut per a gent gran. Per a cada barri, les persones participants es van seleccionar segons el risc de soledat, que es va obtenir a partir d'una enquesta basal administrada per l'estudi quantitatiu (Figura 6). Les persones que van declarar "viure soles" o "sentir sovint una manca de companyia", independentment de la seva condició de convivència (vivint amb familiars o sols), es van classificar com a "d'alt risc". D'altra banda, es van classificar com a "risc

baix" aquelles que vivien acompanyades i expressaven no sentir-se soles mai o gairebé mai.

Figura 6. Selecció d'informants. Escola de Salut per a Gent Gran. Barcelona, 2015-2016



Amb un alt risc de soledat: viure sol/a i també "sovint" o "de vegades" sentir que no te companyia.

Amb baix risc de soledat: no viure sol/a i "mai/gairebé mai" no sentir-se sol/a.

SELECCIÓ: Es va garantir la variabilitat del sexe, l'edat i el nivell de formació acadèmica per aconseguir una variabilitat discursiva. A més, les infermeres comunitàries van validar la capacitat dels individus de seguir la dinàmica del grup abans d'incloure'ls com a informants.

CITA: es va contactar per telèfon amb l'informant i es va demanar que confirmés la seva assistència al grup l'endemà. Les causes de la pèrdua van ser les següents:

- No es pot arribar a contactar-hi -n=2
- Una altra cita / obligacions familiars-n=5
- Es nega a participar-1

ASSISTÈNCIA AL GRUP DE DISCUSSIÓ: les causes per no assistir al grup van ser:

- Una altra cita / obligacions familiars-n=2
- No s'ha informat cap motiu-n=7

Després d'aquesta primera segmentació, es van seleccionar participants segons diferents perfils per aconseguir heterogeneïtat dins dels grups i garantir la varietat de discursos. Per definir diferents perfils, es van utilitzar els següents criteris: sexe (dona / home), estat civil (solter/a / casat/da / divorciat/da / vidu/a), nivell educatiu (analfabet / primari / secundari / universitari) i edat.

La selecció de participants va ser validada per les coordinadores, que van confirmar que les persones seleccionades podrien seguir la dinàmica d'un grup de discussió. Després, els participants seleccionats van ser contactats per telèfon per una investigadora que els va convidar a assistir a un GD. Els que no van poder participar en aquest estudi van ser substituïts per una altra persona participant amb característiques similars. A la Figura 6 es pot observar el diagrama de flux del procés de selecció.

Un total de 26 persones van participar als GD i es van entrevistar dues coordinadores. Les dues coordinadores treballaven a la mateixa institució que la majoria de l'equip investigador, per això les entrevistes van ser realitzades per una investigadora externa que no va tenir cap relació prèvia amb elles fins a l'estudi. Les característiques demogràfiques dels informants es mostren a la Taula 1.

Taula 1: Característiques de les persones informants. Escola de Salut per a Gent Gran. Barcelona, 2015-2016.

INFORMANTS DEL GRUP DE DISCUSSIÓ						
Barri	Risc de soledat	Identificadors	Edat	Sexe	Estat Civil	Nivell educatiu
Guineueta	ALT	GSD1	79	Dona	Vídua	Analfabeta
		GSD2	83	Dona	Vídua	Analfabeta
		GSD3	70	Dona	Vídua	Secundaris
		GSD4	77	Dona	Soltera	Primaris
		GSD5	79	Dona	Casada	Primaris
		GSH1	75	Home	Casat	Analfabet
		GSH2	69	Home	Casat	Primaris
Guineueta	BAIX	GND1	76	Dona	Casada	Primaris
		GND2	78	Dona	Casada	Analfabeta
		GND3	68	Dona	Casada	Analfabeta
		GND4	70	Dona	Casada	Primaris
		GNH1	73	Home	Casat	Primaris
		GNH2	67	Home	Casat	Secundaris
		GNH3	84	Home	Casat	Primaris
		GNH4	70	Home	Casat	Secundaris
Besòs	ALT	BSD1	73	Dona	Vídua	Analfabeta
		BSD2	75	Dona	Divorciada	Secundaris
		BSD3	75	Dona	Casada	Primaris
		BSH1	72	Home	Divorciat	Primaris
Besòs	BAIX	BND1	69	Dona	Casada	Primaris
		BND2	68	Dona	Casada	Analfabeta
		BND3	74	Dona	Casada	Analfabeta
		BND4	72	Dona	Casada	Primaris
		BND5	72	Dona	Casada	Analfabeta
		BND6	83	Dona	Vídua	Analfabeta
		BND7	69	Dona	Vídua	Analfabeta
COORDINADORES ENTREVISTADES						
Barri		Identificadors	Edat	Sexe	Professió	
Guineueta		PE2	60	Dona	Infermera Comunitària	
Besòs		PE1	59	Dona	Infermera Comunitària	

Risc de soledat:

-Alt risc de soledat: viure sola i / o sovint o, de vegades, sentir que no tenen companyia.

-Baix risc de solitud: no viure sola i gairebé mai o sentir-se sola.

Els identificadors corresponen a:

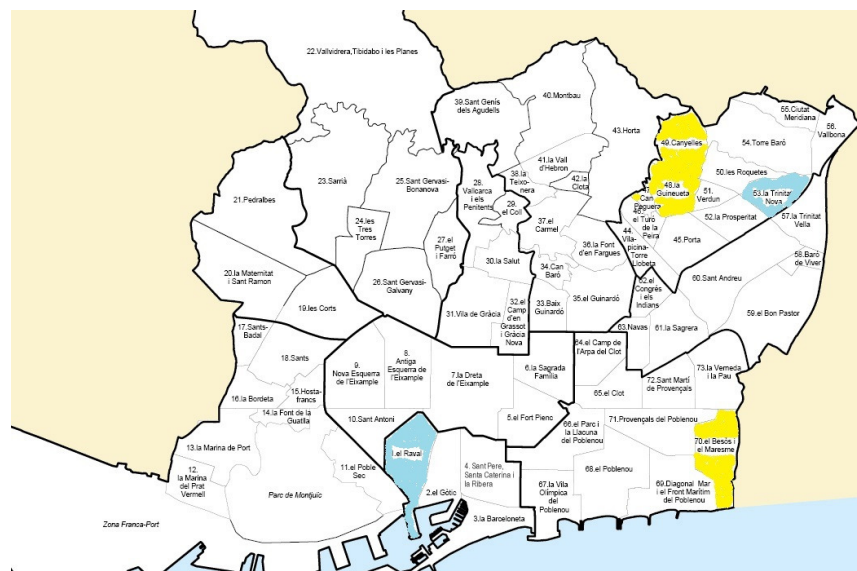
-En participants del GD: 1^{er} dígit: Barri: B-Besòs, G-Guineueta, 2^{on} dígit: Risc de soledat: S-Alt risc de soledat, N-Baix risc de soledat, 3^{er} dígit: Sexe: D-Dona, H- Home, 4^{rt} dígit: Número únic assignat.

-En les infermeres entrevistades: 1er dígit: professional- P, 2on dígit: entrevista- E, 3er dígit: identificador assignat.

4.1.2.2. Subjectes de l'estudi quantitatiu

La població d'estudi van ser persones grans de 65 anys o més, residents als barris seleccionats per a l'estudi. Els barris d'intervenció van ser el barri del Besòs-Maresme i el barri de la Guineueta, on s'implementava la intervenció per primera vegada. Pels barris de comparació, es van triar dos barris amb similars característiques socioeconòmiques, percentatge de persones amb estudis primaris o menys, taxa d'atur i ingressos per llar i on no s'havia implementat encara cap Escola de Salut per a Gent Gran: el barri de la Trinitat Nova i el del Raval. (Figura 7).

Figura 7. Barris d'estudi. Grups Intervenció: Barris del Besòs/Maresme i Guineueta. Grups Comparació: Raval i Trinitat Nova. Escoles de Salut per a Gent Gran. Barcelona, 2015.



L'Escola de Salut es va oferir a través dels Centres d'Atenció Primària (CAP), serveis socials i casals de gent gran. Per tenir grups comparables, es va tenir en compte que els percentatges de la procedència de cada grup fossin similars als del grup intervenció. Un cop l'individu expressava el seu desig de participar, es feia la pre-inscripció, on es registrava nom i telèfon. Posteriorment, es contactava via telefònica per concertar una cita on, en una entrevista, s'informava

individualment a la persona sobre l'estudi, s'emplenaven els qüestionaris i signava el consentiment informat.

Per calcular la mida de la mostra es va tenir en compte que el 45% de persones de més de 65 anys a Barcelona declara tenir una salut regular o dolenta (97) i es va assumir que la intervenció reduiria aquesta prevalença en 17 punts. Acceptant un risc alfa de 0.05% i una potència del 80% en un contrast unilateral i, assumint unes pèrdues del 10%, es va estimar una mostra teòrica de 79 persones en el GI i 79 persones en el GC.

Criteris d'exclusió

- Persones que presentessin alguna dificultat per mantenir la seva participació durant els 6 mesos que durava la intervenció.
- Persones que tinguessin dificultat per entendre o expressar-se en català o castellà.

4.1.3. Variables d'estudi

4.1.3.1. Dimensions a explorar en l'estudi qualitatiu

Es van voler conèixer les percepcions sobre l'Escola de Salut tant de les professionals organitzadores com de les persones assistents. Les tècniques usades van ser entrevistes en profunditat i grups de discussió (GD), respectivament. Els principals temes que es volien investigar en aquest estudi van ser: barreres i facilitadors, aspectes positius i negatius de la intervenció, beneficis percebuts i propostes de millora.

4.1.3.2. Variables de l'estudi quantitatiu

Variables depenents

-La salut mental es va mesurar a través del qüestionari general de salut de Goldberg (GHQ-12)(98), utilitzant el mètode de puntuació binària (0-0-1-1) per a cada element. Puntuacions més altes indiquen una major morbiditat psicològica. (98) La variable es va dicotomitjar utilitzant un punt de tall de 4 punts. La puntuació 4 o superior va ser classificada com a "possibles problemes de salut mental o malestar psicològic". Aquest punt de tall es recomana habitualment en gent gran, donat que el GHQ-12 tendeix a presentar més falsos positius en la població de més de 65 anys que en població més jove, donat que els símptomes físics són molt més habituals quan augmenta l'edat.(98,99)

-La qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS) es va mesurar a través del qüestionari EuroQoL (EQ-5D) (100), que consta de cinc dimensions de salut: mobilitat, autocura, activitats de la vida diària, dolor/malestar i ansietat/depressió. Cada dimensió té tres nivells de resposta "sense problemes", "problemes moderats" i "problemes greus". L'índex final s'assoleix assignant un pes a cada resposta i ajustant-lo segons el grup de referència. L'índex final oscil·la entre el valor 1 (millor possible estat de salut) i el 0 (mort).

-El suport social es va mesurar mitjançant preguntes extretes del *Medical Outcomes Study* (MOS) (101): "Amb quina freqüència disposa d'aquest tipus de suport?": "Algú amb qui passar una bona estona", "Algú amb qui relaxar-se" i "Algú amb qui fer coses que li permetin oblidar-se dels seus problemes", amb opcions de resposta de "mai", "poques vegades", "alguna vegada" i "la majoria de vegades" o "sempre". També es va mesurar a través de preguntes extretes del qüestionari del Projecte Nacional de Vida Social, Salut i Envel·liment (NSHAP)(102): "Amb quina freqüència pot comptar amb els seus amics" i també "Amb quina freqüència pot sentir que li manca companyia?", amb opcions de resposta "sovint/la majoria del temps", "alguna vegada" i "mai o gairebé mai". Aquestes variables van ser dicotomitjades, agrupant-les entre les que indicarien

tenir suport social i aquelles que indicarien que no n'hi hauria. Per al MOS es van agrupar entre "Mai/poques vegades/algunes vegades" i "La majoria de vegades/sempre". Per al NSHAP es van agrupar entre "Sovint o la majoria del temps" i "Alguna vegada/Mai o quasi mai".

-La Salut percebuda es va valorar mitjançant la pregunta utilitzada a l'Enquesta de Salut de Barcelona (14) "Com creu que és la seva salut?" amb respostes possibles "Molt bona/bona/regular/dolenta/molt dolenta". Aquestes variables van ser dicotomitades, agrupant-les en molt bona/bona i regular/dolenta/molt dolenta.

-Freqüentació sanitària als Centres d'Atenció Primària. Es va obtenir informació sobre les visites (presencials, telefòniques i domiciliàries) al CAP, tant ofertes per metges/ses de família com infermers/es, durant els 6 mesos anteriors a la intervenció i els 6 mesos posteriors. Aquestes dades van ser extretes nominalment, a través del DNI dels assistents.

Variables relatives al procés d'implementació

En el grup d'intervenció es va registrar l'assistència a cadascuna de les sessions.

A més, al final de l'Escola de Salut es va mesurar la satisfacció dels participants amb les següents preguntes: "Puntuï la seva satisfacció general de 0 a 10 amb l'Escola de Salut," "Recomanaria l'Escola de Salut a un amic?", "Puntuï de 0 a 10 ponents, lloc / espai, freqüència, horari, durada". I es va realitzar la pregunta oberta "què li ha agradat més / menys de l'Escola de Salut".

Variables sociodemogràfiques

Es van recollir les següents variables sociodemogràfiques: edat, sexe (home/dona), estat civil (solter/a, casat/da o en parella, separat/da, vidu/a), convivència (viu sol/a, en parella, amb família) i nivell d'estudis (no sap llegir ni escriure, estudis primaris, estudis secundaris, estudis universitaris).

4.1.4. Recollida de dades

4.1.4.1. Recollida de dades per l'estudi qualitatiu

Es van realitzar dues entrevistes individuals semiestructurades a les infermeres comunitàries de l'ASPB (coordinadores) i quatre GD (dos a cada barri) amb participants. Per a cada barri, hi havia un grup d'informants que es considerava amb un alt risc de soledat i un altre grup d'informants que es considerava de baix risc.

Es van elaborar un guió d'una entrevista semi-estructurada i un guió pels GD, basat en una revisió del material disponible bibliogràficament. Les guies eren prou flexibles per permetre i facilitar la discussió de qüestions noves i emergents rellevants per als objectius de l'estudi durant la sessió.

Les entrevistes i GD van ser realitzades per una persona entrevistadora i una observadora que formaven part de l'equip d'investigació (XC home, MJL dona, OJ dona, CLE dona). Les persones entrevistadores i observadores van completar un formulari de registre amb dades sobre la tècnica i van prendre notes de camp per registrar senyals no verbals que es van utilitzar en la posterior anàlisi de dades. Es van enregistrar amb 2 gravadores totes les entrevistes i GD.

Els GD es van dur a terme amb grups de 4 a 8 informants. Les sessions es van concloure quan els/les entrevistadors/es havien recopilat la informació necessària inclosa al guió. Es van recollir dades suficients per respondre de manera significativa a la pregunta d'investigació. Els GD es van dur a terme entre gener i febrer de 2016 als centres socials on es va celebrar l'Escola de Salut. La durada dels GD va anar dels 42 minuts el més breu, a 77 minuts el més llarg.

Les entrevistes es van celebrar el desembre del 2015 al lloc de treball de les coordinadores i van durar 27 i 35 minuts.

4.1.4.2. Recollida de dades per l'estudi quantitatiu

Les dades van ser recollides mitjançant qüestionaris elaborats per l'estudi a partir de qüestionaris validats per a les diferents variables d'estudi (Annex 2). Eren autocumplimentats, tot i que aquelles persones que mostraven alguna dificultat de lectura/comprensió van rebre el suport de l'equip investigador i personal format de l'ASPB. Les mateixes variables (a excepció de les de procés) es van mesurar simultàniament al grup intervenció i al grup comparació.

Les dades de freqüentació sanitària a Centres d'Atenció Primària (CAP) es van obtenir a través dels registres de l'aplicatiu ECAP de programació de visites dels CAPs de l'Institut Català de la Salut (ICS).

4.1.5. Aspectes ètics

L'estudi es va dur a terme seguint els principis continguts a la declaració de Hèlsinki i successives revisions i les normes de Bona Pràctica Clínica.

La informació del consentiment informat es proporcionava verbalment i per escrit. Els subjectes d'estudi van tenir oportunitats suficients per preguntar sobre els detalls de l'estudi. L'imprès de consentiment informat segueix les normes contingudes a la Declaració de Hèlsinki, així com l'estipulat en el Títol I Article 12 del Reial Decret 561/1993 del 16 d'abril i la Llei 15/99 de protecció de dades de caràcter personal.

Va ser un requisit indispensable per a poder participar a l'estudi que tots els participants signessin el consentiment informat. Al mateix full de consentiment es detallava que la participació era voluntària, amb possibilitat d'abandonar el programa en qualsevol moment, si es desitjava. Tanmateix, s'exposava que es registrarien amb una gravadora les entrevistes i GD. No es va oferir cap compensació financera ni material als participants.

Pel que fa a la confidencialitat de dades, en aquest estudi sols les persones investigadores van tenir accés a les dades dels subjectes que hi van participar, que es van tractar de manera confidencial.

Els continguts d'entrevistes i de GD es van anonimitzar per garantir la confidencialitat de les dades. L'estudi qualitatiu i quantitatiu van ser aprovats pel Comitè Ètic d'Investigació del Centre Mèdic Parc de Salut Mar (Barcelona) (codis número (2016/7005 /I) i (2015/6500/I), respectivament.

4.1.6. Anàlisi

4.1.6.1. Anàlisi qualitativa de l'avaluació de l'Escola de Salut per a Gent Gran

Totes les gravacions es van transcriure literalment. Els informants identificats van ser anonimitzats. Es va dur a terme una anàlisi de contingut temàtic (103) amb el suport del programa Atlas.ti (versió ATLAS.ti: WIN 7.5 (build 12).

Es van formular intuïcions preanalítiques després de successives lectures de les transcripcions i les notes d'observació. A continuació, tres investigadores d'un equip multidisciplinar (MJLM Doctora en Salut Pública, ASM Metgessa Preventivista, CLE Infermera i Antropòloga) van crear un pla analític inicial basat en els temes més rellevants (codificació), i es van crear categories agrupant els codis basant-se en el criteri de similitud.

En relació amb els objectius de l'estudi i els elements emergents, els continguts es van separar segons el nivell de risc de soledat definit anteriorment. Es van crear set categories: 1) barreres i 2) facilitadors d'assistència a l'Escola de Salut, 3) factors ambivalents, 4) aspectes positius i 5) aspectes negatius, 6) beneficis percebuts de l'Escola de Salut i 7) propostes de millora de l'Escola de Salut.

La triangulació es va utilitzar per augmentar la credibilitat i la validesa interna de la investigació i garantir la qualitat de les dades. Per a l'anàlisi, tres membres de l'equip d'investigació (MJLM, ASM, CLE) van codificar independentment les primeres transcripcions, categories de contingut i les seves interrelacions; i van discutir regularment la interpretació de dades. L'anàlisi va comptar amb la triangulació de les informacions aportades als GD i entrevistes, tant de les persones coordinadores com dels/les participants.

Pel que fa al posicionament, tot i que algunes de les persones de l'equip d'investigació treballen a la institució que coordina l'Escola de Salut (ASPB), no van tenir cap relació prèvia a la intervenció amb els participants i es va mantenir la reflexivitat de l'equip de recerca multidisciplinari. Tot l'equip va compartir l'objectiu d'identificar amb precisió la informació rellevant, també les barreres d'assistència i les propostes per millorar la intervenció.

4.1.6.2. Anàlisi estadística de l'estudi quantitatiu

Del GI 17 persones (8 de la Guineueta i 9 del Besòs) van ser excloses per no atendre al mínim del 50% de les sessions, establert com a criteri d'inclusió. AL GC es van perdre pel seguiment 1 persona del Raval i 5 de Trinitat. Les causes van ser: canvis de domicili, registre incorrecte del telèfon o mort.

El primer pas de l'anàlisi estadística va ser realitzar una anàlisi bivariada per descartar diferències estadísticament significatives entre GI i GC. Els resultats categòrics es van descriure a través de percentatges, i es van descriure resultats continus a través de puntuacions mitjanes i rang interquartílic (RIQ). Es va utilitzar el test de chi quadrat per comparar variables qualitatives i el test de U Mann-Whitney per comparar les variables continues.

Es van realitzar anàlisis descriptius per comparar els resultats basals (pre) i al seguiment (post). Les diferències entre les mesures pre i post intervenció es van valorar tant per a GI com per a GC, i es van comparar amb la prova de McNemar,

la prova de signes o la prova de Wilcoxon, segons el tipus de variable i de distribució. A més, es va calcular la diferència percentual o la diferència de puntuació entre pre i post i es van comparar entre la GI i la GC mitjançant la prova McNemar de dues mostres o la prova de U Mann-Whitney segons corresponia.

Per avaluar l'efectivitat de la intervenció, es van construir models de regressió de Poisson amb variança robusta per a resultats categòrics i es va construir una regressió de boxcox per a variables quantitatives (utilitats de l'EuroQol). A cada model, les variables independents eren el grup (GI o GC) i les dades del pre.

Totes les anàlisis es van realitzar utilitzant SPSS versió 25 i Stata versió 13.

4.2. Avaluació del Taller de Salut

4.2.1. Disseny

Es tracta d'un estudi pilot d'avaluació no experimental pre-post del Taller de Salut per a gent gran en entorn comunitari.

4.2.2. Població d'estudi

La població d'estudi pel pilotatge dels Tallers de Salut van ser els individus que prèviament van formar part dels grups comparació en l'estudi de l'Escola de Salut. A aquestes persones, se'ls va oferir participar en aquesta activitat com a compensació per haver estat controls en l'avaluació prèvia de l'Escola de Salut. Es van seleccionar dos barris de Barcelona amb nivell socioeconòmic desfavorit (Raval i Trinitat Nova).

Per a aquest estudi pilot es van reclutar 22 residents dels barris participants, a través dels Serveis Socials, Centres d'Atenció Primària (CAP) i dels centres de

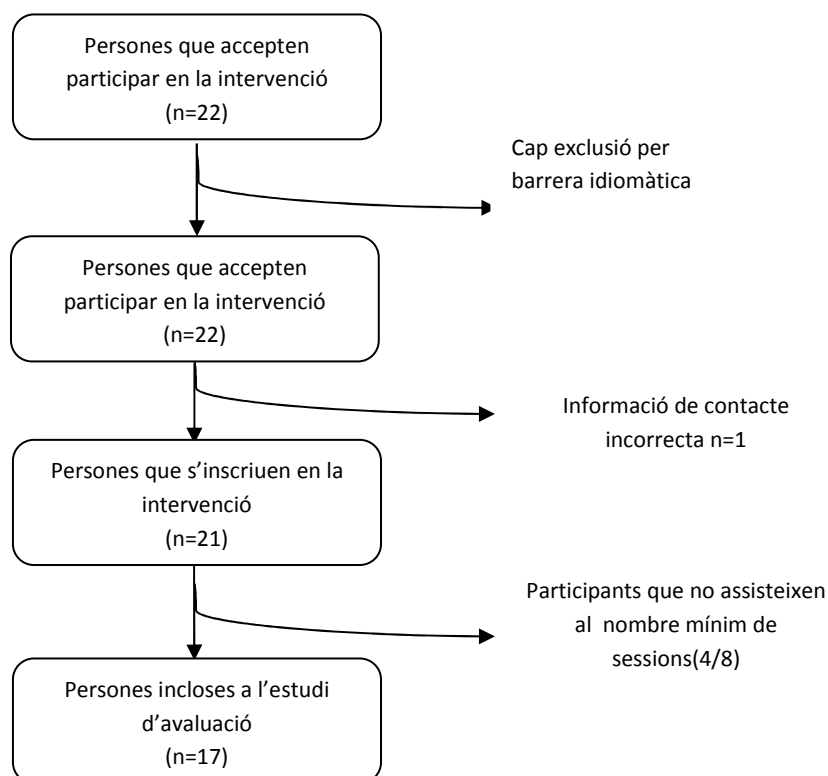
gent gran. Es va contactar telefònicament amb ells, se'ls va informar individualment sobre la intervenció i se'ls va convidar a participar. Tant els qüestionaris com el consentiment informat eren emplenats el primer i últim dia de les sessions.

Es van perdre 5 participants en el seguiment: un d'ells no va poder ser trobat a causa d'informació de contacte incorrecta i quatre van ser exclosos per no assistir al nombre mínim de sessions (4 de 8). (Figura 8).

Criteris d'exclusió

- Persones que presentessin alguna dificultat per mantenir la seva participació durant els 2 mesos que durava la intervenció.
- Persones que tinguessin dificultat per entendre o expressar-se en català o castellà.

Figura 8. Diagrama de flux de participació a l'estudi d'avaluació del Taller de Salut. Barcelona. 2015.



4.2.3. Variables d'estudi

Variables dependents

Es va recollir informació sobre les següents variables abans i després de la intervenció:

- Salut mental, a partir del General Health Goldberg Questionnaire (GHQ-12) (104) es va utilitzar el mètode de puntuació binari (0-0-1-1) per a cada ítem. La puntuació final pot oscil·lar entre 0 i 12, on puntuacions més altes indiquen una major morbiditat psicològica.(98) Es va fixar un punt de tall de 4 punts. La puntuació 4 o superior va ser classificada com a “possible problema de salut mental o malestar psicològic”, atès que el GHQ-12 tendeix a presentar més falsos positius en la població de més de 65 anys, donat que els símptomes físics són més habituals quan augmenta l'edat, com s'havia comentat prèviament.(98,99)
- La qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS), es va mesurar a partir de l'SF-36.(105) Es compon de 36 preguntes d'aspectes relacionats amb la vida quotidiana. Aquestes preguntes s'agrupen i mesuren en 8 apartats que es poden valorar independentment i donen lloc a 8 dimensions: 4 d'una dimensió física i 4 d'una dimensió mental. Aquestes 8 dimensions són: Funcionalitat física, Limitació per problemes de salut, Dolor corporal, Vitalitat, energia o fatiga, Percepció general de la salut, Limitació per problemes emocionals, Salut mental, Funcionament i rol social. Les puntuacions de cadascuna de les 8 dimensions de l'SF-36 van dels valors 0 a 100. Sent 100 un resultat que indica una salut òptima i 0 un estat de salut molt dolent.
- Nivell d'activitat física, a partir de l'International Physical Activity Questionnaire (IPAQ).(106) El IPAQ pregunta sobre l'exercici realitzat els darrers 7 dies. Està estructurat per proporcionar puntuacions de marxa, activitats d'intensitat moderada i alta. La puntuació final de la forma curta requereix la suma de la durada (en minuts) i la freqüència (dies). Les dades

obtingudes per l'IPAQ es poden mostrar com una variable contínua, per aconseguir això, cada activitat es mesura pels seus requeriments d'energia definits com MET (Metabolic Equivalent of Task). Més MET/setmana corresponen a més exercici. Els valors més alts representen un millor resultat.

- Hàbits dietètics, a partir del qüestionari usat en l'estudi 'Prevenió amb dieta mediterrània' (PREDIMED). (107) Es compon de 14 preguntes. Si la resposta correspon a una pràctica saludable, es compta 1 punt per pregunta. El rang de respostes va de 0 (pitjor resultat) a 14 (millor resultat).
- El suport social es va mesurar mitjançant preguntes extretes del *Medical Outcomes Study* (MOS) (101): "Amb quina freqüència disposa d'aquest tipus de suport?": "Algú amb qui passar una bona estona", "Algú amb qui relaxar-se" i "Algú amb qui fer coses que li permetin oblidar-se dels seus problemes", amb opcions de resposta de "mai", "poques vegades", "alguna vegada" i "la majoria de vegades" o "sempre". També es va mesurar a través de preguntes extretes del qüestionari del Projecte Nacional de Vida Social, Salut i Envel·liment (NSHAP)(102): "Amb quina freqüència pot comptar amb els seus amics" i també "Amb quina freqüència pot sentir que li manca companyia?", amb opcions de resposta "sovint/la majoria del temps", "alguna vegada" i "mai o gairebé mai".

Variables relatives al procés d'implementació

Es va registrar l'assistència a cadascuna de les sessions. Al final del Taller de Salut es va mesurar la satisfacció dels assistents amb les preguntes "Puntuï del 0 al 10 la seva satisfacció general amb el "Taller de Salut". També es va realitzar la pregunta oberta "què li ha agradat més / menys del Taller de Salut".

Variables socio-demogràfiques

De totes les persones participants es van recollir, mitjançant qüestionaris, variables sociodemogràfiques: edat, sexe (home/dona), barri (Raval/Trinitat Nova), estat civil (solter/a, casat/da, separat/da, vidu/a, viu en parella),

convivència (viu sol/a, en parella, amb família), nivell d'estudis (no sap llegir i escriure, estudis primaris, estudis secundaris, estudis universitaris) i freqüència de sortides de la llar (cada dia, 2-6 dies a la setmana, un cop a la setmana, menys d'un dia a la setmana).

4.2.4. Recollida de dades

Els qüestionaris van ser emplenats pels participants. En aquells amb alguna dificultat visual, les infermeres que impartien els Tallers van oferir suport per omplir els qüestionaris. Això es va fer la primera i l'última sessió en el mateix centre cívic on s'impartien els Tallers. El temps aproximat per contestar totes les preguntes va ser d'uns 20 minuts.

4.2.5. Aspectes ètics

L'estudi es va dur a terme seguint els principis continguts a la declaració de Hèlsinki i successives revisions i les normes de Bona Pràctica Clínica.

Es va informar a totes les persones participants de l'objectiu de l'estudi i del seu dret a participar i retirar-se en qualsevol moment sense penalització. Tots els individus reclutats van acceptar participar en l'estudi i van signar el consentiment informat. La informació del consentiment informat es proporcionava verbalment i per escrit. L'imprès de consentiment informat segueix les normes contingudes a la Declaració de Hèlsinki, així com l'estipulat en el Títol I Article 12 del Reial Decret 561/1993 del 16 d'abril i la Llei 15/99 de protecció de dades de caràcter personal. No es va oferir cap compensació financera ni material als participants.

Pel que fa a la confidencialitat de dades, en aquest estudi sols les persones investigadores van tenir accés a les dades dels subjectes que hi van participar, que es van tractar de manera confidencial. L'estudi compleix amb els requisits del

comitè d'ètica de l'Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP)
Jordi Gol (Codi d'aprovació: P16 / 047).

4.2.6. Anàlisi estadística

Es va dur a terme una anàlisi descriptiva de les dades. Per a aquelles variables categòriques es van estimar proporcions, i per a aquelles quantitatives, la mitjana i desviació estàndard, o bé, mitjana i rang interquartílic (RIQ). Per comparar dades pre i post intervenció es van usar el test de McNemar, per proporcions aparellades; el test de T de Student per a dades aparellades; i el test de Wilcoxon per a dades aparellades quan no es podia suposar la normalitat de les mateixes. Totes les anàlisis es van realitzar amb el programa SPSS (versió 18).

Resultats

5. Resultats

5.1. Resultats de l'avaluació de l'Escola de Salut per a Gent Gran.

5.1.1. Avaluació qualitativa

Els resultats més destacats es descriuen segons categories analítiques. Les Taules 2, 3, 4 i 5 presenten una selecció de citacions textuais de persones participants extretes dels GD. Els continguts es van analitzar per separat segons el risc d'aïllament social, però en la majoria d'items no es van observar diferències rellevants entre els dos perfils i, per tant, es va optar per presentar els resultats en conjunt, tot i mostrar els verbatimims per separat. La Taula 6 mostra una selecció de cites textuais extretes de les entrevistes amb les coordinadores.

Barreres. Què impedeix la participació i l'assistència continuada a l'"Escola de Salut"

Les opinions expressades per les persones participants van indicar que hi ha algunes barreres que dificulten l'assistència, com ara problemes relacionats amb la salut (p. ex. assistir a una cita mèdica o discapacitats), tasques cuidadores (p.ex. haver de tenir cura dels néts).(Taula 2). En canvi, les coordinadores van exposar que les discapacitats mai van ser un problema per a la dinàmica de grups. (Taula 6).

Ni les persones participants ni les coordinadores van percebre la manca d'oportunitats socials als seus barris i van informar que hi havia moltes activitats per a la gent gran. De fet, alguns participants van admetre que de vegades havien hagut de rebutjar participar en algunes activitats per l'elevat nombre d'activitats disponibles. Tot i així, un cop inscrites, les coordinadores van afirmar que aquelles persones que es van matricular a l'Escola de Salut no van faltar a gaires sessions,

el que és coherent amb els registres d'assistència (la mitjana de l'assistència va ser del 85,7% a Besòs i del 76,5% a Guineueta). A més, cap persona participant es va retirar de la intervenció. (Taula 6).

Categories analítiques	Codi	Verbatim- Alt risc de soledat-	Verbatim-Baix risc de soledat-
BARRERES	Problemes relacionats amb la salut	BSD2: '...Jo vaig faltar. Primer, perquè no sabia que havia començat, després perquè em van ingressar a l'hospital i no vaig tornar fins que em vaig recuperar...' GSD7 "...no estuve porque me fui al pueblo..."	BND4: " Yo tengo que subir [...] al Vall de Hebrón [...] para hacer el Sintrom, entonces falté."
		GSD2: "Las excursiones que hicieron yo no estuve, porque esos días no pude ir. Perdí varias clases. Pero fue causado porque me encontraba hundida de tal manera que decía, ¿y ahora que tengo que arreglarme?"	
	Un munt d'activitats	GSD7: "Hago varias cosas [...] usted me ha llamado hoy, pero si no, hubiera ido al parque de La Guineueta, a hacer yoga, [...] la cosa es no parar [...] y hacer cosas."	BND7: " La persona que asiste a estas cosas también asiste a otras [...]. La persona que es dada a asistir, te la vas encontrando" MO: ¿Hacían cosas antes de la escuela de salud o es a raíz de la Escuela de Salud que han hecho cosas? BND7: Sí, claro, ya antes."
		GSD4: "En el grupo, organizamos salidas [...] a ver una exposición de artistas catalanas [...] primero iremos a desayunar y después iremos a ver esto. Ahora estamos preparando un viajecito, cada año hacemos uno un poco más largo... y siempre tenemos una actividad u otra, conciertos también."	BND7: Yo tengo muchas actividades... BND4:" Ya no podemos hija... se nos solapan" BND6: "La única tarde que tengo libre es el viernes"
		BSD2: "Tengo más actividades...lo mío es la calle"	BND5: " Yo desde que me jubilé, digo: "Que estoy, ¿Trabajando o jubilada?" sabes, porque estas tan ocupada..."
	Absències de participants		GNH3: " Empieza mucha gente y acaba menos. [...] A los pocos días ya dices "¡Ostras!, falta gente eh?" Y a medida que va avanzando, más gente va faltando, pues quedamos un grupo muy reducido. Una cosa es que no te encuentres bien, que tengas visitas de médico, pero que dejes de ir, eso creo que se tendría que controlar. "
			"BND1: "Tendría que haber un sistema si una persona, por ejemplo, no viene sin justificar dos veces, que esa persona no tuviera derecho a seguir viniendo. Porque es una pena que se empiece con 40 o con 50 y se termine con 10... [...] Es una cosa que te duele porque vale mucho dinero."
	Sortir de casa		GNH3:" A la gente le cuesta mucho salir de casa y presentarse en un lugar y decir "Yo quiero hacer esto", "Yo quiero hacer aquello". La gente tiene vergüenza de por sí."
			GNH3:" Pues uno [...] de los fines cuando se hizo el curso era que la gente se relacionase y que cuando acabase, la gente se apuntara a diferentes lugares [...] para hacer actividades y que no se encontrase tan sola. Desgraciadamente, a la gente le cuesta mucho venir. ¿Qué se encuentran este año en el cursillo? Se encuentran con poca participación."

Taula 2. Barreres expressades per les persones participants de l'“Escola de Salut per a Gent Gran”. Barcelona, 2015-2016.

Facilitadors. Què fomenta la participació i l'assistència continuada a l'"Escola de Salut"?

Tant les persones participants com les coordinadores van valorar positivament les característiques organitzatives i creien que això va facilitar l'assistència: el lloc, l'espai, la freqüència, el calendari i la durada van ser molt ben puntuats perquè es van rebre puntuacions properes al "10". A més, l'esmorzar que es va fer abans de començar cada sessió era important per a la interacció entre les persones participants segons les percepcions de les coordinadores i va ser un fet apreciat per la majoria de participants. Els participants van expressar que les coordinadores eren càlides i amables, cosa que també va afavorir la participació. Les coordinadores també van destacar que les sessions es van adaptar tant com era possible a les persones assistents amb discapacitats quan aquestes eren detectades. (Taula 3 i Taula 6).

Factors ambivalents relacionats amb la participació i l'assistència continuada a l'"Escola de Salut"

Les coordinadores i les persones participants van destacar dos factors que eren a la vegada facilitadors i barreres per la participació a l'Escola de Salut: el suport familiar i la dinàmica de grups. Els participants explicaven que les seves famílies (sobretot els/les fills/es i les parelles) els havien animat a participar en el programa. També la majoria d'ells van explicar que sabien que alguns coneguts/des i veïns/es no van assistir perquè els seus fills/es o cònjuge els van desanimar de participar-hi.

De la mateixa manera, les dues coordinadores i molts participants van expressar que sentir-se part d'un grup fomentava la participació. No obstant això, també van assenyalar que algunes persones sentien que alguns grups estaven "tancats" o que els seus companys no volien compartir activitats amb ells, de manera que se sentien decebuts o rebutjats.

Categories analítiques	Codi	Verbatim- Alt risc de soledat-	Verbatim- Baix risc de soledat-
FACILITADORS	Organització	GSD5 " Salir a las 12 iba muy bien porque tenías tiempo si tenías que ir a algún lugar a comer, tenías tiempo de ir al (supermercado) a comprar cualquier cosa..."	BND3: "A mi me pareció bien" el día les parecía bien, que fuera de enero a junio les parecía bien...
		GSD4 "Si, más días tampoco. Un día a la semana yo creo que está muy bien."	GNH3: " Para mi, una cosa positivísima era el café por la mañana. El café con leche, las pastitas... GNH1: " Era una buena entrada, para levantarte la moral"
FACTORS AMBIVALENT	Dinàmica de grup	BSD1: " A ver, hay según con quien te tocaba... [...] Me tocó una persona [...] que le dije: "¡Oiga! No te dejaba sitio. Somos hijos de muchas madres y muchos padres, cada uno tiene una manera de pensar y piensa que [...] él es más y los demás vamos detrás"	GNH1: " Había personas que participaban claramente, otras que las veías más retraídas y a lo mejor pensaban que aquello era una tontería... "
		BSD3: " ... hay personas que les cuesta adaptarse a trabajar en un grupo y yo soy una de ellas [...] Porque yo soy una persona muy independiente [...]. Estuve en el grupo.. pero no trabajé con el grupo "	GNH3: "La gente, [...] al final es restrictiva: no quieren que entre gente nueva en su grupo. Yo me he fijado, que en cuando ya están dentro y forman un grupo, [...] no quieren que entre gente nueva. [...] parece que una nueva o un nuevo [...] les da un poco de cosa. "
		BSM1: " Porque yo he llegado a sentarme [...] y decirme: "No ahí no porque va el **" Yo oigo poco porque los audifonos...e irme para atrás... La tercera vez que me lo hizo le dije: "No. Si viene que venga pronto y se sienta"	GNH4: "...se crea un ambiente [...] familiar [...]. "
		GSH1: "Muy bien toda la gente, ha habido entre nosotros buena convivencia, yo creo que siempre es mejorable, pero por lo que he visto yo y hablo por mi, no hay problema."	GNH1: "Y en general (me gustó)[...] la participación de las diferentes personas, y [...] encontrarte unidos [...] con todos".
Suport Familiar		GSM3: "Mi hija a veces me lleva a <i>Montjuich</i> , que hay aquel museo. Me dice: la semana que viene te llevaré, que han puesto cosas"	BND7: "Cuando me llaman mis hijos porque me necesitan lo dejo todo, eso por descontado. Mis nietos son antes que nada [...] cuando tengo mis nietos [...] lo dejo todo."
			BNM5: Yo tengo una amiga que me gustaría que viniera pero es muy reacia a todo esto: su casa, su hija, su hija su casa...entonces, y yo le digo: "Pues ven, te asocias con gente"... BNM7: No, mi vecina tampoco ...yo se le digo a mi vecina: "Mari, ven!" ...todo el día en la casa...con lo bien que se está en la calle
			BND7 "¿Sabes lo que dice mi marido?: "Si se cae el piso a ti no te coge", "Pues eso es lo que voy a procurar, que no me coja. Si tu no te quieres salir, no salgas, te quedas ahí"... a él no le gusta nada. Pero vaya, no significa que yo no me vaya donde yo quiera es que hay personas que si no va él, no van."

Taula 3. Facilitadors i factors ambivalents expressats per les persones participants de l' "Escola de Salut per a Gent Gran". Barcelona, 2015-2016.

Aspectes positius relacionats amb la intervenció

Tant les coordinadores com les persones participants van exposar que assistir a l'Escola de Salut els va animar a sortir i els participants van agrair "tenir l'oportunitat de fer una pregunta i obtenir una resposta". No només van apreciar ampliar els seus coneixements o resoldre dubtes, sinó que també van valorar que se sentien membres d'un grup.

Un altre aspecte positiu clau per a la majoria dels participants van ser les relacions entre iguals. També van valorar el seu vincle amb coordinadores i ponents, que sovint eren persones de la seva comunitat (metges/es de família, infermers/es o agents de policia). (Taula 4). Això, està en línia amb la forta implicació dels agents de salut del barri que van exposar les coordinadores. Segons la seva opinió, aquesta participació connectava les persones participants amb els recursos socials/sanitaris oferts dins els barris que participaven. (Taula 6).

Aspectes negatius relacionats amb la intervenció

Alguns participants van valorar negativament alguns continguts de l'Escola de Salut; creien que eren massa senzills o, fins i tot, de vegades repetitius, segons les seves preferències.

D'altra banda, les coordinadores van comentar que potser la intervenció no estava arribant a qui més ho necessitava ja que alguns assistents de l'Escola de Salut estaven freqüentment implicats en altres activitats socials. Les coordinadores també van subratllar la necessitat de disposar de més recursos per reduir la seva sobrecàrrega de treball quan es duia a terme l'“Escola de Salut”.

Categories analítiques	codi	Verbatims- Alt risc de soledat-	Verbatims-Baix risc de soledat-
ASPECTES POSITIUS	Tenir l'oportunitat de preguntar, ser escoltat i obtenir respostes	BSH6- "pero cambia. De estar en una charla para gente mayor a estar en una visita al médico... es muy diferente... BSM4- "claro, claro... sí, sí..."	GNH3: "Yo diría que se escuche a la gente, que la gente sepa que le escuchan. Esto es muy importante. Son cosas que parecen tonterías, pero es muy importante. Hay mucha gente que está sola y se siente sola y el hecho de tener a una persona que te escuche o un público en general que escuche tu opinión, es importantísimo". BNM4: "a veces...no entiendes según qué cosas o te lo dicen (los médicos) con unas palabras que tú no las entiendes, es normal, ellos han hecho la carrera, tú no. Y aquí pues tenías más oportunidad de preguntar y más tiempo. Más tiempo y más tranquilidad. Esta es mi opinión. BNM3: Y te escuchaban. Te escuchaban. Si hacías alguna pregunta te escuchaban y te lo explicaban a mí eso me ha encantado".
	L'ambient El grup	BSH1- "Lo que me gusto mucho fue la buena armonía que se creó, entre los médicos, los esquadra (mossos), y algunos que estábamos en las clases" GSM4- no... mira, lo único que destacaría yo es que con las enfermeras (organizadoras) parece que seamos familia. O sea, que te ves y te da alegría." GSM7- "...lo único que puedo decir es que todos nos llevábamos bien, era como un conjunto de señoras y señores y que cada uno preguntaba una cosa y que estuvo muy bien".	GNH4- "Bueno, y cosas, o sea se crea un ambiente, vamos a llamarle familiar, y yo creo que todo esto es importante". GNH3"... lo que había es que se creó un poco de compañerismo. Mucha gente lo que tuvo fue que se encontró acogida, y eso fue muy positivo. Gente que incluso luego repitió en la segunda edición por el hecho de que se encontraron acogidos, tenían un sitio donde ir, que no saben dónde ir muchos de ellos".
	Sessions participatives	GSM2.- "Yo esto que se hizo de la risoterapia, a mi, hacía años que yo decía, ya es que se me ha olvidado hasta reír, porque estaba muy muy sola y muy triste."	GNH1- "Hubo una sesión, una charla, que a mí particularmente me gustó (...): la sesión de risoterapia. Había personas que participaban claramente, otras que las veías más retraídas y a lo mejor pensaban que aquello era una tontería...pero...que veías, digamos, la forma de reaccionar de cada persona, conforme a su personalidad. Y a mi me gustó".
ASPECTES NEGATIUS	Alguns continguts són redundants o ja sabuts	GSM4- "Hay cosas que bueno dices... esto...es muy elemental, y todo el mundo ya lo sabe.. Pero no. Y también va muy bien para que te refresque la memoria, que te confias mucho a veces cuando te haces mayor, y en cambio así ya lo tienes y te puede ayudar mucho." BSM3- "Por ejemplo, si explican de la presión, pues vale, presión, azúcar, colesterol, dolores, reuma, más o menos todas las personas que tenemos entre 70, 75 y 80 años, todo esto ya lo estamos viviendo, entonces como lo estamos viviendo y constantemente estamos en el médico, pues entonces estamos un poco empolladas ya de todas las historias estas que padecemos".	GNH1- "Que es una explicación, digamos, básica a nivel de conocimientos. Te hablan de la movilidad, medicamentos, te hacen un repaso digamos a nivel de seguridad, principalmente para personas digamos que nos hacemos mayores...eh.... lo que nombraba anteriormente, la sexualidad que no por hacerte mayor tiene que desaparecer plenamente si no que se modifica o te adaptas a las circunstancias que tengas en la vida. Mmm... Es un repaso, en general. (...)Lo que encontré a faltar o que no me gustaba era que dentro de las clases, tal como se iban haciendo, lo que veía es que no se abrían perspectivas a cosas nuevas para después".

Taula 4. Aspectes positius i negatius expressats pe les persones participants de l'"Escola de Salut per a Gent Gran". Barcelona, 2015-2016

Beneficis percebuts de la intervenció

Els participants i les coordinadores creien que l'Escola de Salut havia millorat els seus coneixements sobre problemes de salut. Segons les coordinadores, la intervenció també els va permetre als participants entendre que la salut va més enllà de l'absència de malalties.

Les persones participants van destacar que assistir a l'Escola de Salut per a Gent Gran els va ajudar a recordar coses que havien de fer pel seu propi benestar temps enrere però havien oblidat i també coses que podien fer per tenir cura dels altres. A més, van dir que els va ajudar a augmentar el nombre de contactes amb altres persones del barri que havien conegut i també que s'havien retrobat amb antics coneguts. El programa també els va ajudar a conèixer altres activitats que oferia el barri. Molts participants explicaven que no havien fet noves amistats properes o íntimes, però la majoria declarava que estaven encantats de conèixer i saludar els antics companys de classe de l'Escola de Salut del barri quan anaven a comprar, a caminar o fer encàrrecs. Això, podria influir en la seva sensació de soledat perquè, quan sortien, els agradava pensar que podien trobar-se amb persones que van conèixer a la intervenció. Alguns participants van explicar que ara, quan surten al carrer, saluden gent i abans d'assistir al programa això no passava. (Taula 5).

Les coordinadores i els participants van declarar que la participació a l'Escola de Salut animava a la gent a sortir de casa i trencar la dinàmica negativa de quedar-se tancat i no relacionar-se amb els altres.

Un altre dels principals beneficis esmentats per les coordinadores i la majoria de les persones participants va ser que l'Escola de salut els aportava tenir sentiments de pertinença a una comunitat.

Categories analítiques	Codi	Verbatims- Alt risc de soledat-	Verbatims-Baix risc de soledat-
BENEFICIS PERCEBUTS	Aprendre coses noves	BSM3- “ Los conocimientos que yo tenía ... aunque los tenga, no son los del médico... y me los han ampliado ...yo tenía esos conocimientos pero me los ha ampliado”	GNH1- “Sí. Creer que a lo mejor lo sabes todo, y cuando vas allí pues ves que no lo sabes todo y amplías tus conocimientos”.
	Recordar coses que ja sabies o feies per tu i pels altres	GSM2- “El resto del día yo no tenía la congoja que yo tenía. Y yo ya no tenía esa depresión tan fuerte. Entonces, repasando todo aquello, yo decía, pues tiene razón, hay que ver así lo que te ha pasado, hay que verlo de esta manera. El ratito de estar allí no significaba todo, voy salgo y se ha acabado, no, a mí me seguía ayudando cada día pensar en aquello” GSD3- ‘Està molt be refrescar coses perquè, com et fas gran, et confies [en el sentit de que t’enrecordes del que saps], per`p refrescar pot ser útil’	GNM2- entonces eso como que ya está olvidado, es subconsciente y cuando lo tocas está ahí, pero por norma haces las cosas y no te acuerdas, porque eso ya, al ser mayores, un refrescar y decirlo de esa manera, un refrescarse la memoria de eso que ya lo sabías, cuando dice: ay, si eso yo lo sabía, pero me había olvidado. Y eso fue fenomenal. Para mí recordar todas esas cosas, fue, fenomenal”.
	Augmentar el nombre de coneguts als barri. Ajuda a conèixer gent.	GSM5- “Ves a personas que por la calle las ves cada día y no se te ocurría saludarlas. Pero ahora vas por la calle y oyes: “Pepita, Pepita!!! ”¿Que no te acuerdas de mí? Y digo: que me llaman por mi nombre! Ay, si! Y nos saludamos y hablamos. Cosas así. Me encuentro a veces señoras que digo, anda! Pero si es de la Escuela! Y digo: adéu, adéu! “ GSH6- vivimos en la misma barriada y no nos conocíamos, y ahora nos saludamos”. GSM2- “Y yo, dio la casualidad de que tenía un matrimonio que eran amigos de hace muchísimos años y habíamos perdido el contacto hacía años (...). Y vamos aquí y nos encontramos. Una alegría enorme”.	GNM3-“Poder salir de casa, hacer amistad. La horita que estas fuera de casa, conocer a gente, y charlar unos, charlar otros, coger de uno, coger de otro...y lo que veo es que eso es bueno”. MO: “¿Después, una vez acabó la escuela de salud, se han seguido viendo, han seguido quedando?” (Varias voces al unísono):” si!!!” BNM5: “Ahora saludas y antes no saludabas”
	Motivació per sortir de casa. Trenca la dinàmica de no sortir de casa.	GSM2- “Entonces el hecho de salir de casa, de decir me tengo que vestir, me tengo animar y tengo que salir... entonces como que mi situación era esa, el estar encerrada a salir, pues entonces para mí fue muy muy valorado todo”. GSM3- “eso es verdad. Lo que dice esta señora es verdad. Porque tener que ir a un sitio, yo no voy nunca a ninguna parte, y vengo aquí porque vivo aquí mismo, sólo he de bajar y ya está. Pero ya esperas... ay! El miércoles! El miércoles he de bajar. Y esa semana ya el martes y... miércoles!”.	GNH2:” Sí porque, perdona, perdona, en muchas sesiones había sesiones donde había contacto físico y...eso también era enriquecedor, porque hay personas que se encuentran muy solas y ya no tienen (contacto con otras personas)”. GNH2: “En realidad se trata de sacar a la gente de casa que se está muy a gustito en casa, a veces, pero.... y tener contacto con las demás personas”. GNM3: “una oportunidad para poder salir de casa, hacer amistad. Sí, la horita que estas fuera de casa, conocer a gente, y charlar unos, charlar otros, coger de uno, coger de otro”
	Sentiment de pertinença a un grup, sentir que ets part de quelcom.	GSH1: “Y en general me gustó [...] la participación de las diferentes personas, y [...] encontrarte unidos [...] con todos”. BSM3: Y te escuchaban. Te escuchaban. Si hacías alguna pregunta te escuchaban y te lo explicaban a mí eso me ha encantado”.	GNH2-“Yo lo encuentro positivo en este sentido, de que a parte, te hace participe de algo que, a estas alturas ya, qué haces. Bueno, la mayoría ya no hace nada, sale de casa, va al paseo y poco más, y sin embargo esto sí que...el recurso éste le da un motivo para salir de casa y hace r algo positivo que, últimamente no hace nada”. GNH3: “Yo diría que se sepa escuchar a la gente, que la gente sepa que le escuchan! Son cosas que parecen tonterías, pero es muy importante. Hay mucha gente que está sola y que se siente sola y el hecho de tener a una persona que te escuche o un público en general que escuche tu opinión es importantísimo.”
	Millora de l’ estat d’ànim	GSM2.- “Entonces yo, tuve la pérdida de mi marido, hace 15 años pero para mi (..) (s’emociona i plora) Yo esto que se hizo de la risoterapia, a mi, hacía años que yo decía, ya es que se me ha olvidado hasta reír, porque estaba muy muy sola y muy triste. Y entonces es que esto para mí ha sido... pues una tabla de salvación”	

Taula 5. Beneficis percebuts expressats per les persones participants de l’“Escola de Salut per a Gent Gran”. Barcelona, 2015-2016

Propostes de millora per l'Escola de Salut per a Gent Gran

En relació a les propostes de millora (no mostrades a les taules) les persones participants van exposar que no els quedava clar si una persona podia assistir a futures intervencions de l'Escola de Salut. En el cas que fos així, van proposar que en properes edicions s'aprofundís en temes específics de salut i evitar repeticions dels continguts de l'any anterior. També van sol·licitar un major nombre de sessions participatives i interactives (la majoria dels participants van donar l'exemple del taller de risoteràpia) i activitats de sortida (com cuinar al mercat o visitar el circ). Alguns suggeriments van ser temes específics per a noves sessions, sovint relacionats amb les seves pròpies malalties o les seves preferències sobre la visita a llocs públics (museus o exposicions).

Per la seva banda, les coordinadores van proposar no repetir continguts en cas d'haver-hi noves edicions. També van comentar la importància que tenia treballar en un model compartit, recolzat i altament col·laboratiu de l'Escola de Salut amb altres institucions.

Categories analítiques	Codi	Verbatim de les professionals (coordinadores)
BARRERES	Ja estan fent activitats	PE2- "Pel que fa a altres activitats, sento que hi ha molta gent que fa altres activitats ..."
FACILITADORS	Sessions adaptades a participants amb discapacitats	PE2- "Aquest any, per exemple, algunes persones van poder seguir [el curs] millor que altres... perquè hi havia persones amb deficiències auditives. Per tant, potser tingueu la sensació que de vegades no segueixin, però, paradoxalment, no es perdin un dia. També hi va haver una persona amb Alzheimer [...] i ens preocupava que aquesta persona alterés el desenvolupament de la sessió, però no ho va fer. Aquest any ni tan sols hem pensat a demanar-li que no vinguéss "
FACTORS AMBIVALENTS	Dinàmica grupal	PE2- "[...] van construir amistats [...] tothom es respectava" PE1- "[...] Lo típico de los barrios pequeños, creo yo, que se conocen las señoras y había [...] rencillas. Se hicieron subgrupos."
ASPECTES POSITIVS	Alta implicació dels agents de salut, associacions, veïns	PE2- "Els veïns van participar molt. Per "els veïns" em refereixo a les dues associacions veïnes de la zona, que van fer molta difusió i que s'han experimentat de manera molt positiva [...] així com del centre d'atenció primària, la participació d'altres serveis. També al territori que volia participar, com els farmacèutics."
	Motivació per sortir	PE1- "Salían (para asistir a la Escuela) y aparte de esto, luego allí se creaban grupos de salir a pasear". PE2- "Ens trobàvem, i alguns ens van dir que" només surto a anar a l'escola "
	Connecta als participants amb els recursos del barri	PE1- "Una altra cosa que crec que els va agradar molt va ser que fos el personal del centre d'atenció primària els que van participar a les sessions: el metge el [...] el veu donant-li una explicació, que va ser genial: "Aquest és el meu metge, El meu metge !, es preocupa per nosaltres, ve aquí per parlar. Molt bonic. "
ASPECTES NEGATIVS	Genera una gran càrrega de treball: calen més recursos	PE1- "Está muy bien que las sesiones sean voluntaria de gente que vaya a hablar y prepare un taller o lo que sea, todo esto perfecto, que sea gratuito. Pero...quizá nos tenemos rascar un poquito el bolsillo para pagar algunos talleres que sí que esta gente que no hacen otras actividades porque no tienen dinero o porque no, y esto vienen porque es gratuito... (...) hace falta un poquito más de dinero para hacer cositas, que a veces valen caras, y...y que si sólo hablamos de la obesidad, de la <i>diabetes</i> , que están hasta aquí (se toca la cabeza) los abuelos, pues les van a aburrir, tenemos que darles algo que...que sí, que está bien hablar de la obesidad pero ponerles algo... que a veces vale dinero". PE2- "Crear una escola, un cop per setmana, durant mitja hora, implica una hora entre la preparació i el tancament [del lloc], va suposar tancar un dia de la meua agenda, que ja estava farcida. Va suposar, tant per a mi com per a la meua companya (infermera comunitària), una considerable sobrecàrrega "
	No s'apunta a l'Escola qui més ho necessita	PE1- "PE1: (Los participantes) Lo necesitan, lo necesitan. No es que no lo necesitan, lo necesitan. Pero...creo que todavía se ha de hacer, por parte de servicios sociales o del CAP, más hincapié en la gente que va a consulta, que saben que no salen, que ya lo hacen ¿no? Pero...no sé cómo no llegan a apuntarse" PE2- "No estic segur de si els arribem [a les persones que més ho necessiten] ... veig que arribem a molta gent, però crec que podríem arribar a més persones que necessiten més"
BENEFICIS PERCEBUTS	T'ajuda a entendre que la salut va més enllà de la malaltia	PE1- "La Escuela es, no sólo la obesidad, la diabetes, y la dieta saludable y tal lo de eso...Porque son muy importantes...pero...no remueven tantas emociones, y entonces eso me parece bien, y salen más cosas y se crean más amistades, más hablar, más soltarse. Y crearse más grupo." PE2- "Crec que tots els líders del taller convidats van entendre que aquest era un espai de salut, fins i tot si anàvem al circ, fins i tot si rèiem, sempre ho relacionaven amb problemes de salut. Fins i tot algunes de les persones del centre d'atenció primària, quan es van discutir els problemes d'hàbits saludables, es van sentir encoratjats a cuidar-se millor d'ells mateixos.
	T'ajuda a conèixer altres activitats	PE2- "Crec que aquest és el benefici, el fet que puguem enllaçar-los amb altres recursos, no pel territori [...] pel fet que podem animar-los a lluitar contra aquest aïllament que tenen moltes persones grans. Moltes de les persones que vénen soles són vídues, i si adopten qualsevol canvi, fins i tot millor, oi? "
	Sentiment de pertànyer a un grup	PE1- "Creo que algo bueno es que se sienten escuchados. Que están haciendo algo...bueno...el grupo, el hecho de estar en grupo ya es importante para ellos. El participar, el que se les escuche, el que estén por ellos, la atención que tu les prestas es muy importante. Una de las cosas que me pareció que más les interesaba, que hacía que se sintieran importantes, era cuando pasabas lista".

Taula 6. Entrevistes a les coordinadores. "Escola de Salut per a Gent Gran". Barcelona, 2015-2016.

5.1.2. Avaluació quantitativa

Les característiques demogràfiques dels participants es resumeixen a la Taula 7. L'estudi inclou 135 participants. La majoria eren majors de 64 anys (91,11%) i el 80% eren dones. La majoria no tenia estudis (el 57,0%), estaven casades o vídues, per tant, tenen o havien tingut parella (el 90,4%) i el 57,03% vivien actualment amb altres membres de la família. No hi va haver diferències entre el grup d'intervenció i el grup de comparació.

Taula 7. Característiques demogràfiques dels participants a l'inici. "Escola de Salut per a Gent Gran". Barcelona 2015

Característica	GI (N=70) n (%)	GC (N=65) n (%)	p*
Edat			,056
<65 anys	9 (12,8)	3 (4,6)	
65-<75 anys	31 (44,3)	22 (33,9)	
>=75 anys	30(42,9)	40 (61,5)	
Gènere			,085
Dones	52 (74,3)	56 (86,2)	
Homes	18 (25,7)	9 (13,8)	
Nivell Educatiu			,164
Sense estudis	35 (50,0)	42 (64,6)	
Primaris	23 (32,9)	19 (29,2)	
Secundaris i universitaris	12 (17,1)	4 (6,2)	
Estat Civil			,177
Casat/da o en parella	39 (55,7)	24 (36,9)	
Divorciat/da o separat/da	2 (2,9)	3 (4,6)	
Solter/a	3 (4,3)	5 (7,7)	
Vidu/a	26 (37,1)	33 (50,8)	
Convivència			,198
Sol/a	24 (34,3)	31 (47,7)	
Amb altres familiars	45 (64,3)	32 (49,2)	
Altres	1 (1,4)	2 (3,1)	

*Test de Chi-Quadrat per proporcions independents. GI: Grup Intervenció GC: Grup Comparació

Les cinc dimensions de la qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS) no van mostrar diferències entre el GI i el GC en els qüestionaris basals. Després de la intervenció, no va haver diferències en el GI, mentre que el GC va obtenir puntuacions pitjors en totes les dimensions (excepte l'autocura). S'han trobat resultats similars al convertir els resultats de l'EuroQol en un índex únic i analitzar les utilitats. La mitjana de puntuacions d'utilitats va ser de 0,799 en el GI i de 0,790 en el GC en la mesura basal. Després de la intervenció, es va observar que

el GI no va canviar de manera significativa mentre que el GC va empitjorar fins a obtenir una puntuació de 0,739 ($p < 0,001$). (Taula 8).

Pel que fa a la salut mental, segons la puntuació de Goldberg, hi havia una major prevalença de persones amb “possibles problemes de salut mental o malestar psicològic” al GI (24,6%) que al GC (9,4%) ($p=0,023$). Després de la intervenció, el GI no va variar significativament, tot i que el nombre de participants amb possible “malestar psicològic” va disminuir fins al 14,5% ($p=0,052$). En el GC, el percentatge de participants amb “malestar psicològic” es va duplicar en el seguiment (del 9,4% a un 21,9%; $p=0,021$). (Taula 8).

La salut percebuda no va canviar en cap dels dos grups entre el pre i post. Al principi, un 54,3% dels participants al GI i un 47,7% al GC van percebre la seva salut com a molt bona/ bona. Aquests percentatges eren similars en ambdós grups i no difereixen significativament després de la intervenció. (Taula 8).

Taula 8. Qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS), Salut mental (GHQ) i salut percebuda entre els participants abans i després de la intervenció (Escola de Salut per a Gent Gran. Barcelona 2015)

Característiques	Intervenció (n=70)			Comparació (n=65)			p^b
	n (%)	n (%)	p^e	n (%)	n (%)	p^e	
	Pre	Post		Pre	Post		
Qualitat de vida (Qüestionari EuroQoL)							
Mobilitat							
Sense Problemes	56 (81,2)	49 (71,0)	,189	51 (78,5)	40 (61,5)	,013	,697
Alguns problemes/enllitat	13 (18,8)	20 (29,0)		14 (21,5)	25 (38,5)		
Autocura							
Sense Problemes	66 (95,7)	65 (94,2)	1	59 (90,8)	57 (87,7)	,727	,315
Alguns problemes/incapaç de fer-ho	3 (4,3)	4 (5,8)		6 (9,2)	8 (12,3)		
Activitats de la Vida Diària							
Sense Problemes	60 (87,0)	59 (85,5)	1	58 (89,2)	50 (76,9)	,039	,685
Alguns problemes/incapaç de fer-ho	9 (13,0)	10 (14,5)		7 (10,8)	15 (23,1)		
Dolor/Malestar							
Sense dolor	38 (55,1)	40 (58,0)	,815	34 (52,3)	21 (32,3)	,007	,784
Moderat/intens dolor o desconfort	31 (44,9)	29 (42,0)		31 (47,7)	44 (67,7)		
Ansietat/Depressió							
No ansiós ni deprimit	53 (76,8)	49 (71,0)	,481	51 (78,5)	36 (55,4)	,001	,819
Moderadament/extremadament ansiós o deprimit	16 (23,2)	20 (29,0)		14 (21,5)	29 (44,6)		
Qualitat de vida (EuroQoL utilities(0-1))	0,799(0,705-1,000)	0,790(0,705-1,000)	,372 ^d	0,790(0,701-1,000)	0,739(0,493-0,793)	,000 ^d	,382 ^f
Mediana (RIQ)							
Salut Mental (GOLDBERG qüestionari)*							
Com s'ha sentit el darrer mes?							
Amb malestar Psicològic	17(24,6)	10 (14,5)	,052	6 (9,4)	14 (21,9)	,021	,023
Sense malestar psicològic	52 (75,4)	59 (85,5)		58 (90,6)	50 (78,1)		
Salut percebuda							
Bona/Molt bona	38 (54,3)	40 (57,1)	,754	31 (47,7)	28 (43,1)	,629	,444
Regular/Dolenta/Molt dolenta	32 (45,7)	30 (42,9)		34 (52,3)	37 (56,9)		

* Possible puntuació al GHQ12 utilitzant el mètode de puntuació binària (0-0-1-1). Oscil·la entre 0 i 12, el punt de tall és de 4; b-p al inici utilitzant la prova Chi-quadrada o la prova de Fisher; d-Valor de p en base d'una prova de signes de Wilcoxon a l'inici; e-valor de p en base a la prova de McNemar f-valor de p en base a prova a U Mann Withney

Pel que fa al suport social, les preguntes extretes del qüestionari de MOS no van mostrar diferències entre GI i GC en l'anàlisi previ a la intervenció, tal i com mostra la Taula 9. En comparar el pre i el post intervenció, es va veure un augment significatiu del suport social al GI en els ítems "disposa d'algú amb qui

pugui relaxar-se” (del 34,8% al 59,4%) i *“disposa d’algú amb qui fer coses per oblidar-se dels seus problemes”* (del 40% al 61,4%). No va haver canvis significatius en el suport social al GC.

Hi va haver diferències entre GI i GC en els ítems del NSHAP en el moment inicial. A GC, només el 23,8% dels participants diuen que podien confiar sovint en amics, davant del 44,3% dels participants en GI. El GC també va expressar la manca de companyia sovint o, en ocasions, en un percentatge més alt que el IG. Al cap de 6 mesos, no va haver-hi canvis significatius en cap dels dos grups.

Taula 9. Suport social (qüestionaris MOS i NSHAP) entre els participants abans i després de la intervenció. (Escola de Salut per a Gent Gran. Barcelona 2015)

Suport Social	Intervenció			Comparació			p ^b
	Pre	Post	p ^a	Pre	Post	p ^a	
Preguntes extretes del qüestionari MOS	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)		
<i>Amb quina freqüència té disponible aquest tipus de suport?</i>							
Algú amb qui pugui relaxar-se							
<i>Mai / poc / algunes vegades</i>	45 (65,2)	28 (40,6)	,001	36 (56,3)	27 (42,2)	,108	,290 ^c
<i>La majoria vegades / sempre</i>	24 (34,8)	41 (59,4)		28 (43,8)	37 (57,8)		
Algú amb qui fer coses per oblidar-se dels seus problemes							
<i>Mai / poc / algunes vegades</i>	42 (60,0)	27 (38,6)	,012	35 (54,7)	27 (42,2)	,170	,534 ^c
<i>La majoria vegades/sempre</i>	28 (40,0)	43 (61,4)		29 (45,3)	37 (57,8)		
Preguntes extretes del qüestionari NSHAP							
<i>Com de sovint sent que...</i>							
...pot confiar en els seus amics?							
Sovint/la majoria del temps	31 (44,3)	30 (42,9)	1,000	15 (23,8)	12 (19,0)	,684	,013 ^c
Algunes vegades/Mai o gairebé mai	39 (55,7)	40 (57,1)		48 (76,2)	51 (81,0)		
...li falta companyia?							
Sovint/la majoria del temps	28 (40,0)	30 (42,9)	,815	38 (58,4)	36 (55,4)	,832	,032 ^c
Algunes vegades/Mai o gairebé mai	42 (60,0)	40 (57,1)		27 (41,6)	29 (44,6)		

^a valor de p en base a prova de McNemar ^b - valor de p en l’anàlisi basal en base a prova de Chi²

Després d’ajustar-se per les característiques i mesures socio-demogràfiques abans de la intervenció, es va trobar una major disminució de les utilitats d’EuroQol al GI en comparació amb el GC (B = 0,090; p = 0,001).

De la mateixa manera, analitzant les respostes del qüestionari Golberg GHQ-12, el percentatge de participants amb “malestar psicològic” va disminuir un 10,1% després de la intervenció al GI, mentre que aquest percentatge va augmentar un 12,5% en el GC. Quan es van ajustar les dades pel pre, en el model es va poder observar una raó de prevalença ajustada de 0,46 (IC 0,23-0,90). (Taula 10).

Taula 10. Indicadors relacionats amb la salut. Diferències entre els participants abans i després de la intervenció. (Escola de Salut per a Gent Gran. Barcelona 2015)

	Diferències sense ajustar de la mitjana entre PRE-POST	p ^a	β (p-value)
HRQoL (diferència en utilitats)			
GI	-0,009	0,006	0,090 (0,001)
GC	-0,051		Ref
	Diferències sense ajustar entre PRE-POST en %	p ^b	RPa* (IC 95%)
Goldberg (depressiu)			
GI	-10,1%	0,003	0,46 (0,23-0,90)
GC	12,5%		Ref
Pobre salut autopercebuda			
GI	-2,8%	0,345	0,81 (0,62-1,08)
GC	4,6%		Ref

GI- Grup Intervenció, GC -Grup Comparació. ^a Mann Whitney; ^b Test McNemmar per a 2 mostres; * Models de regressió Poison robusta ajustats per dades PRE; La beta correspon a model de regressió box-cox.

En els indicadors de suport social de la Taula 11, quan vam analitzar les diferències entre els participants en el pre intervenció i després de la intervenció, es va observar que en les preguntes extretes del qüestionari MOS hi havia una millora en el GC, encara que aquesta diferència entre grups no era significativa. De manera oposada, a l'ítem que va preguntar si podia dependre dels seus amics, el GC va augmentar un 4,8%, mentre que el GI va augmentar un 1,4%. Quan es van ajustar les dades pel pre, es va observar una raó de prevalença de 0,77 (IC 0,61-0,96).

Taula 11. Indicadors relacionats amb el suport social. Diferències entre els participants abans i després de la intervenció. (Escola de Salut per a Gent Gran. Barcelona 2015)

	Diferències sense ajustar entre PRE-POST en %	p ^a	RPa [*] (IC 95%)
Preguntes extretes del qüestionari MOS			
<i>Amb quina freqüència te disponible aquest tipus de suport?</i>			
<i>No disposa de ningú amb qui relaxar-te</i>			
GI	-24,6%	0,185	0,90 (0,61-1,33)
GC	-14,1%		Ref
<i>No te algú amb qui fer coses que li ajudin a oblidar-se dels seus problemes</i>			
GI	-21,4%	0,469	0,89 (0,59-1,34)
GC	-12,5%		Ref
Preguntes extretes del qüestionari NSHAP			
<i>Com de sovint pots/ sent que...</i>			
<i>...No pot confiar en els seus amics</i>			
GI	1,4%	0,726	0,77 (0,61-0,96)
GC	4,8%		Ref
<i>...li falta companyia</i>			
GI	2,9%	0,525	0,90 (0,65-1,25)
GC	-3%		Ref

GI- Grup Intervenció, GC -Grup Comparació. ^a Test McNemmar per a 2 mostres; ^{*} Models de regressió Poisson robusta ajustats per dades PRE.

5.2. Resultats de l'avaluació del Taller de Salut

Entre els 17 participants que van completar la intervenció, la mitjana de sessions completades va ser de 6,5 (de 8 totals). Les característiques socio-demogràfiques es mostren a la Taula 12.

Taula 12. Característiques inicials dels individus participants al Taller de Salut (n=17), agregades per ambdós centres participants, Barcelona, 2015

	Mostra completa Mitjana (DE)
Edat	75.5 (6.27)
Gènere	n (%)
Home	3 (18)
Dona	14 (82)
Estat civil	
Solter/a	1 (6)
Casat/da	7 (41)
Vidu/a	8 (47)
Divorciat/a	1 (6)
Convivència	
Viu sol/a	8 (47)
Viu amb familiars	9 (53)
Nivell educatiu	
Ed. primària incompleta	7 (41)
Ed. primària	8 (47)
Ed. secundària	1 (6)
No sap/No contesta	1 (6)

La satisfacció amb la intervenció va obtenir una mitjana per part dels participants de 9 punts sobre 10 (p25 = 8; p75 = 10) (dades no presentades a les taules). Allò que els participants van trobar més positiu de la intervenció va ser: formar part d'un grup, tractar amb altres persones, compartir i aprendre amb els continguts de les sessions. Allò que es va valorar com a negatiu pels participants, va ser: o "res" o que "les 8 sessions van passar ràpid".

Els principals resultats basals i al seguiment es mostren a la Taula 13 i Taula 14.

En l'àmbit de suport social, es va observar millora en l'ítem "*Compta amb algú amb qui fer coses per oblidar els seus problemes?*". (Taula 13).

Taula 13. Puntuacions en Suport Social abans i després de la intervenció, Taller de Salut. Barcelona, 2015.

	Pre-intervenció (n=17)	Post-intervenció (n=17)	P- valor
Suport social			
(Qüestionari MOS)			
<i>¿Amb quina freqüència compta amb...?</i>			
Algú amb qui Mai	1 (5,9)	1 (5,9)	
passar una bona Poques vegades	2 (11,8)	1 (5,9)	,290 ^a
estona Algunes vegades	7 (41,2)	5 (29,4)	
La majoria de vegades	4 (23,5)	6 (35,3)	
Sempre	3 (17,6)	4 (23,5)	
Algú amb qui Mai	0 (0,0)	1 (5,9)	
pugui relaxar-se Poques vegades	6 (35,3)	2 (11,8)	,271 ^a
Algunes vegades	4 (23,5)	5 (29,4)	
La majoria de vegades	5 (29,4)	5 (29,4)	
Sempre	2 (11,8)	4 (23,5)	
Algú amb qui Mai	3 (17,6)	1 (5,9)	
amb qui fer Poques vegades	4 (23,5)	2 (11,8)	,025 ^a
coses que li Algunes vegades	4 (23,5)	3 (17,6)	
serveixin per La majoria de vegades	3 (17,6)	7 (41,2)	
oblidar els Sempre	3 (17,6)	4 (23,5)	
seus problemes			
Algú amb qui Mai	1 (5,9)	1 (5,9)	
divertir-se Poques vegades	4 (23,5)	4 (23,5)	,211 ^a
Algunes vegades	6 (35,3)	2 (11,8)	
La majoria de vegades	3 (17,6)	5 (29,4)	
Sempre	3 (17,6)	5 (29,4)	
Suport social			
(Qüestionari NSHAP)			
<i>Amb quina freqüència sent...</i>			
...que li falta Sovint	4 (23,5)	4 (23,5)	
companyia? Algunes vegades	5 (29,4)	3 (17,6)	,527 ^a
Mai o quasi mai	8 (47,1)	10 (58,8)	
...de banda? Sovint	4 (23,5)	1 (5,9)	
Algunes vegades	1 (5,9)	1 (5,9)	,063 ^a
Mai o quasi mai	12 (70,6)	15 (88,2)	
<i>En els darrers 12 mesos...</i>			
...amb quina freqüència s'ha Mai	1 (5,9)	0 (0,0)	,279 ^a
reunit amb Menys d'una vegada a	1 (5,9)	0 (0,0)	
amics o parents? l'any			
Una o dos vegades a l'any	1 (5,9)	2 (11,8)	
Varies vegades a l'any	5 (29,4)	0 (0,0)	
Una vegada al mes	0 (0,0)	5 (29,4)	
Cada setmana	2 (11,8)	5 (29,4)	
Vàries vegades a la setmana	7 (41,2)	5 (29,4)	

MOS: Qüestionari central *Measures of Quality of Life* (Mesures de Qualitat de Vida); NSHAP: National Social Life, Health, and Aging Project (Projecto Nacional en Vida Social, Salut i Envel·liment saludable); GHQ-12: General Health Questionnaire (Qüestionari General de Salut); ^a Test dels signes de Wilcoxon per a dades aparellades

No hi va haver canvis significatius ni en les característiques de la dieta ni en la salut mental. (Taula 14). L'activitat física va augmentar significativament després

de la intervenció, d'una mitjana de 1.039,5 MET / setmana per persona a 1.882,0 MET / setmana després de la intervenció (IPAQ). La part de l'exercici físic que més es va modificar va ser la relativa a la marxa; els participants caminaven més temps després de la intervenció.

La puntuació mitjana en qualitat de vida relacionada amb salut (QVRS), dimensió mental, va augmentar en un 30% (52,3 punts pre-intervenció vs. 66,5 punts post intervenció) ($p = 0,035$), i la puntuació mitjana en QVRS, dimensió física, va augmentar en un 22% (50,0 punts pre-intervenció vs. 69,0 punts post intervenció) ($p = 0,023$). Aquelles dimensions de la QVRS que van mostrar millores significatives després de la intervenció van ser: Funcionalitat Física, Vitalitat / Energia / Fatiga, Salut Mental general i Percepció de la salut general. (Taula 14).

Taula 14. Puntuacions en Suport Social, GHQ-12, PREDIMED, IPAQ i SF-36 abans i després de la intervenció, Taller de Salut. Barcelona, 2015.

	Pre-intervenció (n=17)	Post-intervenció (n=17)	P- valor
Salut General Mental (qüestionari GHQ12)	Media (DE)	Media (DE)	
Puntuació total	1,9 (2,51)	1,4 (1,73)	,347 ^a
Hàbits dietètics (qüestionari PREDIMED)	Media (DE)	Media (DE)	
Puntuació total	6,2 (2,33)	6,9 (1,68)	,256 ^a
Activitat Física (qüestionari IPAQ)	Mediana [RIC]	Mediana [RIC]	
Total MET/setmana	1039,5 [1212,8]	1882,0 [1386,0]	,004 ^b
Qualitat de vida (qüestionari SF-36)	Media (DE)	Media (DE)	
Dimensió física	52,3 (30,37)	66,5 (24,92)	,003 ^a
Dimensió mental	50,0 (27,83)	69,0 (26,64)	,013 ^a
PF	55,6 (25,41)	72,1 (22,46)	,012 ^a
RP	63,2 (44,30)	61,8 (45,17)	,881 ^a
RE	62,7 (48,42)	70,6 (46,97)	,466 ^a
VT	45,9 (29,8)	61,8 (22,91)	,041 ^a
MH	47,8 (26,78)	64,8 (26,81)	,005 ^a
SF	69,9 (21,68)	80,9 (26,93)	,078 ^a
BP	63,1 (33,65)	63,8 (29,79)	,912 ^a
GH	36,4 (22,61)	62,4 (26,64)	<0,001 ^a

GHQ-12: General Health Questionnaire (Qüestionari General de Salut); PREDIMED: Prevenció amb Dieta Mediterrània; IPAQ: International Physical Activity Questionnaires (Qüestionaris Internacionales en Activitat Física); SF-36: Short Form-36 Health Survey (Enquesta de Salut SF-36)

Dimensions de l' SF-36: Dimensió física: PF – Funcionalitat física, RP – Limitacions en el dia a dia causades per problemes de salut, BP – Dolor corporal, VT – Vitalitat, energia o fatiga, GH – Percepció respecte a Salut en General. Dimensió mental: RE – Limitacions en el dia a dia causades per problemes a nivell emocional, MH – Salut mental General, Cobreix el patiment psicològic i el benestar, SF – Funcionalitat Social, VT – Vitalitat, energia o fatiga, GH – Percepció de Salut en General (Rang de puntuació, de a 0-100)

^aT de Student per a dades aparellades; ^b Test dels signes de Wilcoxon per a dades aparellades que no segueixen la normalitat.

Discussió

6. Discussió

6.1. Interpretació dels resultats

Aquest treball aporta evidència sobre com dues intervencions de promoció de la salut des d'un entorn comunitari, poden millorar la qualitat de vida, la salut mental i augmentar la connexió i el suport social de la gent gran en barris desafavorits.

Les dues intervencions van produir un efecte positiu en la **qualitat de vida**. En el cas de l'Escola de Salut i el seu impacte en la qualitat de vida, durant el temps de seguiment, el GC va empitjorar, el que es podia entendre com una evolució normal de l'envelliment. El GI, però, va mantenir els nivells de qualitat de vida i a més, els ítems de **salut mental** van millorar, el que podria ajudar a entendre l'Escola de Salut per a la Gent Gran com a un factor protector de la salut i el benestar, tal com s'ha evidenciat en intervencions similars (73). Les dades obtingudes de l'avaluació de procés (elevada assistència i satisfacció) ajudarien a explicar els bons resultats obtinguts en termes de qualitat de vida i salut mental.

En el cas del Taller de Salut, la **qualitat de vida** va millorar, tant en la seva dimensió física com mental (augment de 14,2 i 19,0 punts respectivament en una escala del 0 al 100 mesurat amb el qüestionari SF-36). Després d'una intervenció similar en dones residents a la comunitat, Kwon J. et al (108) van reportar una millora de 4,1 punts sobre 100 en la dimensió física i de 2,9 a la dimensió mental de l'SF-36. En un altre estudi al nostre país també d'estratègia grupal, Coll no va trobar millores ni a les dimensions mental ni física. (109) Això es podria haver degut a la diferència en l'instrument de mesura ja que en aquest cas es va usar l'SF-12. A més, el reclutament el van realitzar persones grans voluntàries que assistien a centres cívics, pel que potser no van arribar a les persones a més en risc de soledat. En el cas del Taller de Salut, el reclutament va ser fet pels serveis socials i sanitaris, arribant a aquelles persones en major risc de soledat. En aquest sentit, una revisió recent mostra que en altres estudis, la majoria de les vegades eren els mateixos participants els qui decidien participar al veure l'oferta

del programa a pòsters o flyers, (75) fet que podria generar un biaix de selecció. En el cas de les intervencions aquí avaluades, tot i que de vegades les coordinadores van platejar el dubte de si s'arribava a qui més ho necessitava, la selecció de persones participants, en bona part procedent dels CAPs i serveis socials, va contribuir a que persones en risc de soledat que es poguessin beneficiar de participar-hi. Això seria consistent amb l'evidència publicada, que apunta a que la combinació de diferents mètodes de reclutament s'havia mostrat com la forma més efectiva d'arribar a la població diana.(75)

A l'avaluació de l'Escola de salut també van millorar indicadors relacionats amb **suport social**, en línia amb altres intervencions en les que s'establien dinàmiques grupals (70,110,111), on els participants aconseguien fer nous amics. Al Taller de Salut, però, la majoria d'ítems relacionats amb suport social no van canviar. Aquest resultat és coherent amb el tipus d'intervenció, que a diferència de l'Escola de Salut estava més orientada a millorar hàbits relacionats amb els estils de vida, i no tant a promoure els vincles entre persones i amb actius del barri amb l'objectiu de disminuir l'aïllament social. És important recordar que una baixa qualitat i quantitat de suport social s'havia relacionat amb nivells augmentats de morbiditat i reducció de l'esperança de vida (49,112), de manera que el resultat observat en aquest treball podria tenir rellevància en l'estat de salut, entenent la intervenció com a un factor protector.

La **salut percebuda** tampoc va experimentar canvis significatius després de les intervencions. A mesura que envelleixen, les persones solen patir un major nombre de patologies cròniques que no són reversibles, especialment a edats molt avançades, com les de les persones participants a les intervencions. Per tant, és molt possible que l'ítem salut percebuda estigui reflexant aquestes patologies, no susceptibles de ser modificades per intervencions d'aquest tipus.

Alguns autors han demostrat que l'aïllament social i la solitud repercuteixen en el benestar, augmentant l'**ús dels serveis de salut** (52,72,93). En el nostre estudi no s'han observat canvis en el nombre de visites de salut als CAP després de

participar a l'Escola de Salut, tal i com va passar també a l'estudi de Coll.(109) L'absència de canvi en el nombre de visites a sanitaris dels CAP es podria explicar per característiques del sistema sanitari local, com que la majoria de les visites a Atenció Primària de persones grans solen ser generades pels propis professionals de la salut, que re-citarien a les persones pel seguiment de patologies cròniques o fer el seguiment de tractaments, per exemple.

Amb el Taller de Salut no es van apreciar canvis en **hàbits dietètics**, probablement perquè la intervenció contenia una única sessió centrada en nutrició i alimentació saludable, que podria haver estat insuficient per promoure el canvi d'hàbits. En un altre estudi amb persones d'edat avançada, es va observar que 5 sessions educatives d'una hora i mitja, centrades en la dieta, milloraven significativament la ingesta de 6 grups d'aliments (113). A més, la nostra intervenció es va realitzar en persones amb un baix nivell econòmic, el que podria limitar l'accés a determinats grups d'aliments més cars com fruites, verdures, oli d'oliva o peix, com ja s'ha demostrat en altres treballs. (28,114)

Després d'assistir al Taller de Salut els nivells d'**activitat física** de les persones participants, mesurada en METS, van augmentar significativament. Aquests resultats són especialment rellevants, perquè qualsevol augment en l'activitat física en població d'edat avançada, s'associa a una millora del seu estatus cardiovascular i fragilitat (115–117). A altres estudis realitzats a Europa dirigits a població de barris de renda baixa, de major durada (9 mesos) i focalitzant les activitats en millorar específicament hàbits d'exercici i de dieta van aconseguir petits canvis en dieta i exercici. Els investigadors van atribuir que no fossin canvis majors a que el temps d'intervenció hauria d'haver estat més llarg. (28) Les característiques de la intervenció ideal per promoure l'exercici físic en gent gran, no són clares, donada la gran varietat d'intervencions avaluades que utilitzaven altres eines, el que dificultaria la seva comparació. Sí hi ha evidència en recomanacions que, per combatre la fragilitat de la gent gran, proposen realitzar programes multicomponents que aborden a més de l'exercici, altres aspectes com la suplementació nutricional o treballar la flexibilitat.(116,117) També hi hauria

consens en que l'exercici físic és positiu per les persones de més edat, sempre que es tingui en compte que cal adaptar-lo a les característiques de la persona o al grup a qui es dirigeix la intervenció, amb una durada no inferior als 5 mesos i en sessions de durada mitjana entre de 30 i 45 minuts.(116) Per tant, en el cas del Taller de Salut, els bons resultats obtinguts en exercici físic després de tan sols 8 setmanes semblen suggerir que una major durada i la incorporació d'activitats específiques per treballar l'equilibri o l'elasticitat, es podrien obtenir millors resultats.

6.2. Factors que poden haver contribuït als resultats obtinguts

L'Escola de Salut presenta moltes de les característiques presents a altres intervencions que es mostren efectives a les revisions sistemàtiques: tenen dinàmiques de treball en grup i terminis de durada llarg (6 mesos) (63,64,118), estan fonamentades amb un marc teòric, promouen la participació activa dels participants (93,119) i treballen per establir connexions entre membres de la comunitat.(120)

En parlar amb les persones que havien participat a l'Escola de salut, totes van atorgar valor a la interacció amb els/les companys/es per fer front a la soledat, encara que no forgessin noves amistats. Alguns autors han suggerit que les activitats en grup poden ser més efectives que les individuals per alleujar la soledat (50,63,121), ja que les dinàmiques de grups podrien tenir efectes positius sobre els participants promovent relacions amb iguals. Els participants valoraven positivament la possibilitat de conèixer noves persones que, posteriorment, podrien trobar-se per casualitat al barri i amb qui podrien conversar amablement informalment. Per tant, l'assistència a l'Escola de Salut per a Persones Grans va augmentar les oportunitats dels participants d'interacció social, i va haver consens entre les persones participants i les coordinadores sobre la relació entre les relacions socials i l'activitat amb el benestar, com ja s'havia demostrat a la literatura (65,122). Igual que en altres estudis, també vam constatar que és molt important disposar d'un espai "segur" on poder expressar els propis sentiments,

escoltar els d'altres i sentir-se escoltat.(123) El sentiment de pertinença protegiria contra la soledat.(124)

Tanmateix, com hem vist i recolzat per altres estudis (91,125), les dinàmiques de grup també poden tenir algun efecte negatiu, sent un element ambivalent. Per exemple, la raó principal per la qual algunes persones grans evitarien la participació social és la por al rebuig (125). Segons les persones participants, de vegades la dinàmica de grups era inútil, ja que algunes persones veien difícil afegir-se a un grup que, d'entrada es podia mostrar tancat.

La nostra segmentació entre el risc alt i baix de soledat no va mostrar diferències. Això es podria explicar pel fet de que persones a risc molt elevat com aquelles que viuen a llars amb barreres arquitectòniques i no poden sortir-hi o persones que pateixen malalties greus o han de tenir cura dels membres de la família, no estaven presents a la nostra intervenció. (120) Malgrat això, es va intentar representar un grup heterogeni, que proporcionés la més àmplia gamma de perfils per garantir una varietat de discursos, inclosos l'edat, el sexe, l'estat civil, el nivell educatiu en els grups amb major i menor risc de soledat. Els 4 GF i les 2 entrevistes van permetre obtenir la riquesa discursiva i la variabilitat en la informació necessàries per respondre a la nostra pregunta de recerca.

Moltes persones participants van donar importància a mantenir-se ocupat i participar en activitats socials al barri i van assenyalar la inactivitat i l'avorriment com a fonts de soledat, com d'altres estudis ja havien relacionat. (48). Probablement per això les activitats més valorades pels participants van ser les que van implicar alguna activitat física, sortir i visitar recursos de barri: mercats, parcs, associacions o l'escola de circ.

En coherència amb estudis previs, algunes de les principals barreres expressades per les persones participants per assistir a l'Escola de Salut estaven relacionades amb factors relacionats amb la salut, com ara problemes de mobilitat, dificultats sensorials o el fet de tenir cites mèdiques.(109) Aquests factors dissuadirien a

algunes persones de comprometre's a assistir al programa. Tanmateix, les infermeres coordinadores no van trobar que aquests factors influïssin de manera important sobre l'assistència, ja que quan eren detectades, intentaven trobar una solució, com una ubicació més adequada a la sala per a les persones amb problemes d'audició o visuals. Probablement, aquesta diferència d'opinions es deu al fet que les dificultats sensorials dels participants no sempre van acabar sent comunicades o detectades per les coordinadores.

Els altres obstacles per assistir a les sessions van ser les obligacions familiars, especialment la cura de la parella o dels néts. Això podria tenir una explicació cultural, ja que la cultura espanyola té expectatives molt elevades de suport familiar.(126) La referència a la família (de la parella o dels fills i filles), també apareixia com un factor decisiu que animaria o dissuadiria a una persona gran a inscriure's o no fer-ho a una activitat com l'Escola de Salut per a Gent Gran.(127)

En el nostre estudi, cap de les persones participants va informar de manca d'oportunitats per a la interacció social, que s'apuntaven en altres estudis. (125) Fins i tot amb circumstàncies adverses, com ser un cuidador/a o viure sol/a, els participants van trobar a les seves comunitats múltiples activitats i oportunitats per relacionar-se amb els altres. De fet, una de les explicacions més habituals per no inscriure's ni assistir a l'Escola de Salut per a Gent Gran era haver d'acudir a altres activitats socials que s'havien ofert al barri i a les que s'havien compromès prèviament. La manca de temps que van posar en relleu algunes persones participants s'ajusta a la preocupació plantejada per les coordinadores de no arribar a la gent gran més aïllada o sola, que seria qui més ho necessitaria o es beneficiaria de la intervenció.

6.3. Limitacions i fortaleces

En relació a la part quantitativa de l'avaluació de l'Escola de salut per a la Gent Gran una de les limitacions és que no s'ha utilitzat una escala de soledat validada completa. Les preguntes que es van utilitzar van ser seleccionades tenint en

compte que hi ha una gran variabilitat en els instruments utilitzats per mesurar la soledat (70,92,128) i també que contem amb elements indirectes, com el suport social i també el malestar psicològic, que vindria donat per la depressió i l'ansietat, que es correlacionen fortament amb l'aïllament social i la solitud, respectivament. (50,119,129)

A més, la mida de la mostra és limitada. Això no ens va permetre estratificar les persones participants segons variables sociodemogràfiques com el sexe. Tot i així, la mostra va ser suficient per veure canvis significatius, i està en la línia de les mides de mostra utilitzades en avaluacions d'estudis similars. (70,73,130) A més, per optimitzar la informació aportada pels participants i minimitzar la pèrdua de dades durant el treball de camp, una persona investigadora es va reunir amb els participants quan acceptaven participar en l'estudi per informar-los i es va ajudar a emplenar els qüestionaris en cas que alguna persona mostrés alguna dificultat per fer-ho sol/a. Això va permetre assegurar que no es perdessin dades i que els formularis estessin correctament emplenats, que són problemes habituals en altres estudis similars a aquest. (70)

També, el nostre és un estudi en el que només estimem els efectes a curt termini. Estudis previs de intervencions similars van demostrar que aconseguien que les persones participants realitzessin altres activitats socials una vegada finalitzava la intervenció i que les persones participants es mantinguessin en contacte amb altres membres del grup o amb noves entitats (76,125). Caldria dur a terme avaluacions més llargues per saber si els efectes persisteixen al llarg del temps.

Una altra limitació seria que malgrat que, tal com mostra el nostre model conceptual, la participació en les Escoles de Salut podria tenir també repercussions a nivell comunitari, com un increment de la cohesió social i comunitària i del capital social, aquests efectes comunitaris no s'han pogut mesurar. El nostre treball s'ha centrat en els efectes a nivell individual en les persones que havien rebut la intervenció. D'una banda, degut a raons logístiques o de factibilitat, però també cal tenir en compte que aquests efectes solen ser

resultats de la suma de diferents accions comunitàries portades a terme en un barri determinat, i que és difícil poder mesurar i atribuir efectes comunitaris a una sola intervenció.

Com a limitacions de la part qualitativa d'aquest treball, la majoria de l'equip investigador que va fer la recerca treballava a la mateixa institució que les infermeres comunitàries entrevistades, cosa que podria haver afectat les seves respostes en les entrevistes. Per minimitzar aquest biaix, es va planificar que les entrevistes fossin realitzades per una investigadora externa a l'ASPB i es va recollir de manera rigorosa informació positiva i negativa sobre la intervenció per aprofundir en la comprensió dels components que calia millorar.

En relació al treball avaluatiu del Taller de Salut en entorn comunitari és un estudi pilot amb ànim exploratori i, per això, la mostra seleccionada va ser molt limitada. No obstant això, vam poder observar diferències significatives entre els nivells basals i post-intervenció en nombrosos indicadors. És d'esperar, per tant, que podrien trobar-se diferències significatives en altres variables si es disposés d'una mostra major. A més, està basat en un disseny pre-post sense grup comparació, per la qual cosa no es pot assegurar que les diferències detectades siguin degudes a la intervenció. No obstant, atès que la nostra mostra està composta per adults d'edat avançada, seria raonable esperar un cert grau d'empitjorament de la majoria de les variables analitzades, tal i com va passar en el GC de l'Escola de Salut, on es va poder evidenciar que els malestars i les malalties són part del procés d'envelliment; i que la pèrdua de capacitats i de la qualitat de vida és habitual quan augmenta l'edat. En el grup d'assistents al Taller de Salut, tot i tractar-se d'una mostra reduïda, es va observar una millora estadísticament significativa en activitat física i qualitat de vida. Per tant, aquests resultats suggereixen que el canvi observat podria ser atribuït a la intervenció.

En relació a les fortaleeses, cal destacar que el nostre és un dels pocs estudis que avaluen els resultats en salut en intervencions comunitàries portades a terme en barris desfavorits. Les intervencions comunitàries són un tipus d'intervenció poc

avaluada en general, per les dificultats logístiques i metodològiques que comporta. Per tant, qualsevol avenç en l'evidència en relació a la seva efectivitat és una contribució important en Salut Pública. A més, cal remarcar que en el cas de l'avaluació de l'Escola de Salut, es va avaluar amb un estudi quasi experimental amb un grup comparació, el que garanteix una elevada validesa interna, descartant la majoria de factors alternatius que podrien estar influenciant els resultats obtinguts. En aquest cas, a més, el GI i el GC no van tenir diferències importants en les variables mesurades a l'inici, facilitant la seva comparació i fent que per a la majoria d'ítems no es requerís de models ajustats.

Una fortlesa de l'estudi de l'Escola de salut per a la Gent Gran és que ofereix una metodologia quantitativa i qualitativa aplicades amb un propòsit complementari. Això ens proporciona una informació més rica i profunda, que d'una banda ens permet quantificar alguns efectes i d'altra té en compte les experiències i opinions de les persones implicades en la intervenció (participants i coordinadores). Tota aquesta informació afavoreix una millor comprensió del procés d'implementació i dels resultats obtinguts de l'Escola de Salut per a Gent Gran.

Una altra fortlesa de l'estudi ha estat la utilització de qüestionaris validats per a la mesura dels principals resultats. Aquestes eines, a més de permetre l'avaluació de l'impacte de les nostres intervencions amb una validesa demostrada, faciliten també la comparació amb estudis que hagin utilitzat eines similars.

6.4. Recomanacions i línies de futur

L'envelliment és un dels reptes socials i econòmics de la societat europea. De la mateixa manera que creixen les ciutats, la proporció de gent gran en elles s'incrementa i s'ha de promoure el benestar de les persones de més edat assegurant la seva integració a la societat. En aquest sentit, creiem que aquest treball aporta informació molt rellevant pel desenvolupament de polítiques i programes socials i de salut pública en barris desfavorits d'àrees urbanes.

L'avaluació portada a terme pot donar lloc a suggeriments útils per entendre el procés d'implementació d'un programa a la comunitat i els seus resultats percebuts, així com per millorar-los, tenint en compte l'opinió dels grups d'interès.(131) Les propostes de les persones participants van incloure la presència de més sessions participatives i sessions que incloguessin sortides, en lloc de sessions magistrals. Tanmateix, és important que aquestes activitats dinàmiques estiguin adaptades a les capacitats dels participants (132), tenint en compte que les persones grans poden tenir diferents limitacions físiques (mala visió, hipoacúsia, mala mobilitat o requerir ajuts ortopèdics). Un paper clau de les coordinadores podria ser detectar aquells participants que podrien tenir problemes sensorials o de salut que dificultessin la seva participació, demanant obertament als assistents si poden seguir be la dinàmica de les activitats i preguntant a les persones participants quina creuen ells que és la millor solució al seu handicap per seguir la dinàmica de grup. En qualsevol cas, en opinió de les persones participants, el paper de les coordinadores ha estat fonamental per al bon funcionament de l'Escola de Salut.

Per la seva banda, les coordinadores van posar en valor la necessitat d'un model d'Escola de Salut recolzat, compartit, més col·laboratiu i en xarxa, que podria ajudar el programa a arribar a persones de major risc. Una major col·laboració dels serveis socials i de salut revertiria en la pròpia intervenció, fent que es vincuessin amb el programa i oferissin alguna de les sessions o activitats, però principalment caldria que ajudessin a identificar i arribar a aquelles persones que ja pateixen o estan en risc elevat d'aïllament social o solitud i es podrien beneficiar d'aquest tipus d'intervencions. (73,75,120)

Aquests resultats obtinguts a l'avaluació són prometedors i considerem que seria interessant seguir investigant en la mateixa línia, amb dissenys avaluatius que incloguin un grup de comparació, amb mostres més grans, amb seguiments a mig i llarg termini i incorporant una perspectiva de gènere. A més, trobem que seria molt útil disposar d'una bona eina validada i adaptada al nostre context que permetés avaluar de manera acurada la soledat. Això, facilitaria la detecció

d'aquelles persones en risc de soledat, i l'avaluació d'intervencions orientades a mitigar aquest factor de risc.

Intervencions com "L'Escola de Salut per a la Gent Gran" o "El Taller de Salut" són de baix cost en comparació amb moltes tecnologies sanitàries o medicaments. Tot i que no forma part d'aquesta tesi, s'està portant a terme un estudi de cost-efectivitat de l'Escola de Salut, els resultats preliminars del qual apuntarien a una elevada eficiència. Per tant, tenint en compte el baix cost i la importància dels bons resultats obtinguts en relació a la qualitat de vida, la salut i les relacions socials, sembla evident que aquestes intervencions s'haurien de promoure i estendre per a beneficiar al màxim nombre de persones grans possible.

Els plans operatius haurien de contemplar incorporar programes a nivell macro que siguin adaptables a nivell local i individual i que siguin dirigibles a situacions de salut, ambients i perfils de gent gran concrets. Com van assenyalar altres estudis,(77) mentre que les organitzacions governamentals i estratègies polítiques han de ser qui impulsi aquest tipus d'intervencions, aquestes han de tenir capacitat d'adaptació local per respondre a factors contextuals i de la població concreta a qui es dirigeix. En aquest sentit, si bé les Escoles de Salut es basarien sempre un sessions dinàmiques, connexió amb els actius del barri i promoció de les relacions personals, s'adaptaria als diferents barris en funció del context i dels agents implicats.

La promoció de polítiques de "ciutats amigables amb la gent gran" en els barris urbans més deprimits, ha guanyat força els darrers anys i mostra la importància d'oferir espais públics accessibles, transport públic o oportunitats de participació social ja siguin físiques o virtuals, entre d'altres. (43,133) Més connectivitat entre persones, suposa que estar aïllat sigui més difícil. Tanmateix, és important reforçar la idea de prioritzar zones urbanes deprimides amb proporcions altes de persones grans en risc d'estar soles. En aquest sentit, cal tenir molt present el que

ja apunta l'evidència prèvia: l'exclusió social es sol agrupar en barris deprimits socio-econòmicament. (43)

Quant a les implicacions assistencials, l'estudi realitzat pot ajudar a analitzar prioritats en els serveis sanitaris i socials, no dirigint-les només a respostes assistencials individuals, sinó que posarien en evidència que cal incorporar als recursos disponibles les intervencions que han demostrat efectivitat.(112,134)

Promoure l'envelliment actiu de les persones d'edat avançada hauria de ser prioritari en qualsevol agenda de salut pública. Per aquest motiu, tota l'evidència que reforci aquesta línia de treball hauria de potenciar-se, ara que sabem que els propers anys augmentarà cada cop més la proporció de persones grans. Els proveïdors d'assistència sanitària i social també han de tenir un paper actiu i proactiu, detectant els que estan (o corren el risc d'estar) aïllats socialment. Els adults de més edat són els majors consumidors d'atenció sanitària. El Pla de salut de Catalunya 2016-2020, que estableix les polítiques de salut de la Generalitat de Catalunya, defineix les prioritats en salut que han d'orientar l'actuació del conjunt del sistema, incloent-hi una perspectiva intersectorial (135) i ja inclou en els seus objectius augmentar l'esperança de vida viscuda en bona salut. Malgrat això, però encara no te en compte fites específiques que abordin la soledat.

Seria fonamental que els professionals de salut coneguessin els recursos socials de la zona on treballen, per així incorporar la prescripció social a les seves eines de treball, com un dels recursos més a oferir a les persones ateses. Cal que els serveis socials i sanitaris es familiaritzin amb els programes i els recursos comunitaris per a persones grans a cada àrea concreta (112) i treballar amb intervencions comunitàries basades en l'evidència, fugint de les bones intencions o les preferències dels professionals. Aquestes intervencions per a persones grans poden ser un element clau en la millora de la seva qualitat de vida, ajudant a aquest grup de població a viure en un estat complet de benestar físic, mental i social.

Conclusions

7. Conclusions

- L'Escola de Salut per a Gent Gran és efectiva en termes de millora de la qualitat de vida i el suport social, així com de manteniment de la bona salut mental.
- L'ús de serveis d'atenció primària i la salut percebuda de les persones participants no va canviar després de la intervenció.
- Les principals barreres identificades per no assistir o participar en el programa eren les discapacitats individuals o obligacions regulars, com ara cites mèdiques o la cura de familiars.
- Els principals facilitadors per assistir van ser les característiques organitzatives i l'adaptació de les sessions a les preferències de les persones participants.
- Dos aspectes ambivalents que podrien ajudar o dificultar la participació van ser el suport familiar i la dinàmica de grups.
- Els principals aspectes positius de la intervenció van ser l'oportunitat d'ampliar els coneixements sobre salut i recursos del barri, d'animar els participants a sortir de casa, donar als participants la sensació de poder ser escoltats, promoure les relacions socials amb els companys i ponents.
- Els principals aspectes negatius van estar relacionades amb alguns dels continguts, que de vegades eren massa senzills o repetitius, depenent dels coneixements previs de la persona participant. També la gran càrrega de treball que s'exigia a les coordinadores per dur a terme la intervenció.
- Els beneficis percebuts pels participants incloïen que la intervenció va trencar la dinàmica de quedar-se a casa i no relacionar-se amb altres

persones, la disminució dels sentiments de solitud/aïllament social, l'augment del contacte amb altres persones, l'augment del coneixement d'activitats al barri i l'augment del sentiment de pertinença a una comunitat. Tanmateix, declaraven millores en el seu estat d'ànim i en el seu benestar.

- Els resultats del pilotatge del Taller de Salut en entorn comunitari mostren un efecte positiu de la intervenció sobre la qualitat de vida, tant en la seva dimensió mental com física, així com millores en l'activitat física.

Bibliografia

8. Bibliografía

1. Fedarko NS. The biology of aging and frailty. Clin Geriatr Med.2011;27(1):27-37.
2. Beers MH, Berkow R. Manual Merck de geriatría. Madrid: Elsevier; 2005.
3. Bürkle A. Mechanisms of ageing. Eye Lond Engl.2001;15(Pt 3):371-5.
4. Cuervo AM, Bergamini E, Brunk UT, Dröge W, Ffrench M, Terman A. Autophagy and aging: the importance of maintaining «clean» cells. Autophagy. 2005;1(3):131-40.
5. Antón Jiménez M, Abellán Van Kan G, Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Tratado de geriatría para residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2007.
6. Daza R, Dayana K. Vejez y envejecimiento [Internet]. Editorial Universidad del Rosario; 2011 ene [citado 15 de julio de 2019]. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/3286>
7. Tratado de Geriatría [Internet]. [citado 15 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.segg.es/tratadogeriatría/main.html>
8. Preventing Ageing Unequally - en - OECD [Internet]. [citado 5 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.oecd.org/health/preventing-ageing-unequally-9789264279087-en.htm>
9. Population_pyramids,_EU-28,_2002_and_2017_(%_of_total_population).png (Imagen PNG, 1315 × 1016 píxeles) - Escalado (64 %) [Internet]. [citado 5 de agosto de 2019]. Disponible en: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/8/83/Population_pyramids%2C_EU-28%2C_2002_and_2017_%28%25_of_total_population%29.png
10. eurostat. Population structure and ageing [Internet]. 2016. Disponible en: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing
11. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL. ESPERANZAS DE VIDA 2016. :73.
12. Proporción de población mayor de cierta edad por año [Internet]. [citado 13 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/p278/p03/2018-2033/idb/I0/&file=03003a.px&L=0>

13. Idescat. Anuari estadístic de Catalunya. Indicadors d'estructura de la població. Per grups d'edat [Internet]. [citado 15 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=285>
14. Informe-Enquesta-Salut-Barcelona.pdf [Internet]. [citado 15 de julio de 2019]. Disponible en: <https://ajuntament.barcelona.cat/premsa/wp-content/uploads/2018/07/Informe-Enquesta-Salut-Barcelona.pdf>
15. Geller AM, Zenick H. Aging and the Environment: A Research Framework. *Environ Health Perspect.* 2005;113(9):1257-62.
16. OMS | Determinantes sociales de la salud [Internet]. WHO. [citado 27 de agosto de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/es/
17. Islam MM. Social Determinants of Health and Related Inequalities: Confusion and Implications. *Front Public Health* [Internet]. 8 de febrero de 2019 [citado 27 de agosto de 2019];7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6376855/>
18. Guia_implementacion_local.pdf [Internet]. [citado 5 de agosto de 2019]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Guia_implementacion_local.pdf
19. Century I of M (US) C on A the H of the P in the 21st. *Models of Health Determinants* [Internet]. National Academies Press (US); 2002 [citado 30 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK221240/>
20. Determinants of Health | Healthy People 2020 [Internet]. [citado 7 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.healthypeople.gov/2020/about/foundation-health-measures/Determinants-of-Health>
21. Pla de salut comunitària i promoció de la salut de Barcelona [Internet]. ASPB - Agència de Salut Pública de Barcelona. [citado 2 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.aspb.cat/documents/pla-salut-comunitaria-promocio-salut-barcelona/>
22. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health: debates, policy & practice, case studies. [Internet]. 2010 [citado 5 de agosto de 2019]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf
23. Casseti V, Paredes-Carbonell JJ, López Ruiz V, García AM, Salamanca Bautista P. Evidencia sobre la participación comunitaria en salud en el contexto español: reflexiones y propuestas. *Informe SESPAS 2018. Gac Sanit.* 2018;32:41-7.

24. <https://campaigntoendloneliness.org/guidance/direct-intervention/> [Internet]. [citado 6 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://campaigntoendloneliness.org/guidance/direct-intervention/>
25. Alvarado García AM, Salazar Maya ÁM. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*. junio de 2014;25(2):57-62.
26. Missing Work After Retirement: The Role of Life Histories in the Retirement Adjustment Process | *The Gerontologist* | Oxford Academic [Internet]. [citado 3 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/55/5/802/2605160>
27. Kuhn A. The complex effects of retirement on health. *IZA World Labor* [Internet]. 7 de marzo de 2018 [citado 3 de septiembre de 2019]; Disponible en: <https://wol.iza.org/articles/the-complex-effects-of-retirement-on-health/long>
28. Luten KA, Reijneveld SA, Dijkstra A, de Winter AF. Reach and effectiveness of an integrated community-based intervention on physical activity and healthy eating of older adults in a socioeconomically disadvantaged community. *Health Educ Res*. febrero de 2016;31(1):98-106.
29. Gidlow C, Johnston LH, Crone D, Ellis N, James D. A systematic review of the relationship between socio-economic position and physical activity. *Health Educ J*. diciembre de 2006;65(4):338-67.
30. Giné-Garriga M, Martín C, Martín C, Puig-Ribera A, Antón JJ, Guiu A, et al. Referral from primary care to a physical activity programme: establishing long-term adherence? A randomized controlled trial. Rationale and study design. *BMC Public Health*. 22 de enero de 2009;9:31.
31. Donini LM, Savina C, Cannella C. Eating habits and appetite control in the elderly: the anorexia of aging. *Int Psychogeriatr*. marzo de 2003;15(1):73-87.
32. Hawkey LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann Behav Med Publ Soc Behav Med*. octubre de 2010;40(2):218-27.
33. Yang K, Victor C. Age and loneliness in 25 European nations. *Ageing Amp Soc*. noviembre de 2011;31(8):1368-88.
34. Rico-Urbe LA, Caballero FF, Olaya B, Tobiasz-Adamczyk B, Koskinen S, Leonardi M, et al. Loneliness, Social Networks, and Health: A Cross-Sectional Study in Three Countries. *PLoS One*. 2016;11(1):e0145264.
35. Weiss RS. Loneliness: The experience of emotional and social isolation. Vol. xxii. Cambridge, MA, US: The MIT Press; 1973. 236 p.
36. Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health Soc Care Community*. (2018) 26(2), 147–157

37. Cacioppo JT, Cacioppo S. Social Relationships and Health: The Toxic Effects of Perceived Social Isolation. *Soc Personal Psychol Compass*. 2014;8(2):58-72.
38. Victor C, Scambler S, Bond J, Bowling A. Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Rev Clin Gerontol*. 2000;10(04):407–417.
39. Perlman D, Peplau L. Toward a social psychology of loneliness *Personal relationships* 3. *Pers Relatsh Disord*. 1981;3:31-43.
40. Victor C, Scambler S, Bond J. The Social World of Older People: Understanding Loneliness and Social Isolation in Later Life. *Grow Older* [Internet]. 2009 [citado 4 de septiembre de 2019]; Disponible en: https://eprint.ncl.ac.uk/pub_details2.aspx?pub_id=1132
41. Russell D. UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity, and Factor Structure. *J Pers Assess*. 1996;66:20-40.
42. De JGG, Van TT. The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys. *Eur J Ageing*. 2010;7(2):121-30.
43. Menec VH, Newall NE, Mackenzie CS, Shoostari S, Nowicki S. Examining individual and geographic factors associated with social isolation and loneliness using Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA) data. *PLoS One*. 2019;14(2):e0211143.
44. Luanaigh CO, Lawlor BA. Loneliness and the health of older people. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23(12):1213-21.
45. Liverpool Public Health Observatory. Rapid Evidence Review. Loneliness final.pdf [Internet]. [citado 8 de agosto de 2019]. Disponible en: <http://www.champspublichealth.com/sites/default/files/loneliness%20final.pdf>
46. Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos – EnR? [Internet]. [citado 5 de agosto de 2019]. Disponible en: <http://envejecimientoenred.es/un-perfil-de-las-personas-mayores-en-espana-2017-indicadores-estadisticos-basicos/>
47. Cotterell N, Buffel T, Phillipson C. Preventing social isolation in older people. *Maturitas*. 2018;113:80-4.
48. Cohen-Mansfield J, Hazan H, Lerman Y, Shalom V. Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. *Int Psychogeriatr* 2016;28(4):557-76.
49. Luo Y, Hawkey LC, Waite LJ, Cacioppo JT. Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. *Soc Sci Med* 1982. 2012;74(6):907-14.

50. Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health*. 2011;11:647.
51. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci J Assoc Psychol Sci*. 2015;10(2):227-37.
52. Windle. SCIE Research briefing 39: Preventing loneliness and social isolation: interventions and outcomes [Internet]. 2014 [citado 4 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.scie.org.uk/publications/briefings/briefing39/>
53. Pitkala KH, Routasalo P, Kautiainen H, Tilvis RS. Effects of psychosocial group rehabilitation on health, use of health care services, and mortality of older persons suffering from loneliness: a randomized, controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2009;64(7):792-800.
54. Hawkey LC, Thisted RA, Masi CM, Cacioppo JT. Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychol Aging*. 2010;25(1):132-41.
55. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med*. 2010;7(7):e1000316.
56. [reducing-health-inequalities-through-new-models-of-care-a-resource-for-new-care-models.pdf](http://www.instituteoftheequity.org/resources-reports/reducing-health-inequalities-through-new-models-of-care-a-resource-for-new-care-models.pdf) [Internet]. [citado 17 de julio de 2019]. Disponible en: <http://www.instituteoftheequity.org/resources-reports/reducing-health-inequalities-through-new-models-of-care-a-resource-for-new-care-models/reducing-health-inequalities-through-new-models-of-care-a-resource-for-new-care-models.pdf>
57. James BD, Wilson RS, Barnes LL, Bennett DA. Late-life social activity and cognitive decline in old age. *J Int Neuropsychol Soc JINS*. noviembre de 2011;17(6):998-1005.
58. Holwerda TJ, Beekman ATF, Deeg DJH, Stek ML, van Tilburg TG, Visser PJ, et al. Increased risk of mortality associated with social isolation in older men: only when feeling lonely? Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Psychol Med*. 2012;42(4):843-53.
59. O'Connell H, Chin A-V, Cunningham C, Lawlor BA. Recent developments: Suicide in older people. *BMJ*. 2004;329(7471):895-9.
60. Rubin R. Loneliness Might Be a Killer, but What's the Best Way to Protect Against It? *JAMA*. 2017;318(19):1853-5.
61. Barlow MA, Liu SY, Wrosch C. Chronic illness and loneliness in older adulthood: The role of self-protective control strategies. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc*. 2015;34(8):870-9.

62. Hawton A, Green C, Dickens AP, Richards SH, Taylor RS, Edwards R, et al. The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil.* 2011;20(1):57-67.
63. Cattan M, White M, Bond J, Learmouth A. Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing Soc* 2005;25(01):41–67.
64. Findlay. Interventions to reduce social isolation amongst older people: where is the evidence? - interventions_reduce_social_isolation_among_older_people_evidence.pdf [Internet]. 2003 [citado 4 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.iscet.pt/sites/default/files/obsolidao/interventions_reduce_social_isolation_among_older_people_evidence.pdf
65. Gandy R, Bell A, McClelland B, Roe B. Evaluating the delivery, impact, costs and benefits of an active lives programme for older people living in the community. *Prim Health Care Res Dev.* 2017;18(2):122-34.
66. Giné-Garriga M, Roqué-Fíguls M, Coll-Planas L, Sitjà-Rabert M, Salvà A. Physical Exercise Interventions for Improving Performance-Based Measures of Physical Function in Community-Dwelling, Frail Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arch Phys Med Rehabil.* 2014;95(4):753-769.e3.
67. Ferrucci L, Guralnik JM, Studenski S, Fried LP, Cutler GB, Walston JD. Designing Randomized, Controlled Trials Aimed at Preventing or Delaying Functional Decline and Disability in Frail, Older Persons: A Consensus Report. *J Am Geriatr Soc.* 2004;52(4):625-34.
68. Romera L, Orfila F, Segura JM, Ramirez A, Möller M, Fabra ML, et al. Effectiveness of a primary care based multifactorial intervention to improve frailty parameters in the elderly: a randomised clinical trial: rationale and study design. *BMC Geriatr* [Internet]. 2014 [citado 5 de septiembre de 2019];14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4258273/>
69. Gates S, Fisher JD, Cooke MW, Carter YH, Lamb SE. Multifactorial assessment and targeted intervention for preventing falls and injuries among older people in community and emergency care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2008;336(7636):130.
70. Chatterjee HJ, Camic PM, Lockyer B, Thomson LJM. Non-clinical community interventions: a systematised review of social prescribing schemes. *Arts Health.* 2018;10(2):97-123.
71. Victor CR, Bowling A. A longitudinal analysis of loneliness among older people in Great Britain. *J Psychol.* 2012;146(3):313-31.

72. Kilgarriff-Foster A, O’Cathain A. Exploring the components and impact of social prescribing. *J Public Ment Health*. 2015;14:127-34.
73. Coll-Planas L, Nyqvist F, Puig T, Urrútia G, Solà I, Monteserín R. Social capital interventions targeting older people and their impact on health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2016;jech-2016-208131.
74. VanderWeele TJ, Hawkley LC, Thisted RA, Cacioppo JT. A marginal structural model analysis for loneliness: implications for intervention trials and clinical practice. *J Consult Clin Psychol*. 2011;79(2):225-35.
75. Ige J, Gibbons L, Bray I, Gray S. Methods of identifying and recruiting older people at risk of social isolation and loneliness: a mixed methods review. *BMC Med Res Methodol* [Internet]. 2019 [citado 8 de septiembre de 2019];19. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6714404/>
76. Todd C, Camic PM, Lockyer B, Thomson LJM, Chatterjee HJ. Museum-based programs for socially isolated older adults: Understanding what works. *Health Place*. 2017;48:47-55.
77. Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health Soc Care Community*. 2018;26(2):147-57.
78. Díez,E. Evaluación de un programa comunitario para reducir el aislamiento de personas mayores debido a barreras arquitectónicas. *Gaceta Sanitaria* [Internet]. 2014 [citado 5 de mayo de 2016]; Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/gsv28n5/original_breve2.pdf
79. Colell E, Sánchez-Ledesma E, Novoa AM, Daban F, Fernández A, Juárez O, et al. El diagnóstico de salud del programa Barcelona Salut als Barris. Metodología para un proceso participativo. *Gac Sanit*. 2018;32(4):396-9.
80. Borrell C, Pons-Vigués M, Morrison J, Díez E. Factors and processes influencing health inequalities in urban areas. *J Epidemiol Community Health*. 2013;67(5):389-91.
81. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promot Educ*. 2007;Suppl 2:17-22.
82. Borrell C, Pasarín MI, Díez E, Pérez K, Malmusi D, Pérez G, et al. Las desigualdades en salud como prioridad política en Barcelona. *Gac Sanit* [Internet]. 7 de julio de 2019 [citado 15 de julio de 2019]; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911119301153>
83. López MJ, Lapena C, Sánchez A, Continente X, Fernández A, Evaluation Group of the “Schools of Health for older people”. Community intervention to reduce social isolation in older adults in disadvantaged urban areas: study

- protocol for a mixed methods multi-approach evaluation. *BMC Geriatr.* 2019;19(1):44.
84. Henderson V, International Council of Nurses, Nursing Service Committee. *ICN basic principles of nursing care.* London: International Council of Nurses; 1960.
85. Campo Osaba M-A, Del Val J-L, Lapena C, Laguna V, García A, Lozano O, et al. The effectiveness of a health promotion with group intervention by clinical trial. Study protocol. *BMC Public Health.* 2012;12:209.
86. Nebot M, López MJ, Ariza C, Villalbí JR, García-Altés A. Evaluación de la efectividad en salud pública: Fundamentos conceptuales y metodológicos. *Gac Sanit.* 2011;25:3-8.
87. Recomanacions per a l'avaluació d'intervencions comunitàries [Internet]. ASPB - Agència de Salut Pública de Barcelona. [citado 5 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.aspb.cat/documents/recomanacions-lavaluacio-dintervencions-comunitaries/>
88. Windsor RA. *Evaluation of health promotion, health education, and disease prevention programs* [Internet]. Mountain View, Calif. : Mayfield Pub. Co.; 1994 [citado 7 de agosto de 2019]. 488 p. Disponible en: http://archive.org/details/isbn_9781559342438
89. Ariza C, Villalbí JR, Sánchez-Martínez F, Nebot M. La evaluación del proceso en relación con la evaluación de la efectividad: Experiencias de programas en el medio escolar. *Gac Sanit.* 2011;25:32-9.
90. *The Health Equity Assessment Tool: A User's Guide* [Internet]. Ministry of Health NZ. [citado 5 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.health.govt.nz/publication/health-equity-assessment-tool-users-guide>
91. Masi CM, Chen H-Y, Hawkley LC, Cacioppo JT. A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personal Soc Psychol Rev Off J Soc Personal Soc Psychol Inc.* 2011;15(3):219-66.
92. Landeiro F, Barrows P, Nuttall Musson E, Gray AM, Leal J. Reducing social isolation and loneliness in older people: a systematic review protocol. *BMJ Open.* 17 de 2017;7(5):e013778.
93. Valtorta N, Hanratty B. Loneliness, isolation and the health of older adults: do we need a new research agenda? *J R Soc Med.* diciembre de 2012;105(12):518-22.
94. O'Cathain A, Thomas KJ, Drabble SJ, Rudolph A, Hewison J. What can qualitative research do for randomised controlled trials? A systematic mapping

- review. *BMJ Open* [Internet]. 2013 [citado 17 de agosto de 2019];3(6). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3669723/>
95. Cooper C, O’Cathain A, Hind D, Adamson J, Lawton J, Baird W. Conducting qualitative research within Clinical Trials Units: avoiding potential pitfalls. *Contemp Clin Trials*. 2014;38(2):338-43.
 96. Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qual Health Res*.2015;
 97. La Salut a Barcelona 2015. Lectura fàcil [Internet]. ASPB - Agència de Salut Pública de Barcelona. [citado 13 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.aspb.cat/documents/salut-barcelona-2015-lectura-facil/>
 98. Goldberg DP, Oldehinkel T, Ormel J. Why GHQ threshold varies from one place to another. *Psychol Med* 1998;28(4):915-21.
 99. Rocha KB, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols JE. Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *Int J Clin Health Psychol*. 2011;11(1):125-39.
 100. Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria*. :425-30.
 101. Ahumada R, De La L, Luna J, Muñoz B, Moruno M. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Med Fam*. 2005;1.
 102. Cornwell EY, Waite LJ. Measuring Social Isolation Among Older Adults Using Multiple Indicators From the NSHAP Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2009;64B(Suppl 1):i38-46.
 103. Creswell JW. *A Concise Introduction to Mixed Methods Research*. 1 edition. Los Angeles: SAGE Publications, Inc; 2014. 152 p.
 104. Goldberg DP, Blackwell B. Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. *Br Med J*. 1970;1(5707):439-43.
 105. Alonso J, Prieto L, Antó JM. [The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): an instrument for measuring clinical results]. *Med Clin (Barc)*. 1995;104(20):771-6.
 106. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*. 2003;35(8):1381-95.

107. Fitó M, Guxens M, Corella D, Sáez G, Estruch R, de la Torre R, et al. Effect of a traditional Mediterranean diet on lipoprotein oxidation: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2007;167(11):1195-203.
108. Kwon J, Yoshida Y, Yoshida H, Kim H, Suzuki T, Lee Y. Effects of a combined physical training and nutrition intervention on physical performance and health-related quality of life in prefrail older women living in the community: a randomized controlled trial. *J Am Med Dir Assoc*. 2015;16(3):263.e1-8.
109. Coll-Planas L, Del Valle Gómez G, Bonilla P, Masat T, Puig T, Monteserin R. Promoting social capital to alleviate loneliness and improve health among older people in Spain. *Health Soc Care Community*. 2017;25(1):145-57.
110. Routasalo PE, Tilvis RS, Kautiainen H, Pitkala KH. Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people: randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 2009;65(2):297-305.
111. Gustafsson S, Berglund H, Faronbi J, Barenfeld E, Ottenvall Hammar I. Minor positive effects of health-promoting senior meetings for older community-dwelling persons on loneliness, social network, and social support. *Clin Interv Aging*. 2017;12:1867-77.
112. Perissinotto C, Holt-Lunstad J, Periyakoil VS, Covinsky K. A Practical Approach to Assessing and Mitigating Loneliness and Isolation in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67(4):657-62.
113. Kimura M, Moriyasu A, Kumagai S, Furuna T, Akita S, Kimura S, et al. Community-based intervention to improve dietary habits and promote physical activity among older adults: a cluster randomized trial. *BMC Geriatr*. 2013;13:8.
114. Petroka K, Campbell-Bussiere R, Dychtwald DK, Milliron B-J. Barriers and facilitators to healthy eating and disease self-management among older adults residing in subsidized housing. *Nutr Health*. 2017;23(3):167-75.
115. Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, Duncan PW, Judge JO, King AC, et al. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc*. 2007;39(8):1435-45.
116. Aguirre LE, Villareal DT. Physical Exercise as Therapy for Frailty. *Nestle Nutr Inst Workshop Ser*. 2015;83:83-92.
117. de Labra C, Guimaraes-Pinheiro C, Maseda A, Lorenzo T, Millán-Calenti JC. Effects of physical exercise interventions in frail older adults: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Geriatr*. 2015;15:154.
118. Hagan R, Manktelow R, Taylor BJ, Mallett J. Reducing loneliness amongst older people: a systematic search and narrative review. *Aging Ment Health*. 2014;18(6):683-93.

119. Gierveld J de J, Tilburg T van, Dykstra P. Loneliness and Social Isolation. 2016 [citado 15 de junio de 2017]; Disponible en: <https://repub.eur.nl/pub/93235/>
120. Kharicha K, Iliffe S, Manthorpe J, Chew-Graham CA, Cattan M, Goodman C, et al. What do older people experiencing loneliness think about primary care or community based interventions to reduce loneliness? A qualitative study in England. *Health Soc Care Community*. 2017;25(6):1733-42.
121. Taube E, Jakobsson U, Midlöv P, Kristensson J. Being in a Bubble: the experience of loneliness among frail older people. *J Adv Nurs*. 2016;72(3):631-40.
122. Bates J, Machin A. Locality, loneliness and lifestyle: a qualitative study of factors influencing women's health perceptions. *Health Soc Care Community*. 2016;24(5):639-48.
123. Rahimi Foroushani A, Estebarsari F, Mostafaei D, Eftekhari Ardebili H, Shojaeizadeh D, Dastoorpour M, et al. The effect of health promoting intervention on healthy lifestyle and social support in elders: a clinical trial study. *Iran Red Crescent Med J*. 2014;16(8):e18399.
124. Prieto-Flores M-E, Fernandez-Mayoralas G, Forjaz MJ, Rojo-Perez F, Martinez-Martin P. Residential satisfaction, sense of belonging and loneliness among older adults living in the community and in care facilities. *Health Place*. 2011;17(6):1183-90.
125. Goll JC, Charlesworth G, Scior K, Stott J. Barriers to Social Participation among Lonely Older Adults: The Influence of Social Fears and Identity. *PLoS ONE* [Internet]. 2015 [citado 6 de abril de 2017];10(2). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4338142/>
126. Carrascosa LL. Ageing Population and Family Support in Spain. *J Comp Fam Stud*. 2015;46(4):499-516.
127. van Beljouw IMJ, Heerings M, Abma TA, Laurant MGH, Veer-Tazelaar PJV, Baur VE, et al. Pulling out all the stops: what motivates 65+ year olds with depressive symptoms to participate in an outreaching preference-led intervention programme? *Aging Ment Health*. 2015;19(5):453-63.
128. Dykstra PA. Older adult loneliness: myths and realities. *Eur J Ageing*. 2009;6(2):91-100.
129. Theeke LA. Predictors of loneliness in U.S. adults over age sixty-five. *Arch Psychiatr Nurs*. 2009;23(5):387-96.
130. Elovainio M, Hakulinen C, Pulkki-Råback L, Virtanen M, Josefsson K, Jokela M, et al. Contribution of risk factors to excess mortality in isolated and

- lonely individuals: an analysis of data from the UK Biobank cohort study. *Lancet Public Health*. 2017;2(6):e260-6.
131. Tayabas LMT, León TC, ESPINO JM. Qualitative evaluation: A critical and interpretative complementary approach to improve health programs and services. *Int J Qual Stud Health Well-Being* [Internet]. 2014 [citado 27 de octubre de 2016];9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4142224/>
132. Hwang J, Wang L, Siever J, Medico TD, Jones CA. Loneliness and social isolation among older adults in a community exercise program: a qualitative study. *Aging Ment Health*. 2019;23(6):736-42.
133. Organization WH. Global age-friendly cities: a guide [Internet]. World Health Organization; 2007 [citado 17 de julio de 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43755>
134. La investigación enfermera para la definición de políticas y la toma de decisiones en el Sistema de Salud - Metas de Enfermería [Internet]. *Enfermería21*. [citado 17 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas-articulo/>
135. Pla_salut_Catalunya_2016_2020.pdf [Internet]. [citado 21 de agosto de 2019]. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/pla-de-salut/Pla-de-salut-2016-2020/documents/Pla_salut_Catalunya_2016_2020.pdf

9. Annexos

Annex 1. Qüestionari per l'avaluació de l'Escola de Salut per a Gent Gran.



Qüestionari Post Escola de Salut de Gent Gran 2015

Barri: _____

Entrevistador/a _____

Data d'entrevista _____ DNI: _____

Nom i cognoms: _____

Data naixement: _____ Telèfon _____

L'entrevista dura uns 10 minuts i la informació que proporcioni serà confidencial.

1. La seva participació a l'Escola de Salut, li ha permès:

	Sí	No
Conèixer noves persones		
Retrobar-se amb persones que ja coneixia		
Millorar el seu estat d'ànim		
Conèixer millor la xarxa de recursos de salut		

2. Ens podria dir una cosa que hagi après a l'Escola de Salut? (si responen més d'una apunta només la primera)

3. Que li ha agradat més i què li ha agradat menys de l'Escola de Salut?

- El que més:

- El que menys:

**4: Puntuï del 0 (molt malament) al 10 (molt bé) els següents aspectes de l'Escola**

Ponents: _____

Lloc/espai:: _____

Freqüència: _____

Horari : _____

Durada: _____

5. Puntuï del 0 al 10 la seva satisfacció general amb l'Escola de Salut.**6. Li recomanaria l'Escola de Salut a un amic o amiga?**

- Sí
- No

7. Li agradaria participar en noves edicions de l'Escola de Salut?

- Sí
- No

8. Li agradaria implicar-se amb l'organització de l'Escola?

- Sí
- No

9. Té alguns suggeriments per a millorar l'Escola de Salut?



Només omplir si la persona ha fet el qüestionari Pre

10. Actualment, amb quina freqüència surt al carrer?

- 1 Cada dia
 2 2 a 6 dies a la setmana
 3 Un dia a la setmana
 4 Menys d'1 dia a la setmana

11. Participa en alguna altra activitat adreçada a la gent gran del barri?

- 1 No
 2 S. Si us plau, especifiqueu _____

12. Viu vostè a una residència?

- 1 Sí (passar a pregunta 15)
 2 No

13. Amb quina freqüència ha anat al CAP els ÚLTIMS 3 MESOS?

- 1 Cada setmana
 2 1-3 cops al mes
 3 Menys d'un cop al mes

14. Com diria que és la seva salut en general?

- 1 Molt bona
 2 Bona
 3 Regular
 4 Dolenta
 5 Molt dolenta

15. Digui quina opció defineix millor com s'ha sentit vostè durant L'ÚLTIMA SETMANA

	Gens	Una mica	Regular	Bastant	Molt
Actiu					
Alegre					



16. Amb quina freqüència disposa dels següents tipus de recolzament?

	Mai	Poques vegades	Algunes vegades	La majoria de vegades	Sempre
Algú amb qui passar una bona estona					
Algú amb qui pugui relaxar-se					
Algú amb qui fer coses que li serveixin per oblidar els seus problemes					
Algú amb qui divertir-se					

17. Amb quina freqüència...

	Sovint	Algunes vegades	Mai o quasi mai
pot confiar en els seus amics?			
pot dependre dels seus amics?			
sent que li falta companyia?			
es sent exclòs?			

18. Esculli l'opció més apropiada en relació ALS ÚLTIMS 12 MESOS:

	Mai	Menys d'una vegada a l'any	1 o 2 vegades l'any	Vàries vegades a l'any	Una vegada al mes	Cada setmana	Vàries vegades per setmana
Vaig a reunions de grups organitzats (gimnàs, grup de suport, grup d'oci...)							
Quedo amb amics o familiars.							



19. Les preguntes següents es refereixen a problemes que ha pogut tenir durant els últims 30 dies. Si us plau, contesti la resposta que més s'acosta al que sent o ha sentit recentment.	
1. S'ha pogut concentrar bé en el que feia?	1. Sí millor que habitualment 2. Sí No igual que habitualment 3. No menys que habitualment 4. No molt menys que habitualment
2. Ha sentit que juga un paper útil a la vida?	1. Sí millor que habitualment 2. Sí No igual que habitualment 3. No menys que habitualment 4. No molt menys que habitualment
3. S'ha sentit capaç de prendre decisions?	1. Sí millor que habitualment 2. Sí No igual que habitualment 3. No menys que habitualment 4. No molt menys que habitualment
4. Se sent raonablement feliç, considerant totes les circumstàncies?	1. Sí millor que habitualment 2. Sí No igual que habitualment 3. No menys que habitualment 4. No molt menys que habitualment
5. Ha estat capaç de gaudir de les seves activitats de cada dia?	1. Sí millor que habitualment 2. Sí No igual que habitualment 3. No menys que habitualment 4. No molt menys que habitualment
6. Ha estat capaç de fer front, adequadament, als seus problemes?	1. Sí millor que habitualment 2. Sí No igual que habitualment 3. No menys que habitualment 4. No molt menys que habitualment
7. S'ha notat constantment carregat/da i en tensió?	1. Sí millor que habitualment 2. Sí No igual que habitualment 3. No menys que habitualment 4. No molt menys que habitualment
8. Les seves preocupacions li han fet perdre molt la son?	1. No en absolut 2. No Sí no més que habitualment 3. Sí una mica més que habitualment 4. Sí molt més que habitualment
9. Ha tingut la sensació que no pot superar les seves dificultats?	1. No en absolut 2. No Sí no més que habitualment 3. Sí una mica més que habitualment 4. Sí molt més que habitualment
10. S'ha sentit poc feliç i deprimet/da?	1. No en absolut 2. No Sí no més que habitualment 3. Sí una mica més que habitualment 4. Sí molt més que habitualment
11. Ha perdut confiança en vostè mateix/a?	1. No en absolut 2. No Sí no més que habitualment 3. Sí una mica més que habitualment 4. Sí molt més que habitualment
12. Ha pensat que és una persona que no Boleynsper a res? 08023 Barcelona Tel. 93 238 45 45 Fax. 93 217 31 97	1. No en absolut 2. No Sí no més que habitualment 3. Sí una mica més que habitualment 4. Sí molt més que habitualment



20. Quines de les següents frases descriuen millor el seu estat de salut en el dia d'avui. Triï una resposta de cada grup.

a) Primer grup

- No té problemes per caminar
- Té alguns problemes per caminar
- Ha de fer llit

b) Segon grup

- No té problemes per rentar-se o vestir-se sol/a
- Té alguns problemes per rentar-se o vestir-se sol/a
- És incapaç de rentar-se o vestir-se sol/a

c) Tercer grup

- No té problemes per fer les seves activitats quotidianes (treballar, estudiar, fer les feines de la llar o activitats de lleure)
- Té alguns problemes per fer les seves activitats quotidianes
- És incapaç de fer les seves activitats quotidianes

d) Quart grup

- No té dolor o malestar
- Té dolor o malestar moderat
- Té molt dolor o malestar

e) Cinquè grup

- No està ansiós/a o deprimit/da
- Està moderadament ansiós/a o deprimit/da
- Està molt ansiós/a o deprimit/da

Moltes gràcies!

Annex 2. Questionari per l'avaluació del Taller de Salut

Qüestionari Taller de Salut Comunitat 2016

Nom i cognoms: _____

Sexe: _____ Dona _____ Home DNI: _____

Data naixement: _____ Estat civil: _____ Telèfon _____

L'enquesta dura 15 minuts i la informació que proporcioni serà confidencial.

1. Quin és el seu màxim nivell d'estudis finalitzat

- 1 Primària incompleta
- 2 Estudis primaris
- 3 Estudis secundaris
- 4 Estudis universitaris o superiors complets
- 5 Altres. Si us plau, especifiqueu _____

2. Actualment, amb quina freqüència surt al carrer?

- 1 Cada dia
- 2 2 a 6 dies a la setmana
- 3 Un dia a la setmana
- 4 Menys d'un dia a la setmana

3. Amb qui viu?

- 1 Sol o sola
- 2 Amb la família
- 3 A una residència (passar a la pregunta 7)
- 4 Altres. Si us plau, especifiqueu _____

4. Amb quina freqüència disposa dels següents tipus de recolzament?

	Mai	Poques vegades	Algunes vegades	La majoria de vegades	Sempre
Algú amb qui passar una bona estona					
Algú amb qui pugui relaxar-se					
Algú amb qui fer coses que li serveixin per oblidar els seus problemes					
Algú amb qui divertir-se					

5. Amb quina freqüència...

	<i>1=sovint</i>	<i>2=algunes vegades</i>	<i>3=mai o quasi mai</i>
pot confiar en els seus amics?			
pot dependre dels seus amics?			
sent que li falta companyia?			
es sent exclòs?			

6. Esculli l'opció més apropiada en relació ALS ÚLTIMS 12 MESOS:

	1=mai	2=menys d'una vegada a l'any	3= 1 o 2 vegades l'any	4=vàries vegades a l'any	5=una vegada al mes	6=cada setmana	7=vàries vegades per setmana
Vaig a reunions de grups organitzats (gimnàs, grup de suport, grup d'oci...)							
Quedo amb amics o familiars.							

7. Les preguntes següents es refereixen a problemes que ha pogut tenir durant ELS ULTIMS 30 dies. Si us plau, contesti la resposta que més s'acosta al que sent o ha sentit recentment.

1. S'ha pogut concentrar bé en el que feia?	1. Sí millor que habitualment 2. Sí No igual que habitualment 3. No menys que habitualment 4. No molt menys que habitualment
2. Ha sentit que juga un paper útil a la vida?	1. Sí millor que habitualment 2. Sí No igual que habitualment 3. No menys que habitualment 4. No molt menys que habitualment
3. S'ha sentit capaç de prendre decisions?	1. Sí millor que habitualment 2. Sí No igual que habitualment 3. No menys que habitualment 4. No molt menys que habitualment
4. Se sent raonablement feliç, considerant totes les circumstàncies?	1. Sí millor que habitualment 2. Sí No igual que habitualment 3. No menys que habitualment 4. No molt menys que habitualment
5. Ha estat capaç de disfrutar de les seves activitats de cada dia?	1. Sí millor que habitualment 2. Sí No igual que habitualment 3. No menys que habitualment 4. No molt menys que habitualment
6. Ha estat capaç de fer front adequadament als seus problemes?	1. Sí millor que habitualment 2. Sí No igual que habitualment 3. No menys que habitualment 4. No molt menys que habitualment
7. S'ha notat constantment carregat/da i en tensió?	1. Sí millor que habitualment 2. Sí No igual que habitualment 3. No menys que habitualment 4. No molt menys que habitualment
8. Les seves preocupacions li han fet perdre molt la son?	1. No en absolut 2. No Sí no més que habitualment 3. Sí una mica més que habitualment 4. Sí molt més que habitualment
9. Ha tingut la sensació que no pot superar les seves dificultats?	1. No en absolut 2. No Sí no més que habitualment 3. Sí una mica més que habitualment 4. Sí molt més que habitualment
10. S'ha sentit poc feliç i deprimet/da?	1. No en absolut 2. No Sí no més que habitualment 3. Sí una mica més que habitualment 4. Sí molt més que habitualment
11. Ha perdut confiança en vostè mateix/a?	1. No en absolut 2. No Sí no més que habitualment 3. Sí una mica més que habitualment 4. Sí molt més que habitualment
12. Ha pensat que és una persona que no serveix per a res?	1. No en absolut 2. No Sí no més que habitualment 3. Sí una mica més que habitualment 4. Sí molt més que habitualment

1. Usa vostè l'oli d'oliva com a principal greix per a cuinar? Sí = 1 punt
2. Quant oli d'oliva consumeix en total al dia (contant l'usat per a fregir, dinars fora de casa, amanides,...)? 4 o més cullerades = 1 punt
3. Quantes racions de verdura o hortalisses consumeix al dia? (les guarnicions o acompanyaments = 1/2 ració) 1 ració= 200 g. 2 o més. Al menys una d'elles a l'amanida o crua? =1 punt
4. Quantes peces de fruita (inclòs suc natural) consumeix al dia? 3 o més al dia = 1 punt
5. Quantes racions de carn vermella, hamburgueses, salsitxes o embutits consumeix al dia? (ració: 100 - 150 g) menys de 1 al dia = 1 punt
6. Quantes racions de mantega, margarina o nata consumeix al dia? (porció individual: 12 g) menys de 1 al dia = 1 punt
7. Quantes begudes carbonatades i/o ensucrades (refrescs, coles, tòniques bitter) consumeix al dia? menys de 1 al dia = 1 punt
8. Beu vostè vi? Quant consumeix a la setmana? 7 o més gots a la setmana = 1 punt
9. Quantes racions de llegums consumeix a la setmana?(1 plat o ració de 150g) 3 o més a la setmana = 1 punt
10. Quantes racions de peix-marisc consumeix a la setmana? (1 plat peça o ració: 100 – 150gr de peix o 4-5 peces o 200 g de marisc) 3 o més a la setmana = 1 punt
11. Quantes vegades consumeix reposteria comercial (no casolana) com galetes, flams, dolços o pastís a la setmana? menys de 2 a la setmana = 1 punt
12. Quantes vegades consumeix fruits secs a la setmana? (ració 30 g) 3 o més a la setmana = 1 punt
13. Consumeix vostè preferentment carn de pollastre, gall d'indi o conill en lloc de vedella, porc, hamburgueses o salsitxes? (carn de pollastre: 1 peça o ració de 100 - 150 g) Sí = 1 punt
14. Quantes vegades a la setmana consumeix els vegetals cuinats, la pasta, arròs o altres plats acompanyats de salsa de tomàquet, all, ceba o porro i elaborada a foc lent amb oli d'oliva (sofregit)? 2 o + a la setmana = 1 punt

Qüestionari IPAQ . Qüestionari Internacional d'Activitat Física

1a. En els últims 7 dies, quants dies ha realitzat activitat física **vigorosa** com és ara aixecar pesos pesants, cavar, fer aeròbic o similar, anar amb bicicleta a marxa ràpida?

Pensi només en les ocasions en que va realitzar aquesta activitat física durant almenys 10 minuts

- 1 dia a la setmana
- 2 dies a la setmana
- 3 dies a la setmana
- 4 dies a la setmana
- 5 dies a la setmana
- 6 dies a la setmana
- A diari

o bé,

Cap dia

1b. En total, quant de temps sol fer activitat física vigorosa en un d'aquests dies?

_____ hores: _____ minuts

2a. Una vegada més pensi únicament en l'activitat física que ha realitzat durant almenys 10 minuts. En els últims 7 dies, quants dies ha realitzat activitat física moderada, com per exemple transportar pesos lleugers, anar en bicicleta a ritme regular, jugar a tennis partits de dobles? **No compti el temps de caminar.**

- 1 dia a la setmana
- 2 dies a la setmana
- 3 dies a la setmana
- 4 dies a la setmana
- 5 dies a la setmana
- 6 dies a la setmana
- A diari

o bé,

Cap dia

2b. En total, quant de temps sol fer activitat física moderada en un d'aquests dies?

_____ hores: _____ minuts

3a. En els últims dies, quants dies ha caminat com a mínim 10 minuts? Compti si camina a la feina i a casa, si camina per anar d'un lloc a un altre i, qualsevol altra vegada que camini per esbarjo, per practicar esport, exercici o com a lleure.

- 1 dia a la setmana
- 2 dies a la setmana
- 3 dies a la setmana
- 4 dies a la setmana
- 5 dies a la setmana
- 6 dies a la setmana
- A diari

o bé,

Cap dia

3b. En total, quant de temps sol caminar en un d'aquests dies?

____ hores: ____ minuts

La última pregunta es refereix al temps que vostè està **assegut** els dies laborables a la feina, a cada, assistint a classe i en el temps lliure. Compti el temps que està assegut al desptax, de visita a casa dels amics, durant els desplaçaments o assegut o estirat mirant la televisió.

4a. En els últims 7 dies, quant de temps en total ha estat **assegut** en un **dia laborable**?

____ hores: ____ minuts

Questionari SF-36 sobre l'estat de salut

Instrucciones: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, diría que su salud es:

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

Actividades	Sí mucho	Me limita poco	No me limita
a. Esfuerzos intensos (correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. Esfuerzos moderados (mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. Subir varios pisos por la escalera	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. Subir un solo piso por la escalera	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. Agacharse o arrodillarse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g. Caminar 1 km o más	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Sí	No
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c. ¿Tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
d. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (p. ej., le costó más de lo normal)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (estar triste, deprimido o nervioso)?

	Sí	No
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1 No, ninguno
- 2 Sí, muy poco
- 3 Sí, un poco
- 4 Sí, moderado
- 5 Sí, mucho
- 6 Sí, muchísimo

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el estar fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que más se parezca a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo...

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Alguna vez	Nunca
a. ...se sintió lleno de vitalidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b. ...estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c. ...se sintió tan bajo de moral que nada podía aliviarle?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
d. ...se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
e. ...tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
f. ...se sintió desanimado y triste?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
g. ...se sintió agotado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
h. ...se sintió feliz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
i. ...se sintió cansado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo algunas veces
- 5 Nunca

11. Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo se	Bastante falsa	Totalmente falsa
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Estoy tan sano como cualquiera	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Creo que mi salud va a empeora	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Mi salud es excelente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Annex 3. Guió dels grups de discussió i entrevistes. Escola de salut per a la Gent Gran

Guió dels grups de discussió

Temes	Continguts a indagar
Opinions generals sobre l'Escola de Salut	Impressió general. Com definirien els participants a l'Escola de Salut
Aspectes positius i negatius	Què va ser el que més els va agradar i què menys: opinions sobre durada, lloc i horaris
Opinió de les sessions	Opinió sobre activitats, ponents, continguts de les sessions
Identificació de possibles resultats "ocults"	Beneficis percebuts obtinguts per la participació a l'Escola. Inici de noves activitats. Inici de relacions socials per la participació a l'Escola de Salut
Tancament	Propostes d'activitats per a persones grans. Resum d'allò recollit. Comiat.

Guió de les entrevistes semi-estructurades

Temes	Continguts a indagar
Facilitadors i barreres en la implementació i coordinació de l'Escola de Salut	Experiències relacionades amb l'organització de la intervenció
Aspectes positius i negatius de l'Escola de salut	Impressió general.
Aspectes organitzatius	Experiències amb horari, contingut, lloc, durada, freqüència.
Beneficis de l'Escola de Salut als participants	Opinions i explicacions sobre el comportament dels participants
Abordatge de la població diana	Opinions i explicacions sobre el perfil dels participants
Aspectes a modificar en futures edicions	Opinions i explicacions de noves propostes

Annex 4. Publicació del protocol de l'avaluació de l'Escola de Salut per a Gent Gran

STUDY PROTOCOL

Open Access



Community intervention to reduce social isolation in older adults in disadvantaged urban areas: study protocol for a mixed methods multi-approach evaluation

María José López^{1,2,3*}, Carolina Lapena^{4,5,6}, Alba Sánchez⁷, Xavier Contente^{1,2,3}, Ana Fernández¹ and the Evaluation Group of the “Schools of Health for older people”

Abstract

Background: The proportion of older people has dramatically increased in recent decades. Moreover, social and demographic trends show a global increase of older people at risk of loneliness and lack of social relationships. The objective of this study was to evaluate the process, the effectiveness and the cost-effectiveness of a planned 22 weekly group sessions called School of Health for Older People to reduce social isolation.

Methods: This is a mixed methods multi-approach evaluation that includes: 1) A qualitative evaluation among coordinators and participants taking part in the intervention, through in depth-interviews and focus groups, respectively. The main topics covered will be positive and negative aspects of the intervention, suggestions for its improvement, opinions on different aspects of the intervention, and perceived benefits; 2) A quantitative quasi-experimental design, comparing a group of individuals taking part in the intervention with another group with similar characteristics not receiving the intervention. Data will be collected at the beginning and at the end of the intervention. Social support will be measured through questions drawn from the Medical Outcomes Study and the National Social Life, Health, and Aging Project questionnaires. Psychological morbidity will be measured through Goldberg’s General Health Questionnaire, and Health-related Quality of Life will be measured through the EuroQoL questionnaire. Information on visits to the primary care center in the years before and after the intervention will be obtained from the electronic records of the primary care centers; 3) A cost-utility analysis, which will be conducted from a health system (primary care) perspective, including direct costs of the program and the primary care health services used. The effects of the intervention will be measured on quality-adjusted life years.

Discussion: There is an urgent need for studies assessing the effectiveness and the efficiency of potential interventions to reduce social isolation among older persons. The results of this study will help to fill the knowledge gap in this area and might be especially useful for the development of social and public health policies and programs for older people in disadvantaged neighborhoods in urban areas.

Trial registration: [NCT03142048](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT03142048) retrospectively registered (April 11, 2017).

Keywords: Social isolation, Aging, Older people, Evaluation

* Correspondence: mjlopez@aspb.cat

¹Public Health Agency of Barcelona, Lesseps, 1, 08023 Barcelona, Spain

²Spanish Consortium for Research on Epidemiology and Public Health (CIBERESP), Madrid, Spain

Full list of author information is available at the end of the article



Background

The proportion of older people has dramatically increased in recent decades [1]. In the city of Barcelona, 21.2% of the population is 65 years or older, and projections indicate that this percentage will increase to 23.9% in 2031 [2].

Social and demographic trends show a global increase of older people at risk of loneliness and lack of social relationships. This may be due to certain aging-related factors such as retirement or the loss of a partner or close friends [3]. Previous studies have found higher rates of loneliness in deprived urban areas [4]. Furthermore, other studies have found that some of the variables significantly associated with loneliness in older adults included poor income and lower educational level [5], and that living in a deprived area adds barriers to social engagement [6]. Overall, recent studies confirm that rural residents reported less social isolation and more social relationships than urban residents [7]. Therefore, disadvantaged urban areas need to be studied, and evaluated interventions in these areas should be prioritized.

Social relations are associated with good mental health, while their absence is linked to a significant increase in morbidity and mortality [8–10]. Because of its high prevalence and the evidence of its impact on health and well-being, social isolation is an important public health issue.

Based on the aforementioned evidence, interventions are needed to reduce social isolation and its negative effects on quality of life. Although preventing and addressing social isolation in older people is a priority in health policies, there is a clear lack of evidence on the effectiveness of health promotion activities in this field, as well as wide heterogeneity in the interventions and their quality [11–15]. Therefore, studies evaluating the effectiveness of interventions designed to reduce the impact of social isolation on wellbeing and quality of life in older people are much needed. Detailed protocols on how to evaluate this complex interventions can help to standardize the evaluation across interventions and homogenize the evidence on this area. In this sense, this protocol might be useful as a tool for future interventions to be evaluated.

Since 2008, an intervention called the “Schools of Health for Older People” has been implemented in some deprived neighborhoods of Barcelona. This intervention is part of the comprehensive action *Health in the neighborhoods* [16], focused on reducing health inequalities in the city of Barcelona by implementing community interventions in the most deprived neighborhoods. The main goal of the “Schools of Health for Older People” is to reduce social isolation in this collective, as well as its potential harmful health effects. As shown in numerous studies [17, 18], these effects can be especially important in low-income older people. The main objective of this protocol is to describe the mixed methods

multi-approach evaluation study designed to assess this intervention.

Hypothesis

The intervention evaluated in this protocol will significantly improve social support, mental health, general health status and distinct dimensions of quality of life in the intervention group (IG) compared with the comparison group (CG). Among participants in the IG, the intervention will also significantly reduce the number of visits to their primary care centers. Furthermore, this intervention will be cost effective.

Objectives

General objective

To evaluate the process, effectiveness and cost-effectiveness of an intervention to reduce social isolation and its consequent negative impact on health of older people.

Specific objectives

- 1) To evaluate the implementation process of the intervention (participant profile, positive and negative aspects of the intervention, barriers and facilitators in its implementation, quality of the intervention, and satisfaction).
- 2) To assess the impact of the intervention on social support, self-perceived health status, mental health and quality of life among participants, and visits to the primary care center.
- 3) To determine the cost-effectiveness of the intervention.

Methods

Study design

This is a mixed methods multi-approach evaluation that includes:

- a qualitative evaluation among coordinators and participants who underwent the intervention through in-depth interviews and focus groups, respectively;
- a quantitative quasi-experimental design, comparing a group of individuals taking part in the intervention (IG) with another group with similar characteristics not receiving the intervention (CG). Data will be collected at the beginning and at the end of the intervention;
- an economic evaluation, which includes a cost-utility analysis.

Study setting and participants

Qualitative evaluation

The study population will include coordinators of the School of Health (community nurses from the Public Health Agency of Barcelona) and participants who will attend the School of Health in the intervention neighborhoods. In-depth interviews will be carried out with the coordinator of each IG, who will be selected through intentional purposive sampling (non-randomized sampling in which the researcher selects a sample based on their knowledge about the study and population) [19].

School of Health participants will be adults aged 65 years or older residing in two disadvantaged neighborhoods of Barcelona (Spain) where the School of Health will be implemented. Theoretical sampling will be designed to select participants from the School of Health. For each neighborhood, two groups of participants will be selected according to their risk of experiencing loneliness. The risk of loneliness will be measured through various questions extracted from the National Social Life, Health, and Aging Project (NSHAP) study [20], included in the questionnaire used in the quantitative study. Individuals who report feeling a lack of companionship often, regardless of their cohabitation status (with relatives or alone), will be categorized as 'at high risk' and those reporting hardly ever feeling alone and living with relatives will be classified as 'low risk'. Thus, four focus groups (two per neighborhood) with 6 to 10 assistants will be assembled.

For each focus group, we will select participants providing the widest range of profiles to ensure a variety of discourses according to age, sex, marital status and educational level. Community nurses will be asked about the ability of the selected participants to follow the dynamics of a focus group. Then, the selected participants will be contacted by telephone, informed about the study and asked if they are willing to participate. Those refusing to take part in the study will be replaced by other individuals with similar characteristics. Those who accept to take part in the focus group will have to sign an informed consent form.

Quantitative quasi-experimental design

The study population will consist of adults aged 65 years or older residing in the disadvantaged neighborhoods of Barcelona (Spain) selected for the study. The intervention neighborhoods ($n = 2$) and comparison neighborhoods ($n = 2$) will be selected on a convenience basis, ensuring similar socioeconomic characteristics, including the percentage of people with primary studies or less, unemployment rates and disposable household income rates.

The intervention will be offered to adults aged 65 years or older, living in one of the two selected neighborhoods,

and recruited through primary care centers, social services and civic centers for older people. Once individuals have accepted to participate, there will be a pre-registration process that will record their names and telephone numbers. Later, the participants will be contacted by telephone to arrange an appointment, in which the person will be informed individually about the study. After agreement, he/she will sign the informed consent form and complete a questionnaire.

To calculate the sample size, we took into account that 45% of people aged 65 years or more in Barcelona reports fair or poor health [21] and assumed that the intervention would reduce this prevalence by 17 points. Accepting an alpha risk of 0.05% and a power of 80% in a unilateral contrast, and assuming a loss of 10%, we estimated that a theoretical sample of 79 participants in the IG and 79 participants in the CG will be needed.

We expect to recruit 80 individuals in the IG and 80 in the CG. To have similar groups, the recruitment settings (primary care centers, social services and civic centers) would be taken into account, by selecting the same percentage of people from each setting.

The exclusion criteria are the following:

- Participants with difficulties in maintaining participation for 6 months.
- Participants with difficulties in understanding or expressing themselves in Spanish or Catalan.

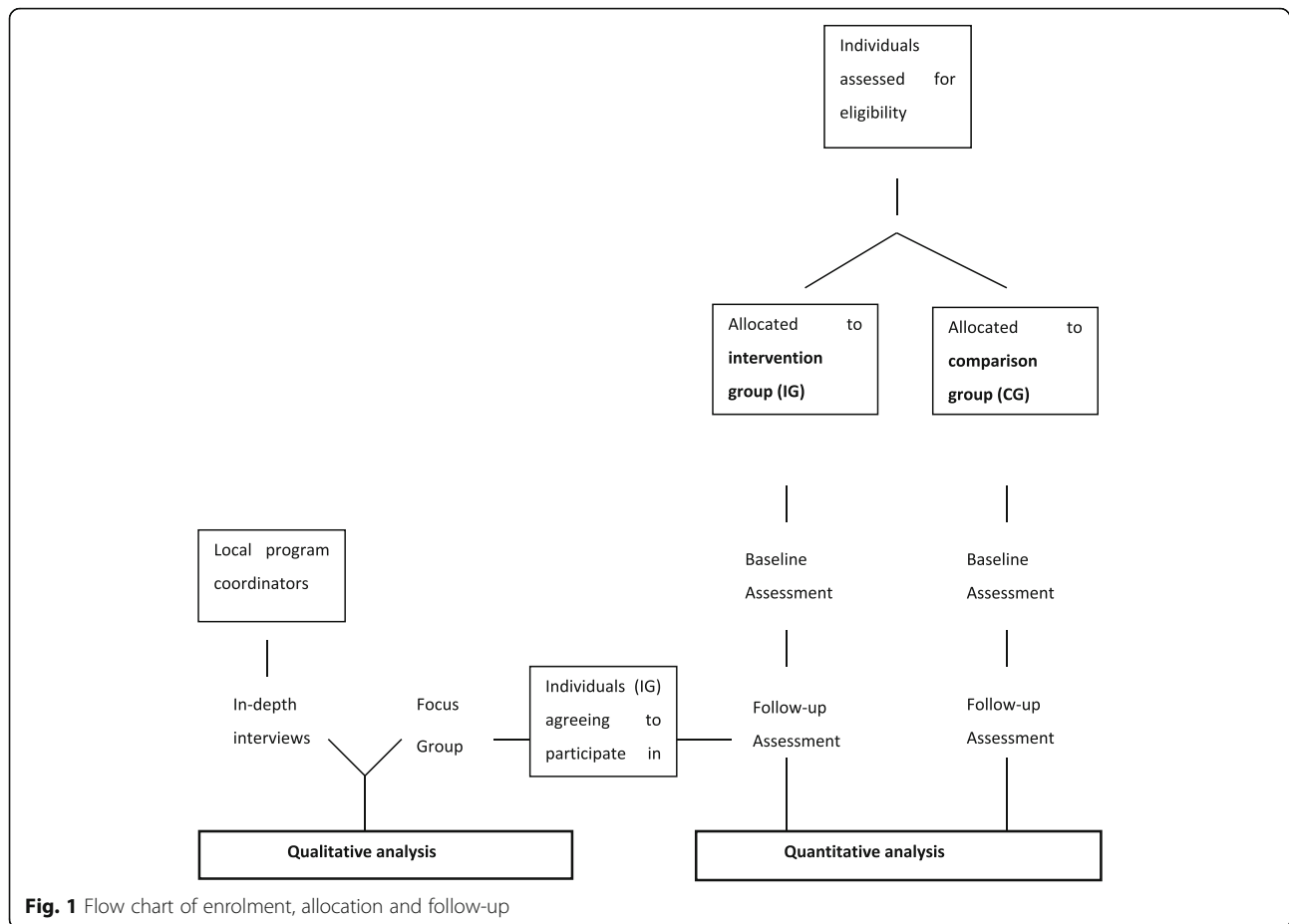
Economic evaluation

The study population and the selection criteria will be the same as those in the quantitative quasi-experimental design.

Participant timeline

The participants will be contacted by telephone to arrange and appointment, in which the person will be informed individually about the study. After agreement, he/she will sign the informed consent form and complete the baseline questionnaire (December–January 2015). Those participants not able to arrange an appointment, will receive the consent form and complete the baseline questionnaire during the first session of the intervention (just before starting). The intervention will last 22 weeks (January–June 2015). At the end of the last session the participants will complete the follow-up questionnaire (June 2015). Regarding the qualitative analysis, the in-depth interviews and focus groups will be carried out between 6 to 9 months after the intervention (January–March 2016).

The participant flowchart of the study procedure is outlined in Fig. 1.



Description of the intervention

The intervention “School of Health for Older People” consists of 22 weekly group sessions of 1.5 h each, in which issues related to health—including both biological and psychological issues—and social topics, are discussed. Attendance is free and the sessions will be held in community centers of the selected neighborhoods. In addition to helping participants learn about different health issues, the intervention encourages interaction among participants and works on skills in different fields, such as nutrition, management of emotions, self-medication, sexuality or physical activity. Furthermore, some sessions included visits to public spaces of the neighborhood and leisure activities adapted to older people.

Furthermore, most sessions are led by professionals who are experts on the topic covered and work in the neighborhood (professionals from the health services, social services, markets or neighborhood associations), making it easier to inform participants of the neighborhood’s available resources. The aim of the intervention is to decrease social isolation and loneliness and, therefore, to improve mental health, self-perceived health and well-being (see the explanatory model of the potential effects of the intervention in Fig. 2).

A brief description of the contents of one “School of Health for Older People” is shown in Table 1.

Outcome measures

Qualitative evaluation

The main topics covered in the qualitative evaluation will be positive and negative aspects of the intervention, suggestions for its improvement, opinions on different session contents and logistic aspects of the intervention, and perceived benefits derived from the intervention.

Quantitative quasi-experimental design

Main outcomes Social support will be measured through questions taken from the Medical Outcomes Study: Measures of Quality of Life Core Survey (MOS) [22] and NSHAP questionnaires [20]. Psychological morbidity will be measured through Goldberg’s General Health Questionnaire (GHQ-12) [23], and health-related quality of life will be measured through the EuroQoL (EQ-5D) questionnaire [24]. Objective information will be obtained on visits to the primary care center during the year before and after the

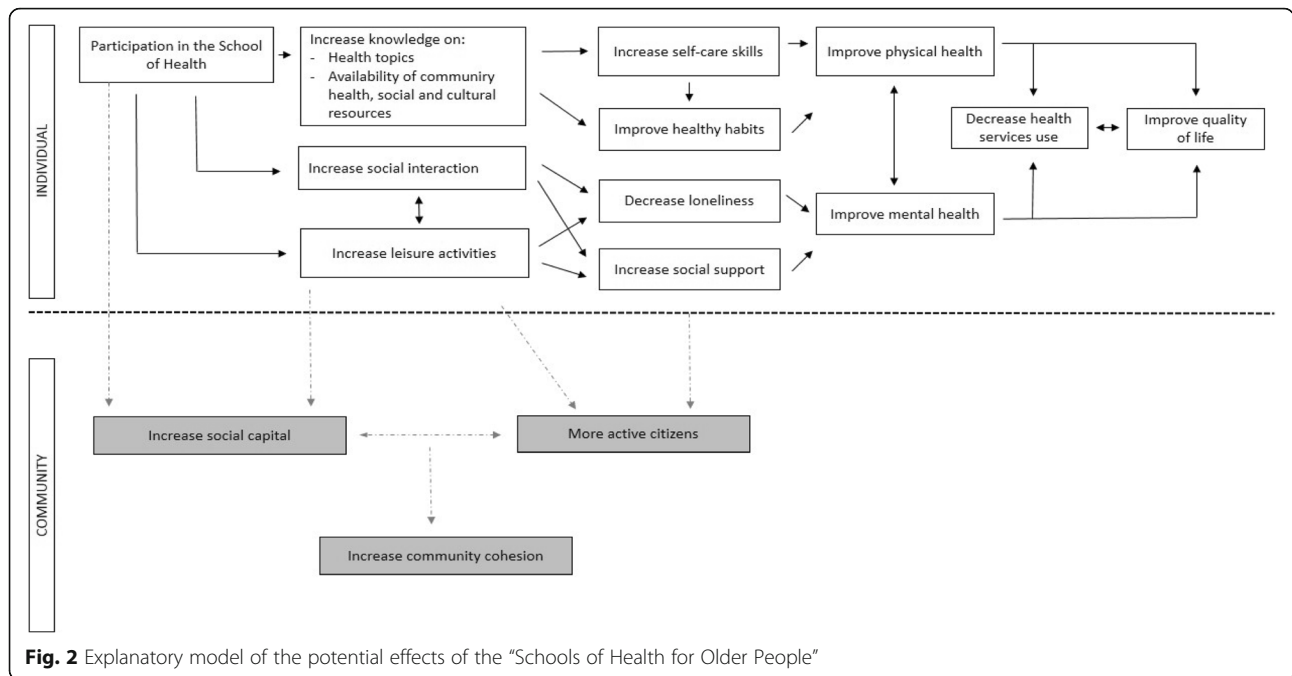


Fig. 2 Explanatory model of the potential effects of the “Schools of Health for Older People”

Table 1 Example of the contents of sessions in the “School of Health for Older People”

Session 1	Introduction and group instructions. Colds and flu
Session 2	Adequate nutrition and fluid intake
Session 3	Elimination of body waste. Hygiene
Session 4	Laughter therapy
Session 5	Health hazards in the household and first aid
Session 6	Self-medication: the less the better
Session 7	Sexuality: enjoying it at any age
Session 8	Preventing scams and thefts
Session 9	Circus workshop
Session 10	Going out: how to do it in the safest way
Session 11	Memory and the five senses
Session 12	Emotions
Session 13	Physical activity at the park
Session 14	The value of older age
Session 15	How to become a volunteer at our neighborhood
Session 16	Our household remedies: let's share!
Session 17	Diarrhea and Vomiting: what to do?
Session 18	Heat waves
Session 19	Songs of our times. Farewell

intervention through access to the electronic records of the primary care centers.

All these variables will be measured simultaneously in individuals in the IG and CG. Data will be collected through baseline and post-intervention questionnaires administered by trained researchers.

Intervention-related variables We will register attendance of participants at each session in the IG. Additionally, at the end of the School of Health, we will measure participants’ satisfaction with questions such as “please rate your general satisfaction with the School of Health from 0 to 10;”“ please rate your satisfaction with the speakers, place/space, frequency, schedule, and length of sessions from 0 to 10” “ Would you recommend the School of Health to a friend? ” These questions will be included in the post-intervention questionnaire.

Sociodemographic variables Sociodemographic information will only be collected in the baseline questionnaire including the following variables: age, sex, marital status (single/ married/ divorced/ widowed), cohabitation status (living alone/living with someone else), educational level (illiterate /primary / secondary / university) and residential neighborhood.

Economic evaluation

The economic evaluation will be conducted from a health system (primary care) perspective, including direct costs of the program and the primary care health services used. The time frame will be 6 months and

consequently no discounting will be applied to the calculations.

Costs The costs of the program will be calculated based on the hourly wages of the public health professionals involved in the design and implementation of the intervention, obtained from the standard professional wages in the Official Gazette of the Catalan Government; the wages of the community nurses involved in the coordination and development of the workshops, obtained from the Catalan Institute of Health retributions report; and the costs of the venues and materials used throughout the intervention. The costs of the primary care medical and nurse visits either at the health center or at the patient's home will be drawn from the Official Gazette of the Catalan Government on healthcare costs for the last published year.

Effects The effects of the intervention will be measured in quality adjusted life years (QALY), through the EQ-5D questionnaire. Spanish tariffs will be used to estimate the utility of health states described by the participants. QALYs [25] will be assessed at baseline and at 6 months (end of the intervention), and QALYs will be calculated by multiplying utility by the amount of time a patient spent in a particular health state. Linear interpolation will be used for transitions between health states. QALYs will be assessed at baseline and at 6, 12 and 18 months.

Data analysis

Qualitative evaluation

A thematic analysis will be carried out with the support of ATLAS.ti software. In-depth-interviews and focus groups will be recorded and transcribed literally. Interviewers will keep a diary in which any reaction to events occurring during the research will be recorded.

The analysis will combine the inductive and deductive definition of codes. Preanalytical intuitions will be formulated after successive readings of the transcriptions and the observation notes. Next, three multidisciplinary investigators will create an initial analytical plan based on the most relevant topics (codification). The creation of categories by grouping the codes will be based on the criterion of similarity in relation to the objectives of the study and the emerging elements.

Quantitative quasi-experimental design

A descriptive analysis will be conducted to rule out significant differences between baseline characteristics (sociodemographic variables and outcomes studied) in the IG and the CG. The chi-square test will be used to compare qualitative variables. Continuous variables with normal distribution will be compared using the Student

t test, and the Mann-Whitney U test will be used in non-normally distributed variables. In case of differences, a further multivariate effectiveness analysis will be conducted adjusting for these variables.

Further descriptive analyses will be conducted for results at baseline and at follow-up. Categorical outcomes will be described through percentages, and continuous outcomes will be described through mean scores and standard deviations or the median and interquartile range, as required. Differences between pre- and post-intervention measurements will be assessed and compared using the McNemar test, paired t-test, or sign test, according to the type of variable and distribution.

To assess the effectiveness of the intervention, a two-sample McNemar test will first be conducted to analyze differences in changes in pre- and post-intervention results between the IG and the CG for each main outcome. In those outcomes showing differences between the groups at the baseline measurement, Poisson regression models with robust variance will be built. In each model, the independent variables will be the group (IG or CG), the pre-intervention measurements for the outcome assessed and any relevant characteristics that differ between the groups at the baseline assessment.

Economic evaluation

The incremental cost-utility ratio (ICUR) will be calculated by subtracting the costs of the CG from the costs of the IG and dividing the result by the QALYs for the CG subtracted from the QALYs for the IG. The incremental costs and the incremental utility will be modeled by generalized linear models, taking into account the distribution of both costs and effects.

To estimate the uncertainty related to the ICUR, we will calculate 95% confidence intervals for the mean cost differences using the non-parametric confidence interval. Bootstrapping with 1000 replications will be performed.

Bootstrapped cost effects pairs will be plotted on cost-effectiveness planes and used to estimate cost-utility acceptability curves (CUACs). In the cost-utility planes, the 'x' axis represents the difference in QALYs and the 'y' axis the difference in costs. CUACs demonstrate the probability that an intervention is cost effective at a specific ceiling ratio, which is the amount of money society is willing to pay to gain one extra unit of effect. Willingness to pay values will range from 0€ to 50,000€ [26].

The robustness of the estimates will be addressed by conducting sensitivity analyses. This analysis will comprise a variation in the unit cost of the primary care medical or nurse visits, in the costs of the workshop leaders' hourly wage and in the venue rental cost.

Ethics considerations

Participants will be informed both verbally and in writing about the aims, methods, procedures and measures performed during the study. They will be also informed about ethics issues such as confidentiality, their right to ask any questions during the study, and their right to withdraw at any time without penalty. To ensure that all participants have received proper information about the study and have agreed to participate, all participants will be asked to sign a written consent form. The research team is committed to performing this study in accordance with the Good Clinical Practice Guidelines of the Declaration of Helsinki. This protocol was approved by the *Comité Ético de Investigación Clínica Parc de Salut Mar* (code n° 2015/6500/I).

Discussion

Strengths and limitations

A potential limitation of the study is the length of follow-up, since the post-intervention measurements will be carried out immediately after the end of the intervention (6 months). Therefore, we will not be able to assess its long-term effects. Another limitation of the quantitative part of the study is that, because the design is quasi-experimental, there may be some differences between the IG and the CG. However, a statistical comparison of the main sociodemographic variables will be assessed and if any differences are found, they will be taken into account in the adjusted regression models.

A strength of the study is that, as far as we know, it is the first to assess the effectiveness and cost-effectiveness of an intervention focused on reducing social isolation in older people in deprived neighborhoods in an urban environment. Importantly, this is a multi-approach evaluation assessing the process, effectiveness and cost-effectiveness of an intervention while using mixed methods (quantitative and qualitative). Furthermore, the tests applied to measure the main outcomes (social support, psychological morbidity and health-related quality of life) are validated tests that not only allow for assessment of the potential impact of the intervention but also for comparison with other studies.

Implications

Aging is one of the greatest social and economic challenges for European societies. At the same time as cities are growing, their share of older residents is increasing. By 2025, more than 20% of European citizens will be 65 years or older [27]. Ensuring the integration of older people in society is essential to promote the wellbeing of older urban residents. Therefore, studies assessing the effectiveness and efficiency of potential interventions to reduce the social isolation of older people are urgently needed.

The results of this study will help to fill the knowledge gap in this area and might be especially useful for the development of social and public health policies and programs for older people in disadvantaged neighborhoods of urban areas.

Abbreviations

CG: Comparison group; CUAC: Cost-utility acceptability curves; EQ-5: EuroQoL-5D; GHQ-12: Goldberg's General Health Questionnaire; IG: Intervention group; ICUR: Incremental Cost-Utility Ratio; MOS: Measures of Quality of Life Core Survey; NSHAP: National Social Life, Health, and Aging Project; QALY: Quality Adjusted Life Years

Acknowledgements

Evaluation Group of the "Schools of Health for Older People": Alba Sánchez, Ana Fernández, Anna Pérez, Camila Astorga, Carme Cortina, Carolina Lapena, Cristina Rey, Elia Diez, Enriqueta Pujol, Ferran Daban, Gemma Castillo, Iolanda Robles, Lucía Artazcoz, María José López, Mariona Pons, Marc Marí-Dell'Olmo, Montse Petit, Natalia Sagarra, Nuria Calzada, Olga Juárez, Xavier Bartoll and Xavier Contente.

Funding

This work was supported by the 8th Institute for the Investigation in Primary Healthcare (IDIAP) Jordi Gol Grant Concession *Convocatòria d'una estada a una Unitat de Recerca de l'IMIM o l'ASPB o l'IDIBAPS* [grant number 2013/01], funded by the Catalan Health Institute.

Availability of data and materials

Not applicable.

Authors' contributions

MJL was responsible for the research protocol design, which was developed by all the authors. AS, CL, XC and AF contributed to the manuscript preparation. All authors edited, read and approved the final version of the manuscript.

Ethics approval and consent to participate

This protocol was approved by the *Comité Ético de Investigación Clínica Parc de Salut Mar* (code n° 2015/6500/I). Participants will be informed both verbally and in writing about the aims, methods, procedures and measures performed during the study. They will be also informed about ethics issues such as confidentiality, their right to ask any questions during the study, and their right to withdraw at any time without penalty. To ensure that all participants have received proper information about the study and have agreed to participate, all participants will be asked to sign a written consent form.

Consent for publication

Not applicable.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Author details

¹Public Health Agency of Barcelona, Lesseps, 1, 08023 Barcelona, Spain. ²Spanish Consortium for Research on Epidemiology and Public Health (CIBERESP), Madrid, Spain. ³Sant Pau Institute of Biomedical Research (IIB Sant Pau), Barcelona, Spain. ⁴Centre d'Atenció Primària Sanllehy, Gerència d'Ambit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat, Institut Català de la Salut, Barcelona, Spain. ⁵Unitat de Suport a la Recerca Barcelona Ciutat, Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol), Barcelona, Spain. ⁶Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Cerdanyola del Vallès, Spain. ⁷Preventive Medicine Department, University Hospital of Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain.

Received: 6 July 2017 Accepted: 31 January 2019

Published online: 18 February 2019

References

1. Beard JR, Bloom DE. Towards a comprehensive public health response to population ageing. *Lancet*. 2015;385(9968):658–61.
2. Idescat. Projeccions de poblacions. 2014. <http://www.idescat.cat/cat/idescat/publicacions/cataleg/pdfdocs/pp2013-2051pr.pdf> Accessed 15 June 2016.
3. Domènech-Abella J, Lara E, Rubio-Valera M, Olaya B, Moneta MV, Rico-Urbe LA, Ayuso-Mateos JL, et al. Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1339-3>.
4. Scharf T, Philipson C, Smith AE. Poverty and social exclusion: growing older in deprived urban neighbourhoods. In: Holland C, editor. *Growing older: quality of life in old age*. Buckingham: Open University press; 2004. p. 81–106.
5. Savikko N, Routasalo P, Tilvis RS, Strandberg TE, Pitkälä KH. Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Arch Gerontol Geriatr*. 2005;41(3):223–33.
6. Barnes M, Blom A, Cox A, Lessof C. The social exclusion of older people: evidence from the first longitudinal study of ageing (ELSA). London: Office of the Deputy Prime Minister; 2006.
7. Henning-Smith C, Moscovice I, Kozhimannil K. Differences in social isolation and its relationship to health by rurality. *J Rural Health*. 2019. <https://doi.org/10.1111/jrh.12344> [Epub ahead of print].
8. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med*. 2010;7(7):e1000316.
9. Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2013;110(15):5797–801.
10. Tabue Teguo M, Simo-Tabue N, Stoykova R, Meillon C, Cogne M, Amiéva H, Dartigues JF. Feelings of loneliness and living alone as predictors of mortality in the elderly: the PAQUID study. *Psychosom Med*. 2016;78(8):904–9.
11. Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health*. 2011;11:647.
12. Cattan M, White M, Bond J, Learmouth A. Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing Soc*. 2005;25(01):41–67.
13. Coll-Planas L, Nyqvist F, Puig T, Urrútia G, Solà I, Montserrat R. Social capital interventions targeting older people and their impact on health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2016. <https://doi.org/10.1136/jech-2016-208131>.
14. Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health Soc Care Commun*. 2016. <https://doi.org/10.1111/hsc.12367>.
15. Hagan R, Manktelow R, Taylor BJ, Mallett J. Reducing loneliness amongst older people: a systematic search and narrative review. *Aging Ment Health*. 2014;18(6):683–93.
16. Salut als barris. 2016. <http://www.aspb.cat/documents/barcelona-salut-als-barris-memoria-2017/>. Accessed 12 September 2016.
17. Sadana R, Blas E, Budhwani S, Koller T, Paraje G. Healthy ageing: raising awareness of inequalities, determinants, and what could be done to improve health equity. *Gerontologist*. 2016;56(Suppl 2):S178–93.
18. Niedzwiedz CL, Richardson EA, Tunstall H, Shortt NK, Mitchell RJ, Pearce JR. The relationship between wealth and loneliness among older people across Europe: is social participation protective? *Prev Med*. 2016;91:24–31.
19. Pla M. El rigor en la evaluación cualitativa. *Aten Primaria*. 1999;24(5):295–8.
20. Cornwell EY, Waite LJ. Measuring social isolation among older adults using multiple indicators from the NSHAP study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2009;2009. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp037>.
21. Agència de Salut Pública de Barcelona. [La salut a Barcelona 2015]. 2015 <http://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2016/11/Informe-Salut-2015.pdf>. Accessed 15 January 2017.
22. Andrade E, Arce C, Seoane G. Adaptación al español del cuestionario «Perfil de los Estados de Ánimo» en una muestra de deportistas. *Psicothema*. 2002;14(4):708–13.
23. Goldberg DP, Oldehinkel T, Ormel J. Why GHQ threshold varies from one place to another. *Psychol Med*. 1998;28(4):915–21.
24. Rabin R, de Charro F. EQ5D: a measure of health status from the EuroQol group. *Ann Med*. 2001;33(5):337–43.
25. Sassi F. Calculating QALYs, comparing QALY and DAY calculations. *Health Policy Plan*. 2006;21(5):402–8.
26. Sacristán JA, Oliva C, Del Llano J, Prieto L, Pinto JL. ¿Qué es una tecnología sanitaria eficiente en España? *Gac Sanit*. 2002;16(4):334–43.
27. European Commission. 2015. Ageing policy. http://ec.europa.eu/health/ageing/policy/index_en.htm. Accessed 30 June 2016.

Ready to submit your research? Choose BMC and benefit from:

- fast, convenient online submission
- thorough peer review by experienced researchers in your field
- rapid publication on acceptance
- support for research data, including large and complex data types
- gold Open Access which fosters wider collaboration and increased citations
- maximum visibility for your research: over 100M website views per year

At BMC, research is always in progress.

Learn more biomedcentral.com/submissions



Annex 5. Cover letter del manuscrit enviat de la part qualitativa de l'avaluació de l'Escola de Salut per a Gent Gran

21th, June, 2019

Dear Editor,

We are submitting the original manuscript entitled “Qualitative evaluation of a community-based intervention to reduce social isolation among older people in disadvantaged urban areas of Barcelona” to *Health & Social Care in the Community* for consideration as an original article.

Social relationships are associated with good mental health and quality of life, and their absence is linked to a significant increase in morbidity and mortality. In Barcelona, a community intervention is currently being implemented to reduce social isolation and loneliness in persons aged 65 years or older in low-income neighbourhoods of the city. This study is a qualitative evaluation aimed at understanding the implementation process and to identify perceived benefits in the participants.

According to the results of the study, the most relevant benefits identified by the participants were that the intervention broke the dynamics of staying at home and not relating to other people, increased participants' contacts with others and enhanced the feeling of belonging to a community. Therefore, this study might be of special interest for most countries, where the proportion of older people is currently increasing.

We want to state that this manuscript has not been published or accepted for publication in any other journal. There are no conflicts of interest to declare regarding this study.

All the authors of the manuscript have contributed significantly to the study, have approved the final version here submitted and will take public responsibility for its content.

We will of course be ready to provide further information about the study if required.

We look forward to hearing from you.

Sincerely,

Dr. Maria J. Lopez
Public Health Agency of Barcelona
mjlopez@aspb.es

Annex 6. Publicació de l'article de l'avaluació del pilotatge del Taller de Salut

Evaluación de una intervención de promoción de la salud para personas mayores de barrios desfavorecidos

Alba Sánchez Mascuñano¹, Carolina Lapena Estella², Xavier Continente García³, Vicencia Laguna Fernández⁴, José Luis del Val García⁵, M^a José López Medina⁶

¹Máster en Salud Pública. Departamento de Medicina Preventiva. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona

²Máster en Enfermería de Salud Pública y Comunitaria. Máster en Antropología y Etnografía. Centro de Atención Primaria Sanllehy. Gerencia de Ámbito de Atención Primaria Barcelona Ciudad. Instituto Catalán de la Salud. Unidad de Apoyo a la Investigación de Barcelona Ciudad. Fundación Instituto Universitario para la Investigación en Atención Primaria de Salud Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol). Universidad Autónoma de Barcelona

³Doctor en Biomedicina. Servicio de Evaluación y Métodos de Intervención. Agencia de Salud Pública de Barcelona. Consorcio de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Instituto de Investigación Biomédica Sant Pau (IIB Sant Pau). Barcelona

⁴Enfermera. Centro de Atención Primaria Sanllehy. Gerencia de Ámbito de Atención Primaria Barcelona Ciudad. Instituto Catalán de la Salud. Barcelona

⁵Máster en Salud Pública. Máster en Dirección de Instituciones Sanitarias. Unidad de Evaluación, Sistemas de Información y Calidad. Instituto Catalán de la Salud. Unidad de Apoyo a la Investigación de Barcelona Ciudad. IDIAPJGol. Barcelona

⁶Doctora en Salud Pública y Metodología de la Investigación Biomédica. Servicio de Evaluación y Métodos de Intervención. Agencia de Salud Pública de Barcelona. CIBERESP. IIB Sant Pau. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona

Fecha de recepción: 20 de mayo de 2019. Aceptada su publicación: 17 de julio de 2019.

Resumen

Objetivo: evaluar la efectividad de una intervención de promoción de la salud para personas de edad avanzada, con el objetivo de promover la adopción de hábitos saludables y de mejorar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), la salud mental y el apoyo social.

Método: se llevó a cabo un estudio de evaluación con diseño pre/post, no-experimental. Se trataba de captar a mayores de 65 años, residentes en la comunidad, de dos barrios de nivel socioeconómico desfavorecido de la ciudad de Barcelona. La intervención consistió en un taller estructurado en ocho sesiones cuyo objetivo era la adopción de hábitos saludables. Se obtuvo información sobre la actividad física, CVRS, hábitos dietéticos, salud mental y apoyo social a partir de cuestionarios validados (IPAQ, SF-36, PREDIMED, GHQ-12, MOS y NSHAP, respectivamente). Se analizaron diferencias antes y después de la intervención mediante los test de McNemar, t de Student y de Wilcoxon para datos apareados según correspondiese.

Resultados: la muestra se compuso de 22 adultos. Tras la intervención, la mediana de actividad física se incrementó en 842,5 MET/semana. La CVRS también mejoró: las puntuaciones para dimensión mental se incrementaron en un 30% y las de la dimensión física un 22%. No se observaron cambios en la dieta o en la salud mental.

Conclusiones: las intervenciones de promoción de la salud, orientadas a personas mayores pueden jugar un papel clave en la mejora de la calidad de vida y el bienestar.

Palabras clave

Promoción de la salud; apoyo social; salud del anciano; soledad; calidad de vida relacionada con la salud; cuidados.

Abstract

Evaluation of a health promotion intervention for elderly persons in underprivileged areas

Objective: to assess the efficacy of a health promotion intervention for persons of advanced age, with the objective of promoting the adoption of healthy habits and improving health-related quality of life (HRQoL), mental health, and social support.

Methods: an evaluation study was conducted with pre/post, non-experimental design. The objective was to recruit >65-year-old persons living in the community, from two areas in the city of Barcelona with underprivileged socioeconomic levels. The intervention consisted in a workshop structured into eight sessions, with the objective of adopting healthy habits. Information was collected about physical activity, HRQoL, diet habits, mental health, and social support, through validated questionnaires (IPAQ, SF-36, PREDIMED, GHQ-12, MOS and NSHAP, respectively). Any differences before and after the intervention were analyzed through the McNemar, Student's t and Wilcoxon tests for paired data, as relevant.

Results: the sample included 22 adults. After the intervention, there was an increase in the median physical activity of 842.5 MET/week. There was also an improvement in HRQoL: the scores for the mental dimension increased by 30% and the physical dimension by 22%. No changes were observed in diet or mental health.

Conclusions: health promotion interventions, oriented to elderly persons, can play a key role in the improvement of QoL and wellbeing.

Key words

Health promotion; social support; elderly persons' health; loneliness; health-related quality of life; care.

Dirección de contacto:

Carolina Lapena Estella. CAP Sanllehy. Institut Català de la Salut. Avda. Mare de Déu de Montserrat, 16-18. 08024 Barcelona. Email: clapena@gencat.cat

Cómo citar este artículo:

Sánchez Mascuñano A, Lapena Estella C, Continente García X, Laguna Fernández V, del Val García JL, López Medina MJ. Evaluación de una intervención de promoción de la salud para personas mayores de barrios desfavorecidos. *Metas Enferm* sep 2019; 22(7):24-32.

Introducción

La proporción de personas de edad avanzada se ha incrementado en las últimas décadas. En la ciudad de Barcelona el 21,2% de la población tiene 65 años o más, y diferentes estimaciones sugieren que esta aumentará de manera notable a corto plazo (1), incrementando así la demanda de servicios sociales y de salud. En consecuencia, es esencial identificar estrategias para promover la salud y la autonomía que ayuden a alcanzar un estatus de bienestar en el último tramo de la vida, entendido este como la capacidad de mantener el máximo nivel posible de participación social, evitando la discapacidad y la enfermedad, y asegurando una calidad de vida óptima entre la población de edad avanzada en España (2).

Determinados estudios han descrito una asociación entre el nivel socioeconómico y diferentes indicadores de salud. Aquellos individuos con un nivel de renta bajo o bien con pérdidas en el nivel del mismo, como las que se sufren con la jubilación, presentan peores puntuaciones en los indicadores de salud (3).

Algunas de las claves para un envejecimiento óptimo son los hábitos dietéticos, el ejercicio físico, la calidad de vida asociada a la salud (CVRS) y la red de apoyo social (4). El envejecimiento suele ir acompañado de una disminución en la red de amistades y compañeros, y por la jubilación. Una falta de apoyo social, ya sea en su aspecto subjetivo (sentimientos de soledad) o bien en el aspecto objetivo (falta de relaciones sociales), ha sido asociado a un mayor riesgo de morbilidad (5-7) y mortalidad (4). Asimismo, los hábitos de salud de las personas mayores son mejorables, ya que menos de la mitad de la población española de 65 años o más declara realizar ejercicio de manera regular, una proporción que disminuye con la edad (8). En la misma línea, la proporción de adultos de mayor edad que muestra una nutrición subóptima va en aumento (9).

Las iniciativas de promoción de la salud también intentan combatir las desigualdades sociales, por lo que suelen dirigirse a sectores desfavorecidos de la población. Es por esto que además de promover hábitos saludables, también suelen pretender potenciar habilidades personales, sociales y aportar una experiencia agradable (10). Esto añade dificultades a la evaluación de este tipo de intervenciones. Pocos programas de promoción de salud han sido correctamente evaluados, de hecho, muchos no llegan ni a evaluarse. En ocasiones, las conclusiones sobre la efectividad son muy limitadas debido

a la utilización de diseños evaluativos que no tienen grupos de comparación (11,12). Otras veces el éxito de los programas de intervención se suele evaluar solo con indicadores de proceso, como el número de personas reclutadas o la satisfacción de las personas participantes (13). Todo ello contribuye a que los resultados obtenidos sean muy heterogéneos (12,14,15). Además, se ha de añadir que a menudo los estudios no suelen tener en cuenta circunstancias contextuales como aspectos culturales, tipo de hogar, lugar de residencia o nivel de ingresos del barrio (13).

La evidencia sobre estudios de promoción de la salud con diseños evaluativos potentes y que tengan en cuenta el contexto es limitada, pero apunta a la posibilidad de conseguir mejoras significativas en dieta y ejercicio a corto plazo (16), mientras que es más difícil encontrar evidencia de mejoras en la calidad de vida (17).

El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad de una intervención de promoción de la salud para personas de edad avanzada, para promover la adopción de hábitos saludables e incrementar la CVRS, la salud mental y el apoyo social.

Método

Se llevó a cabo un estudio de evaluación con diseño experimental, pre-post, a lo largo de 2015. Se seleccionaron dos barrios de Barcelona con nivel socioeconómico desfavorecido (Raval y Trinitat Nova). Los criterios de inclusión fueron ser mayor de 65 años, vivir en los barrios seleccionados (Trinitat Nova y Raval) y aceptar participar en el estudio. Los criterios de exclusión fueron no entender el catalán o castellano, estar institucionalizado y no asistir un mínimo del 50% de las sesiones. La captación de los participantes se realizó a través de Servicios Sociales, centros de Atención Primaria y centros de mayores.

Los sujetos que desearon participar en el estudio recibieron una intervención denominada Taller de Salud, que tenía como objetivo ayudar a las personas de edad avanzada a desarrollar las herramientas, conocimientos y motivación necesarios para adoptar nuevos hábitos saludables, basados en las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson (18). Se abordaron de forma grupal aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales que influyen en la salud y el bienestar de las personas. Así mismo, se aportaron herramientas para aumentar la capacidad de autocuidado y su motivación. Se puede encontrar información más detallada

sobre la intervención en el artículo publicado por Campo et al. (19) y en el Cuadro 1. Esta intervención Taller de Salud se implementó previamente en una muestra de 108 adultos jóvenes, de mediana edad, sanos y residentes en Barcelona. La intervención fue evaluada y los principales resultados observados fueron: la incorporación y el mantenimiento de una dieta equilibrada, la práctica habitual de actividad física, el mantenimiento de unas cifras de tensión arterial, peso y niveles de colesterol óptimos, y la reducción del riesgo cardiovascular (resultados no publicados). La intervención orientada a los mayores no requirió adaptaciones estructurales previas, pero sí que durante el transcurso de las sesiones las enfermeras adaptaron el contenido a las necesidades y preferencias de los asistentes.

Los talleres constaban de ocho sesiones semanales, de una hora y media de duración, y fueron dirigidos por dos enfermeras de Atención Primaria con habilidades y experiencia en conducción de grupos. Se impartieron en los centros cívicos de los barrios participantes. Si los sujetos no asistían a una sesión se contactaba con ellos telefónicamente para interesarse por el motivo de la ausencia.

La dinámica de las sesiones incluía la realización de un ejercicio de respiración antes de su inicio, con el objetivo de ayudar a los participantes a relajarse y a concentrarse. Después se dedicaban unos minutos a compartir experiencias del material de días anteriores, a aclarar

dudas y a repasar los puntos principales de la sesión anterior y se exponía el contenido de la sesión actual con una presentación (en Power Point) que era expuesta de forma dinámica y promoviendo la participación. Al final de cada sesión se dedicaban unos minutos a aclarar dudas sobre el material presentado y a dar algunos ejercicios prácticos para ayudar a la incorporación de nuevos hábitos relacionados con la sesión de esa semana. Se entregaban hojas resumen archivables con los puntos principales comentados en la sesión, para ayudar a los participantes a recordar los contenidos. Al finalizar el taller cada participante disponía de un Manual de Salud completo.

Para la recogida de la información antes de la primera sesión y después de aplicar la intervención, al finalizar la octava sesión, se usaron cuestionarios autocumplimentados por los participantes. Aquellos que tenían alguna dificultad visual recibían apoyo de las enfermeras. Los cuestionarios se cumplimentaban en el mismo centro cívico donde se impartía el taller. El tiempo aproximado para contestar todas las preguntas era de unos 20 minutos.

Los cuestionarios incluían las siguientes variables:

- Variables sociodemográficas: barrio (Tinitat Nova/Raval), edad, género (hombre/mujer), estado civil (soltero/a, casado/a, separado/a, viuda/o, vive en pareja), tipo de hogar (vive solo/a, con familia), nivel educativo (no sabe leer y escribir/estudios primarios

Cuadro 1. Guía para la estructura y el desarrollo de la intervención Taller de Salud, teniendo en cuenta las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson

Desarrollo de las sesiones	Los talleres se realizan un día a la semana con una duración de una hora y media. Se sugiere en la medida de lo posible desarrollar el taller en un espacio tranquilo, agradable y libre de interrupciones. La disposición de los asistentes recomendada para la ejecución de las sesiones es circular, sentados en círculo El material necesario para desarrollar el Taller de Salud sería: 1) Recursos humanos: dos enfermeras, con tiempo para aplicar las ocho sesiones de una hora y media de duración cada una, además del tiempo necesario para prepararlas. 2) Recursos materiales: sala con sillas, ordenador con cañón para la proyección de las presentaciones, portafolios e impresión en color de las hojas recordatorio (un juego completo para cada asistente) Para conocer más sobre los contenidos del taller acceder a la página https://atencioprimariaicsbcn.wordpress.com/taller_de_salut_cap_sanllehy/
Sesión 1	Presentación del taller. Normas de funcionamiento. Aprendizaje de las experiencias. Importancia de mantener una actitud de aprendizaje permanente. Respiración. Tabaco
Sesión 2	Nutrición adecuada y toma de líquidos. Dieta equilibrada
Sesión 3	Eliminación. Importancia de una eliminación regular. Pautas para evitar el estreñimiento. Higiene. Importancia de la higiene personal
Sesión 4	Ejercicio, postura adecuada. Mantener actividad física. Usar prendas de vestir adecuadas, utilización consciente de la ropa y los colores y su importancia en el bienestar. Mantener la temperatura corporal
Sesión 5	Dormir y descansar. Recomendaciones para un buen descanso y sueño
Sesión 6	Evitar peligros físicos y psicológicos Concepto de autoimagen. Autoestima
Sesión 7	Comunicarse, interactuar socialmente. Importancia de contar con personas significativas con quien compartir sentimientos y emociones. Recursos para mejorar la comunicación con uno mismo y con las personas del entorno. Manejo de las emociones
Sesión 8	Trabajar y sentirse útil. Divertirse. Importancia de llevar a cabo actividades que produzcan satisfacción. Realizar actividades recreativas. Importancia de dedicar un tiempo al ocio. Recomendaciones para la continuidad de cuidados. Despedida del grupo y evaluación final. Despedida

incompletos, estudios primarios, estudios secundarios, estudios universitarios), frecuencia de salidas del hogar (cada día, 2-6 días por semana, una vez a la semana, menos de un día a la semana).

- Variables de proceso: se registró la asistencia a cada una de las sesiones. Al final del Taller de Salud se midió la satisfacción de los asistentes con preguntas del tipo "puntué del 0 al 10 su satisfacción general con el taller de salud" y comente "qué le ha gustado más/menos del Taller de Salud".
- Variables de resultado (se usaron cuestionarios validados en español):
 - Salud mental general en el ámbito comunitario, a partir del *General Health Goldberg Questionnaire* (GHQ-12) (20). Utiliza el método de puntuación binario (0-0-1-1) para cada ítem. La puntuación final varió con puntuaciones más altas que indican una mayor morbilidad psicológica.
 - La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se midió a partir del SF-36 (21). Se compone de 36 preguntas de aspectos relacionados con la vida cotidiana. Estas preguntas se agrupan y miden en ocho apartados que se valoran independientemente y dan lugar a ocho dimensiones, cuatro pertenecen al área física y cuatro al área mental. Estas ocho dimensiones son: funcionalidad física, limitación por problemas de salud, dolor corporal, vitalidad, energía o fatiga, percepción general de la salud, limitación por problemas emocionales, salud mental, funcionamiento o rol social. Las puntuaciones de cada una de las ocho dimensiones del SF-36 oscilan entre los valores 0-100, siendo 100 (máximo nivel de salud) y 0 (estado de salud muy malo).
 - Nivel de actividad física, a partir del *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) (22). Recoge información sobre el ejercicio realizado los últimos siete días. Está estructurado para proporcionar puntuaciones de marcha, actividades de intensidad moderada y alta. El puntaje final de la forma corta requiere la suma de la duración (en minutos) y la frecuencia (días). Los datos obtenidos por el IPAQ se pueden mostrar como una variable continua, para esto cada actividad se mide por sus requerimientos de energía definidos como MET y, de esa manera, se pueden expresar en minutos de MET. Más MET corresponden a más ejercicio. Los valores más altos representan un mejor resultado.
 - Hábitos dietéticos, a partir del cuestionario usado en el estudio "Prevención con dieta medi-

terránea" (PREDIMED) (23). Se compone de 14 preguntas. Si la respuesta corresponde a una práctica saludable se cuenta 1 punto por pregunta. El rango de respuestas va de 0 (peor resultado) a 14 (mejor resultado).

- El apoyo social se midió a través de las preguntas extraídas del cuestionario del Proyecto Nacional de Vida Social, Salud y Envejecimiento (NSHAP, por sus siglas en inglés de *National Social Life, Health, and Aging Project*) (24): a) ¿Con qué frecuencia siente que le falta compañía?, con opciones de respuesta de "a menudo", "algunas veces", "nunca", o "casi nunca". El apoyo social también se midió a través de las preguntas extraídas del *Medical Outcomes Study* (MOS) (25): b) ¿Con qué frecuencia está disponible este tipo de apoyo? "Alguien con quien pasar un buen rato", "alguien con quien pueda relajarse", "alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidarse de sus problemas" y "alguien con quien divertirse". Las opciones de respuesta eran de "nunca", "pocas veces", "algunas veces", "la mayoría de las veces" o "siempre".
- La participación social se midió a través de las preguntas extraídas del cuestionario del Proyecto Nacional de Vida Social, Salud y Envejecimiento (NSHAP) (24) que preguntaba sobre el número de contactos con familiares, amigos y actividades sociales. Las respuestas iban de "nunca/ menos de una vez al año/ una o dos veces al año/ varias veces al año/ una vez al mes/ cada semana/ varias veces por semana". Las cuestiones que se utilizaron para valorar el apoyo y participación social no fueron cuestionarios completos, sino que se seleccionaron ítems concretos. Esto fue debido a limitaciones logísticas relacionadas con el tiempo disponible para pasar el cuestionario. En este caso, si bien las preguntas individuales no habían sido validadas, sí lo fueron los cuestionarios de los que provenían.

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos. Para aquellas variables categóricas se estimaron proporciones y para las cuantitativas, la media y desviación estándar (DE) o bien mediana y rango intercuartílico (RIC). Para comparar datos pre y post-intervención se usaron el test de McNemar para proporciones apareadas; y los tests T de *Student* y Wilcoxon para datos apareados. Todos los análisis se efectuaron con el programa SPSS versión 18.0.

Este estudio se desarrolló conforme a las normas oficiales vigentes y la Declaración de Helsinki. Todos los individuos reclutados firmaron un consentimiento informado y aceptaron participar en el estudio. El trabajo cumple con los requisitos del Comité de Ética del Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria (IDIAP) Jordi Gol (Código de aprobación: P16/047). Los participantes fueron informados de que sus datos serían tratados de forma confidencial y sobre su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin penalización.

Resultados

Se reclutaron 22 residentes de los barrios seleccionados. Se perdieron cinco participantes en el seguimiento: uno de ellos no pudo ser encontrado debido a información de contacto incorrecta y cuatro fueron excluidos por no asistir al número mínimo de sesiones (cuatro de ocho). De entre los 17 participantes que completaron la intervención, la mediana de sesiones completadas fue de 6,5 (RIC 6-7). Las características sociodemográficas constan en la Tabla 1.

Los participantes valoraron como más positivo de la intervención formar parte de un grupo, tratar con otras personas, compartir y aprender con los contenidos de las sesiones. Únicamente valoraron como negativo que las ocho sesiones pasaran rápido. La satisfacción con la intervención obtuvo una mediana por parte de los participantes de 9 puntos sobre 10 (RIC: 8-10).

Los principales resultados basales (pre-taller) y de seguimiento (post-taller) se muestran en las Tablas 2 y

Tabla 1. Características de los participantes

		n (%)
Edad media (DE)*		75,5 (6,27)
Género	Hombre	3 (18)
	Mujer	14 (82)
Estado civil	Soltero/a	1 (6)
	Casado/a	7 (41)
	Viudo/a	8 (47)
	Divorciado/a	1 (6)
Tipo de hogar	Vive solo	8 (47)
	Vive con familiares	9 (53)
Nivel educativo	Primaria incompleta	7 (41)
	Primaria	8 (47)
	Secundaria	1 (6)
	Ns/Nc	1 (6)
Frecuencia diaria de salidas de casa		17 (100)
Barrio	Trinitat Nova	7 (41)
	Raval	10 (59)

3. En el ámbito de apoyo social se observó mejora en el ítem “¿Cuenta con alguien con quien hacer cosas para olvidar sus problemas?”. No hubo cambios significativos ni en las características de la dieta ni en la salud mental general en el ámbito comunitario.

La actividad física aumentó significativamente tras la intervención, de una mediana de 1039,5 MET/semana por persona a 1882,0 MET/semana tras la intervención (IPAQ). La parte del ejercicio físico que más se modificó fue la relativa a la marcha, los participantes caminaban más tiempo después de la intervención.

La puntuación media en CVRS, área mental, aumentó en un 30%, 52,3 puntos pre-intervención frente a 66,5 puntos post-intervención ($p= 0,035$), y la puntuación media en CVRS, área física aumentó en un 22%, 50,0 puntos pre-intervención frente a 69,0 puntos post-intervención ($p= 0,023$).

Aquellas dimensiones de la QVRS que mostraron mejoras significativas después de la intervención fueron: funcionalidad física, vitalidad, energía o fatiga, salud mental general y percepción de la salud general.

Discusión y conclusiones

Los resultados de este estudio muestran un efecto positivo de la intervención sobre la CVRS, tanto en su dimensión mental como física, así como mejoras en la actividad física.

Los resultados muestran que la intervención aplicada no ayudó a reducir el sentimiento de soledad (10,27), pero sí mejoró uno de los indicadores relacionados con el apoyo social, en línea con otros estudios, como los de Routasalo et al. (26), en el que los participantes en una intervención similar a la propuesta conseguían hacer nuevos amigos.

En estudios previos, una baja calidad y cantidad de apoyo social se ha relacionado con niveles aumentados de morbilidad y esperanza de vida reducida (5,28), por lo que el resultado observado puede tener relevancia en el estado de salud.

No se apreciaron cambios en hábitos dietéticos, probablemente porque la intervención contenía una única sesión centrada en nutrición y alimentación saludable, que podría haber sido insuficiente para promover el cambio de hábitos. En otro estudio con personas de edad avanzada se observó que cinco sesiones educati-

Tabla 2. Puntuaciones en “apoyo social” y Cuestionario General de Salud (GHQ-12) antes y después de la intervención

APOYO SOCIAL	Pre-intervención (n= 17)	Post-intervención (n= 17)	P valor
Preguntas extraídas del cuestionario MOS			
¿Con qué frecuencia cuenta con...?			
Alguien con quien pasar un buen rato			
Nunca	1 (5,9)	1 (5,9)	0,290 ^b
Pocas veces	2 (11,8)	1 (5,9)	
Algunas veces	7 (41,2)	5 (29,4)	
La mayoría de veces	4 (23,5)	6 (35,3)	
Siempre	3 (17,6)	4 (23,5)	
Alguien con quien pueda relajarse			
Nunca	0 (0,0)	1 (5,9)	0,271 ^b
Pocas veces	6 (35,3)	2 (11,8)	
Algunas veces	4 (23,5)	5 (29,4)	
La mayoría de veces	5 (29,4)	5 (29,4)	
Siempre	2 (11,8)	4 (23,5)	
Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas			
Nunca	3 (17,6)	1 (5,9)	0,025 ^b
Pocas veces	4 (23,5)	2 (11,8)	
Algunas veces	4 (23,5)	3 (17,6)	
La mayoría de veces	3 (17,6)	7 (41,2)	
Siempre	3 (17,6)	4 (23,5)	
Alguien con quien divertirse			
Nunca	1 (5,9)	1 (5,9)	0,211 ^b
Pocas veces	4 (23,5)	4 (23,5)	
Algunas veces	6 (35,3)	2 (11,8)	
La mayoría de veces	3 (17,6)	5 (29,4)	
Siempre	3 (17,6)	5 (29,4)	
Preguntas extraídas del cuestionario NSHAP			
¿Con qué frecuencia siente que le falta compañía?			
A menudo	4 (23,5)	4 (23,5)	0,527 ^b
Algunas veces	5 (29,4)	3 (17,6)	
Nunca o casi nunca	8 (47,1)	10 (58,8)	
¿Con qué frecuencia se siente como dejado de lado?			
A menudo	4 (23,5)	1 (5,9)	0,063 ^b
Algunas veces	1 (5,9)	1 (5,9)	
Nunca o casi nunca	12 (70,6)	15 (88,2)	
En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia se ha reunido con amigos o parientes?			
Nunca	1 (5,9)	0 (0,0)	0,279 ^b
Menos de una vez al año	1 (5,9)	0 (0,0)	
Una o dos veces al año	1 (5,9)	2 (1,8)	
Varias veces al año	5 (29,4)	0 (0,0)	
Una vez al mes	0 (0,0)	5 (29,4)	
Cada semana	2 (11,8)	5 (29,4)	
Varias veces por semana	7 (41,2)	5 (29,4)	
CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD (GHQ-12)			
Puntuación total media (DE)	1,9 (2,51)	1,4 (1,73)	0,347 ^a

Nota: MOS: medidas de calidad de vida; NSHAP: Proyecto Nacional en Vida Social, Salud y Envejecimiento Saludable; a: Test t de Student para datos apareados; b: test de los signos de Wilcoxon para datos apareados

vas de una hora y media, centradas en la dieta, mejoraban significativamente la ingesta de seis grupos de alimentos (29). Además, la intervención aplicada en este estudio se efectuó en personas con un bajo nivel económico, lo que podría limitar el acceso a determinados grupos de alimentos como frutas, verduras, aceite de

oliva o pescado, más caros, tal y como otros estudios demostraron previamente (30).

El presente trabajo mostró que los niveles de actividad física, medido en METS, aumentaron de forma significativa. Estos resultados son especialmente relevantes

Tabla 3. Puntuaciones en PREDIMED (prevención con dieta mediterránea), IPAQ (cuestionario internacional en actividad física) y SF-36 (encuesta de Salud SF-36) antes y después de la intervención

	Pre-intervención (n= 17)	Post-intervención (n= 17)	P valor	
PREDIMED	Media (DE)	Media (DE)		
	Puntuación total	6,2 (2,33)	6,9 (1,68)	0,256 ^a
IPAQ	Mediana [RIC]	Mediana [RIC]		
	Total MET/semana	1.039,5 [693,0-1.905,7]	1.882,0 [1.386,0-2.772,0]	0,004 ^b
	Media (DE)	Media (DE)		
	Dimensión física	52,3 (30,37)	66,5 (24,92)	0,003 ^a
	Dimensión mental	50,0 (27,83)	69,0 (26,64)	0,013 ^a
	Funcionalidad física (PF)	55,6 (25,41)	72,1 (22,46)	0,012 ^a
	Limitaciones en el día a día causadas por problemas de salud (RP)	63,2 (44,30)	61,8 (45,17)	0,881 ^a
SF-36	Limitaciones en el día causadas por problemas emocionales (RE)	62,7 (48,42)	70,6 (46,97)	0,466 ^a
	Vitalidad, energía o fatiga (VT)	45,9 (29,8)	61,8 (22,91)	0,041 ^a
	Salud mental general, cubriendo el sufrimiento psicológico y el bienestar (MH)	47,8 (26,78)	64,8 (26,81)	0,005 ^a
	Funcionalidad social (SF)	69,9 (21,68)	80,9 (26,93)	0,078 ^a
	Dolor corporal (BP)	63,1 (33,65)	63,8 (29,79)	0,912 ^a
	Percepción de salud en general (GH)	36,4 (22,61)	62,4 (26,64)	< 0,001 ^a

Nota: a: test t de Student para datos apareados; b: test de los signos de Wilcoxon para datos apareados

porque cualquier aumento en la actividad física en población de edad avanzada se asocia a una mejora de su estatus cardiovascular y fragilidad (31-34). La revisión de Chatterjee (10) mostraba que el ámbito del ejercicio es una de las áreas donde se evidencian mejoras por este tipo de actividades.

La intervención produjo un efecto positivo en la CVRS, tanto en su dimensión mental como física. Kwon et al. (34) reportaron una mejora de 4,1 puntos sobre 100 en la dimensión física del SF-36 y de 2,9 en la mental, tras una intervención en mujeres residentes en la comunidad, mientras que en el estudio actual se ha podido observar una mejora notable, con un aumento de 14,2 y 19,0 puntos, respectivamente.

Este estudio está basado en un diseño pre-post sin grupo comparación, por lo que no se puede asegurar que las diferencias detectadas sean debidas a la intervención. Sin embargo, dado que la muestra está compuesta de adultos de edad avanzada, sería razonable esperar un cierto grado de empeoramiento de la mayoría de las variables analizadas, mientras que lo que se observó fue una mejora estadísticamente significativa en actividad física, CVRS y red de apoyo social. Por lo tanto, estos resultados sugieren que el cambio observado podría ser atribuido a la intervención.

El presente trabajo es un estudio preliminar de tipo exploratorio y, por ello, la muestra seleccionada fue muy limitada. No obstante, se han podido observar dife-

rencias significativas entre los niveles basales (pre-intervención) y post-intervención en numerosos indicadores. Es de esperar, por tanto, que podrían encontrarse diferencias significativas en otras variables de haber tenido un mayor tamaño de muestra.

Es de interés que se haya podido evaluar la intervención de promoción de la salud en una población de nivel socioeconómico desfavorecido. Además, se hizo uso de la CVRS, medida que va más allá del estado de salud y de los hábitos, y se usaron instrumentos validados para determinar la adopción de hábitos saludables y el fomento de la salud mental y la red de apoyo social, herramientas que facilitaron la comparación con otros estudios.

Estos resultados son prometedores y se considera que sería interesante seguir investigando en la misma línea, con muestras más grandes y otros tipos de diseños evaluativos que incluyan un grupo comparación. También sería recomendable llevar a cabo trabajos que valoren los cambios observados a medio y largo plazo.

Este tipo de estudios pueden ayudar a analizar prioridades en los servicios sanitarios y sociales, no solo a nivel asistencial individual sino con intervenciones grupales de promoción de la salud (28,35). Promover el envejecimiento activo de las personas de edad avanzada debería ser prioritario en cualquier agenda de salud pública.

Desde la Atención Primaria ha de potenciarse la promoción de la salud como una estrategia para abordar el

envejecimiento y la cronicidad crecientes en la sociedad actual. Los profesionales sanitarios tienen que incorporar los recursos comunitarios disponibles en su zona a su práctica habitual como un recurso más que ofrecer a aquellos quienes atienden, ya sea con formación para conducir este tipo de actividades como para prescribirlos según las necesidades de cada persona.

Las enfermeras pueden impactar en la salud de las personas que cuidan, también fuera de las consultas. Precisamente fuera de los centros sanitarios es donde se puede mostrar mejor que la salud va más allá de la enfermedad e influye en todos los aspectos de la vida cotidiana.

Los hallazgos positivos de este estudio orientan a pensar que el taller de salud mejora la actividad física de las personas mayores, la calidad de vida y determinados indicadores relacionados con el apoyo social. Los resultados no reflejan que mejore la salud mental, pero sí algunos indicadores relacionados con el apoyo social. Las intervenciones de promoción de la salud para personas de edad avanzada podrían ser un elemento clave en la mejora de su calidad de vida, avanzando, por tanto, en el objetivo de ayudar a dicha población a vivir en un estado completo de bienestar.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses


Ninguno.

Bibliografía

1. Enquesta de Salut de Catalunya. Estils de vida a la ciutat de Barcelona. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2006.
2. Foster L, Walker A. Active and successful aging: a european policy perspective. *The Gerontologist*. 2015; 55:83-90.
3. Duncan GJ. Income dynamics and health. *Int J Health Serv*. 1996; 26:419-44.
4. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *The Gerontologist*. 1997; 37:433-40.
5. Luo Y, Hawkey LC, Waite LJ, Cacioppo JT. Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. *Soc Sci Med*. 2012; 74:907-14.
6. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci*. 2015; 10:227-37.
7. Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health*. 2011; 11:647. Doi: 10.1186/1471-2458-11-647.
8. Gine-Garriga M, Martín C, Martín C, Puig-Ribera A, Antón JJ, Guiu A, et al. Referral from primary care to a physical activity programme: establishing long-term adherence? A randomized controlled trial. Rationale and study design. *BMC Public Health*. 2009; 9:31. Doi.org/10.1186/1471-2458-9-31
9. Donini LM, Savina C, Cannella C. Eating habits and appetite control in the elderly: the anorexia of aging. *Int Psychogeriatr*. 2003; 15:73-87.
10. Chatterjee HJ, Camic P, Lockyer B, Thomson L. Non-clinical community interventions: a systematised review of social prescribing schemes. *Arts & Health*. 2017; 10(2):1-27.
11. Landeiro F, Barrows P, Nuttall Musson E, Gray AM, Leal J. Reducing social isolation and loneliness in older people: a systematic review protocol. *BMJ Open* 2017; 7:e013778. Doi:10.1136/bmjopen-2016-013778.
12. Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health Soc Care Community*. 2018; 26(2):147-57. Doi:10.1111/hsc.12367.
13. Valtorta N, Hanratty B. Loneliness, isolation and the health of older adults: do we need a new research agenda? *J.R. Soc. Med*. 2012; 105:518-22. Doi:10.1258/jrsm.2012.120128.
14. Windle. SCIE Research briefing 39: Preventing loneliness and social isolation: interventions and outcomes [internet]. 2014 [cited 8 Aug 2019]. Available from: <http://www.scie.org.uk/publications/briefings/briefing39/>.
15. Coll-Planas L, Nyqvist F, Puig T, Urrutia G, Solà I, Montserrat R. Social capital interventions targeting older people and their impact on health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* jech-2016-208131. Doi:10.1136/jech-2016-208131.
16. Luten KA, Reijneveld SA, Dijkstra A, de Winter AF. Reach and effectiveness of an integrated community-based intervention on physical activity and healthy eating of older adults in a socioeconomically disadvantaged community. *Health Educ Res*. 2016; 31(1):98-106. Doi: 10.1093/her/cyv064.
17. Verkleij S, Adriaanse M, Verschuren M, Ruland EC, Wendel-Vos GC, Schuit AJ. Five-year effect of community-based intervention Hartslag Limburg on quality of life: A longitudinal cohort study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2011; 9:11. Doi.org/10.1186/1477-7525-9-11.
18. Henderson V. Basic Principles of Nursing Care. London: International Council of Nurses; 1960.
19. Campo Osaba MA, del Val JL, Lapena C, Laguna V, García A, Lozano O, et al. The effectiveness of a health promotion with group intervention by clinical trial. Study protocol. *BMC Public Health*. 2012; 12:209. Doi: 10.1186/1471-2458-12-209.
20. Goldberg DP, Blackwell B. Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. *Br Med J*. 1970; 1:439-43.
21. Alonso J, Prieto L, Antón JM. La versión española del SF-36 *Health Survey* (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*. 1995; 104:771-6.
22. Craig CL, Marshall A, Sjoström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International Physical Activity Questionnaire: 12 country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* 2003; 35(8):1381-95.
23. Fitó M, Guxens M, Corella D, Estruch R, de la Torre R, Francés F, et al. Effect of a traditional Mediterranean diet on lipoprotein oxidation: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2007; 167(11):1195-203.

24. Smith S, Jaszczak A, Graber J, Lundeen K, Leitsch S, Wargo E, et al. Instrument development, study design implementation, and survey conduct for the national social life, health, and aging project. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2009; 64 (Suppl 1):i20-9.
25. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med.* 1991; 32(6): 705-14.
26. Routasalo PE, Tilvis RS, Kautiainen H, Pitkala KH. Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people: randomized controlled trial. *J Adv Nurs.* 2009; 65:297-305.
27. Gustafsson S, Berglund H, Faronbi J, Barenfeld E, Ottenvall Hammar I. Minor positive effects of health-promoting senior meetings for older community-dwelling persons on loneliness, social network, and social support. *Clin Interv Aging.* 2017; 12:1867-77.
28. Perissinotto A, Holt-Lundstad J, Periyakoil V, Covinsky K. Practical Approach to Assessing and Mitigating Loneliness and Isolation in Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2019; 67(4):657-62.
29. Kimura M, Moriyasu A, Kumagai, Furuna T, Akita S, Kimura S, et al. Community-based intervention to improve dietary habits and promote physical activity among older adults: a cluster randomized trial. *BMC Geriatr.* 2013; 13:8.
30. Petroka K, Campbell-Bussiere R, Dychtwald DK, Milliron BJ. Barriers and facilitators to healthy eating and disease self-management among older adults residing in subsidized housing. *Nutr Health.* 2017; 23(3):167-75.
31. Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc.* 2007; 39:1435-45.
32. Aguirre LE, Villareal DT. Physical Exercise as Therapy for Frailty. *Nestle Nutr Inst Workshop Ser.* 2015; 83:83-92.
33. De Labra C, Guimaraes-Pinheiro C, Maseda A, Lorenzo T, Millán-Calenti JC. Effects of physical exercise interventions in frail older adults: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Geriatr.* 2015; 15:154. Doi: 10.1186/s12877-015-0155-4.
34. Kwon J, Yoshida Y, Yoshida H, Kim H, Suzuki T, Lee Y. Effects of a combined physical training and nutrition intervention on physical performance and health-related quality of life in prefrail older women living in the community: a randomized controlled trial. *J Am Med Dir Assoc.* 2015; 16(3):263.e1-8. Doi: 10.1016/j.jamda.2014.12.005.
35. Martínez Trujillo CN. La investigación enfermera para la definición de políticas y la toma de decisiones en el Sistema de Salud. *Metas Enferm.* 2015; 18(8):3.

Si quieres ampliar más información sobre este artículo, consulta:

Introduce estos términos:

ENFERMERIA INTELIGENTE

Promoción de la salud; apoyo social; salud del anciano; soledad; calidad de vida relacionada con la salud.



Contacta con los autores en:
 clapena@gencat.cat

Annex 7. Pòster a congrés City Health 2015 “L’Escola de Salut de Gent Gran de la Guineueta: intervenció comunitària per a millorar l’aïllament social de la Gent Gran”



5 - 6 November

Cristina Rey
Agència Salut Pública de Barcelona
pl. Lesseps, 1
08023 Barcelona
Spain

Knowledge•Action•Change (K•A•C)
8 Northumberland Avenue
London WC2N 5BY
United Kingdom

London/Barcelona, 12/Nov/2015

To Whom It May Concern

Dear Madam or Sir,

We confirm that **Cristina Rey** participated at City Health International 2015.

Cristina Rey is author/co-author of the following accepted contribution(s):

Title: L'Escola de Salut de Gent Gran de la Guineueta: intervenció comunitària per millorar i reduir l'aïllament social de la gent gran

Conference Track / Type of Submission: Parallel Session Presentation

Author(s): Rey, Cristina; Petit, Montse; Pasarin, Marbel; Calzada, Núria; Lopez, Maria Jose; Lapena, Carolina; Luque, Francisco; Abdon, Miquel; Cuesta, Trini; Solanes, Pilar

Presenting Author: Rey, Cristina

With best regards,

City Health International Team
CHI Conference Organiser

Annex 8. Comunicació oral a congrés SEE “Evaluación cualitativa de una intervención comunitària para reducir el aislamiento social en personas mayores”

CERTIFICADO DE COMUNICACIÓN ORAL

El Comité Científico del XXXV Reunión Anual de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y XII Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia (APE), celebrado en Barcelona los días 6 al 8 de septiembre de 2017, certifica que ha sido presentada en la mesa espontánea "La acción comunitaria: estrategia efectiva de mejora de la salud colectiva." la **comunicación oral** titulada

EVALUACIÓN CUALITATIVA DE UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA PARA REDUCIR EL AISLAMIENTO SOCIAL EN PERSONAS MAYORES

cuyos autores son

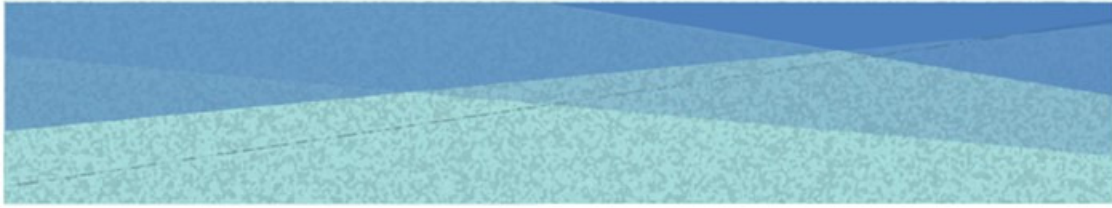
C. Lapena, MJ. López, X. Continente, A. Sánchez, M. Pons, E. Pujol

Y para que así conste, se expide el presente certificado en Barcelona, 8 de septiembre de 2017.



Silvia De Sanjosé
Presidenta del Comité Científico

Annex 9. Pòster a Jornades CiberEsp “Evaluación de una intervención comunitaria para reducir el aislamiento social en personas mayores de Barrios desfavorecidos de Barcelona”



ciberesp
Centro de Investigación Biomédica en Red
Epidemiología y Salud Pública

isc Instituto de Salud Carlos III

JORNADA CIENTÍFICA CIBERESP 2018

*Aula Pittaluga, Escuela Nacional de Sanidad
13 de Junio, Madrid*

Libro de comunicaciones

PÓSTERES

P4. EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA PARA REDUCIR EL AISLAMIENTO SOCIAL EN PERSONAS MAYORES DE BARRIOS DESFAVORECIDOS DE BARCELONA

Carolina Lapena, María José López, Xavier Continente, Alba Sánchez-Masculano.

ASPB; CIBERESP; IIB Sant Pau; CAP Sanllehy; IDIAP Jordi Gol

Introducción/Objetivos: La soledad y el aislamiento social son frecuentes en personas mayores y se asocia a peores indicadores de salud. El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad de una intervención comunitaria ("Escuela de Salud para personas mayores"), diseñada para reducir el aislamiento social y mejorar la calidad de vida en personas mayores.

Métodos: Diseño cuasi-experimental antes y después. La intervención se realizó el año 2015 en dos barrios desfavorecidos de Barcelona. El grupo intervención (GI) lo constituyeron las 70 participantes que realizaron la intervención y el grupo comparación (GC) 65 personas de otros dos barrios de posición socioeconómica similar. Se administró el mismo cuestionario antes de la intervención y al finalizarla. Las variables de estudio fueron la calidad de vida (EuroQoL-5D), la salud mental (Goldberg), la salud percibida y el apoyo social (MOS y NSHAP). Se analizaron las diferencias en los cambios antes y después en los GI y GC para cada una de las variables.

Resultados: El 80% de las participantes eran mujeres y la mitad tenía ≥ 75 años. Casi el 90% tenía estudios primarios o inferiores. La calidad de vida no varió en el GI, mientras que en el GC empeoró en 0,0512 utilidades, observando diferencias significativas entre GI y GC ($p=0,006$). El porcentaje de personas con problemas de salud mental disminuyó un 10,1% en el GI y aumentó un 12,5% en el GC, habiendo una menor probabilidad de empeoramiento en el GI (RPa=0,46; IC95%:0,23-0,90). En ambos grupos se observó un empeoramiento del apoyo social de los participantes, siendo éste significativamente menor en el GI (RPa=0,77; IC95%:0,61-0,96)

Conclusiones: La intervención "Escuela de Salud para personas mayores", a corto plazo, frena el empeoramiento de la calidad de vida, la salud mental y el apoyo social característico de las personas mayores. Futuros estudios deberían evaluar el impacto a largo plazo de esta intervención.

