



VNiVERSiDAD D SALAMANCA

E. U. de Enfermería y Fisioterapia

Titulación: Enfermería

TRABAJO FIN DE GRADO

Tipo de Trabajo:

Trabajo de investigación

Título

Análisis del impacto en la calidad de vida de los participantes de las escuelas de salud para personas mayores.

Estudiante: Gemma Páez González

Tutor: Josefa García Barrado

Salamanca, 16 de Enero 2019

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVOS	7
MATERIAL Y MÉTODOS.....	7
RESULTADOS.....	14
DISCUSIÓN	17
CONCLUSIÓN.....	19
BIBLIOGRAFÍA	19
ANEXO 1.....	21
ANEXO 2.....	26

RESUMEN

Las tendencias sociales y demográficas de los últimos tiempos muestran un aumento de los adultos en riesgo de soledad y aislamiento. Con el aumento de la edad se producen pérdidas como el trabajo y la pareja, así como las relaciones sociales que pueden favorecer el aislamiento social con un impacto en la salud y disminución de la calidad de vida.

Todo este contexto se convierte en un aspecto relevante para la salud pública y por ello diferentes estrategias ponen en marcha intervenciones con el objetivo de aumentar la calidad de vida y disminuir el aislamiento en personas mayores. En Barcelona desde el año 2008 existen las escuelas de salud para personas mayores (ESPM), que tienen como objetivo a través de sesiones grupales incrementar los conocimientos sobre la salud y los recursos personales para mejorar el autocuidado y los hábitos saludables, así como las relaciones sociales, lo que tendrá un impacto en la calidad de vida de estas personas. Este trabajo de investigación analiza el impacto en la calidad de vida en las personas usuarias de dichas escuelas durante los años 2016-2017 demostrando que la participación en las ESPM aumenta la calidad de vida en general, especialmente en las mujeres que participan.

INTRODUCCIÓN

La situación general

El envejecimiento de la población es una tendencia a escala mundial, actualmente Europa se ha convertido en el continente más envejecido del mundo. Este incremento en la esperanza de vida va acompañado de un cambio en las causas de mortalidad, en el que las enfermedades infecciosas han sido substituidas por la cronicidad de los problemas relacionados con el envejecimiento. Dentro de dichas patologías cabe destacar las enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedad de Alzheimer y otras afecciones de salud mental, cáncer, neumopatía obstructiva crónica y problemas del aparato locomotor (1).

Si nos centramos en salud mental los principales problemas que afectan a las personas de edad avanzada son la depresión, la ansiedad, la demencia; la esquizofrenia, los trastornos bipolares y el abuso del alcohol. Entre ellos el más común es la depresión y la demencia el más temido, todos ellos generando un gran impacto en la calidad de vida y en los factores de vulnerabilidad de este colectivo (2).

Las personas mayores en condiciones de vulnerabilidad han aumentado en todas las ciudades coincidiendo con el cambio sociodemográfico actual. Los cambios en la estructura de las familias y los hogares como el aumento de la tasa de ocupación femenina y la elevada movilidad residencial vinculada a las posibilidades de acceso de la vivienda, conjuntamente con el envejecimiento, revierten principalmente en las mujeres en situación de monoparentalidad y el de las personas mayores en situación de aislamiento o fragilidad relacional. Este colectivo social acumula diferentes factores de vulnerabilidad, los bajos ingresos son uno de los factores más frecuentes que además se agravan en el caso de las mujeres viudas que cobran pensiones no contributivas. La disminución de ingresos por la salida del mercado laboral, así como la percepción de la jubilación como estado de inactividad relacionado con los modelos de éxito social vinculados al trabajo influyen directamente en los procesos de vulnerabilidad (3).

Por otro lado, el proceso de envejecimiento conlleva la pérdida de familiares y pareja, y con ello el debilitamiento de los vínculos sociales y relacionales que pueden favorecer el aislamiento social. También cabe destacar la aparición de enfermedades que influyen en la pérdida de autonomía como momento clave en la trayectoria del envejecimiento. Todo ello implica asumir nuevos roles que dificultan la posibilidad de relacionarse fuera del hogar agravando los sentimientos de soledad y el aislamiento (3).

El contexto de Barcelona

Actualmente según los datos del padrón municipal de habitantes de la ciudad de Barcelona en el año 2017, un 26,7% de los hombres y un 38,6% de las mujeres tenían 65 años o más. Dentro de este grupo de personas, 21.186 hombres y 68.654 mujeres vivían solos. El porcentaje más elevado lo encontramos en mujeres de 85 años o más, donde un 45,1% viven solas (4).

La prevalencia de trastornos ansiosodepresivos entre las personas mayores en Barcelona es de un 17,4%, más elevada entre las mujeres (21,8% vs. 10,7% hombres) y no relacionada con la edad. Mientras que en los hombres este tipo de trastorno no está ligado a la clase social, en mujeres es más frecuente en las clases más desfavorecidas. Además, en ambos sexos, tanto los problemas ansiosodepresivos como el consumo de psicofármacos está estrechamente ligado al hecho de convivir con una persona con discapacidad.

En lo relativo a la movilidad de las personas mayores no siempre está determinada por las limitaciones físicas, sino por las dificultades en la accesibilidad por falta de un transporte adecuado y barreras arquitectónicas. Actualmente en Barcelona el 21% de los hogares donde viven personas mayores carecen de ascensor (2).

Intervenciones para mejorar la calidad de vida de las personas mayores

Todos estos cambios anteriormente comentados necesitan un nuevo paradigma del envejecimiento, una visión más allá de una etapa de deterioro físico y mental con un abordaje vinculado básicamente a la atención sanitaria de los trastornos de salud y desde servicios sociales con atención a la dependencia. Ante este escenario es preciso trabajar en la prevención y promoción de la salud de las personas mayores.

Por otro lado es necesario revisar concepciones muy instauradas en la creencia de que envejecer está directamente vinculado con la pasividad y la dependencia, los nuevos paradigmas del envejecimiento saludable ponen el énfasis en la autonomía, los derechos sociales y las relaciones de las personas mayores (2). Debemos cambiar la visión actual del envejecimiento poniendo el foco en valorar las contribuciones a nivel social de las personas mayores y reforzarlas, rechazando la discriminación por edad y la exclusión, una visión orientada a reducir las desigualdades sociales ofreciendo entornos y oportunidades que faciliten hacer elecciones más saludables promoviendo la independencia y la calidad de vida.

La influencia de las relaciones sociales en la salud de las personas mayores tiene un papel crucial. Los mayores con vínculos sociales tienen mejor salud y más capacidad de afrontamiento, y la participación en actividades de ocio, así como la interacción social incrementan la función cognitiva y proporcionan apoyo emocional (5). Por todo ello diferentes estrategias intentan implementar intervenciones para aumentar la calidad de vida de las personas mayores y disminuir el aislamiento. Con esta finalidad existen experiencias en el ámbito comunitario que se han realizado por diferentes agentes y que van desde el seguimiento telefónico y acompañamiento individual a las visitas domiciliarias o actividades grupales.

Las relaciones sociales no se asocian únicamente a una buena salud mental si no que su ausencia está directamente relacionada con el aumento significativo de morbilidad y mortalidad (6,7). La elevada prevalencia del aislamiento social junto con la evidencia de que puede impactar en el bienestar y la salud individuales, se convierten en un aspecto relevante para la salud pública (8).

Desde el año 2008 existen en algunos barrios de Barcelona las Escuelas de Salud de Personas Mayores (ESPM) con el objetivo de reducir el aislamiento social, mejorar la percepción de soporte social y sus relaciones sociales, así como mejorar los conocimientos y habilidades de las personas participantes ofreciendo herramientas para la toma de decisiones que fomenten un envejecimiento activo y una mejora de la calidad de vida. Las escuelas de salud consisten en sesiones grupales gratuitas, semanales y de una hora de duración, en el que los asistentes previamente inscritos, participan de talleres prácticos y charlas. La intervención está liderada por la Agencia

de Salud Pública de Barcelona conjuntamente con otras instituciones y entidades configurando un gran entramado comunitario.

El trabajo realizado durante estos años nos hace plantearnos el impacto de las Escuelas de Salud de Personas Mayores (ESPM) y es por ello la necesidad de realizar un trabajo de investigación.

OBJETIVOS

Los objetivos del siguiente trabajo son:

1. Analizar el impacto de las ESPM en la calidad de vida de las personas que participan.
2. Analizar las diferencias entre hombres y mujeres.
3. Analizar si existen diferencias entre los que acuden por primera vez y los repetidores.

Hipotetizamos que la participación en estas actividades incrementa la calidad de vida de las personas mayores, independientemente del sexo, y de si es la primera vez que participan o ya lo han hecho en otras ocasiones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Estudio longitudinal, pre-test post-test, sin grupo de comparación.

Contexto: Escuelas de Salud para las Personas Mayores de la ciudad de Barcelona activas durante el curso 2016-2017 que aceptan participar en el estudio. Las escuelas que aceptaron fueron las de:

- Raval
- Guineueta
- Verdum
- Besós i Maresme

- Verneda i la Pau
- Vallcarca
- Casc Antic
- Barcelona
- Sant Andreu

Intervención

Las Escuelas de Salud consisten en sesiones grupales gratuitas, semanales y de una hora de duración, en el que los asistentes previamente inscritos, participan de talleres prácticos y charlas. La intervención está liderada por la Agencia de Salud Pública de Barcelona conjuntamente con otras instituciones y entidades configurando un gran entramado comunitario.

El modelo conceptual en que se basa se puede ver en la Figura 1. A grandes rasgos, se postula que la participación en la ESPM tendrá un impacto a 2 niveles: individual en el que la participación producirá cambios en los conocimientos sobre la salud y recursos personales que dotarán de herramientas para la mejora del autocuidado y los hábitos saludables. También se producirá el aumento de los contactos sociales y las actividades de ocio disminuyendo así la soledad de los usuarios, todo ello impactando de forma última en la mejora de la salud física, salud mental/emocional y la disminución de la frecuentación a los servicios sanitarios. A nivel comunitario la participación favorece el incremento del capital social, creando ciudadanos más activos y empoderados mejorando la cohesión social.

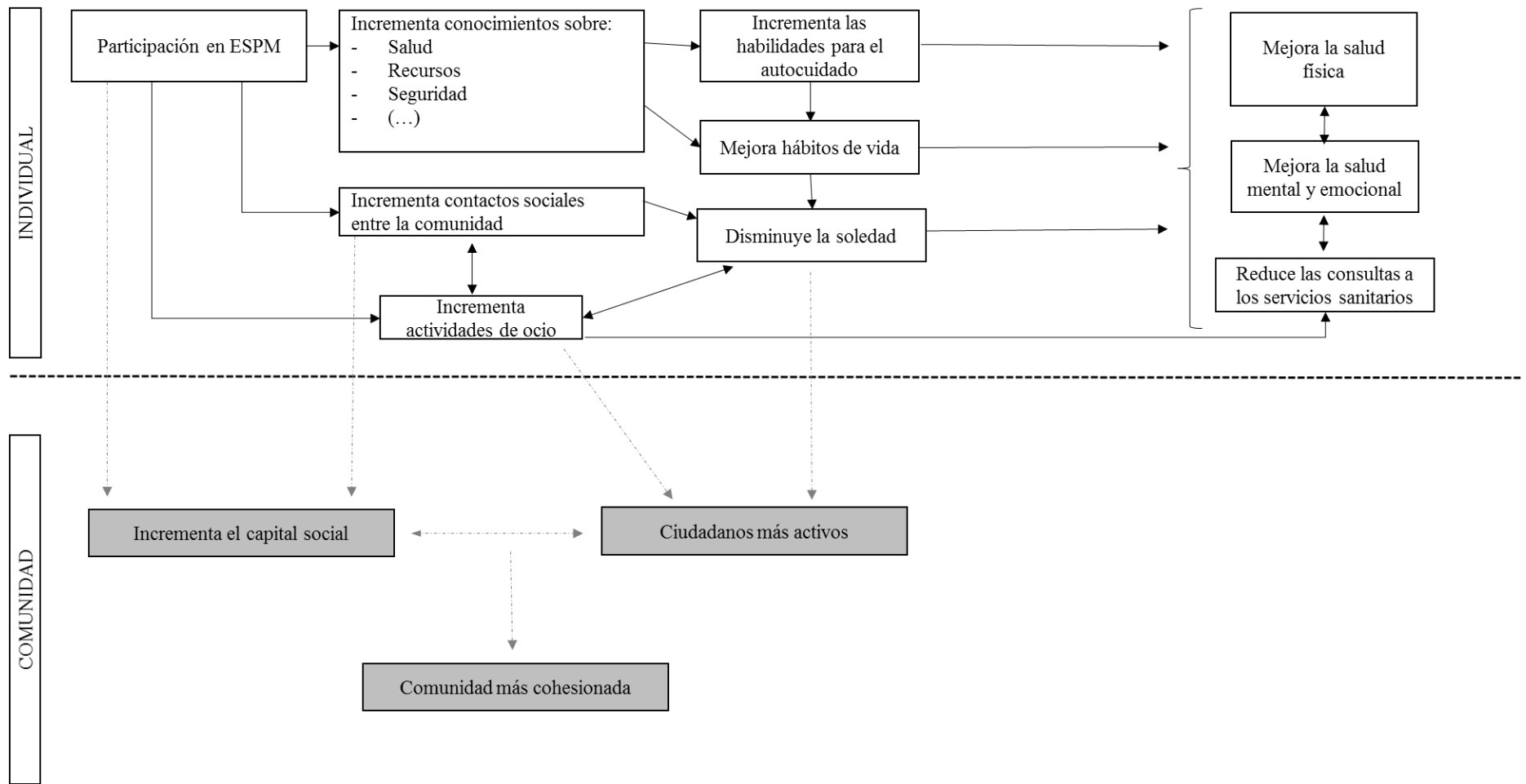


Figura 1. Modelo teórico. Elaboración propia

Para la organización de las escuelas se crea un grupo de trabajo o grupo motor formado por diferentes agentes del territorio (Distrito, Centro de Atención Primaria, Centro Social de Gente Mayor, Centro Cívico, Asociaciones de Vecinos, Planes Comunitarios entre otros).

Este grupo se encarga de hacer el seguimiento y la evaluación de la intervención. También consensua el calendario, el contenido de las sesiones y el equipamiento donde se desarrollan las sesiones. El diseño y el desarrollo de la intervención se adaptan a las características de cada barrio (9) trabajando para evitar la duplicidad de actividades orientadas a la misma población.

A continuación, se exponen las características básicas de las ESPM:

- Formato: sesiones grupales ya que se muestran más efectivas en personas mayores (8).
- Número de participantes: entre 25-40 personas.
- Número de sesiones: entre 15 y 22 sesiones, se recomiendan un mínimo de 12 sesiones para poder trabajar la cohesión social.
- Frecuencia: 1 vez por semana.

Las sesiones son impartidas por diferentes agentes del territorio (Centro de Atención Primaria, Servicios Sociales, entidades del territorio, Cuerpos de Seguridad) en base a las necesidades que presentan las personas mayores del barrio. Se recomienda tratar diferentes temas, desde la salud hasta el conocimiento del barrio, pasando por temas de actualidad, sociales y culturales.

En la Tabla 1 se puede ver un resumen del número y contenido de las sesiones impartidas en cada una de las ESPM participantes en la edición 2016-2017. En ella puede apreciarse que existe variabilidad entre el número de sesiones de cada escuela y las temáticas de las mismas, existiendo escuelas con un mayor número de sesiones y por lo tanto alargándose en el tiempo y otras con formatos más cortos. También cabe destacar que las escuelas con más sesiones programadas son las que han realizado ya varias ediciones adaptando el contenido al territorio y las características de los participantes.

Tabla 1. Resumen de las características de cada escuela

Escuela	Número sesiones	Contenido de las sesiones
Raval	21	Educación para la Salud / Prevención (5), Seguridad (3), Cultura (2), Sociedad, Sueño/Descanso, Alimentación (2), Ejercicio (2), Cultura, Emociones (2), Cronicidad, Arte
Guineuta	28	Educación para la Salud / Prevención (8), Seguridad (3), Movimiento (2), Emociones (5), Memoria (2), Cronicidad, Recursos (2), Cultura, Arte (2), Alimentación (2)
Verdum	10	Educación para la Salud / Prevención, Arte, Ejercicio (2), Recursos, Memoria, Cronicidad, Sexualidad, Arte (2)
Besós y Maresme	21	Ejercicio (2), Memoria, Sueño/Descanso, Alimentación (2), Cultura, Cronicidad, Educación para la Salud/Prevención (3), Recursos (2), Arte (2), Seguridad, Emociones (3), Familia, Cultura
Verneda y La Pau	21	Educación para la Salud/Prevención (5), Cronicidad (4), Seguridad, Sociedad (2), Alimentación (3), Emociones (2), Ejercicio (4)
Vallcarca	14	Emociones (3), Educación para la Salud/Prevención (3), Ejercicio (3), Seguridad (2), Sociedad, Sexualidad, Recursos
Casc Antic	20	Educación para Salud / Prevención (8), Emociones (2), Sueño/Descanso, Arte, Ejercicio (2), Cronicidad (2), Alimentación (2), Cultura, Seguridad
Barceloneta	23	Alimentación (2), Cronicidad (3), Educación para la Salud/Prevención (5), Sociedad, Recursos, Memoria, Ejercicio (3), Cronicidad, Sexualidad, Emociones (3), Tecnología, Cultura

Sant Andreu	11	Sociedad, Emociones (2), Ejercicio, Recursos, Memoria, Alimentación, Educación para la Salud/Prevención (3)
Poble Nou	9	Recursos (2), Sociedad, Emociones (2), Ejercicio, Memoria, Alimentación, Educación para la Salud/Prevención.

Proceso

El primer día de la ESPM se explica el proceso de evaluación y se pide el consentimiento informado a los participantes para recoger sus datos. Durante la primera sesión se procede a realizar el cuestionario PRE (ver anexo).

Durante la realización de las sesiones de la escuela se registra la asistencia de los participantes para saber las sesiones a las que se habían asistido.

En las últimas dos sesiones se vuelven a pasar los cuestionarios relacionados con la calidad de vida y apoyo social, así como un cuestionario breve de satisfacción (cuestionario POST, ver anexo). Tanto en el momento del cuestionario PRE como en el POST, los participantes pueden escoger contestar ellos mismos o si prefieren que sea heteroadministrado, así como la versión en catalán o castellano.

Con el fin de garantizar la confidencialidad de los participantes se contó con dos archivos informatizados para preservar los datos. Un archivo contenía la información personal de cada participante (nombre, apellido, teléfono, dirección) con su código de participación y protegido por contraseña. El segundo archivo contenía el código identificativo con las respuestas del cuestionario.

Variables

Las variables sociodemográficas incluidas son:

- sexo,
- edad,
- nivel de estudios, categorizada como sin estudios o estudios primarios incompletos, estudios primarios completos, estudios secundarios, estudios universitarios o superiores,

- convivencia, categorizada como: vive solo/a, en pareja, con la familia, en una residencia u otros.

La variable de resultado -calidad de vida- se valoró con el EQ-5D versión de 3 niveles. Dicho cuestionario es genérico y estandarizado, puede ser auto o heteroadministrado, sencillo de responder y con baja carga cognitiva. Éste se utiliza en diferentes encuestas de salud y se recomienda como medida rutinaria para monitorizar la salud de las poblaciones. Para este estudio se ha utilizado la Escala Visual Analógica (EVA) que puntúa el estado de salud de la persona en una escala de 0 a 100 (10).

Ética

Durante la realización de este estudio se siguieron las directrices nacionales e internacionales (código deontológico, Declaración de Helsinki) y la normativa legal sobre la confidencialidad de los datos (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de carácter personal [LOPD]).

El proyecto fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica Parc de Salut MAR [ref. 7049-I-1]

Análisis estadísticos

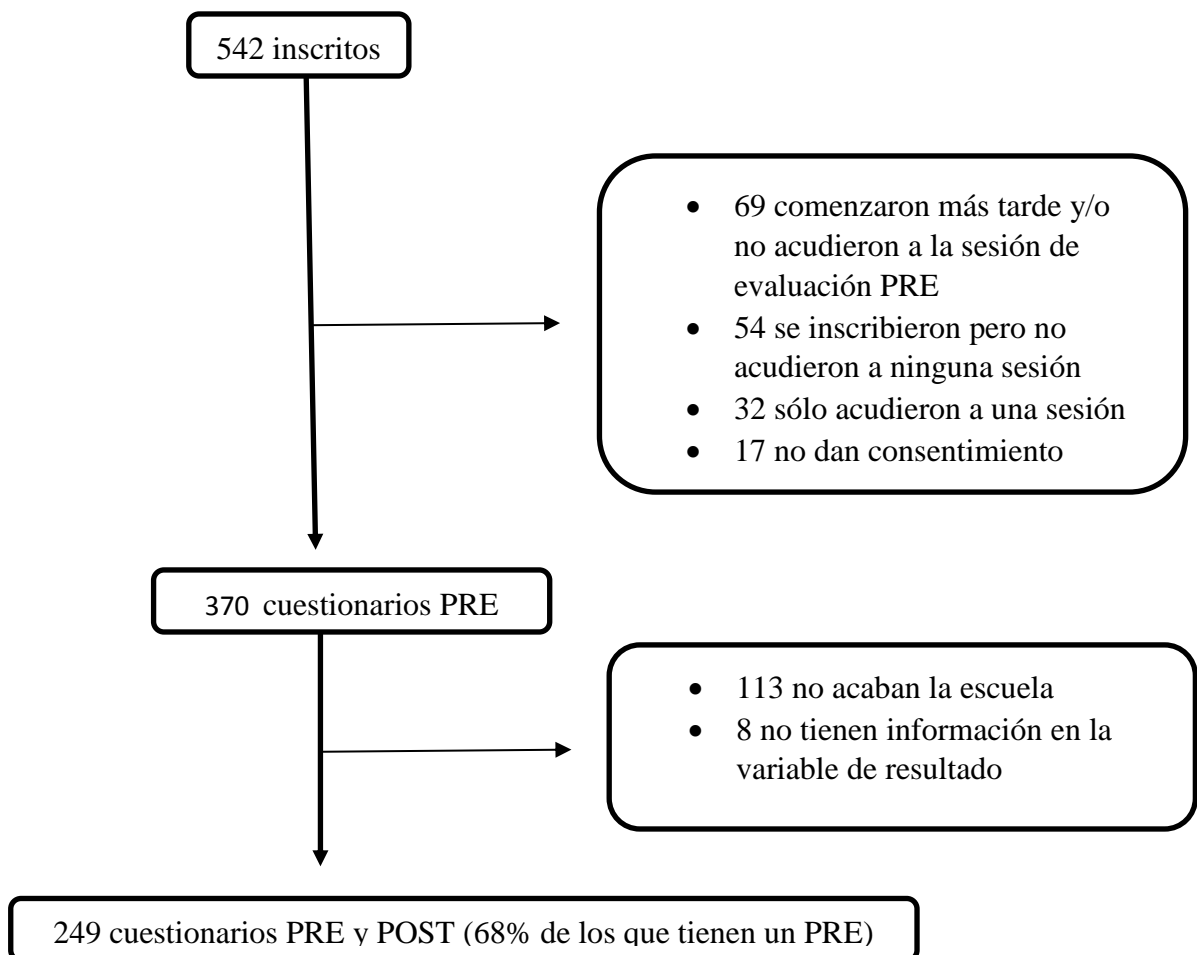
Los análisis estadísticos se han realizado con STATA 15.

Se ha realizado un descriptivo de la muestra y se ha comparado si había diferencias pre-test y post-test en la calidad de vida usando el estadístico t-Student Fisher para datos apareados (comparación de medias). Los análisis se han estratificado por género y por si era la primera vez o no que asistía a la ESPM. El tamaño del efecto se ha calculado usando la diferencia entre las medias del pre-test y el post-test dividido por la desviación típica del pre-test (11).

RESULTADOS

Tal y como puede observarse en la Figura 2 hubo un total de 542 inscripciones de las cuales se obtuvieron únicamente 370 cuestionarios PRE. Del número total de inscritos 69 de los participantes empezaron más tarde, 54 de ellos se inscribieron y no fueron a ninguna sesión, 32 sólo acudieron a una y 17 no dieron el consentimiento para participar en el estudio. Por otro lado, de los 370 participantes con cuestionario PRE únicamente se pudo conseguir 249 cuestionarios POST, (68% de los cuestionarios PRE), del resto 113 no acabaron la escuela y 8 no tienen la variable de resultado.

Figura 2. Participantes en el estudio



En la Tabla 2 pueden observarse algunas de las características de la población que ha participado en las ESPM, de forma global y segregada por escuela.

Tabla 2. Características de la población participante según ESPM

	Barceloneta	Besòs i Maresme	Casc Antic	Guineueta	Poblenou	Raval	Sant Andreu	Vallcarca	Verdum	Verneda i Pau	Total
Participantes	20	32	37	18	17	35	22	25	12	31	249
% mujeres (N)	95% (19)	81.25% (26)	94.59% (35)	83.33% (15)	76.47% (13)	85.71% (30)	86.36% (19)	64.00% (16)	91.67% (11)	74.19% (23)	83.13% (207)
edad media (DE)	70.61 (13.32)	77.90(8.19)	81.43(9.13)	79.11(6.72)	82.37(10.5)	79.5(6.65)	74.56(6.12)	74.83 (6.01)	75.58(8.38)	77.63 (7.69)	77.8 años (8.77)
Nivel de estudios % (N)											
-primarios incompletos	30% (6)	43.75% (14)	37.84% (14)	27.78% (5)	47.06% (8)	51.53% (18)	68.18% (15)	36% (9)	33.33% (4)	29.03% (9)	40.96% (102)
-primarios	65% (13)	46.88% (15)	32.43% (12)	66.67% (12)	35.29% (6)	14.29% (5)	18.18% (4)	32% (8)	41.67% (5)	51.61% (16)	38.55% (96)
-secundarios completos	0	9.38% (3)	10.81% (4)	0	11.76% (2)	25.71% (9)	9.09% (2)	20% (5)	35% (3)	16.13% (5)	13.25% (33)
- universitarios	0	0	16.22% (6)	5.88% (1)	5.88% (1)	2.86% (1)	0	8% (2)	0	3.23% (1)	4.82% (12)
- no contestan	5% (1)	0	2.70% (1)	0	0	5.71% (2)	4.55% (1)	4% (1)	0	0	2.41% (6)
Convivencia % (N)											
-solo/a	65% (13)	46.88% (15)	75.68% (28)	55.56% (10)	47.06% (8)	80% (28)	50% (11)	8% (2)	66.67% (8)	29.03% (9)	53.01% (132)
-pareja	20% (4)	31.25% (10)	13.51% (5)	33.33% (6)	17.65% (3)	5.71% (2)	27.27% (6)	76% (19)	16.67% (2)	61.29% (19)	30.52% (76)
-familia	10% (2)	18.75% (6)	10.81% (4)	11.11% (2)	11.76% (2)	5.71% (2)	22,73% (5)	16% (4)	16.67% (2)	9.68% (3)	12.85% (32)
-residencia	0	0	0	0	32.53% (4)	0	0	0	0	0	1.61% (4)
- otro (piso tutelado, compartiendo piso...)	0	3.13% (1)	0	0	0	8.57% (3)	0	0	0	0	1.61% (4)
- no contestan	5% (1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.40% (1)
% personas que participan en la escuela por primera vez (N)	10% (2)	43.75% (14)	18.92% (7)	44.44% (8)	100% (17)	37.14% (13)	100% (22)	100% (25)	41.67% (5)	35.48% (11)	42.97% (107)

Como podemos ver en la tabla, un dato de gran relevancia es la alta participación de mujeres (83,13%) en relación a los hombres (16,87%), respecto a la edad la media es de 77,8 años en el total y en algunos casos rebasa los 80 años como es el caso de la escuela de Casc Antic con una media de 81,4 años. Un 40,96% de los participantes del total de todas las escuelas tienen estudios primarios incompletos versus un 4,82% de participantes con estudios universitarios, el 53,01% viven solos y el 30,52% en pareja.

Uno de los datos más relevantes recogidos es que el 42,97% de los participantes lo hacen por primera vez en alguna de las escuelas, confirmando que más de la mitad (57,03%) son repetidores.

Impacto de la intervención

Como puede observarse en la Figura 3 el impacto en la calidad de vida en el análisis general (hombres y mujeres) de la muestra, es de 4.12 puntos, con un $p=0.0030$ que implica significación estadística ($p<0.05$). Ocurre lo mismo en el caso segregado de las mujeres con una diferencia de 5.02 puntos y una $p=0.0012$ mientras que en el caso de los hombres la diferencia es 0.47 puntos y una $p=0.87$, no significativa estadísticamente hablando.

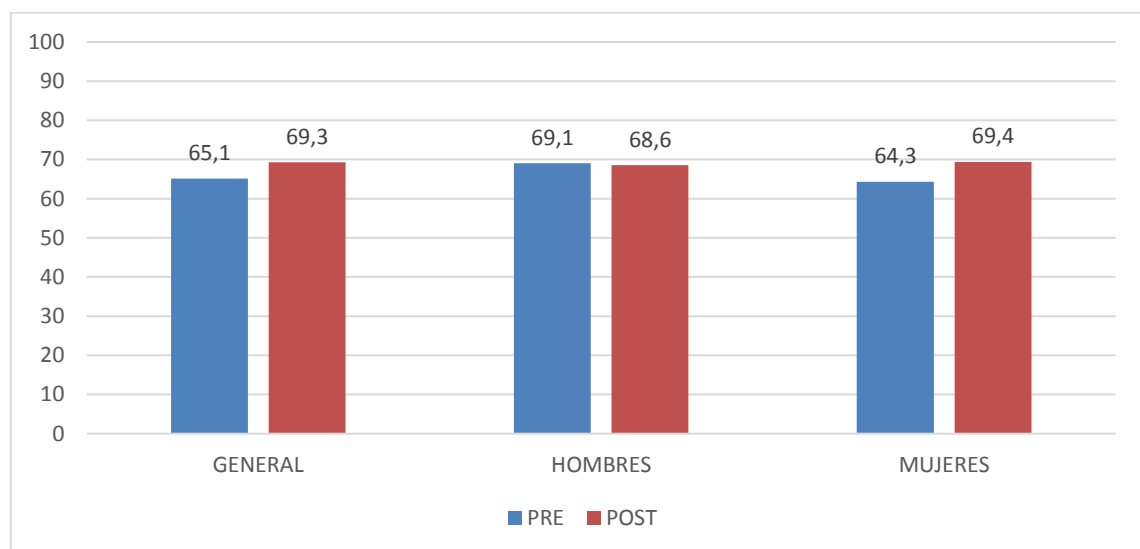


Figura 3. Impacto en la calidad de vida de los participantes en las ESPM.

A pesar de la significación estadística, el tamaño del efecto es pequeño tanto en global (0.20) como en mujeres (0.20).

Cuando se estratifica la muestra teniendo en cuenta si es la primera vez que participan o son repetidores, se observa en ambos casos que la diferencia pre-post es estadísticamente significativa. En el caso de los repetidores el impacto de la calidad de vida es de 3,58 puntos, con una $p=0,047$ y en aquellos que acuden por primera vez la diferencia es de 4,67 puntos y una $p=0,027$. En lo que respecta al tamaño del efecto es pequeño tanto para repetidores (0,18) como para los que acuden por primera vez (0,21).

DISCUSIÓN

Según los resultados del estudio realizado los cambios en la calidad de vida se producen tanto en hombres como en mujeres, pero sólo son significativos en el caso de las mujeres, en los hombres prácticamente se mantiene igual. Esto podría estar relacionado con que las mujeres parten de una percepción peor de su salud en relación a los hombres y que estaría vinculada con las desigualdades de género que se producen en el ámbito de la salud. Las desigualdades sociales en salud son aquellas diferencias injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos por sus aspectos sociales, económicos y demográficos (12). Estas desigualdades son el resultado de la distinta distribución del dinero, el poder y los recursos en la esfera mundial, nacional y local que dependen directamente de las políticas aplicadas, definidos como determinantes sociales de la salud (13) y que se traducen en peor salud entre los colectivos socialmente menos favorecidos, como es el caso de las mujeres.

Es conocido que las diferencias de género determinan desigualdades en los determinantes de la salud, la vulnerabilidad, la naturaleza, severidad y frecuencia de los problemas de salud. A ello hay que sumar la forma en la que se perciben los síntomas, la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios, el esfuerzo diagnóstico y terapéutico, el cumplimiento del tratamiento y de los mensajes preventivos y el pronóstico de los problemas de salud entre hombres y mujeres (14) también presenta diferencias entre ambos géneros. Las posiciones más desfavorecidas de las mujeres en la sociedad en general y en el acceso al trabajo explican en parte su peor estado de salud en comparación con los hombres (13), colocando a las mujeres en una puntuación más baja que los hombres en el estado de salud percibido y

explicando la diferencia significativa entre los resultados obtenidos entre hombres y mujeres de nuestro estudio.

Los resultados que se han analizados concuerdan con otras experiencias dirigidas a mejorar la calidad de vida y reducir el aislamiento en personas mayores que también encuentran resultados positivos (8), éstos también demuestran que los mayores con vínculos sociales tienen mejor salud y más capacidad de afrontamiento, y la participación en actividades de ocio y la interacción social incrementan la función cognitiva y proporcionan apoyo emocional(5).

Limitaciones y Fortalezas

Las principales limitaciones del estudio se centran en la ausencia de un grupo comparación, ya que no nos permite conocer qué pasa con aquellas personas que no participan en una escuela. No podemos obviar el número de casos perdidos, aunque es la realidad que se da, y en aquellos que completan la escuela se produce impacto significativo. Se trata de una evaluación a corto plazo que no nos permite conocer si los cambios se mantienen en el tiempo. De todos modos, el análisis realizado entre los que acuden por primera vez y los que repiten, sugieren que el beneficio es a corto plazo, ya que los valores pre de ambos grupos son similares. Es decir, la mejora desaparecería una vez terminada la ESPM. Es necesaria más investigación para entender mejor estos resultados.

Otra de las limitaciones está relacionada con una muestra feminizada que de alguna manera podría determinar las características de las sesiones, haciendo que éstas estén dirigidas especialmente a las mujeres y pudieran incidir en los resultados. Por ello es necesario incluir la perspectiva de género de manera transversal en todas las fases del desarrollo de la salud comunitaria y no únicamente como una cuestión de ética y justicia, sino también de efectividad de las intervenciones (13).

Otra limitación importante podría estribar en las diferencias (sesiones, duración...) existentes entre las escuelas participantes en el estudio ya que la intervención se adapta a cada escuela, pero al tratarse de una intervención compleja la estandarización y la fidelidad al protocolo no es importante, ya que como definición son intervenciones adaptadas al territorio. El aspecto clave es explicar muy bien cuánto cambio o adaptación es permisible y registrar las variaciones en la implementación para que la

fidelidad pueda evaluarse en relación con el grado de normalización requerido por el protocolo del estudio(9).

Entre las fortalezas del estudio podríamos destacar la participación de las diferentes entidades, los Servicios Sociales, la Atención Primaria y el voluntariado en la exhaustiva recogida de los cuestionarios. La importancia de compartir un abordaje comunitario y un objetivo común entendiendo la evaluación como un proceso crítico y validado de mejora continua de las intervenciones.

CONCLUSIÓN

Tras el análisis de todos los datos podemos concluir que la participación en las escuelas de salud de personas mayores produce un impacto en la calidad de vida de las personas y más concretamente en las mujeres. Se necesitarían más estudios para indagar sobre qué ingredientes activos de las escuelas de salud (número de sesiones, contenido) son más efectivos, así como seguir explorando las diferencias de género que se producen y cómo reducirlas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ajuntament de Barcelona Àrea Drets Socials. Mesura de Govern Impuls de la Salut Comunitària a Barcelona. 2016.
2. Artazcoz L, Pèrez G, Rueda S, Rodríguez M, González G. Bases per a un Envelliment Actiu i Saludable a Barcelona. 2009.
3. Institut de Govern i Polítiques Públiques. Territori , exclusió social i polítiques d'inclusió a Catalunya. Bellaterra; 2008.
4. Anuari Estadístic de la Ciutat de Barcelona.
5. Krueger KR, Wilson RS, Kamenetsky JM, Barnes LL, Bienias JL, Bennett DA. Social Engagement and Cognitive Function in Old Age. *Exp Aging Res.* 2009 Jan 12;35(1):45–60.

6. Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *PNAS*. 2013.
7. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Med*. 2010;7(7).
8. Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: A systematic review. *BMC Public Health*. 2011;11.
9. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Patticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *The BMJ*. 2008
10. Cabasés JM. El EQ-5D como medida de resultados en salud The EQ-5D as a measure of health outcomes. *Gac Sanit*. 2015;29(6):401–3.
11. Sawilowsky SS. New Effect Size Rules of Thumb. *J Mod Appl Stat Methods*. 2009;8(2):597–9.
12. Borrell C, Malmusi D, Artazcoz L, Diez E, Rodríguez-Sanz IP y. M, Campos P, et al. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gac Sanit*. 2012;26(2):182–9.
13. Artazcoz L, Chilet E, Escartín P, Fernández A. Incorporation of the gender perspective in community health. *SESPAS report 2018*. *Gac Sanit*. 2018;32:92–7.
14. Borrell C, Artazcoz L. Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Rev Esp Salud Pública* 2008. 2008;245–9.

ANEXO 1

Escuela de Salud para Personas Mayores Cuestionario PRE

CÓDIGO DEL PARTICIPANTE (completar por ASPB):

NOMBRE:

APELLIDOS:

DIRECCIÓN POSTAL:

TELÉFONO:

¿ES LA PRIMERA VEZ QUE PARTICIPA EN LA ESCUELA DE SALUD?

SÍ NO

¿CÓMO HA CONOCIDO LA ESCUELA DE SALUD?

- Por un familiar, amigo/a o conocido/a
- Por los carteles y folletos
- A sugerencia de un profesional. Por favor, especifique _____
- Otros. Por favor, especifique _____

CÓDIGO DEL PARTICIPANTE

Entrevistador/a _____

Fecha de la entrevista _____

La entrevista dura 10 minutos y la información será confidencial

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

SEXO: mujer hombre

FECHA DE NACIMIENTO:

(si no RECUERDA la fecha de nacimiento) **EDAD:**

¿CUÁL ES SU NIVEL DE ESTUDIOS?

- 1 Primarios incompletos
- 2 Primarios completos
- 3 Estudios secundarios completos
- 4 Estudios universitarios o superiores completos
- 5 Otros. Por favor, especifique

¿CON QUIÉN VIVE?

- 1 Solo o Sola
- 2 En pareja
- 3 Con mi familia
- 4 En una residencia
- 5 Otra situación. Por favor, especifique

CÓDIGO DEL PARTICIPANTE:

SALUD

¿CON QUE FRECUENCIA HA IDO AL CAP EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES?

- 1 Cada semana
- 2 1-3 veces al mes
- 3 Menos de una vez al mes o ninguna vez

Cuál de las siguientes frases define mejor su estado de salud en el día de HOY. Escoja una frase por cada grupo.

a) Primer grupo

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que quedarme en la cama

b) Segundo grupo

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme sola/o
- Soy incapaz de lavarme of vestirme sola/o

c) Tercer grupo

- No tengo problemas para realizar mis actividades de todos los días (por ej. Estudiar, trabajar, labores domésticas...)
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades de todos los días
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

d) Cuarto grupo

- No tengo dolor o malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

e) Quinto grupo

- No estoy ansiosa/o o deprimida/o
- Estoy moderadamente ansiosa/o o deprimida/o
- Estoy muy ansiosa/o o deprimida/o

CÓDIGO PARTICIPANTE:

Para ayudar a la gente a describir lo buena o mala que es su salud, hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca como **100** la mejor salud que usted se pueda imaginar y como **0** el peor estado de salud que usted se pueda imaginar. Nos gustaría que nos indique en esta escala como es su salud en el día de HOY. Por favor, ponga una cruz en la línea donde se refleje cómo es su estado de salud hoy.

La mejor salud que se puede imaginar **100**

La peor salud que se puede imaginar **0**

CÓDIGO PARTICIPANTE:

APOYO SOCIAL

Actualmente ¿con qué frecuencia sale a la calle?

- 1 Cada día
- 2 2 a 6 días a la semana
- 3 Un día a la semana
- 4 Menos de un día a la semana

¿Participa en alguna actividad dirigida a la gente mayor del barrio, además de en la escuela de salud?

- 1 No
- 2 Sí. Por favor, especifique _____

¿Con qué frecuencia dispone de los siguientes tipos de apoyo social?

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
Alguien con quien pasar un buen rato					
Alguien con quién poder relajarse					
Alguien con el que hacer cosas que le sirvan para olvidar los problemas					
Alguien con quién divertirse					

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

ANEXO 2

Escuela de Salud para Personas Mayores

(CUESTIONARIO POST)

CÓDIGO DEL PARTICIPANTE (completar por ASPB):

NOMBRE:

APELLIDOS:

DIRECCIÓN POSTAL:

TELÉFONO:

CÓDIGO DEL PARTICIPANTE

Entrevistador/a _____

Fecha de la entrevista _____

La entrevista dura 10 minutos y la información será confidencial

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

¿CON QUIÉN VIVE?

- 1 Solo o Sola
- 2 En pareja
- 3 Con mi familia
- 4 En una residencia
- 5 Otra situación. Por favor, especifique

CÓDIGO DEL PARTICIPANTE:

SALUD

¿CON QUE FRECUENCIA HA IDO AL CAP EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES?

- 1 Cada semana
- 2 1-3 veces al mes
- 3 Menos de una vez al mes o ninguna vez

Cuál de las siguientes frases define mejor su estado de salud en el día de HOY. Escoja una frase por cada grupo.

a) Primer grupo

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que quedarme en la cama

b) Segundo grupo

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme sola/o
- Soy incapaz de lavarme of vestirme sola/o

c) Tercer grupo

- No tengo problemas para realizar mis actividades de todos los días (por ej. Estudiar, trabajar, labores domésticas...)
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades de todos los días
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

d) Cuarto grupo

- No tengo dolor o malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

e) Quinto grupo

- No estoy ansiosa/o o deprimida/o
- Estoy moderadamente ansiosa/o o deprimida/o
- Estoy muy ansiosa/o o deprimida/o

CÓDIGO PARTICIPANTE:

Para ayudar a la gente a describir lo buena o mala que es su salud, hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca como 100 la mejor salud que usted se pueda imaginar y como 0 el peor estado de salud que usted se pueda imaginar. Nos gustaría que nos indique en esta escala como es su salud en el día de HOY. Por favor, ponga una cruz en la línea donde se refleje cómo es su estado de salud hoy.

La mejor salud que se puede imaginar **100**

La peor salud que se puede imaginar **0**

CÓDIGO PARTICIPANTE:

APOYO SOCIAL

Actualmente ¿con qué frecuencia sale a la calle?

- 1 Cada día
- 2 2 a 6 días a la semana
- 3 Un día a la semana
- 4 Menos de un día a la semana

¿Participa en alguna actividad dirigida a la gente mayor del barrio, además de en la escuela de salud?

- 1 No
- 2 Sí. Por favor, especifique _____

¿Con qué frecuencia dispone de los siguientes tipos de apoyo social?

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
Alguien con quien pasar un buen rato					
Alguien con quién poder relajarse					
Alguien con el que hacer cosas que le sirvan para olvidar los problemas					
Alguien con quién divertirse					

CÓDIGO PARTICIPANTE:

VALORACIÓN DE LA ESCUELA DE SALUD

¿Nos podría decir una cosa que haya aprendido de la escuela de salud? (apuntar la primera que le venga a la cabeza)

¿Qué es lo que más le ha gustado y lo que menos de la Escuela?

- Lo que más

- Lo que menos

Puntúe de 0 (muy mal) a 10 (muy bien) los siguientes aspectos de la escuela de salud:

Ponentes: _____

Lugar/espacio: _____

Frecuencia: _____

Horario: _____

Duración: _____

Puntúe de 0 a 10 su satisfacción general con la escuela

¿Le recomendaría la escuela de salud a un amigo/a?

- Sí
- No

¿Le gustaría implicarse en la preparación de la escuela de salud el año que viene?

- Sí
- Sí, pero no puedo.
- No

¿Tiene alguna sugerencia para mejorar la escuela de salud?

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

