

## ORIGINALES

# Los retos de la prescripción social en la Atención Primaria de Catalunya: la percepción de los profesionales

[Ver en PDF](#)

*Jordina Capella González, Fleur Braddick, Hannah Schwartz Fields, Lúdia Segura Garcia, Joan Colom Farran.* Subdirección General de Drogodependencias. Agencia de Salud Pública de Catalunya. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya. Barcelona.

### Para contactar:

Joan Colom Farran: [joan.colom@gencat.cat](mailto:joan.colom@gencat.cat)

## RESUMEN

**Objetivos:** evaluar la factibilidad del programa piloto de prescripción social en los centros de Atención Primaria de Catalunya, identificar barreras para la implementación y elaborar sugerencias de mejora.

**Métodos:** evaluación del proceso de implementación y de la viabilidad del programa con entrevistas semiestructuradas a ocho profesionales relacionados con el programa piloto. Se realizó un análisis inductivo y temático de las entrevistas.

**Resultados:** entre las barreras para la implementación del programa, destacaron el bajo nivel de derivación de los profesionales al referente de prescripción social y la escasa participación de las entidades comunitarias. En relación con las recomendaciones citadas para próximas ediciones del programa, mencionaron la necesidad de expandirlo para incluir a otros profesionales y la simplificación del algoritmo de derivación para hacer prescripción social directamente desde cualquier profesional.

**Conclusión:** a raíz de la evaluación cualitativa, se introdujeron modificaciones en las implementaciones posteriores. Estos cambios incluyeron variaciones estructurales y la adición de elementos de motivación para abordar la falta de derivaciones, la formación que se ofrece a las figuras de referencia y medidas para aumentar la participación comunitaria. Se detallan las limitaciones del estudio cualitativo y las mejoras en la investigación para la implementación del programa de prescripción social.

**Palabras clave:** Atención Primaria de Salud, salud mental, participación comunitaria.

## THE CHALLENGES OF SOCIAL PRESCRIBING FROM PRIMARY CARE IN CATALONIA: PROFESSIONAL VIEWPOINTS

### Abstract

**Objectives:** To evaluate the feasibility of a pilot social prescribing programme in primary healthcare centres in Catalonia, identify barriers to implementation and produce suggestions for improvement of the programme.

**Methods:** The implementation process and viability of the programme were evaluated by analysing semi-structured interviews with eight professionals involved in the initial phase of the pilot. An inductive and thematic analysis of the interview material was undertaken.

**Results:** Low levels of referrals from the primary health professionals to the programme keyworker and limited participation of community actors leading to a narrow range of social activity options were highlighted as barriers to programme implementation coming out of the interview analysis. Recommendations for future implementation included extending the programme to a greater number of health professionals; simplifying the referral route by allowing prescribing directly from GPs and nurses.

**Conclusion:** Following on from the qualitative evaluation and with the results in mind, several modifications were introduced in subsequent implementations of the programme. These included structural changes and the addition of motivational elements to address the lack of referrals; training offered to programme keyworkers; and mechanisms to increase community participation. The limitations of the present qualitative study were examined and future research plans to improve implementation knowledge on the social prescribing programme outlined.

**Key words:** primary health care, mental health, community participation

## INTRODUCCIÓN

Tener una buena salud emocional implica un estado de bienestar psicológico en el que el individuo se siente bien, puede hacer frente a los retos diarios y a los factores de estrés y es capaz de mantener relaciones y funcionar de manera eficaz.

La salud emocional se puede ver afectada positivamente por factores de protección (redes sociales de soporte, hábitos de vida saludables) y negativamente por factores de riesgo (desigualdad social, aislamiento social y hábitos de vida no saludables). Tres de los factores determinantes de la salud emocional más importantes son: los estilos de vida activos y saludables, el soporte social y la participación comunitaria<sup>1,2</sup>.

Un estilo de vida activo puede incluir una gran variedad de actividades sociales y laborales en la vida diaria y estimula tanto física como mentalmente al individuo. Entre sus beneficios destacan la reducción, entre otros, del sedentarismo y del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, y también el aumento de la participación en la comunidad y el desarrollo de relaciones sociales. Ser miembro activo de una comunidad se asocia con un mayor bienestar mental y con menores niveles de depresión y trastornos psicológicos<sup>2,3</sup>.

El soporte social, definido como el número, la fuerza y la cantidad de relaciones entre el individuo y los que lo rodean, modera el efecto del estrés ambiental y puede tener un efecto protector contra las enfermedades psicosomáticas, la depresión y la ansiedad, aparte de promover el bienestar mental.

Además, la participación en recursos sociales reduce el riesgo de deterioro cognitivo asociado con el envejecimiento<sup>4-8</sup> e, inversamente, el aislamiento social disminuye la capacidad mental, reduciendo la actividad neuronal e interfiriendo en la toma de decisiones y la capacidad de procesamiento intelectual<sup>9</sup>.

El aislamiento y la mala salud están claramente relacionados bidireccionalmente. Algunos factores de riesgo de aislamiento son: pobre salud percibida, depresión, dependencia funcional, baja autoeficacia, red social escasa y duelo reciente<sup>10-12</sup>. A su vez, el aislamiento es un factor de riesgo conocido para la demencia, la depresión y la mortalidad<sup>13-14</sup>.

Además, las relaciones sociales tienen un efecto sobre la mortalidad que se estima que es igual o superior que el de factores de riesgo bien establecidos, como la obesidad o el tabaco<sup>15</sup>.

La participación regular en actividades comunitarias ayuda a los pacientes a desarrollar recursos sociales y psicológicos, proporciona un refuerzo positivo y puede favorecer el mantenimiento de un estilo de vida activo y saludable.

El entorno social determina la salud y, también, la salud mental; por lo tanto, la promoción de la salud mental debe incluir intervenciones sociales que afecten a los determinantes sociales fundamentales del bienestar<sup>16</sup>.

Los resultados de la experiencia asistencial centrada exclusivamente en la medicalización demuestran que para conseguir mejores niveles de salud mental positiva no es suficiente con tratar los trastornos mentales, sino que son necesarias políticas, estrategias e intervenciones dirigidas de forma específica a promocionar la salud mental y mejorarla. Así, se requiere un cambio de paradigma que priorice la promoción de la salud mental combinada con el abordaje preventivo y asistencial de los trastornos mentales. Cambio que enfatice que la salud mental y el bienestar de la población es cosa de todos y no solo de los servicios de salud.

Un ejemplo de este cambio que se propone es la prescripción social (PrS) o derivación a la comunidad. La PrS es un procedimiento por el cual los profesionales de la salud aconsejan a determinados pacientes participar en actividades comunitarias<sup>17</sup>.

La PrS, además de ampliar los recursos terapéuticos disponibles en Atención Primaria, ha demostrado ser útil para ayudar a pacientes con factores de riesgo psicosocial, sobre todo a aquellos que no requieren o no quieren participar en los tratamientos farmacéuticos o en psicoterapia<sup>17,18</sup>, y ayudarles a adquirir hábitos saludables, llevar una vida más activa y mejorar sus relaciones y el soporte social. En otros estudios sobre PrS se ha demostrado su potencial para mejorar el estado de ánimo, la calidad de vida y disminuir los síntomas de los pacientes con depresión o ansiedad moderada o leve, de las personas con problemas de salud mental crónicos o persistentes y de los hiperfrecuentadores (más de 12 visitas por año) de la Atención Primaria<sup>19-21</sup>. Además se ha observado aumento de autoestima, autoeficacia y mejora de la confianza y el estado de ánimo<sup>22-29</sup>.

Los programas de PrS están dirigidos a pacientes con síntomas leves o moderados de enfermedad mental, pacientes con enfermedades mentales crónicas y personas con riesgo de aislamiento social.

La PrS desde Atención Primaria pretende tener un impacto importante en los determinantes sociales de la salud mediante el aumento de la participación comunitaria y es sin duda una buena apuesta para la mejora de la salud y la reducción de las desigualdades.

En 2012 se inició un programa piloto de PrS en dos municipios de Catalunya: Pineda de Mar y Montcada i Reixac, y posteriormente se ha ampliado con variaciones del programa original a Tarragona y Sabadell, hasta el total de nueve centros de Atención Primaria incluidos actualmente. Los objetivos del programa piloto son adaptar el modelo de PrS a Catalunya para reducir el aislamiento social y mejorar la salud mental positiva y la calidad de vida de los pacientes incluidos en el programa piloto. Se pretende que la PrS se convierta en una herramienta de referencia para la prescripción de recursos, y, a la vez, contribuir a aumentar la conciencia entre los profesionales y los pacientes sobre la importancia de la actividad social como método de prevención del aislamiento social y la depresión y/o la ansiedad.

El programa parte de una colaboración entre el centro de Atención Primaria (CAP), el Ayuntamiento, las entidades municipales y cívicas y la Agencia de Salud Pública de Catalunya. Se elabora conjuntamente un catálogo de actividades comunitarias, solicitando a las entidades su colaboración en el programa. Los elementos principales de la intervención (identificación y derivación), los instrumentos de evaluación y los criterios de inclusión se detallan en la figura 1 y en la tabla 1.

**Figura 1. Algoritmo de derivación. Programa piloto de prescripción social.**

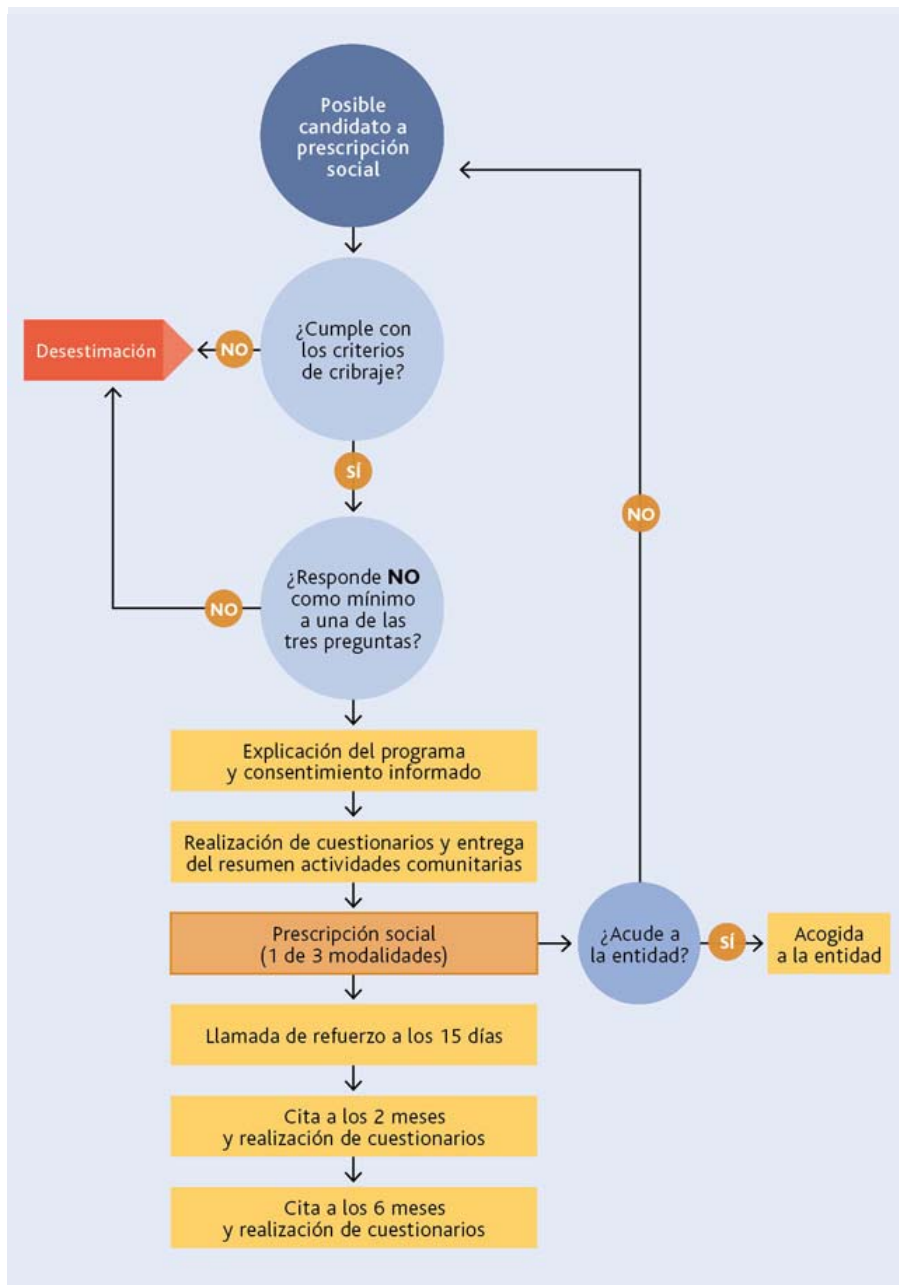


Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión del programa de prescripción social

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes con síntomas leves o moderados de ansiedad y/o depresión</li> <li>• Hiperfrecuentadores de la Atención Primaria</li> <li>• Personas con riesgo de aislamiento social:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Recién llegados</li> <li>○ Viudos o viudas</li> <li>○ Madres y padres solteros con ingresos escasos</li> <li>○ Personas con limitaciones funcionales provocadas por enfermedades crónicas u otras situaciones</li> </ul> </li> <li>• Personas que expresan aislamiento social:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ «Me siento solo»</li> <li>○ «Echo de menos a mi marido, padre, amigo»</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes con enfermedad mental grave –si la comunidad no les puede ofrecer opciones adecuadas– (en función de los requisitos específicos de las actividades disponibles)</li> <li>• Personas con movilidad muy reducida que necesitan recursos especiales que el programa no les puede ofrecer (en función de los requisitos específicos de las actividades disponibles)</li> <li>• Edad (en función de los requisitos específicos de las actividades disponibles)</li> </ul>

Se adapta en función de las características de los CAP y los recursos disponibles en cada territorio, así cada CAP decide su modalidad de implementación (tabla 2).

Tabla 2. Modalidades de prescripción social en la Atención Primaria en Catalunya

Inicialmente, en 2012, tanto en Montcada como en Pineda se inició el programa piloto con

personal de trabajo social como referente (modalidad I), así los profesionales de medicina y enfermería recibían pacientes susceptibles de ser candidatos al programa y los derivaban al referente.

## OBJETIVOS

Evaluar la factibilidad del programa piloto de PrS en los CAP de Catalunya, identificar barreras para la implementación y elaborar sugerencias de mejora.

## MÉTODOS

A principios de 2015 se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas con los profesionales implicados en el programa de PrS. La [tabla 3](#) muestra el guion de la entrevista que se utilizó.

1. Un referente del CAP lleva a cabo el programa (normalmente, un trabajador social). Los profesionales sanitarios derivan a los pacientes que cumplen los criterios de inclusión (v. [tabla 1](#)) y de cribaje al referente que hace la prescripción social. El referente del programa hace la prescripción de una actividad comunitaria mediante un catálogo de actividades comunitarias
2. Un equipo de 2-4 profesionales llevan el programa de prescripción social
3. Todos los profesionales del CAP son prescriptores de actividades comunitarias

**Tabla 3. Guion para la entrevista semiestructurada a los profesionales implicados en el programa piloto**

### Describe tu experiencia con el programa de prescripción social:

- ¿Cómo ha afectado el programa en tu trabajo diario?
- ¿Cuánto tiempo le dedicas al programa cada semana?
- ¿Qué beneficios podría tener el programa para las siguientes personas: pacientes, profesionales, el centro de Atención Primaria y comunidad en general?
- ¿Qué efectos negativos podría tener para: pacientes, profesionales, el centro de Atención Primaria y comunidad en general?
- ¿Cómo ha afectado tu participación en el programa en tu trabajo diario?
- ¿Qué problemas se han detectado en la aplicación del programa?
- ¿Podrías hacer alguna sugerencia para mejorar el programa en el futuro?
- ¿Qué consejo les daría a los profesionales en otro centro de Atención Primaria que empezara el programa?

Se realizaron un total de ocho entrevistas. En ese momento los únicos municipios que llevaban a cabo el estudio piloto eran Montcada i Reixac y Pineda, y por lo tanto la muestra se escogió de ambos CAP, teniendo en cuenta que al menos hubiesen participado en el cribado o derivación de pacientes en el programa. Las entrevistas se realizaron entre el 8 y el 30 de enero de 2015. La [tabla 4](#) muestra las características de los profesionales entrevistados.

**Tabla 4. Características de las personas entrevistadas**

Lugar de trabajo	Profesión	Edad	Sexo	Experiencia en Atención Primaria
CAP de Pineda de Mar	Trabajadora social	42	Mujer	10 años
CAP de Pineda de Mar	Médico	41	Mujer	12 años
CAP de Pineda de Mar	Enfermera	38	Mujer	9 años
CAP de Montcada i Reixac	Trabajadora social	40	Mujer	8 años
CAP de Montcada i Reixac	Médico	51	Mujer	17 años
CAP de Montcada i Reixac	Enfermera	44	Mujer	6 años
Agencia de Salud Pública de Catalunya	Técnico de Salud Pública	38	Hombre	6 años

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas de forma digital. Se utilizó un enfoque inductivo para identificar la información principal discutida por los participantes, teniendo en cuenta estudios previos de viabilidad<sup>3,17,30</sup>.

## RESULTADOS

La información recopilada fue analizada y estructurada en los siguientes temas:

- La experiencia con el programa.
- Retos y obstáculos para la aplicación.
- Efectos positivos y negativos del programa de PrS.
- Recomendaciones para el desarrollo futuro.

## Experiencia con el programa

En general, los profesionales expresan una experiencia positiva aunque limitada en el programa piloto.

**Trabajadora social de Pineda:** *Empezamos (el programa piloto) hace un par de años, pero tuvimos poca participación por parte de los médicos [...], ahora hemos reiniciado el piloto y está dando mejores resultados, ya que se están derivando más pacientes. Para mí es una experiencia muy positiva.*

Tanto los profesionales de trabajo social como los de medicina entrevistados informaron de un impacto mínimo sobre su agenda diaria y la mayoría de ellos no pudieron cuantificar la cantidad de tiempo invertido en el programa. La mayor carga de trabajo detallado fue en la administración de los cuestionarios para la evaluación cuantitativa del estudio (no descrita en el presente artículo).

**Trabajadora social de Montcada:** *Si se aumenta el tiempo para las entrevistas, que normalmente es de 20 minutos, porque hay que explicar el programa, hacer los cuestionarios [...]; la consulta puede durar 1 hora. Se duplica el tiempo necesario seguro.*

Cabe destacar que este aumento de la carga de trabajo repercute también en los pacientes reclutados en el programa piloto, ya que la administración de los cuestionarios se realiza o bien en la consulta, o bien se le entregan al paciente y este los hace fuera de la consulta.

**Trabajadora social de Pineda:** *Hay pacientes a los que se les pueden entregar los cuestionarios para que los hagan o bien en la sala de espera, o bien en su casa, pero esto requiere implicación por parte de estos porque tienen que volver a venir para entregarlos.*

## Desafíos y barreras para la implementación

El reto principal que se encontró fue la escasa derivación de los profesionales a los trabajadores sociales o referentes del programa. Este factor se identificó como una de las principales barreras del programa. Muchos pacientes que acuden a la Atención Primaria van únicamente a los profesionales de la medicina y la enfermería, y cuando son derivados al trabajador social, muchos no acuden a la visita porque no se trata de su profesional habitual.

**Enfermera de Montcada:** *En mi caso, como enfermera, no he derivado ningún paciente porque tengo otros objetivos, muchas cosas y poco tiempo.*

**Trabajadora social de Montcada:** *En una consulta médica es difícil a veces, debido al poco tiempo; porque la intervención que realizan es básicamente médica, y les cuesta encontrar tiempo para hacerlo [derivar pacientes al programa].*

**Técnico de Salud Pública:** *El hecho de que los pacientes entren en el programa a través del médico o la enfermera y luego sean derivados al trabajador social provoca que muchos no acudan a la visita.*

En Pineda de Mar se identificó como una barrera el hecho de no tener un amplio catálogo de actividades comunitarias en el que poder enviar a los participantes al estudio.

**Trabajadora social de Pineda:** *El principal problema es la necesidad de tener más entidades comunitarias que se unan al programa, con la finalidad de ampliar el directorio de actividades comunitarias.*

## Efectos del programa

Los efectos positivos del programa destacados incluyen el aumento del apoyo social de los pacientes, una mayor cohesión de la comunidad y una mejora del bienestar mental de los pacientes.

**Trabajadora social de Montcada:** *Todo el proceso (entrevista, explicación del programa, cuestionarios, etc.) en sí mismo es terapéutico. Se trata a la persona no solo como un paciente, sino como una persona que puede participar en actividades.*

**Técnico de Salud Pública:** *Se replantea la medicalización de la Atención Primaria, el programa se centra en los determinantes sociales de la salud relacionados con la salud mental.*

Ninguno de los entrevistados nombró ningún efecto negativo del programa.

## Recomendaciones para el futuro

Los encuestados ofrecieron varias sugerencias para mejorar la ejecución del programa; entre ellas, aumentar el rango y número de profesionales que puedan derivar a profesionales de trabajo social o el número de profesionales que realice la PrS en cada CAP; por ejemplo, incluir a los profesionales de pediatría o psiquiatría.

**Médica de Montcada:** *Otro aspecto importante sería extender el programa a pediatría, porque quizás muchos padres se podrían beneficiar.*

Otras propuestas eran la asignación de coordinadores o referentes del programa en cada CAP y eliminar la derivación, así que proponían que el mismo profesional que recibiera al paciente le pudiese hacer la PrS.

**Médica de Montcada:** *Quizás se podría designar un profesional de la enfermería como referente del programa, y esta persona podría explicar el programa al resto de profesionales.*

**Enfermera de Pineda:** *[Sugiero] algunos criterios sencillos para detectar estos pacientes y tener a mano un listado de actividades para poder explicar el programa.*

**Médico de Pineda:** *Creo que sería muy motivador obtener alguna información para saber lo que se ha avanzado del programa.*

En relación con si recomendarían el programa a otros profesionales, todos respondieron que sí, y que hay que dar una oportunidad al programa de PrS.

## CONCLUSIÓN

En general, los resultados de las entrevistas han mostrado un buen nivel de satisfacción con el programa entre profesionales, con indicios de beneficios significativos para los pacientes. Se han podido numerar barreras y puntos débiles en el algoritmo de derivación, donde hay una potencial mejora del programa.

El modelo de programa piloto inicial, con derivación al profesional de trabajo social, generaba pérdidas de pacientes susceptibles que o bien no acudían a la cita, o bien directamente no estaban interesados en participar en el programa. Además de añadir un paso más al algoritmo de derivación y, con esto, una oportunidad más a dejar el programa, muchos pacientes que habitualmente van a la consulta del profesional de la medicina y/o enfermería no conocen al personal de trabajo social y, por lo tanto, aunque son derivados, no acuden a la visita.

Los profesionales han notado que la mayor carga de trabajo en el programa piloto viene de la evaluación cuantitativa, que consiste en la aplicación de tres cuestionarios. Eso es una dificultad común en programas de intervención en implementación real, pero los cuestionarios son necesarios para evaluar la efectividad de los programas.

## DISCUSIÓN

Si bien se está llevando a cabo una evaluación cuantitativa y cualitativa del programa piloto, en este artículo solo se presentan los resultados de la evaluación cualitativa inicial, que ha informado el desarrollo del formato del programa de PrS en Catalunya. Se prevé que el proceso de inclusión de participantes en el estudio piloto y de análisis final de los datos finalizará en 2016.

El objetivo de la evaluación cualitativa era identificar elementos clave y barreras importantes al funcionamiento del programa de PrS en la modalidad de derivación al trabajador social desde los profesionales de medicina y enfermería.

Cabe destacar que solo se hicieron ocho entrevistas y que este es un número escaso para conocer la diversidad de perspectivas y experiencias de los distintos estamentos profesionales, pero en ese momento solo se llevaba a cabo el programa en Pineda y Montcada y, por lo tanto, no se podía tener una muestra más representativa.

El proceso de investigación supone un cambio en la manera de hacer en la consulta y en la organización de todo el equipo del centro de salud, igual que un cambio en el paciente. Hay que tener en cuenta la carga de trabajo para los profesionales y el cambio de paradigma que representa tanto para ellos como para los participantes en el estudio.

La eliminación de la derivación podría ayudar a aumentar el número de pacientes del programa, pero, por otra parte, implicaría más carga de trabajo para todos los profesionales sanitarios. Teniendo en cuenta los resultados de las entrevistas y la bibliografía consultada<sup>3,18,28-29</sup>, se decidió adaptar el programa a las condiciones de cada CAP y partir de la base de que debe ser el mismo centro el que decida qué modalidad de PrS aplicar.

Así pues, en las variaciones posteriores del programa piloto, varios centros han optado por la tercera modalidad de PrS, donde todo el equipo sanitario puede hacer derivaciones directamente a recursos en la comunidad. En Sabadell, además (tal y como se recomendaba en las entrevistas), se ha extendido el programa a los profesionales especialistas de psiquiatría y pediatría, los profesionales de trabajo social municipales y las oficinas de farmacia.

De acuerdo con la literatura sobre la PrS<sup>3</sup>, los resultados de las entrevistas apoyaron la importancia de tener un referente del programa en cada CAP (alguien que conozca de primera mano el programa, lo lidere desde el centro y lleve a cabo la coordinación con todos los agentes implicados en el programa piloto). Es necesario apoyar y formar a los referentes mediante una formación de formadores en PrS, para que ellos mismos extiendan el programa en su CAP. Por este motivo, se está preparando, desde la Agencia de Salud Pública, una formación de referentes del programa.

La cumplimentación de los cuestionarios fue otra barrera destacada, por eso se ha diseñado una versión PDF y versiones en línea para facilitar la autocumplimentación y la recopilación de datos.

A pesar de los problemas mencionados, como se ha detallado, muchos de ellos están siendo eliminados siguiendo las recomendaciones de la evaluación cualitativa. Pero hay que tener en cuenta que, por el momento, no se han podido llevar a cabo entrevistas con los pacientes participantes en el estudio. Al finalizar el estudio cuantitativo, se les pasará un cuestionario de satisfacción para recoger las opiniones de este grupo.

Mediante las modificaciones y la necesaria adaptación del estudio piloto a las necesidades de cada CAP, el programa se está ampliando para incluir más pacientes y permitir la evaluación del impacto en el individuo y en la comunidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Friedli L. Mental health, resilience and inequalities. London/Copenhagen: WHO and Mental Health Foundation; 2009.
2. World Health Organization. Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice. Summary report Genève: World Health Organization; 2004.
3. Friedli, L, Watson, S. Social prescribing for mental health. York: Northern Centre for Mental Health; 2004
4. Greden JF. The burden of disease for treatment-resistant depression. J Clin Psychiatry. 2001;62(suppl 16):26-31
5. Gleit DA, Landau DA, Goldman N, Chuang YL, Rodríguez G, Weinstein M. Participating in social activities helps preserve cognitive function: an analysis

- of a longitudinal, population-based study of the elderly. *Int J Epidemiol.* 2005;34(4):864-71.
6. Beland F, Zunzunegui MV, Alvarado B, Otero A, Del Ser T. Trajectories of cognitive decline and social relations. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2005;60(6):320-30.
  7. Barnes LL, Mendes de León CF, Wilson RS, Bienias JL, Evans DA. Social resources and cognitive decline in a population of older African Americans and whites. 2004;63(12):2322-6
  8. Holtzman RE, Rebok GW, Saczynski JS, Kouzis AC, Wilcox Doyle K, Eaton WW. Social network characteristics and cognition in middle-aged and older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2004;59(6):278-84.
  9. Verghese J, Lipton RB, Katz MJ, Hall CB, Derby CA, Kuslansky G, et al. Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *N Engl J Med.* 2003;348(25):2508-16.
  10. Cornwell EY, Waite LJ. Measuring social isolation among older adults using multiple indicators from the NSHAP study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences.* 2009;64(suppl 1):i38-46.
  11. Fry PS, Debats DL. Self-efficacy beliefs as predictors of loneliness and psychological distress in older adults. *The International Journal of Aging and Human Development.* 2002;55(3):233-69.
  12. Victor CR, Scambler SJ, Bowling AN, Bond J. The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. *Ageing and Society.* 2005;25(06):357-75.
  13. Cattan M, Kime N, Bagnall AM. The use of telephone befriending in low level support for socially isolated older people—an evaluation. *Health & Social Care in the Community.* 2011;19(2):198-206.
  14. Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine.* 2010 Oct 1;40(2):218-27.
  15. Tilvis RS, Laitala V, Routasalo PE, Pitkälä KH. Suffering from loneliness indicates significant mortality risk of older people. *Journal of Aging Research.* 2011;2011:1-5. doi:10.4061/2011/534781
  16. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med.* 2010;7(7):e1000316.
  17. Friedli L, Vincent A, Woodhouse A. Developing social prescribing and community referrals for mental health in Scotland. Edinburgh: The Scottish Development Centre for Mental Health; 2007.
  18. Friedli L, Jackson C, Abernethy H, Stansfield J. Social prescribing for mental health—a guide to commissioning and delivery. Manchester: Care Services Improvement Partnership North West; 2009.
  19. Frasure-Smith N, Lespérance F, Gravel G, Masson A, Juneau M, Talajic M, Bourassa MG. Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. 2000;101(16):1919-24.
  20. Grenne J. Prescribing a healthy social life. 2000;14(8):1-8.
  21. Harris T, Brown GW, Robinson R. Befriending as an intervention for chronic depression among women in an inner city. 1: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 1999;174:219-24
  22. Huxley PH. Arts on Prescription: An evaluation. Stockport: Stockport NHS Trust;1997
  23. Belfiore E. The social impacts of the arts - myth or reality? En: Mirza, M (editor). *Culture Vultures: is UK arts policy damaging the arts?* London: Policy Exchange Limited; 2006. p. 20-37
  24. Grant C, Goodenough T, Harvey I, Hine C. A randomised controlled trial and economic evaluation of a referrals facilitator between primary care and the voluntary sector. 2000;320(7232):419-23.
  25. Bridges K, Huxley P, Mohamad H, Oliver J. Quality of life and mental health services. London: Routledge; 2005.
  26. Fox KR. Self-esteem, self-perceptions and exercise. *Int J Sport Psychol.* 2001;31:228-40.
  27. Mutrie N. The relationship between physical activity and clinically defined depression. En: Biddle SJH, Fox KR, Boutcher SH, editors. *Physical activity and psychological well-being.* London: Routledge; 2000. p. 46-62.
  28. Sykes S. A social prescribing scheme in Penge and Anerley. *J Prim Care Ment Health.* 2002;6:11-2.
  29. Kimberlee, R. Report: Developing a Social Prescribing Approach for Bristol. Bristol: Clinical Commissioning Group; 2013.
  30. Rychetnik L, Todd A. VicHealth mental health promotion evidence review: A literature review focusing on the VicHealth 1999-2002 mental health promotion framework. New South Wales: University of Sydney; 2004.

[Volver](#)

Los retos de la prescripción social en la Atención Primaria de Catalunya: la percepción de los profesionales  
*Jordina Capella González, Fleur Braddick, Hannah Schwartz Fields, Lúcia Segura Garcia y Joan Colom Farran*  
 Comunidad septiembre 2016;2(18):7  
 ISSN: 2339-7896

## COMENTARIOS

### Dejar un comentario

0  
comentarios

Su Nombre

Su Email

Web (opcional)

Mensaje

Comentar