

## ORIGINALES

# El ensayo clínico AEQUALIS para mejorar la salud autopercebida en personas mayores: evaluación de la intervención piloto Sentirnos Bien

[Ver en pdf](#)

**Sergi Blancafort Alias.** Responsable del área de formación de pacientes y ciudadanos. Fundació Salut i Envelliment de la Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona

**Adrián Lobera Barendse.** Enfermero, EAP Sardenyà, Barcelona

**Cristina González Fernández.** Especialista en Atención Primaria. Centro de Atención Primaria Les Hortes, Barcelona

**Araceli Ríos Maré.** Especialista en Atención Primaria. Centro de Atención Primaria Les Hortes, Barcelona

**Alba González Riera.** Enfermera. Centro de Atención Primaria Les Hortes, Barcelona

**Laura Coll-Planas.** Responsable del Área de Investigación, Fundació Salut i Envelliment Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona

### Para contactar:

Sergi Blancafort Alias: [sergi.blancafort@uab.cat](mailto:sergi.blancafort@uab.cat)

## RESUMEN

El presente trabajo evalúa la intervención piloto Sentirnos Bien del proyecto AEQUALIS para identificar posibles mejoras en su diseño e implementación y aplicarlas de cara al ensayo clínico definitivo. El proyecto AEQUALIS es un ensayo clínico aleatorizado, controlado, paralelo, abierto y pragmático que tiene como objetivo reducir las desigualdades en salud en personas mayores que viven en zonas urbanas desfavorecidas, a través de una intervención que promueve el autocuidado, la alfabetización en salud y el capital social. Al tratarse de una intervención compleja, en el piloto se analizó el proceso en relación con su implementación, las influencias del contexto y los mecanismos de impacto, y se exploraron los impactos percibidos. Los procedimientos utilizados para la evaluación fueron un seguimiento semanal con el profesional dinamizador, un grupo focal con participantes, entrevistas a profesionales observadores y participantes y un grupo con los profesionales implicados e investigadores en el que se utilizó el método de los «6 sombreros para pensar». Los resultados obtenidos permitieron introducir cambios en el diseño e implementación de la intervención para el ensayo clínico definitivo.

**Palabras clave:** estado de salud, autocuidado, alfabetización en salud, capital social, desigualdades en la salud, proyectos piloto.

### "AEQUALIS" CLINICAL TRIAL TO IMPROVE SELF-PERCEIVED HEALTH IN OLDER PEOPLE: FEASIBILITY ASSESSMENT OF THE INTERVENTION "FEELING GOOD"

#### Abstract

The present study assesses the pilot intervention "Feeling Good" ("Sentirnos Bien") from the AEQUALIS project with the purpose of identifying possible improvements in its design and implementation and applying them in the definitive trial. The AEQUALIS project is a randomized, controlled, parallel, open and pragmatic clinical trial aimed at reducing health inequalities in older people living in disadvantaged urban areas through an intervention that promotes self-management, health literacy and social capital. Since it is a complex intervention, we analysed the process by assessing the implementation, the role of context and the mechanisms of impact, and explored perceived impacts. The procedures used were a weekly follow-up with a professional facilitator, a focus group with participants, interviews with professional observers and participants, and a group of health professionals and researchers involved using the "6 thinking hats" method. The results allowed us to introduce changes in the design and implementation of the intervention for the definitive clinical trial.

**Key words:** health status, self care, health literacy, social capital, health inequalities, pilot projects

## INTRODUCCIÓN

La promoción de la salud, según la Carta de Ottawa de 1986 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), consiste en proporcionar a las personas los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma<sup>1</sup>. En esta línea, además de curar, tratar y prevenir enfermedades, promover y educar en salud, hace falta mejorar la percepción de salud, de bienestar y de calidad de vida. Sin embargo, este último objetivo requiere todavía de estrategias de acción diseñadas y evaluadas con rigor.

En las áreas geográficas socioeconómicamente más desfavorecidas, las personas padecen un peor estado de salud<sup>2</sup>. Así mismo, el envejecimiento y el género son ejes transversales de desigualdad en sí mismos. Igualmente, las ciudades son los territorios que concentran mayores desigualdades en salud.

La salud autopercebida ha sido considerada un buen indicador del estado de salud general, de mortalidad y de morbilidad, así como de desigualdades en salud<sup>3-5</sup>.

Para reducir desigualdades en salud, es necesario incidir en políticas públicas que promuevan cambios estructurales dirigidos a los determinantes sociales

de la salud. Así mismo, pueden ser de especial interés las intervenciones que puedan promover los agentes locales de salud para incidir en los determinantes de salud intermedios susceptibles de ser modificados: el autocuidado, la alfabetización en salud y el capital social<sup>6</sup>. Los tres, estrechamente relacionados entre sí, son objeto del presente estudio.

Los estilos de vida no saludables son más frecuentes en personas socioeconómicamente desfavorecidas y conllevan un riesgo aumentado de morbimortalidad, así como una mayor incidencia de discapacidad, también entre la población más mayor. Por lo tanto, promover el autocuidado entre personas mayores socioeconómicamente desfavorecidas debería contribuir a reducir las desigualdades en salud<sup>7</sup>. Durante los últimos años han surgido diferentes modelos de educación en el ámbito del autocuidado. Una de las referencias internacionales es el Programa de Autocuidado en Enfermedades Crónicas de la Universidad de Stanford<sup>8</sup>, cuyo elemento clave es el establecimiento de objetivos de salud a corto plazo por parte de los propios pacientes<sup>9</sup>. Estos objetivos se plantean a través de la técnica SMART (Specific, Measurable, Attainable, Realistic/Relevant, Time-related), que ha sido implementada en España en el marco del proyecto de la Universidad de los Pacientes<sup>10</sup>.

Durante los últimos años también se ha popularizado el término «alfabetización en salud»<sup>11</sup>, definido como «la capacidad para obtener, procesar y entender información básica sobre la salud y los servicios sanitarios, necesaria para tomar decisiones apropiadas». Por su parte, la OMS ha definido la alfabetización en salud como «las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de los individuos para acceder a la información, comprenderla y utilizarla, para promover y mantener una buena salud»<sup>12</sup>. Se ha relacionado un bajo nivel de alfabetización en salud con poca participación en actividades preventivas y de promoción de la salud, un peor autocuidado de enfermedades crónicas, un incremento de las hospitalizaciones y un aumento de la morbilidad y mortalidad<sup>13</sup>. Una revisión sistemática de Sheridan y sus colaboradores en la que se analizaron las intervenciones dirigidas a personas con un bajo nivel de alfabetización en salud<sup>14</sup> ha mostrado efectos prometedores en intervenciones que se basan en la comprensión de la información nutricional de los productos de alimentación y la mejora de la comunicación entre profesionales y pacientes.

Finalmente, el capital social se define según el marco conceptual desarrollado por Islam<sup>15</sup> y Nyqvist<sup>16</sup>, a partir de la definición de Putnam<sup>17</sup>, como un concepto paraguas que engloba tanto los recursos sociales individuales (familia y amigos) como los colectivos (barrios), así como aspectos estructurales (redes sociales, contactos sociales y participación) y subjetivos (apoyo social y sentimiento de pertenencia). Diferentes autores han demostrado que existe una asociación positiva entre algunos indicadores de capital social y el estado de salud autopercebido<sup>18</sup>. Una revisión sistemática de intervenciones basadas en el capital social en personas mayores ha mostrado efectos mixtos en la salud autopercebida y otras variables de salud y bienestar mediante programas que promueven las redes de apoyo y la participación social<sup>19</sup>. Además, en nuestro contexto cultural se pilotó con éxito una intervención grupal llamada Caminos: de la Soledad a la Participación, basada en el capital social para aliviar la soledad desde los centros de Atención Primaria<sup>20</sup>.

La promoción de la salud suele requerir intervenciones multicomponentes y está vinculada a cambios de conducta. Así que, consecuentemente, sigue la metodología de las intervenciones complejas. Según el Medical Research Council (MRC), las intervenciones complejas deberían ser probadas mediante un piloto para optimizar la intervención del ensayo clínico definitivo<sup>21</sup>. Adicionalmente, el marco conceptual Process Evaluation of Complex Interventions, del MRC<sup>22</sup>, incluye la evaluación de la implementación, el contexto y los mecanismos de impacto, y es una metodología clave en la evaluación del piloto de intervenciones complejas para su posterior adaptación en el ensayo clínico definitivo, con tal de optimizar la consecución de los objetivos propuestos.

En nuestro caso, la intervención piloto que presentamos en este artículo se enmarca en el proyecto AEQUALIS<sup>23</sup>, que tiene como finalidad mitigar las desigualdades en salud mediante una mejora de la percepción del estado de salud en los participantes de una intervención denominada Sentirnos Bien. Esta intervención promueve el autocuidado (la incorporación de hábitos saludables, especialmente relacionados con la alimentación y la actividad física), la alfabetización en salud (a través de la mejora de la comunicación con los profesionales sanitarios y la toma de decisiones informada sobre diversos aspectos de la vida cotidiana) y el capital social (el apoyo mutuo y la participación en actividades socioculturales y comunitarias) en personas mayores con mala salud autopercebida que residen en áreas urbanas socioeconómicamente desfavorecidas.

## OBJETIVOS

### Objetivo general

Evaluar la intervención piloto Sentirnos Bien del proyecto AEQUALIS para identificar posibles mejoras en su diseño e implementación y aplicarlas en el ensayo clínico definitivo.

### Objetivos específicos

- Analizar el proceso para:
  - Determinar la factibilidad y la adherencia.
  - Explorar los mecanismos de impacto.
  - Explorar las influencias del contexto.
- Explorar los impactos percibidos.

## MÉTODOS

### Diseño del estudio

La evaluación del piloto constituye un subestudio del proyecto AEQUALIS.

En el presente estudio se incluyeron un total de 30 participantes, aleatorizados en dos grupos de intervención de 15 participantes. Los participantes fueron reclutados en el Centro de Salud Les Hortes (Barcelona). Inicialmente, los profesionales contactaron activamente con personas mayores usuarias del centro de Atención Primaria (CAP) que consideraban, según su criterio, que podían tener una percepción de mala salud y que podían beneficiarse de la intervención, o bien las identificaban durante las visitas de rutina. A continuación, aplicaron los siguientes criterios de inclusión:

- a. Edad igual o superior a 60 años.

- b. Residentes en la comunidad.
- c. Autopercepción de la salud regular o mala. El cribado se llevó a cabo a través de la primera pregunta del cuestionario SF-36: «En general, usted diría que su estado de salud es: 1) Excelente; 2) Muy bueno; 3) Bueno; 4) Regular, y 5) Malo».

Los participantes fueron excluidos si:

- a. No podían desplazarse de manera autónoma al centro de salud.
- b. Tenían demencia diagnosticada o deterioro cognitivo.
- c. Su estado de salud limitaba o desaconsejaba la actividad física.
- d. Estaban afectados por una patología mental grave que dificultaba la participación en una dinámica grupal.
- e. Se encontraban en una situación de final de vida.

Aquellos participantes que cumplían los criterios de inclusión fueron invitados a participar en el estudio. Los participantes que voluntariamente aceptaron participar fueron citados para la evaluación basal. A continuación, cada participante fue aleatorizado e incluido en uno de los dos grupos (intervención o control). La secuencia de aleatorización fue generada mediante un programa informático en la Fundación Salut i Envelliment de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), después de que cada participante hubiera sido incluido en el estudio y asignado a un código de identificación, y una vez quedara completada la evaluación basal.

## Descripción de la intervención

Se llevó a cabo una intervención compleja que consistió en un programa comunitario (el taller Sentirnos Bien) realizado en el Centro de Salud Les Hortes. A continuación, se describe la intervención en base a la guía para la descripción de la intervención y su replicación (Template for Intervention Description and Replication, TIDieR)<sup>24</sup>.

El objetivo del programa comunitario Sentirnos Bien es promover el autocuidado, la alfabetización en salud y el apoyo y la participación social en personas mayores de 60 años que tienen una mala percepción de su salud y viven en zonas urbanas desfavorecidas. El autocuidado, la alfabetización en salud y el apoyo y la participación social han sido identificados como determinantes intermedios con el potencial de reducir las desigualdades en salud a través de intervenciones llevadas a cabo por agentes locales.

El grupo de intervención recibió el programa comunitario Sentirnos Bien durante 12 semanas. La [tabla 1](#) proporciona información adicional sobre los componentes del programa. Las actividades desarrolladas facilitaron el intercambio de experiencias previas de los participantes y estuvieron dirigidas a: entender por qué es importante cuidar de la salud y cómo se puede hacer; mejorar el equilibrio y la flexibilidad mediante ejercicios suaves; identificar y manejar las emociones mediante ejercicios de respiración y relajación; saber cómo se puede comer de forma más sana, sencilla y económica; mejorar la relación con las personas del entorno; conocer las actividades que se pueden realizar en el barrio; mejorar la comunicación con los profesionales de la salud que les atienden, y entender cómo pueden decidir sobre aquellas cosas que les importan. Las tareas propuestas fueron muy prácticas y didácticas, para incentivar la atención y la creatividad del grupo.

**Tabla 1. Contenidos y objetivos de la intervención Sentirnos Bien**

Número sesión	Contenidos y actividades	Objetivos
1	Introducción a la salud y al autocuidado	Promover hábitos saludables de autocuidado y el apoyo mutuo
2	Actividad física	Promover hábitos saludables de autocuidado y el apoyo mutuo
3	Paseo saludable por el barrio	Promover hábitos saludables de autocuidado y el apoyo mutuo
4	Las emociones	Promover el apoyo mutuo
5	La alimentación sana y económica	Promover hábitos saludables de autocuidado y el apoyo mutuo
6	Visita a un supermercado del barrio	Promover hábitos saludables de autocuidado y el apoyo mutuo Fomentar la alfabetización en salud
7	La soledad y las relaciones sociales	Promover el apoyo mutuo
8	La participación en la comunidad	Promover la participación en actividades socioculturales y comunitarias y el apoyo mutuo

9	Visita a un equipamiento sociocultural del barrio	Promover la participación en actividades socioculturales y comunitarias y el apoyo mutuo
10	La autonomía personal	Fomentar la alfabetización en salud Promover el apoyo mutuo
11	La comunicación con los profesionales sanitarios	Fomentar la alfabetización en salud Promover el apoyo mutuo
12	Valoración general y cierre	Promover el apoyo mutuo

La dinámica grupal estuvo orientada a generar apoyo mutuo entre las personas participantes para crear un clima de confianza en el que pudieran encontrar ayuda para reconocer los hábitos y la toma de decisiones cotidianas que pueden mejorar o cambiar para lograr un estilo de vida más activo y saludable. Los aspectos de la intervención basados en la promoción del capital social (apoyo social y participación) siguieron el modelo de la intervención del programa Caminos: de la Soledad a la Participación<sup>20</sup>; las actividades de autocuidado se basaron en la técnica SMART<sup>10</sup>, y las dinámicas de alfabetización en salud, en la comprensión de la información nutricional de los productos de alimentación y en la mejora de la comunicación con el profesional sanitario<sup>14</sup>.

La intervención fue conducida por un enfermero previamente formado por el equipo investigador. A lo largo de toda la intervención estuvieron presentes dos profesionales observadoras del centro de salud.

Las sesiones se desarrollaron semanalmente durante 2 horas. La intervención siguió una metodología participativa en la que se promovió el empoderamiento de las personas mayores para generar comportamientos que incidieran positivamente en su salud y bienestar general. La intervención se llevó a cabo en el Centro de Salud Les Hortes (Barcelona) entre los meses de septiembre y diciembre de 2015. Nueve de las 12 sesiones tuvieron lugar en el mismo centro, y tres se realizaron en diferentes lugares en el exterior del CAP, e incluyeron un paseo saludable por el barrio, una visita a un supermercado y una visita a un centro cívico. Los lugares escogidos para las salidas fueron consensuados por el grupo en base a una identificación previa sobre mapas de activos en salud, lo que permitió un abordaje de los intereses y preferencias específicas de este grupo. Además de la dinámica grupal, los valores y las expectativas individuales fueron atendidos por actividades específicas como el establecimiento de planes de acción. Dos profesionales del centro de salud asistieron a todas las sesiones como observadoras de la intervención.

El grupo control permaneció en lista de espera y durante el desarrollo del estudio recibió la atención médica habitual en el CAP. Al final del período de seguimiento se ofreció la posibilidad al grupo control de recibir la intervención y asistir al programa comunitario Sentirnos Bien.

### Procedimientos de evaluación

Para analizar el proceso, se tomó como punto de partida el marco conceptual Process Evaluation of Complex Interventions del MRC<sup>22</sup>.

Así, en el análisis del proceso y los impactos percibidos que se refieren en los objetivos específicos, se utilizaron los siguientes procedimientos: un grupo focal con participantes, entrevistas a profesionales observadores y participantes, y un grupo con los profesionales implicados e investigadores en el que se utilizó el método de los «6 sombreros para pensar» creado por Edward de Bono<sup>25</sup>. Este método se utiliza para discusiones y toma de decisiones en grupo. Los integrantes del grupo se colocaron de manera secuencial un sombrero imaginario de cada color y expresaron la opinión sobre la intervención desde diferentes perspectivas. La secuencia utilizada fue la siguiente: 1) sombrero blanco: hechos y cifras; 2) sombrero rojo: emociones; 3) sombrero negro: aspectos negativos; 4) sombrero amarillo: aspectos positivos; 5) sombrero verde: alternativas y creatividad, y 6) sombrero azul: discusión sobre el proceso de pensamiento y conclusiones. Adicionalmente, el equipo investigador mantuvo una reunión presencial con el dinamizador después de cada sesión. Todas las sesiones fueron registradas en audio con el consentimiento previo de los participantes. Además, se realizó un seguimiento semanal con el profesional dinamizador para resolver incidencias y valorar la factibilidad de la intervención. Las profesionales observadoras hicieron un seguimiento de la fidelidad de la implementación, y cumplimentaron una hoja de asistencia para determinar la adherencia.

Las entrevistas semiestructuradas se llevaron a cabo por muestreo intencional a tres participantes por ser considerados informantes clave. El criterio de homogeneidad para la selección de la muestra de participantes fue la alta adherencia a la intervención. Los criterios de heterogeneidad fueron el género, la edad y la trayectoria vital. Las entrevistas se realizaron siguiendo un guion desarrollado por la Fundación Salut i Envelliment de la UAB, con preguntas abiertas para asegurar la exploración de todos los aspectos clave: su percepción acerca del diseño, el proceso y los impactos percibidos de la intervención. Se hizo un análisis de contenido temático de los grupos focales y las entrevistas mediante el proceso de codificación, categorización y triangulación de informantes y técnicas.

### El proyecto AEQUALIS

Es un ensayo clínico aleatorizado, controlado, paralelo, abierto y pragmático. El diseño del estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria (IDIAP) Jordi Gol. El protocolo del estudio fue registrado en la base de datos ClinicalTrials.gov con el número de referencia NCT02733523. La participación en el estudio fue voluntaria y todas las personas interesadas en participar en él recibieron una hoja de información y firmaron el consentimiento informado.

### RESULTADOS

El grupo de intervención estuvo inicialmente integrado por 14 personas mayores de una edad media de 74,6 años  $\pm$  7, nueve mujeres y cinco hombres. En el grupo focal participaron cuatro mujeres y tres hombres. Los participantes entrevistados fueron dos mujeres (66 y 87 años) y un hombre (69 años). Las profesionales observadoras fueron dos médicas de familia del Grupo de Trabajo en Atención Comunitaria. El dinamizador de la intervención fue un

enfermero externo al centro de salud. El equipo investigador estuvo integrado por profesionales de la Fundación Salut i Envelliment de la UAB (una médica especialista en geriatría y un doctor en sociología) y un estudiante de sociología en prácticas.

Los participantes y los profesionales relataron satisfacción general con el funcionamiento de la intervención. **En relación con la factibilidad**, la mayor parte de actividades se pudieron implementar como estaban previstas en la guía de la intervención. Se valoró positivamente que los participantes pudieran expresar de manera abierta su opinión acerca de la intervención. Profesionales y participantes relataron dificultades en la implementación de los planes de acción. Los participantes mostraron incomodidad en las actividades que requerían poner en práctica habilidades relacionadas con la alfabetización funcional.

«Yo me encontraba a gusto con los temas que se han tratado».

Participante mujer, 67 años

**En relación con la adherencia**, inicialmente, seis personas decidieron no participar en el ensayo debido a: incompatibilidad horaria, problemas de salud, poca costumbre de realizar actividades grupales fuera de la familia y cargas familiares. Se observó que la mitad de los participantes reclutados al inicio completó la intervención. Concretamente, cuatro de los 15 participantes no iniciaron la intervención, cuatro la iniciaron, pero no la completaron, y siete la completaron. Entre los motivos reportados por los participantes para no completar la intervención, cabe destacar la muerte de un familiar cercano y la voluntad expresada de abandonar el grupo por encontrarse demasiado bien en comparación al resto de participantes.

Los **mecanismos de impacto** observados se relacionaron con los tres ámbitos de intervención. En referencia al capital social, reportaron un aumento del apoyo y la participación social, mediante sentimiento de pertenencia al grupo, nuevas amistades entre iguales, descubrimiento de equipamientos del barrio y del capital social vertical mediante mayor cercanía y confianza hacia el centro de salud y las profesionales observadoras.

«—Y yo pasaba por ahí un montón... Cientos de veces habré pasado por ahí...»

—¿Y no sabía que era una biblioteca?

—Pues mira, el día que fuimos... Pues fuimos, miramos, y el día siguiente fui y me saqué el carné».

Participante hombre, 69 años

Dos participantes empezaron a ir juntas a las caminatas organizadas por el centro de salud, de manera que el apoyo social propició cambios en la actividad física.

«Luego he hecho amistad con M. [...] Y... a veces me llama por teléfono. [...] La llamé y le dije "M. ya estoy en casa si quieres ir a caminar algún día, ya sabes que yo puedo salir por la mañana a la hora que tú quieras, y salgo para arriba y para abajo". Dice: "Sí, sí, ya te llamaré, y así vamos"».

Participante mujer, 87 años

No se observaron mejoras directas en las conductas de autocuidado relacionadas con la alimentación. Sin embargo, en el ámbito de la alfabetización en salud, los participantes percibieron como útiles las indicaciones sobre cómo elegir alimentos saludables y cómo mejorar la comunicación con el personal sanitario.

«También fuimos un día al súper a hacer la compra, y muchas cosas que nos venden que... nos las venden por buenas, y las compramos muchas veces sin saber por qué... Empiezan por la letra pequeña, que ya no la vemos las personas que somos mayores».

«Igual que me apunto las cosas en la agenda, me apunto en un papelito lo que le quiero preguntar, por si me falla la memoria, y también, pues ir con cosas prácticas, como cremallera, por si te han de auscultar o algo... Facilitarles el tiempo también, porque todos tenemos que poner de nuestra parte».

Participante mujer, 67 años

**En relación con las influencias del contexto**, los participantes mostraron repetidamente resistencia y rechazo a los cambios sociales intrínsecos del barrio, como el aumento de la inmigración y la pérdida de vínculos familiares y sociales que conllevaba una falta de comunicación en el vecindario.

«Las otras vecinas son personas nuevas que ni las conoces, ni sabes de dónde vienen ni sabes quiénes son. O sea, yo me las encuentro por la escalera y no son capaces de decirte ni buenos días. Y yo... mi escalera era una escalera de aquellas familiares, que conocías a todos los vecinos y que hablabas con todos los vecinos».

Participante hombre, 69 años

**En cuanto a los impactos percibidos**, los participantes activos reportaron haber creado un potente sentimiento de pertenencia al grupo que les motivó a continuar, mejoras en el estado de ánimo y bienestar general.

«Me ha hecho mucho bien el venir a las reuniones y esto, porque yo estaba muy hundida... Estoy hundida, llevaba mucho tiempo hundida, pero he resucitado un poquito».

Participante mujer, 87 años

Además, percibieron cambios positivos en su vida cotidiana (inicio de amistades y de nuevas actividades saludables, entre otras cosas). Por ejemplo, dos mujeres mayores iniciaron juntas su participación en actividades del barrio.

Los impactos reportados por los participantes fueron confirmados por las observadoras y el facilitador. Los profesionales reportaron un impacto en su forma de ver y atender a sus pacientes, que pasó a ser más holística y a comprender mejor las condiciones psicosociales que viven y el impacto que tienen en su salud.

A partir del método de los «6 sombreros para pensar», se identificaron hechos objetivos, aspectos que habían funcionado bien, aspectos que se debían

mejorar y posibilidades de mejora. En la parte final de la dinámica se discutieron y consensuaron cambios en la guía del dinamizador y en algunos aspectos organizativos y operativos de la intervención, con el fin de mejorar su implementación. Los resultados de la dinámica se muestran en la [tabla 2](#).

**Tabla 2. Resultados del método de los «6 sombreros para pensar»**

Color	Perspectiva	Comentarios
Sombrero blanco	Racional	Las sesiones duraron más tiempo de lo inicialmente previsto, y se realizó un seguimiento semanal de la intervención con el dinamizador y el grupo investigador. En cambio, no se pudo establecer un seguimiento periódico entre el dinamizador y las observadoras debido a la incompatibilidad horaria
Sombrero negro	Crítico, pesimista	El reclutamiento de participantes se hizo con poco tiempo, y ello pudo influir en la progresiva falta de adherencia a la intervención a lo largo de las sesiones. También se comentó que alguno de los participantes había acudido con expectativas poco adecuadas en relación con los objetivos del taller. Finalmente, los participantes se mostraron desconcertados con el cambio puntual de dinamizador, y el hecho de que las observadoras fueras médicas del centro de Atención Primaria pudo condicionar su participación. El establecimiento de planes de acción fue difícil de llevar a cabo
Sombrero amarillo	Optimista	Se consiguió crear un sentimiento real de pertenencia al grupo que ayudó al desarrollo de la intervención. Los participantes se sintieron escuchados y se constataron efectos positivos en su estado emocional y su sensación de soledad. El dinamizador supo mostrarse próximo a los participantes
Sombrero verde	Creativo	Surgió un listado de ideas para ser implementadas; entre ellas, realizar una sesión de formación específica para los observadores, pedir a los participantes que lleven objetos personales o insistir en la realización del mural grupal
Sombrero rojo	Emocional	Las observadoras destacaron su satisfacción por haber podido conocer una dimensión más personal de los participantes
Sombrero azul	Normativo y conclusiones	Se consensuaron algunos cambios en la estructura y desarrollo de la mayoría de sesiones de la intervención

Los **aspectos de mejora en el diseño e implementación de la intervención** que fueron identificados y aplicados en el ensayo clínico definitivo son los siguientes: 1) facilitar más información y recomendaciones a los participantes por parte de los profesionales que dinamizan las sesiones; 2) incorporar actividades nuevas, como llevar objetos personales a la segunda sesión para aumentar la adherencia; 3) incorporar actividades que aporten bienestar a los participantes (se prepararon unos minutos de actividad física en cada sesión y se añadió «el regalo imaginario» en la última sesión de cierre); 4) modificar algunas actividades de alta complejidad y baja factibilidad y efectividad como los planes de acción; 5) intensificar la formación y el seguimiento de dinamizadores y observadores respecto a la técnica para establecer planes de acción; 6) elaborar una guía con pautas de actuación para los profesionales observadores.

## DISCUSIÓN

El presente trabajo evaluó la intervención piloto Sentirnos Bien del proyecto AEQUALIS para identificar posibles mejoras en su diseño e implementación y aplicarlas en el ensayo clínico definitivo. Los resultados muestran que la intervención ha sido factible, y los participantes y profesionales han relatado satisfacción general con su funcionamiento. Se ha observado falta de adherencia a la intervención y disminución de la participación durante el proceso. Los mecanismos de impacto observados están relacionados con los tres ámbitos de intervención. La realización del método de los «6 sombreros para pensar» ha permitido implementar cambios organizativos, formativos y ejecutivos en la futura aplicación de la intervención. El trabajo también ha explorado los impactos percibidos.

En España, durante los últimos años se ha observado un creciente interés por el desarrollo de programas de educación para el autocuidado, pero hasta el momento su impacto es limitado y poco conocido<sup>26</sup>. Y, por otra parte, una revisión de las experiencias comunitarias de promoción de la salud llevadas a cabo en España pone de manifiesto su elevada heterogeneidad, la falta de una evaluación sistemática en la mayoría de actividades, las dificultades para obtener resultados medibles y la escasa participación de la comunidad<sup>27</sup>.

Los resultados obtenidos están en la línea de otros estudios que muestran que la aplicación de evaluación del proceso y de métodos mixtos en los estudios piloto es clave para identificar barreras y limitaciones antes de llevar a cabo el ensayo clínico definitivo<sup>28</sup>. En este contexto, nuestro estudio es pionero en la evaluación rigurosa del piloto y en su aplicación al ámbito del envejecimiento desde la perspectiva de promoción de la salud, en lugar de enfocarlo desde la

perspectiva de tratar las enfermedades crónicas asociadas al proceso de envejecer. Además, la intervención se enriquece de la experiencia del proyecto de la Universidad de los Pacientes<sup>10</sup> para diseñar un ensayo clínico.

Entre las fortalezas cabe destacar que se trata de una intervención piloto compleja basada en la sinergia que se puede establecer al combinar en una misma intervención componentes de capital social, autocuidado y alfabetización en salud. Sin embargo, la alta cantidad de contenidos ha dificultado que todos ellos fueran implementados con la misma rigurosidad; así mismo, la alfabetización en salud se ha trabajado desde ámbitos específicos y prioritarios como la comunicación con los profesionales y la toma de decisiones al comprar alimentos, pero no se ha podido desplegar en todas sus áreas.

Metodológicamente, cabe destacar que se ha evaluado con procedimientos cualitativos siguiendo las guías del MRC<sup>21,22</sup> y con herramientas innovadoras como el método de los «6 sombreros para pensar»<sup>25</sup>. Sin embargo, este estudio tiene algunas limitaciones. La intervención se centró en un solo centro y, como consecuencia, en un solo contexto. Los procedimientos cualitativos con los participantes se centraron en aquellos que mostraron alta participación a la intervención y no incluyeron aquellos que la abandonaron.

Este proyecto tiene como diana las personas mayores –en su mayoría mujeres–, las cuales configuran un subgrupo de especial atención al implementar políticas de intervención para mitigar las desigualdades en salud.

Los resultados del piloto serán de utilidad sobre todo para el desarrollo del ensayo clínico definitivo. Además, la metodología de evaluación aplicada puede servir de ejemplo para otros proyectos en estadio inicial. Se aspira a que el piloto, y especialmente el consiguiente ensayo clínico, sirvan para inspirar prácticas y políticas de promoción de la salud y de reducción de desigualdades en salud mediante la intervención en determinantes intermedios.

Futuras investigaciones deben abordar el reto del abandono y la falta de adherencia a la intervención como una problemática común con otras intervenciones grupales de promoción de la salud que se realizan en centros de salud de nuestro entorno, especialmente en contextos socioeconómicos desfavorecidos y con personas mayores<sup>20</sup>. Además, esta intervención puede guiar prácticas que tengan por objetivo mejorar la percepción de la salud más allá de las enfermedades crónicas que padezca la persona y basándose en sus fortalezas y sus necesidades.

## CONCLUSIONES

La evaluación de la intervención piloto Sentirnos Bien correspondiente al proyecto AEQUALIS ha permitido obtener mejoras en su diseño e implementación. La evaluación del proceso ha mostrado ser una metodología apropiada para la evaluación del piloto de intervenciones complejas para su posterior adaptación en el ensayo clínico definitivo.

**Financiación:** el proyecto AEQUALIS cuenta con la colaboración de RecerCaixa, un programa impulsado por la Obra Social “La Caixa” y la Associació Catalana d’Universitats Públiques (ACUP).

**Agradecimientos:** Laura Coll-Planas publica este artículo en el marco del programa de doctorado de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Autónoma de Barcelona.

## BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organisation: Ottawa charter for health promotion. *J Health Promotion*. 1986;1:1-4.
2. Borrell C. La medición de las desigualdades en salud. *Gac Sanit*. 2000;14:20-33.
3. Miilunpulo S, Vuori I, Oja, P, Pasanen M, Urponen H. Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *J Clin Epidemiol*. 1997;50(5):517-28.
4. Burstrom B, Freudlund P. Self-rated health: Is it as good predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher classes? *J Epidemiol Community Health*. 2001;55:836-40.
5. Solé-Auró A, Alcañiz M. Educational attainment, gender and health inequalities among older adults in Catalonia (Spain). *Int J Equity Health*. 2016;15(1):126.
6. Hawe P, Shiell A. Social capital and health promotion: a review. *Soc Sci Med*. 2000;51(6):871–85.
7. Shaw BA, McGeever K, Vasquez E, Agahi N, Fors S. Socioeconomic inequalities in health after age 50: are health risk behaviors to blame? *Soc Sci Med*. 2014;101:52-60.
8. Lorig K, Sobel DS, Stewart AL, Brown BW, Bandura A, Ritter P, et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Med Care*. 1999; 37(1):5-14.
9. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*. 2002;288 (19):2469-75.
10. Blancafort S, Fernández L, Gabriele J, Pineda E, Salvá A. Formación de pacientes en el autocuidado de enfermedades crónicas: Resultados de la implementación del «modelo Stanford». V Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico Organizado por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y la Sociedad Española de Medicina Interna. Barcelona, 11, 12 y 13 de abril de 2013.
11. Institute of Medicine. Health literacy: A prescription to end confusion. Washington DC: National Academies Press; 2004.
12. Marmot M. Achieving health equity: From root causes to fair outcomes. *The Lancet*. 2007;370:1153-63.
13. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann. Intern Med*. 2011;155:97-107.
14. Sheridan SL, Halpern DJ, Viera AJ, Berkman ND, Donahue KE, Crotty K. Interventions for individuals with low health literacy: A systematic review. *Journal of Health Communication*. 2011;16:30-54.
15. Islam MK, Merlo J, Kawachi I, Lindström M, Gerdtham UG. Social capital and health: does egalitarianism matter? *Int J Equity Health*. 2006;5:3.
16. Nyqvist F, Forsman AK. Social capital as a health resource in later life: The relevance of context. Series: International Perspectives on Aging. Vol. 11. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 2015.
17. Putnam RD. Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy. Princeton University Press; 1993.
18. Kawachi I, Kennedy BP, Glass R. Social capital and self-rated health: A contextual analysis. *American Journal of Public Health*. 1999;89(8):1187-93.
19. 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. doi: 10.1136/jech-2016-208131.

20. Coll-Planas L, Del Valle Gómez G, Bonilla P, Masat T, Puig T, Monteserín R. Promoting social capital to alleviate loneliness and improve health among older people in Spain. *Health Soc Care Community*. 2017;25(1):145-157.
21. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2008;337:a1655.
22. Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2015;350:1-7.
23. Coll-Planas L, Monteserín R, Rojano X, Morell E, Cob E, Blancafort S. Estudio AEQUALIS. Promoviendo el autocuidado, la alfabetización en salud y el capital social en personas mayores de áreas urbanas socioeconómicamente desfavorecidas: un ensayo clínico para reducir las desigualdades. Comunicación oral. XXXVI Congreso de la semFYC. A Coruña; 2016.
24. Hoffmann T, Glasziou P, Boutron I, Milne R, Perera R, Moher D, et al. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ*. 2014;348:g1687.
25. De Bono E. *Six Thinking Hats: An Essential Approach to Business Management*. Little, Brown, & Company; 1985.
26. Nuño-Solinis R, Rodríguez-Pereira C, Piñera-Elorriaga K, Zaballa-González I, Bikandi-Irazábal J. Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España. *Gac Sanit*. 2013;27(4):332-7.
27. March S, Ramos M, Soler M, Ruiz-Jiménez JL, Miller F, Domínguez J. Revisión documental de experiencias de actividad comunitaria en atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 2011;43(6):289-96.
28. Hind D, Mountain G, Gossage-Worrall R, Walters SJ, Duncan R, Newbould L, et al. Putting Life in Years (PLINY): a randomised controlled trial and mixed-methods process evaluation of a telephone friendship intervention to improve mental well-being in independently living older people. *Trials*. 2014;15:141.

**Fecha de recepción:** 16 de septiembre de 2016    **Fecha de aceptación:** 7 de junio de 2017

[Volver](#)

El ensayo clínico AEQUALIS para mejorar la salud autopercebida en personas mayores: evaluación de la intervención piloto Sentirnos Bien  
*Sergi Blancafort Alias, Adrián Lobera Barendse, Cristina González Fernández, Araceli Ríos Maré, Alba González Riera y Laura Coll-Planas*  
*Comunidad Julio 2017;19(2):4*  
 ISSN: 2339-7896

## COMENTARIOS

### Dejar un comentario

0  
comentarios

Su Nombre

Su Email

Web (opcional)

Mensaje

Comentar