

Original breve

# Evaluación de un programa comunitario para reducir el aislamiento de personas mayores debido a barreras arquitectónicas



Elia Díez<sup>a,b,c,d,\*</sup>, Ferran Daban<sup>a,d</sup>, Maribel Pasarín<sup>a,b,d,e</sup>, Lucía Artazcoz<sup>a,b,d,e</sup>, Carmen Fuertes<sup>a,b,f</sup>, M. José López<sup>a,b,d,e</sup> y Núria Calzada<sup>a,d</sup>

<sup>a</sup> Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España

<sup>b</sup> CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

<sup>c</sup> Universitat Autònoma de Barcelona, España

<sup>d</sup> Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau, Barcelona, España

<sup>e</sup> Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

<sup>f</sup> Fundació Tot Raval, Barcelona, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 29 de enero de 2014

Aceptado el 29 de abril de 2014

On-line el 10 de junio de 2014

### Palabras clave:

Mayores  
Accesibilidad  
Aislamiento social  
Intervención comunitaria  
Promoción de la salud

## R E S U M E N

**Objetivo:** Se llevó a cabo una intervención comunitaria para reducir el aislamiento de las personas mayores debido a barreras arquitectónicas. Este estudio evalúa sus efectos.

**Métodos:** Estudio cuasiexperimental antes-después. Se localizaron en la comunidad personas mayores aisladas en tres zonas desfavorecidas en 2009-11. Salieron quincenalmente con voluntariado y una silla-oruga motorizada. Se estudió la satisfacción y se comparó, con pruebas de McNemar, su estado de salud percibido, su calidad de vida y su salud mental antes y después de cuatro salidas.

**Resultados:** Participaron 74 personas (edad mediana: 83 años; rango intercuartílico: 78-89). La salud percibida mejoró un 21%, la mental un 24% y el malestar psicológico se redujo un 16%. El 98% estaban satisfechas.

**Conclusiones:** La intervención mejoró la salud percibida y la salud mental de las personas participantes. Debería evitarse que estas personas residan en edificios con barreras arquitectónicas, y si no es posible, implementar programas similares a éste.

© 2014 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Evaluation of a community program to reduce isolation in older people due to architectural barriers

### A B S T R A C T

**Objective:** Social isolation impairs health. An intervention to reduce isolation due to architectural barriers in elderly persons was carried out in Barcelona (Spain). This study aimed to evaluate its effects on health.

**Methods:** We conducted a quasi-experimental before-after study. Isolated older people were identified in three deprived urban areas from 2009 to 2011. Participants had twice-weekly outings with volunteers in a stair-climbing power wheelchair. User satisfaction was evaluated and perceived health status, quality of life, and mental health before and after four outings were compared with McNemar tests.

**Results:** There were 74 participants (median age: 83 years; IQR: 78-89). Perceived health improved by 21%, mental health by 24%, and psychological distress was reduced by 16%. Most participants (98%) were satisfied.

**Conclusion:** The intervention improved perceived health and mental health. Elderly people with impaired mobility should not live in buildings with architectural barriers and, if this cannot be avoided, similar programs should be implemented.

© 2014 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

### Keywords:

Aged  
Accessibility  
Social isolation  
Community health services  
Health promotion

## Introducción

La influencia de las relaciones sociales en la mortalidad es comparable a la de factores de riesgo como el tabaquismo y el consumo de alcohol<sup>1</sup>. Las personas mayores con relaciones 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<sup>2</sup>. En Barcelona, el 21% de los residentes son mayores de 65 años, y un 19,7% de los edificios carece de ascensor (la proporción llega al 67% en el distrito central)<sup>3</sup>. En muchos de estos edificios residen personas mayores que pueden experimentar aislamiento y soledad.

La *Ley de Barrios de Cataluña* ha realizado desde 2004 mejoras estructurales en urbanismo y rehabilitación en 143 zonas

\* Autora para correspondencia.  
Correo electrónico: ediez@aspb.es (E. Díez).

desfavorecidas catalanas. El programa *Salut als Barris* (Salud en los Barrios) complementa la *Ley de Barrios* con acciones de salud comunitaria para reducir las desigualdades en salud<sup>4</sup>. En Barcelona, *Salut als Barris* se desarrolla de manera intensiva, con financiación autonómica y municipal<sup>5</sup>. En este marco, los grupos de trabajo comunitarios detectaron personas con dificultades de movilidad que estaban viviendo en edificios sin ascensor. El riesgo de problemas asociados al aislamiento, junto a la evidencia de los beneficios de la interacción social sobre la salud mental, social y física, impulsaron la puesta en marcha de una intervención de salidas regulares con voluntariado<sup>6</sup>. El programa *Baixem al Carrer* (Bajemos a la Calle) se pilotó en 2009 en el barrio de Poble Sec, y más adelante se extendió a los barrios que componen las áreas de Casc Antic y Zona Nord.

El objetivo de este estudio es valorar el efecto de la intervención *Baixem al Carrer* en la calidad de vida, la salud mental, el estado de salud percibido y la satisfacción de las personas mayores participantes.

## Métodos

### Diseño

Se utilizó un diseño cuasiexperimental antes-después.

### Participantes

Los equipos de atención primaria de salud y social, los equipos de los Planes Comunitarios y otros agentes detectaron a las personas mayores de 60 años aisladas por barreras arquitectónicas, residentes en tres zonas desfavorecidas de Barcelona, entre mayo de 2009 y diciembre de 2011. Se excluyeron las personas con demencia grave, dificultades de relación, en cama o residentes en edificios en los que no podía utilizarse una silla motorizada. Se pudo atender a todos los casos que aceptaron participar. La muestra atendida fue de 74 personas sobre una población de 77.921 habitantes en las tres zonas. En una prueba piloto previa se estimó una prevalencia de 0,4 a 1,5 (por 1000 habitantes) de personas mayores aisladas por barreras, una vez excluidas las enfermas, las que no deseaban salir y aquellas en que las características del edificio impedían la salida<sup>7</sup>.

### Intervención

Se realizaron salidas semanales o quincenales en función del voluntariado disponible<sup>8</sup>. Una persona técnica coordinó las salidas en cada barrio y organizó una red de acompañantes. Se dispuso de una silla-oruga motorizada que remonta escaleras<sup>9</sup> y de sillas de ruedas. Se realizaron dos salidas colectivas anuales, para las que se contrató un servicio de transporte adaptado. El proyecto se vinculó a los programas de mayores de los distritos, lo que facilitó la participación en actividades y recursos cercanos.

### Recogida de datos

Se realizó una entrevista personal con cuestionario a las personas usuarias antes de entrar en el programa, a medida que se iban detectando, y después de las primeras cuatro salidas. En junio de 2012 se realizó una encuesta de satisfacción.

### Variables de estudio

El cuestionario de salud recogió el sexo, la edad, el barrio de residencia, el nivel de estudios, el lugar de nacimiento, el estado de salud percibido, la calidad de vida, el dolor, las limitaciones en la vida cotidiana por razones de salud y el riesgo de mala salud mental. El estado de salud percibido se valoró con la pregunta «¿Cómo

diría usted que es su salud en general?», con las categorías «muy buena», «buena», «regular», «mala» y «muy mala»<sup>10</sup>, que se recodificaron en buena (muy buena y buena) y el resto. La salud mental se midió con el *General Health Questionnaire* (GHQ-12), según el cual las personas con una puntuación igual o superior a 3 se consideran con riesgo de mala salud mental<sup>11</sup>. La calidad de vida relacionada con la salud se recogió mediante la escala *Euroqol*, que valora la movilidad, el cuidado personal, las actividades cotidianas, el dolor o malestar, y la ansiedad o depresión<sup>12</sup>.

El cuestionario de satisfacción recogió información sobre la frecuencia de salidas, el horario, la duración y el lugar de las actividades, la puntualidad, la seguridad percibida, la relación con el voluntariado, la opinión general, sentirse mejor tras la salida y si recomendaría el programa.

### Análisis de datos

Se realizó un análisis univariado descriptivo de las variables de los cuestionarios de salud y de satisfacción. En la información obtenida en el cuestionario de salud se analizaron las diferencias entre el estado de salud percibido, las cinco dimensiones de calidad de vida y el riesgo de mala salud mental antes y después, con la prueba de McNemar para datos apareados utilizando el programa SPSS.

## Resultados

Durante el periodo estudiado participaron 74 personas (0,94 por 1000 habitantes y 3,9 por 1000 habitantes mayores de 60 años), con edad mediana de 83 años (rango intercuartílico: 78-89). La **tabla 1** muestra sus características. De estas personas, 52 respondieron la encuesta de satisfacción. Las causas de no respuesta fueron cambio de domicilio (n=6), defunción (n=2), enfermedades y hospitalizaciones (10) y otras (n=4). La satisfacción fue del 89% al 100% en todos los aspectos excepto en el de frecuencia (86%), ya que deseaban realizar más salidas (datos no mostrados en las tablas). Un 98% recomendaría el programa.

La **tabla 2** muestra que, tras las salidas, las personas usuarias mejoraron de manera significativa su estado de salud percibido y su salud mental, declarando una reducción de los síntomas de

**Tabla 1**

Características sociodemográficas de las personas usuarias de *Baixem al Carrer* (n=74). Barcelona, 2009-2011

	N	(%)
<b>Sexo</b>		
Hombre	33	(44,6)
Mujer	41	(55,4)
<b>Zona</b>		
Poble Sec	22	(29,7)
Casc Antic	27	(36,5)
Zona Nord	25	(33,8)
<b>Grupo de edad</b>		
60-69 años	5	(6,7)
70-79 años	18	(24,3)
80-89 años	34	(45,9)
90-99 años	15	(20,3)
<b>Lugar de nacimiento</b>		
Barcelona	29	(39,2)
Resto de Cataluña	6	(8,1)
Resto de España	26	(35,1)
No consta	13	(17,5)
<b>Nivel de estudios</b>		
No sabe leer ni escribir	10	(13,5)
Primarios incompletos	33	(44,6)
Primarios completos	12	(16,2)
Secundarios	10	(13,5)
No consta	9	(12,1)

**Tabla 2**  
Salud percibida, salud mental y dimensiones de calidad de vida antes y después de participar en *Baixem al Carrer* (n = 74). Barcelona, 2009-2011

	Antes		Después		p
	N	(%)	N	(%)	
Buen estado de salud percibido	39	(52,3)	54	(73,0)	0,039
Buena salud mental	27	(37,3)	45	(61,2)	0,002

ansiedad y depresión. El resto de los indicadores no mostró cambios significativos.

## Discusión

Tras la intervención se observó una mejora de la salud percibida, de la salud mental y de la ansiedad y la depresión en las personas mayores participantes. Estos resultados concuerdan con los de otras experiencias dirigidas a reducir el aislamiento entre mayores, que también encuentran resultados positivos<sup>6,8,13</sup>, aunque ninguna utilizaba el sistema de salidas periódicas con voluntariado y silla-oruga. La ausencia de mejora en dolor y movilidad era esperable, ya que el programa no opera sobre estos aspectos, y es razonable que los problemas de movilidad y dolores progresen con el tiempo. La satisfacción fue muy alta, como en estudios similares<sup>8</sup>.

Entre las fortalezas del programa destaca la búsqueda exhaustiva de personas aisladas a través de la atención primaria de salud, los servicios sociales y otros agentes<sup>14</sup>, la participación del voluntariado<sup>15</sup>, el abordaje comunitario y la orientación equitativa del proyecto, llevado a cabo en zonas con especial deprivación. Como fortaleza del estudio evaluativo destaca la utilización de escalas validadas para medir las variables de resultado. Las principales limitaciones estriban en la ausencia de un grupo de comparación y en el pequeño tamaño muestral, que podrían limitar el poder estadístico, pero ambos aspectos son frecuentes en este tipo de intervenciones<sup>13</sup>.

*Baixem al carrer* es un programa comunitario que mejora la salud mental y percibida de las personas mayores aisladas en casa. Debe evitarse que las personas mayores residan en edificios sin ascensor y, en caso de no poder impedirlo, se recomienda llevar a cabo programas que proporcionen compañía y acceso a la calle.

## Editora responsable del artículo

M<sup>a</sup> Felicitas Domínguez-Berjón.

### ¿Qué se sabe sobre el tema?

En algunas zonas urbanas desfavorecidas muchos edificios carecen de ascensor. Algunas personas mayores se quedan aisladas por este motivo, lo que conduce a su deterioro físico y mental. Las intervenciones dirigidas a reducir el aislamiento de las personas mayores obtienen buenos resultados en salud y en satisfacción.

### ¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Una intervención comunitaria de salidas periódicas con voluntariado y una silla-oruga motorizada mejoran la salud mental y el estado de salud percibido de las personas mayores aisladas por barreras arquitectónicas. Debería evitarse que las personas con problemas de movilidad residan en edificios sin ascensor, y en caso de no poder evitarlo deberían implantarse programas que proporcionen compañía y acceso a la calle.

## Contribuciones de autoría

E. Díez, F. Daban, M. Pasarín, L. Artazcoz y C. Fuertes contribuyeron colaborativamente a la concepción y el diseño del proyecto, la recogida de datos, el análisis, la interpretación de los datos y la escritura del artículo en diferentes fases. Las otras dos autoras contribuyeron a la escritura del artículo e hicieron aportaciones importantes.

Este estudio se enmarca en el Programa de Doctorado en Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona.

## Financiación

Agència de Salut Pública de Barcelona, Planes de Desarrollo Comunitario del Poblesec, Casc Antic y Zona Nord, y Planes de Ocupación de Barcelona Activa; subvenciones de la Fundación Félix Llobet y de la Fundación "la Caixa".

## Conflicto de intereses

M.J. López forma parte del comité editorial de GACETA SANITARIA, pero no ha participado en el proceso editorial del manuscrito. El resto de los autores no declaran ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

A Cruz Roja y a la Plataforma de Entidades del Poblesec.

## Bibliografía

- Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med*. 2010;7:e1000316.
- Krueger K, Wilson R, Kamenetsky J, et al. Social engagement and cognitive function in old age. *Exp Aging Res*. 2009;35:45-60.
- Agència de Salut Pública de Barcelona. La salut a Barcelona, 2011. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2013. 89 p.
- Departament de Salut. Salut als Barris. Generalitat de Catalunya. (Consultado el 1/2/14.) Disponible en: <http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematic/Per%20perfiles/Ens%20locals/Salut%20als%20barris/Programa%20Salut%20als%20barris/Documents/Arxius/Presentacio.programa.Salut.als.barris.febrer2012.pdf>
- Díez E, Pasarín MI, Daban F, et al. Salut als Barris en Barcelona, una intervenció comunitaria para reducir las desigualdades sociales en salud. *Comunidad*. 2012;14:121-6.
- Dickens A, Richards S, Greaves C, et al. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health*. 2011; 11:647.
- Fuertes C, Díez E, Pasarín M, et al. Avaluació del programa Salut als Barris al Poble-sec. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2011. p. 46.
- Windle K, Francis J, Coomber C. Preventing loneliness and social isolation: interventions and outcomes. London: Social Care Institute for Excellence; 2011. p. 16.
- Laffont I, Guillon B, Fermanian C, et al. Evaluation of a stair-climbing power wheelchair in 25 people with tetraplegia. *Arch Phys Med Rehabil*. 2008;89:1958-64.
- Sanderson D, Norlev J, Iburg K, et al. Perceived health. En: Robine JM, Jagger C, Romieu I, editores. Selection of a coherent set of health indicators for European Union. Montpellier: Euro-REVES; 2002. p. 129.
- Muñoz PE, Vázquez JL, Rodríguez F. Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ) de Goldberg. *Arch Neurobiol*. 1979;42: 139-58.
- Rabin R, Oemar M, Oppe M, et al. EQ-5D-5L user guide. Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument. Rotterdam: EuroQol Group; 2011. p. 22.
- Masi C, Chen H, Hawkey L, et al. A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Pers Soc Psychol Rev*. 2011;15:219-66.
- Henderson G. Public health approaches to social isolation and loneliness: a health and wellbeing directorate seminar. London: Public Health England; 2013. 56 p.
- Jenkinson C, Dickens A, Jones K, et al. Is volunteering a public health intervention? A systematic review and meta-analysis of the health and survival of volunteers. *BMC Public Health*. 2013;13:773.