



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



ORIGINAL

Calidad de vida percibida en el programa municipal comunitario de promoción de la salud «Gente saludable». Ciudad Lineal-Madrid



M. Esteban-Peña^{a,*}, S. Gerechter-Fernández^b, A.M. Martínez-Simancas^b,
J. Zancada-González^b, V. Hernandez-Barrera^c y R. Jiménez-García^c

^a Unidad de Formación e Investigación, Instituto de Salud Pública, Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid, Madrid, España

^b Centro de Salud Municipal (CMS) de Ciudad Lineal, Subdirección de Prevención y Promoción de la Salud, Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid, Madrid, España

^c Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos, Alcorcón, Madrid, España

Recibido el 1 de marzo de 2016; aceptado el 12 de mayo de 2016

Disponible en Internet el 26 de junio de 2016

PALABRAS CLAVE

Calidad de vida;
Desarrollo de la
comunidad;
Promoción de la salud

Resumen

Introducción: La medida de la calidad de vida en relación con la salud (CVRS) es una forma integral de estimar tanto la salud individual como la comunitaria. El objetivo del trabajo es valorar los cambios en salud y en CVRS de las intervenciones de la estrategia «gente saludable» y de los «programas de promoción de la salud del Ayuntamiento de Madrid-Madrid Salud», en el Centro municipal de salud de Ciudad Lineal durante el año 2014 (promoción de ejercicio, alimentación saludable, deshabituación tabáquica, psicohigiene, entrenamiento de memoria y educación para la salud en mayores), con intervenciones grupales.

Material y métodos: Ensayo comunitario (estudio antes-después) administrando un cuestionario de CVRS, láminas COOP/WONCA a 200 participantes.

Resultados: Para la población estudiada (n=87), primer y segundo cuestionario realizado, la diferencia en la evaluación muestra cambios positivos antes-después con el sumatorio COOP/WONCA: en el global de las intervenciones, de 23,16 a 21,94 antes-después, con significación estadística, $p \leq 0,002$. En los grupos de psicología, cambio de 28,14 a 23,57 con $p \leq 0,05$ y en alimentación de 22,81 a 20,85, con $p \leq 0,03$. En los grupos de educación para la salud pasa de 21 a 20,81 puntos y en memoria de 23,31 a 22,45 puntos (ambos sin significación).

Conclusiones: La mejora significativa de las puntuaciones refleja un cambio positivo en la salud autopercebida de esta comunidad intervenida, y un correcto funcionamiento de programas. Las

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: estebanpm@madrid.es (M. Esteban-Peña).

esferas relacionadas directamente con la salud y las intervenciones en psicología y alimentación-ejercicio son las que presentan mayor cambio significativo.

© 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Quality of life;
Community
development;
Health promotion

Perceived quality of life in the “healthy people” municipal community health promotion program in Ciudad Lineal-Madrid

Abstract

Introduction: The measurement of the health-related quality of life (HRQoL) is a comprehensive way to estimate the health of both the individual and the community. The aim of this study was to assess changes in health and HRQoL using the intervention strategies «healthy people» and «health promotion programs» of the City Council of Madrid-Madrid Health. The study was conducted in the Municipal Health Centre of Ciudad Lineal, in 2014, and included promotion of exercise, healthy eating, smoking cessation, psycho-hygiene, memory training, and health education for the elderly, with group interventions.

Material and methods: A before and after community trial, with the administration of questionnaire with COOP/WONCA HRQoL charts to 200 participants.

Results: The study population (n = 87), included those who completed the first and second questionnaire. Positive changes were seen in the overall before and after COOP/WONCA scores, with a mean change from 23.16 to 21.94, with statistical significance, $p \leq 0.002$. In the psychology groups, it changed from 28.14 to 23.57 with a $p \leq 0.05$, and healthy eating from 22.81 to 20.85, with $p \leq 0.03$. In the health education groups it changed from 21 to 20.81 points, and in memory training from 23.31 to 22.45 points (both without significance).

Conclusions: The significant improvement in scores reflects a positive change in self-perceived health of this community after the intervention and proper operation of programs. The areas directly related to health and interventions in psychology and nutrition-exercise, are those with the most significant changes.

© 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Son múltiples las propuestas a favor de la evaluación comunitaria de las intervenciones en salud, escaseando los estudios disponibles, argumentando la complejidad y dificultad que supone su realización^{1,2}. Posibilitamos dar un paso adelante mostrando las ventajas y limitaciones que en el terreno se producen, ver lo que funciona y nos permite a profesionales constatar con los grupos de usuarios, los resultados en salud, cuando un diseño de mayor evidencia científica no es factible, como son los ensayos clínicos aleatorios³⁻⁵.

Desde Madrid Salud, a través de la estrategia «gente saludable» actuamos en los centros municipales de salud (CMS) mediante programas de prevención y promoción de la salud, empleando técnicas de educación para la salud (Eps), según las escuelas sajona y de Perugia basadas en la concepción de Green de Eps (1992), entendida como «cualquier combinación de experiencias educativas diseñadas para predisponer, capacitar y reforzar adopciones voluntarias de comportamientos individuales y colectivos que conducen a la salud⁶. Los hábitos y estilos de vida sobre los que se interviene con estas actuaciones son: ejercicio regular, dejar de fumar, alimentación equilibrada, manejo del estrés-ansiedad y/o prácticas sexuales saludables»⁷⁻¹⁰.

Con la utilización de mediciones en términos de calidad de vida en relación con la salud (CVRS) incorporamos la perspectiva social de la salud a que hace referencia la OMS, en el concepto que define de salud y que recoge el bienestar físico, psíquico o social. Estos instrumentos de medición de la CVRS valoran información sobre este último aspecto de forma eficaz, tanto en el individuo como en las poblaciones¹⁰⁻¹².

El objetivo de este estudio es medir en términos de auto-percepción de salud y CVRS las intervenciones realizadas dentro de la estrategia «gente saludable», en el CMS de Ciudad Lineal 2014 con Eps y promoción de la salud como forma integral de valorar los cambios en salud en los individuos y en la comunidad.

Material y métodos

Ensayo comunitario (antes-después) con la población del distrito participante en programas de promoción de la salud-Eps, en CMS de C. Lineal en el año 2014, con el primer y segundo cuestionario realizado (n = 87 —muestreo no probabilístico—) (fig. 1). Los programas en los que intervienen son: deshabituación tabáquica, obesidad-sedentarismo, psicohigiene, caminar por Madrid, pensando en nosotros y

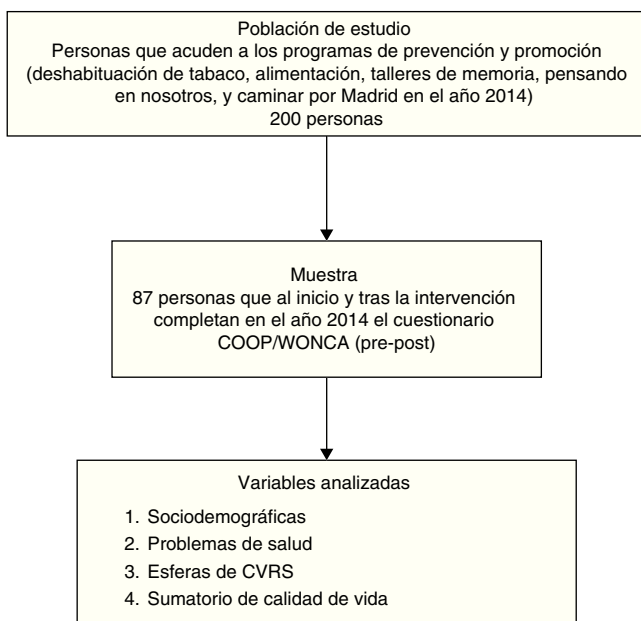


Figura 1 Esquema del estudio.

talleres de memoria. Los criterios de inclusión/exclusión son: ser mayor de 65 años para grupos de memoria y pensando en nosotros o tener problemas de peso,

tabaquismo o estrés en el resto de los programas. Más detalle está disponible en: http://www.madridsalud.es/prev_prom_saludambiental/talleres.php¹³. La intervención dura entre 8-24 semanas según el programa (deshabitación tabáquica-paseando por Madrid).

Los datos se obtuvieron mediante un cuestionario estructurado, autoadministrado, en el año 2014 a 200 personas que acudieron a los programas preventivos del CMS. El cuestionario recoge variables sociodemográficas de edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, salud autorreferida: listado con selección de enfermedades más comunes en nuestro entorno, que su médico le ha dicho que padece y que son habitualmente empleadas en las encuestas de salud y de CVRS. Las mediciones se hacen al inicio y al finalizar la intervención.

Medidas de resultado y definiciones

El cuestionario COOP/WONCA tiene 9 ítems¹⁴⁻¹⁶ y está validado en español. Elegido por ser un instrumento corto y fácilmente manejable, utiliza una escala tipo Likert de 1 a 5, a mayor puntuación peor percepción de la CVRS en las 2 semanas anteriores. Los resultados se expresan mediante el índice resumen de la puntuación de 9 ítems. Según lo indicado por Lizán et al.¹⁷ y Van Weel¹⁸ el cuestionario está representado por un solo factor, lo que permite un índice COOP/WONCA obtenido a partir de la suma.

Tabla 1 Características sociosanitarias de la población de estudio. Personas que acuden a los programas de prevención y promoción en CMS de Ciudad Lineal 2014

Población de estudio			
Variables	N.º	Media porcentaje	IC 95%
Encuestados	87		
Sexo			
Hombre	14	15,1	-4,4 34,6
Mujer	73	84,9	76,7 93,1
Nivel de estudios			
Primarios	35	42,7	26,3 59,1
ESO	37	45,1	26,1 61,1
Medios	4	4,9	-16,3 26,1
Superiores	6	7,3	-13,5 28,1
Nacionalidad extranjera	2	2,50	19,1 24,1
Estado civil			
Casado	43	50,00	35,1 64,9
Soltero	10	11,60	-8,2 31,4
Separado/a	7	8,10	-12,1 28,3
Divorciado/a	3	3,50	-17,3 24,3
Viudo/a	23	26,70	8,6 44,8
Grupo de asistencia			
Tabaco	2	2,30	-18,5 23,1
Nutrición	26	29,90	12,3 47,5
Pensando en nosotros	8	9,20	-10,8 29,2
Caminar por Madrid	2	2,30	-18,5 23,1
Taller de memoria	42	48,30	33,2 63,4
Talleres de psicología	7	8,00	-12,1 28,1

IC 95%: intervalo de confianza para 95% de seguridad.

Tabla 2 Valores medios del cuestionario de CVRS COOP/WONCA antes y al final de la intervención, en los diferentes grupos de prevención y promoción, por sexo, nivel de estudios y esferas del cuestionario

Variables	1.ª valoración COOP/WONCA			2.ª valoración COOP/WONCA			Valor de p
	N.º	Media	DT	N.º	Media	DT	
<i>Total*</i>	87	23,16	5,10	87	21,94	5,30	0,02
<i>Sexo</i>							
Hombre	14	19,92	3,42	13	20,62	4,73	0,60
Mujer*	73	23,78	5,17	73	22,23	5,50	0,07
<i>Nivel de estudios</i>							
Primarios*	35	23,34	5,07	35	21,43	5,50	0,02
ESO	37	22,43	4,97	37	22,51	5,35	0,91
Medios*	4	20,00	2,44	4	17,00	2,44	0,02
Superiores	6	26,67	7,17	6	22,50	5,95	0,32
<i>Esferas</i>							
Forma física	87	3,18	0,69	87	3,17	0,63	0,80
Sentimientos	87	2,56	1,22	87	2,41	1,19	0,25
Actividades cotidianas	87	1,91	1,01	87	1,85	1,04	0,63
Actividades sociales	87	1,67	1,03	87	1,77	1,06	0,43
Cambio en el estado de salud*	87	2,77	0,06	87	2,32	0,09	0,00
Estado de salud*	87	3,28	0,75	87	2,92	0,96	0,00
Dolor	87	2,68	1,21	87	2,56	1,2	0,33
Apoyo social	87	2,62	1,07	87	2,56	1,09	0,67
Calidad de vida	87	2,49	0,075	87	2,37	0,08	0,15
<i>Grupo de asistencia</i>							
Tabaco	2	23,00	0,00	2	30,00	5,65	0,33
Nutrición*	26	22,81	5,83	26	20,85	5,71	0,03
Pensando en nosotros	8	21,00	5,78	8	20,81	5,71	0,94
Caminar por Madrid	2	16,00	0,00	2	16,00	1,00	1,00
Taller de memoria	42	23,31	4,10	42	22,45	5,38	0,23
Talleres de psicología*	7	28,14	4,94	7	23,57	4,31	0,05

Valor de p: prueba de Chi cuadrado.

DT: desviación típica.

* $p < 0,05$, estadísticamente significativa.

Análisis estadístico

Descripción de la población de estudio usando medias, porcentajes, desviación estándar (DE) e intervalos de confianza (IC 95%). Análisis bivariante para medidas repetidas, con «t» de Student para comparar valores absolutos (medias). Se considera significativa $p < 0,05$. Los análisis han sido hechos con los programas estadísticos Excel y SPSS 17.0.

A las personas se les invitó a participar, registrándose el consentimiento informado; los profesionales del CMS ayudaron en la realización del cuestionario.

Resultados

El perfil de la población de estudio ($n = 87$) —grupos de prevención y promoción— es mayoritariamente femenino, con estudios primarios y secundarios en el 88%, escasa presencia extranjera y edad media elevada de 68 años (tabla 1) con valores de CVRS total de 23,16 puntos (ciudad de Madrid 2014: 20,58 puntos). Por sexo resulta significativamente peor en mujeres ($p \leq 0,05$), no mostrado en tablas. Por grupos de participación va de 21 puntos (buena) en «pensando

en nosotros» a 28,14 en talleres de psicología ($p \leq 0,05$ en este grupo, así como por nivel educativo) (tabla 2). No resultaron significativas por estado civil o por problemas de salud referidos.

Del inicio al final de la intervención hay mejoría significativa ($p \leq 0,05$), tanto para el global de la puntuación de CVRS como por el sexo (las mujeres mejoran más); por nivel educativo, en las personas con estudios primarios y medios, también hay mejoría significativa, y en las esferas del cuestionario directamente relacionadas con la salud. Por grupos de prevención y promoción, en alimentación-ejercicio y en psicología la mejoría es significativa. En memoria y en pensando en nosotros hay cambio positivo sin significación; en caminando por Madrid se mantiene y en deshabitación de tabaco la puntuación aumenta 7 puntos (2 casos en ambos grupos) (tabla 2).

Discusión

Este estudio sobre CVRS revela la importancia de la evaluación en el ámbito comunitario, tanto por su evidente mejoría como por lo que implica de instrumento de estimación de

salud en términos sociales y en el ámbito de la prevención y la promoción, al emplear una herramienta que por su integralidad permite aproximarse tanto a la salud como a los cambios en la misma, en este caso por la aplicación de técnicas de educación para la salud y la introducción de cambios en los hábitos y estilos de vida¹⁹⁻²¹.

Las evaluaciones comunitarias manejan constructos de impacto en salud, difíciles de alcanzar, con intervenciones más restringidas se enriquecen y permiten su agregación, con técnicas de salud pública basada en la evidencia. La imposibilidad de un ensayo clínico aleatorizado no debe limitarnos trabajos con menor nivel de evidencia. El contexto social, la conducta y el operativo de planificación (Jenicek, Brownson) resultan claves en desarrollo del proyecto^{1,2,5}.

Las mujeres perciben peor CVRS, parámetros ya conocidos y valorados en la literatura. El valor total de CVRS de la población de estudio está por encima del medio de la ciudad de Madrid, configurando un grupo en peores condiciones sanitarias en prevención y promoción de la salud. La mayor prevalencia de enfermedades crónicas, predominando problemas osteoarticulares, depresión, ansiedad y factores de riesgo cardiovascular determinan mala calidad de vida de forma acreditada^{9,22-25}.

La mejora de la salud es una clara expresión del comportamiento positivo de la intervención en prevención y promoción. El cambio tanto en los grupos de alimentación-sedentarismo, como en los talleres de psicología, hace relevante la introducción del ejercicio físico, y los talleres de psicohigiene como factores claves en la determinación de la salud^{8,26}.

En la concreción por esferas se aprecia una modificación más notable en las que recogen específicamente los cambios en el estado de salud, es decir, refieren encontrarse mejor en aspectos directamente sanitarios y de dolor dentro de las áreas de salud.

Las limitaciones se relacionan con: las pérdidas de casos, diseño en un ámbito de investigación poco habitual (centros municipales de salud), el uso de datos autorreferidos y la tendencia a respuestas socialmente deseables en salud, y no ser una muestra que represente a la población, por lo que la validez externa no es factible. La fortaleza reside en el trabajo *per se* con la selección y recopilación de la información disponible, como experiencia de evaluación grupal.

A modo de conclusión, la CVRS mejora claramente y se confirma como una forma de evaluación global e integral en los individuos. Es capaz de estimar la evolución de las intervenciones en ámbitos de prevención y promoción comunitarias, en este caso un grupo de programas en el distrito de Ciudad Lineal. Estos resultados son de interés para la planificación, permitiendo valorar la bondad de las intervenciones en los diferentes programas, y especialmente la mejora y cambio con una perspectiva integral, global y objetiva de la salud en el área psicológica y de alimentación y ejercicio.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Autoría

M. Esteban diseñó el estudio, planificó la recogida de datos realizó el análisis y la interpretación de los datos y redactó las diferentes versiones del artículo. S. Gerechter, A.M. Martínez y J. Zancada participaron en la recogida de los datos, el análisis y la redacción del manuscrito. V. Hernández y R. Jiménez en el análisis de los datos, la interpretación de los resultados y la revisión del manuscrito. Todos los autores han revisado y aprobado la versión final del texto.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses en relación con lo manifestado en este artículo.

Agradecimientos

Al equipo de profesionales y pacientes que acuden a los centros municipales de salud, por su colaboración en la recogida de datos en este estudio.

Bibliografía

- Morales Asencio JM, Gonzalo Jiménez E, Martín Santos FJ, Morilla Herrera JC. Salud pública basada en la evidencia. Recursos sobre la efectividad de intervenciones en la Comunidad. *Rev Esp Salud Pública*. 2008;82:5-20.
- Ortega Calvo M, Cayuela Domínguez A. Medicina basada en la evidencia: una crítica filosófica sobre su aplicación en atención primaria. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76:115-20.
- Nebot M, López MJ, Ariza C, Villalbía JR, García-Altés A. Evaluación de la efectividad en salud pública: fundamentos conceptuales y metodológicos. *Gac Sanit*. 2011;25:3-8.
- Marcha S, Jordán Martín M, Montaner Gomis I, Benedé Azagra CB, Elizalde Soto L, Ramos M, el grupo del Proyecto frAC1. ¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de las actividades comunitarias de promoción de la salud en atención primaria: Proyecto frAC1. *Gac Sanit*. 2014;28:267-73.
- Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol*. 2001;30:427-32.
- Green LW. Prevención y educación sanitaria en salud pública. Madrid: Ed. Interamericana; 1992.
- Marmot MG. Social differential in health within and between populations. *Social differentials in health and between populations*. *Deadalus*. 1994:197-216.
- Casado JM, González N, Moraleta S, Orueta R, Carmona J, Gómez Calcerrada RM. Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes ancianos en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001;28:167-73.
- Madrid Salud. Estudio de salud de la ciudad de Madrid 2014 (ESCM'14.) [consultado 3 Dic 2015]. Disponible en: <http://www.madridsalud.es/publicaciones/OtrasPublicaciones/EstudioSaludCiudadMadrid.pdf>.

10. Siegrista J, Fernández López JA, Hernández Mejía R. Perspectiva sociológica de la calidad de vida. *Med Clin (Barc)*. 2000;114:22–32.
11. Esteban Peña MM. Valoración funcional y de calidad de vida en relación con la salud: implicación según los diferentes grupos sociales, de edad y de morbilidad. 2010. Tesis doctoral [consultado 10 Oct 2015]. Disponible en: http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Calidad/Observatorio.Ciudad/06.S_Percepcion/Documentos%20por%20Areas/archivos/salud/Informe_274_2011_ASN.pdf.
12. WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL). Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;10, 1.403-09.
13. Madrid Salud. Estrategia Gente Saludable 2010-2015 [consultado 10 Oct 2015]. Disponible en: http://www.madridsalud.es/prev_prom_saludambiental/Triptico_ALAS.pdf
14. Lizan Tudela L, Reig Ferrer A. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las viñetas COOP/WONCA. *Aten Primaria*. 2002;29:378–84.
15. Lizan L, Reig A, Richart M, Cabrero J. Study on health related quality of life based on information from COOP/WONCA sheets. *Med Clin (Barc)*. 2000;114:76–80.
16. Casas Anguita J, Repullo Labrador JR, Pereira Candel J. Medidas de calidad de vida relacionada con la salud: conceptos básicos construcción y adaptación cultural. *Med Clin (Bar)*. 2001;116:789–96.
17. Lizan Tudela L, Reig Ferrer A. Cross cultural adaptation of a health related quality of life measurement: The Spanish version of the COOP/WONCA cartoons. *Aten Primaria*. 1999;24:75–82.
18. Van Weel C. Functional status in primary care: COOP/WONCA charts. *Disabil Rehabil*. 1993;15:96–101.
19. Kumiko F, Chang-nian W, Hiroshi M, Koichi H, Shi-chen Z, Luyinga K, et al. An intervention study to promote self-improvement of lifestyle in a Japanese community: A new health support program. *Environ Health Prev Med*. 2011;16:253–63.
20. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Helping people change*. 3.^a ed New York, NY: Guildford Press; 2012.
21. Esteban, Peña M, Jimenez Garcia R, Gil-De Miguel A, Diaz-Olalla JM, Villasevil-Llanos E, Fernandez-Cordero X. Calidad de vida en relación con la salud, medida por las láminas COOP/WONCA en la ciudad de Madrid. *Semergen*. 2010;36:187–95.
22. Abad Massanet J, Rivero Pérez JA, Vera Osorio JA. Diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud entre hombres y mujeres con trastorno respiratorio del sueño medicina de familia-SEMERGEN. 2015;41:407–12.
23. Esteban, Peña M, Jiménez García R, Díaz Olalla JM, Villasevil Llanos E, Gil de Miguel A, Fernandez Cordero X. Impact of the most frequent chronic health conditions on the quality of life among people aged > 15 years in Madrid. *Eur J Pub Health*. 2010;20:78–84.
24. Esteban, Peña M, Puerto Sala ML, Fernández Cordero Jiménez García R, Gil de Miguel A, Hernández Barrera V. Factores que determinan la mala salud mental en las personas de 16 a 64 años residentes en una gran ciudad. *An Sist Sanit Navar*. 2012;35:229–40.
25. Bagheri H, Memarian R, Alhani F. Evaluation of the effect of group counselling on post myocardial infarction patients: Determined by an analysis of quality of life. *J Clin Nurs*. 2007;16:402–6.
26. Young S. Healthy behavior change in practical settings. *Perm J*. 2014;18:89–92.