



# Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat

Trabajo final de Grado

Curso académico 2016-2017

Prescripción social y prescripción  
tradicional. Beneficios para la calidad de  
vida.

Revisión bibliográfica.

Julen Egiguren Alberdi

Meritxell Sastre Rus

Sant Cugat del Vallès, Junio de 2017

## ÍNDICE

1. Resumen – Abstract.....	2
2. Introducción.....	4
a. Marc teórico.....	4
b. Justificación.....	28
3. Objetivos.....	30
4. Metodología.....	31
a. Diseño.....	31
b. Criterios de elegibilidad (pregunta PICO).....	31
c. Fuentes de información (bases de datos) y estrategia de búsqueda (términos, palabras clave y operadores lógicos).....	31
d. Selección y evaluación de la calidad metodológica.....	34
5. Resultados-Desarrollo.....	34
a. Selección de los estudios (diagrama de flujo).....	34
b. Calidad metodológica de los estudios (Amstar, lectura crítica...).....	35
c. Características de los estudios.....	40
6. Discusión.....	42
a. Limitaciones de la revisión.....	42
b. Implicaciones para la práctica.....	43
7. Conclusiones.....	44
8. Bibliografía.....	46
9. Anexos.....	51

## 1. RESUMEN

La prescripción social, a veces denominada derivación a la comunidad, es una herramienta que permite a la atención primaria remitir a las personas a una serie de recursos locales no clínicos. Teniendo en cuenta que la salud de las personas está determinada principalmente por una serie de factores sociales, económicos y ambientales, la prescripción social busca abordar las necesidades de las personas de una manera holística. También tiene como objetivo apoyar a los individuos a tomar un mayor control de su propia salud. Los métodos de prescripción social pueden implicar una variedad de actividades que normalmente son proporcionadas por organizaciones voluntarias y del sector comunitario. Algunos ejemplos serían voluntariado, actividades artísticas, aprendizaje grupal, redes de amistad, cocina, y una variedad de deportes, llevados a cabo para mejorar la calidad de vida.

En la prescripción tradicional, se integran los hallazgos clínicos con los datos de laboratorio y los descubrimientos de la anatomía patológica, se crea una estructura para examinar, clasificar y tratar las enfermedades. Desde esta orientación, básicamente patológica, se define la salud como ausencia de enfermedad, dividiéndonos entre sanos y enfermos, siendo enfermedad aquello que el médico pueda reconocer, demostrar y clasificar.

Este modelo ha constituido la base conceptual de la medicina científica moderna, donde el cuerpo humano es fragmentado y analizado desde el punto de vista de sus partes, la enfermedad es el funcionamiento defectuoso de los mecanismos biológicos o químicos y la función de la medicina es intervenir física o químicamente para corregir las disfunciones de un mecanismo específico.

Palabras clave: prescripción social, prescripción tradicional, calidad de vida.

## 1. ABSTRACT

Social prescription, allows primary care to refer people to a range of local, non-clinical resources. Taking into account that people's health is determined primarily by a number of social, economic and environmental factors, social prescription seeks to address people's needs in a holistic manner. It also aims to support individuals to take greater control of their own health. Methods of social prescription may involve a variety of activities that are normally provided by voluntary organizations and the community sector. Some examples would be volunteering, artistic activities, group learning, friendship networks, healthy eating tips and a variety of sports, with the aim of improving life quality.

In the case of traditional prescription, clinical findings are integrated with laboratory data and discoveries of pathological anatomy, and a structure is created to examine, classify and treat diseases. From this orientation, basically pathological, health is defined as absence of disease, dividing us between healthy and sick people, being the disease the one that the doctor can recognize, demonstrate and classify.

This model has been the conceptual basis of modern scientific medicine, where the human body is fragmented and analyzed from the point of view of its parts, disease is the defective functioning of biological or chemical mechanisms and the function of medicine is to treat it physically or chemically to correct dysfunctions of a specific mechanism.

Key words: social prescription, traditional prescription, life quality

## 2. INTRODUCCIÓN

### A. Marco teórico

#### ¿QUÉ ES LA PRESCRIPCIÓN SOCIAL?

La prescripción social es un modelo relativamente nuevo y hay poca literatura publicada que aborda su papel en la atención primaria de salud, que es donde se lleva a cabo. Es un método para vincular a los pacientes en atención primaria con fuentes no médicas de apoyo dentro de la comunidad. La prescripción social se ha definido como:

“Un proceso coherente y colaborativo en el que los profesionales de la salud, incluidos médicos de cabecera, enfermeros y trabajadores de la comunidad trabajan con pacientes y usuarios de servicios para seleccionar y hacer referencias a servicios basados en la comunidad. Por lo general, estos servicios deben estar disponibles localmente ya menudo dentro del sector de las empresas voluntarias, comunitarias y sociales ( tercer sector)”<sup>(1)</sup>.

La evidencia sugiere que la prescripción social tiene éxito y hay algunos ejemplos que avalan el impacto exacto de la prescripción social como una intervención y el contexto en el cual es más efectivo.

Como con la mayoría de las intervenciones, la prescripción social no se adapta de la misma forma a todos. En un estudio exploratorio<sup>(2)</sup>, analizaron las características de los pacientes recomendados por su médico de cabecera para su derivación a un servicio de prescripción social. Casi todos los pacientes tenían antecedentes de problemas de salud mental y la mayoría eran asistentes frecuentes. Otras características comunes fueron la presencia de dos o más condiciones de enfermedad a largo plazo, la pobreza social (soledad, relaciones sociales disfuncionales), un diagnóstico de síndrome de colon irritable, fibromialgia o fatiga crónica, sexo femenino y un historial de tres o más derivaciones a atención secundaria en el último año. En la investigación se determina que las personas con relaciones insatisfactorias con los

profesionales de la salud tenían más probabilidades de cambiar su comportamiento con la intervención de la prescripción social.

La prescripción social se ha utilizado ampliamente para las personas con problemas de salud mental de leve a moderada, y los resultados incluyen una mejor autoestima, un mejor estado de ánimo, mayores oportunidades de contacto social, mayor confianza, etc<sup>(2)</sup>.

La Organización Mundial de la Salud recomienda<sup>(3)</sup> mejorar el acceso a las fuentes de apoyo no médicos a través de la prescripción social o la remisión a la comunidad e incluye los compromisos con las actividades artísticas en estas recomendaciones<sup>(3)</sup>. De manera similar, el Colegio Real de Psiquiatras<sup>(3)</sup>, en su «Caso de acción» para la salud mental pública, recomienda: «la participación en las artes y el desarrollo de la creatividad». Además, las artes comunitarias se identifican como promotoras de la cohesión social. Sin embargo, la prescripción social se ubica en una arena política; Las artes no siempre pueden ser valoradas por aquellos de un fondo de ciencias médicas, y la justificación de costos puede no ser sencilla<sup>(3)</sup>.

Dicha prescripción social se lleva a cabo mediante el uso de activos para la salud, es decir, todas aquellas actividades, infraestructuras o características sociales y de la comunidad que aporten salud y bienestar.

## UN MODELO SALUTOGÉNICO

El modelo salutogénico se refiere a un modelo basado en promocionar y explotar todos aquellos factores que den salud a las personas o que ayuden a mantenerla, ya sean gimnasios, medios de transportes adecuados, una buena urbanización de las ciudades, acceso a la información... Considerando que la salud pública, la intervención clínica y la epidemiología tratan de identificar la causa subyacente de la enfermedad y la mala salud, la salutogenesis es un concepto que busca identificar los factores y mecanismos que fomentan la buena salud y los principios de "mantenerse bien". Por ello, el concepto de prescripción social y las empresas sociales que lo hacen posible, debería de estar dirigido a un modelo salutogénico. Se sugiere que un enfoque

salutogénico de las opciones de recuperación se basaría en los principios rectores. Estos principios son el desarrollo del capital social / cultural dentro de ambientes socialmente contruidos; Las oportunidades para un acercamiento más salutogénico a la recuperación se pueden observar dentro de un modelo de las bases que florece en partes del Reino Unido<sup>(4)</sup>.

Para ello se usan los activos para la salud, que son todo aquello de nuestro entorno que nos pueda proporcionar algún beneficio para la salud. En este sentido, no es necesario que estén directamente relacionados con el sistema sanitario, sino que aún siendo servicios culturales, características comunitarios o rutas del entorno nos ofrezcan más bienestar y beneficio para mejorar nuestra salud<sup>(4)</sup>.

La conceptualización de “activos para la salud” y “salud positiva” sigue la lógica de hacer fáciles y accesibles las opciones orientadas al bienestar, el crecimiento y el envejecimiento saludables poniendo énfasis en el origen de la salud. De ahí el interés actual por los recursos positivos o activos para la salud de las personas y las comunidades<sup>(4)</sup>.

Cada comunidad tiene talentos, habilidades, intereses y experiencias que constituyen un valioso arsenal para la salud. Necesitamos aplicar en la práctica metodologías que enfatizan el desarrollo de políticas y actividades basadas en las capacidades, habilidades y recursos de las personas y de las comunidades en nuestras ciudades, pueblos y barrios. Eso nos permite, como ya nos está ocurriendo en muchos de nuestros programas de salud pública y promoción de la salud, descubrir los recursos individuales, colectivos y ambientales existentes en el territorio<sup>(5)</sup>.

Tenemos alta capacidad de resolución médica y de cuidados en procesos complejos que afectan a las vidas de las personas, pero un reto actual es fortalecer la formación de nuestros profesionales centrándonos en potenciar la capacidad para colaborar y detectar los recursos, costumbres y elementos culturales y ambientales ya existentes en las comunidades y en las personas que las integran y conectar mejor nuestros conocimientos y habilidades con la ciudadanía y con otras instituciones para responder a las necesidades e intereses de las personas a lo largo de todo el devenir de la vida<sup>(5)</sup>.

Por ejemplo, en comunidades autónomas como la de Cataluña o Asturias, se está llevando a cabo un mapeo de todos los activos para la salud que se encuentran en su territorio, para que la población pueda hacer uso de ellos mediante la prescripción social. Es decir, mediante este mapeo tanto los ciudadanos como los profesionales sanitarios sabrán cuales son los activos para la salud de su comunidad, y de esta forma, será más fácil para los profesionales poder prescribirlos según las necesidades de sus pacientes.

En el caso de Cataluña, dicho mapeo se realiza gracias a la colaboración de la ciudadanía, que aporta ideas y opiniones de lo que son los activos que a ellos les rodean o los que encuentran en su entorno<sup>(5)</sup>. De manera que los activos son compartidos para otras personas, y en caso de que alguien quiera acceder a alguna en particular de algún lugar determinado de la comunidad autónoma, no tiene más que acceder al mapa para identificar aquellos que estén cerca del territorio que le interese<sup>(5)</sup>.

Por ello debe tenerse muy en cuenta el entorno, ya que no se debe olvidar que es otro determinante de la salud de gran relevancia. Para ello, en muchos lugares, entre ellos algunas comunidades autónomas de España como bien se ha mencionado Asturias y Cataluña, ya están realizando el mapeo en su territorio. La idea es integrar a la gente en este proyecto, para que compartan lo que ellos consideren un activo de su entorno para que el resto de la comunidad pueda acceder a él. Al mismo tiempo, basándose en este modelo salutogénico que se está mencionando, se fomentan cada vez más activos para la salud, de manera que se busca optimizar el entorno de la comunidad para llevar un estilo de vida saludable<sup>(5)</sup>.

## ACTUALIDAD SOBRE EL MODELO Y EL PAPEL DEL TERCER SECTOR.

Debido al clima político cambiante que ha generado la crisis económica de la última década y los cambios en los sistemas políticos de los países europeos, ponen en duda en muchas ocasiones la continuidad de los programas de promoción, se abre un nuevo espacio en muchos países europeos respecto a la organización de estos servicios<sup>(1)</sup>. En Europa, el tercer sector es considerado



un actor capaz de mejorar tanto la eficiencia como la eficacia de los sistemas de salud públicos afectados por la crisis del Estado de bienestar. El tercer sector se conoce como el sector que incluye a cooperativas, empresas de trabajo asociado, Sociedades Laborales, organizaciones no lucrativas, asociaciones caritativas y mutuas o mutualidades. es un sector de la economía que estaría a medio camino entre el sector privado y el sector público. Es un sector que se basa en la economía social y solidaria<sup>(1)</sup>.

Atribuido a las organizaciones del tercer sector es el papel de un actor híbrido encargado de la provisión profesional de servicios, no con ánimo de lucro, sino con fines mutualistas y para servir al interés público<sup>(1)</sup>. Y es por ello, que desde el sistema sanitario, los profesionales deberían enfocar parte de su atención en estos sectores, ya que a la hora de llevar a cabo la prescripción social, hay que favorecer el acceso a las actividades en prescripción. Con ese objetivo este sector, aumenta la accesibilidad a los servicios para aquella parte de la población que tenga dificultades. Por lo tanto, si se va a rescribir algo que se oferte tanto en el sector privado como en el tercer sector, se tendrá que tener en cuenta cuales son las posibilidades de cada paciente.

Sin embargo, la evidencia empírica sobre la capacidad del tercer sector para perseguir los objetivos de inclusión social en una fase de retirada por parte del sector público es casi completamente inexistente en los países europeos<sup>(1)</sup>. Pero analizando la investigación sobre la transformación del sistema sanitario y sobre la aparición de un nuevo tercer sector, los resultados de la investigación ponen de relieve las estrategias, las características y los procesos de gobernanza que permiten a las organizaciones del tercer sector que operan en el sector sanitario perseguir objetivos de inclusión y atender las necesidades de los grupos desfavorecidos asumiendo la forma de empresas sociales<sup>(1)</sup>.

Desde los años ochenta, debido a la crisis fiscal de los estados de bienestar ya la reorganización del gasto público, la prestación de servicios de bienestar y salud en muchos países europeos ha experimentado cambios importantes. Si bien la oferta pública de servicios ha sido cada vez más incapaz de satisfacer las crecientes necesidades de la población, se han creado cada vez más

organizaciones del tercer sector con el fin de prestar servicios de bienestar y asistencia sanitaria. Y la mayor parte de este tercer sector para la prescripción social, lo forman empresas sociales<sup>(1)</sup>.

Dichas empresas sociales, que por ejemplo podrían entenderse mediante la estructura interna de una cooperativa, deberían basarse en la idea de un economía social, de manera que pudiesen servir de complemento a las instituciones públicas, reduciendo el gasto de estas últimas. De esta forma, las empresas sociales se dirigirían al sector más desfavorecido, y al mismo tiempo permitiría el buen funcionamiento de las entidades públicas favoreciendo la continuidad de su actividad. En los últimos años se puede ver el aumento de emprendedores con esta idea en el contexto europeo<sup>(1)</sup>.

Por ello, se ha propuesto el uso de intervenciones no relacionadas con medicamentos y no relacionadas con el servicio de salud como una alternativa rentable para ayudar a las personas con enfermedades a largo plazo a manejar su enfermedad y mejorar su salud y bienestar. Las intervenciones típicamente implican el acceso a actividades dirigidas por el tercer sector o agencias comunitarias y también pueden ser descritas como referencias no médicas, referencias comunitarias o prescripción social. Para ser efectivos, los pacientes deben ser "transferidos" de la atención primaria a la comunidad y mantener su participación en las actividades<sup>(6)</sup>.

El Tercer Sector o las organizaciones empresariales voluntarias, comunitarias y sociales (VCSES por sus siglas en inglés), dicho de otra forma, las entidades no vinculadas al sistema sanitario pero que hacen posible esta prescripción social gracias a su dedicación a la comunidad mediante el voluntariado o con subvenciones que dedican a actividades dirigidas a la comunidad a la que pertenecen, suelen llenar un vacío en los servicios proporcionados por el sector estatutario, donde las experiencias, el intercambio de habilidades y las redes sociales pueden brindar respiro y consuelo a aquellos que no son satisfechos por los canales convencionales<sup>(7)</sup>. Además, los grupos comunitarios agregan valor a las comunidades ya los miembros del grupo que trabajan para atender las necesidades locales. El Tercer Sector depende de los recursos humanos, generalmente voluntarios, para satisfacer las necesidades. Este compromiso

puede ser beneficioso tanto para el voluntario como para el receptor. Se cree que los beneficios para el voluntario incluyen mejorar las dimensiones del bienestar incluyendo felicidad, autoestima y satisfacción y también contrarrestar la depresión, particularmente en adultos mayores. Los que están dispuestos a acceder al capital social, en términos de apoyo social, participación y confianza, han asociado un mejor estado de salud autovalorizado. La participación social está relacionada con una menor angustia psicológica y la depresión. Tener un sentido de pertenencia a la comunidad también puede estar relacionado con una sensación de bienestar<sup>(7)</sup>. Los proyectos se han establecido previamente para dirigir a los pacientes a servicios alternativos en salud y también más allá del sector comunitario, voluntario y empresarial (VCSES). Estas organizaciones VCSES pueden proporcionar apoyo social, autoayuda y soluciones alternativas. Aunque estos proyectos satisfacen una necesidad y son bien recibidos, hay poca evidencia sustancial del impacto que esto tiene en los recursos de los servicios de salud, aunque encontraron que este tipo de compromiso podría repercutir en la ansiedad, la salud general y la calidad de vida, pero no redujo los costos a corto plazo<sup>(7)</sup>.

La prescripción social es un medio formal de permitir que los servicios de atención primaria remitan a los pacientes con necesidades sociales, emocionales o prácticas a una gama de servicios locales no clínicos y proporciona un marco para desarrollar respuestas alternativas para satisfacer las necesidades. Los beneficiarios podrían incluir a aquellos que frecuentemente asisten, son usuarios de recursos primarios y secundarios de atención de la salud, así como aquellos que están aislados, carecen de confianza y no tienen poder con respecto a sus propias circunstancias. Es una manera de identificar dónde involucrarse en organizaciones del Tercer Sector podría beneficiar al paciente. También puede crear vínculos para proporcionar mecanismos de apoyo social para mejorar el proceso de participación en actividades relacionadas con la salud prescritas, como programas de pérdida de peso y ejercicio<sup>(7)</sup>.

## PROGRAMAS DE PRESCRIPCIÓN SOCIAL

Como ya se ha mencionado anteriormente, la prescripción social es “un proceso coherente y colaborativo en el que los profesionales de la salud, incluidos médicos de cabecera, enfermeros y trabajadores de la comunidad trabajan con pacientes y usuarios de servicios para seleccionar y hacer referencias a servicios basados en la comunidad. Por lo general, estos servicios deben estar disponibles localmente y a menudo dentro del sector de las empresas voluntarias, comunitarias y sociales ( tercer sector)”<sup>(1)</sup>.

El país que más está apostando por este modelo basado en la prescripción social y un modelo salutogénico es el Reino Unido. Aquí podemos encontrar estudios y programas piloto tales como<sup>(8)</sup>;

### Stockport Art son Prescription<sup>(8)</sup>

Este proyecto provee actividades relacionadas con el arte para personas con depresión o ansiedad. El objetivo es promover el bienestar mental, pero también prevenir enfermedades mentales. Consiste en una serie de sesiones para introducir a los pacientes en el mundo de la pintura, tras haber sido remitidos por algún profesional de salud mental. Dicho profesional también provee de soporte e información a este grupo, y la evaluación es llevada a cabo mediante un cuestionario con preguntas sobre el antes y el después, donde se ha manifestado que la percepción de autoconcepto de estos pacientes ha mejorado, ha habido una reducción en el deterioro de salud mental e incluso se han encontrado evidencias de mejora. Además de ello, los participantes usan menos recursos y aumenta su participación en actividades sociales.

### BooksonPrescription<sup>(8)</sup>

Muchas organizaciones se están sumando al programa “booksonprescription”. La premisa es conseguir un acuerdo con la librería local, de modo que los pacientes de los enfermeros de atención primaria, tras una recomendación, pueden tomar libros de autoayuda prestados o de forma gratuita. Algunos

servicios son limitados a áreas de salud mental, pero otras incluyen consejos sobre actividad física y estilo de vida saludable.

#### Green Gyms<sub>(8)</sub>

BTCV (British Trust for Conservation Volunteers) es una organización dedicada al voluntariado para la conservación medioambiental, y ha desarrollado un esquema para mejorar la salud de las personas y su estado físico, al mismo tiempo que abordan problemas medioambientales. Los “Green gyms” son dirigidos por voluntarios especialmente entrenados y ya están accesibles en Bristol y Bath. Son llevados a cabo al menos una vez a la semana, trabajando en proyectos locales así como jardines de la comunidad, e incluyen ejercicios de calentamiento antes y después de la actividad a llevar a cabo.

#### Prescripción social en Bolton<sub>(8)</sub>

Un marco de referencia formal ha sido ideado de manera que los profesionales de la salud puedan remitir a servicios no clínicos para dirigirse a problemas sociales y emocionales. De la misma forma, se ha creado una guía que contiene información para saber como realizar estas remisiones y el listado de programas del que se tiene constancia. Fue llevado a cabo por enfermeros de atención primaria y centros de salud, y el inconveniente que se encontró fue la falta de tiempo para formar a los profesionales

#### Thewellfamilyservice<sub>(8)</sub>

Se basa en un soporte social desde atención primaria para personas que presentan complejos problemas psico-sociales. La pronta remisión al programa está estrechamente relacionado con prevenir el desarrollo de más serios factores. Este programa da soporte a familias mediante consejos, información y acceso a soporte de centros de salud. Las evaluaciones indican éxito por la accesibilidad a distintos servicios, y muchos de ellos menos estigmatizados que los servicios del sector estatutario. Esto conlleva una prevención de crisis e incremento del problema, además de una sensación personal de control sobre

las dificultades. También cabe decir que se redujeron las visitas y las prescripciones, y se mejoraron las relaciones familiares.

Greenwich SPLASH<sup>(8)</sup>

“Greenwich TeachingPrimaryCare Trust” ha establecido una fuente online para identificar los servicios no-médicos que se encuentran en el área cercana. Este nuevo recurso consta de categorías generales, tales como oportunidades de voluntariado, servicios de autoayuda y consejo, y soporte para el estilo de vida saludable, los cuales son al mismo tiempo divididos en subcategorías, como la identificación de la ubicación y el servicio concreto disponible. Entre los detalles se incluye el precio, las hora de apertura, ubicación y descripción del servicio y la organización que lo ofrece. Este servicio es llevado a cabo por profesionales de la salud, y permite hacer un seguimiento del progreso de los pacientes.

## ENSAYO CLINICO SOBRE PRESCRIPCIÓN SOCIAL

En primer lugar cabe decir que los programas culturales son un pilar importante en la prescripción social en la tercera edad, por una parte porque es una manera de socializar a las personas de este sector que en muchos casos viven en soledad, además implica que salgan de casa y hagan un mínimo de actividad física, y por último ejercitan la mente con las actividades culturales que les ocupan.

En esta línea, un estudio realizado en Washington, DC con 166 pacientes titulado “TheImpact of ProfessionallyConductedCultural ProgramsonthePhysicalHealth,Mental Health, and Social Functioning ofOlderAdults” tiene como objetivo medir el impacto de los programas comunitarios culturales guiados por profesionales en la salud física, salud mental, y actividades sociales de la población mayor de 65 años<sup>(9)</sup>. Los resultados que se obtuvieron mediante el uso de cuestionarios, entrevistas y medidas personales fueron positivos, concluyendo que hubo una mejora en el estado físico, menos visitas a la consulta, una disminución en el uso de

fármacos, menos incidencia de caídas, y menos problemas de salud en comparación con el grupo que no participó en el programa. De hecho, el grupo que participó en la intervención también evidenció un mejor estado psicoemocional y menos soledad respecto al grupo de comparación. En términos de nivel de actividad, dicho grupo de comparación también mostró tener menor actividad a lo largo de la jornada, ya que el grupo de intervención participaba en programas comunitarios sobre cultura. Todo ello, refleja la importancia de la prevención y promoción de la salud y la reducción de factores de riesgo como pueden ser el sedentarismo o la soledad, de modo que mediante estas intervenciones nos dirigimos a un cuidado a largo plazo<sup>(9)</sup>.

#### PRESCRIPCIÓN SOCIAL Y ACTIVOS PARA LA SALUD: ARTE.

El arte ha demostrado ser una herramienta útil a la hora de trabajar con personas con algún tipo de problema relacionado con la salud mental. El arte al ser un concepto muy amplio, puede abarcar distintos tipos de disfuncionalidades. Es decir, la musicoterapia puede ser beneficioso para un paciente con problemas de ansiedad, mientras que organizar visitas a distintos tipos de museos puede fomentar la socialización de aquellos en riesgo de exclusión social, lo cual es también una fuente a la hora de desarrollar problemas de salud mental<sup>(10)</sup>.

Por ello, siempre que desde la atención sanitaria se detecten servicios de la comunidad relacionados con el arte, ya sean escuelas de música, de pintura, de baile, museos etc., se debe tener en consideración si alguno de los pacientes se podría beneficiar de dichos servicios.

Para ello, existe un programa llamado "ArtsonPrescription" que se está llevando a cabo en el Reino Unido<sup>(10)</sup>, y reconocieron los beneficios, tanto personales como sociales, a sus clientes. El servicio también tiene beneficios en términos de promoción de la salud mental, al ayudar a las personas a permanecer fuera del sistema de salud mental. Los remitentes eran muy conscientes del clima político cambiante y afirmaron la necesidad de que un servicio como este fuera puesto en marcha en el futuro<sup>(10)</sup>.

Es decir, puesto que la prescripción social y en particular este programa donde se prescriben diferentes actividades relacionadas con el arte son pioneros, y todavía hay poca literatura que lo avale, existe el riesgo de cancelar muchos proyectos antes de poder observar los resultados. Sin embargo, las experiencias vividas hasta ahora son positivas<sup>(10)</sup>.

Los estudios realizados hasta la fecha<sup>(11)</sup> reflejan que la mayoría del personal cree que la participación en las intervenciones de las artes tiene un impacto positivo en la salud y el bienestar de los pacientes. Los hallazgos sugieren que las intervenciones artísticas se perciben que tienen un impacto en el estrés de los pacientes, el estado de ánimo, los niveles de dolor y el sueño. Además, el personal creía que las artes pueden mejorar la comunicación entre el personal y los pacientes, ayudando a crear una relación y fortalecer las interacciones. La mayoría de los resultados del personal reportados fueron positivos, ya que las actividades artísticas en los entornos de salud encontraron: reducir el estrés, mejorar el estado de ánimo, mejorar el desempeño laboral, reducir el agotamiento, mejorar las relaciones entre el paciente y el personal, mejorar el ambiente de trabajo y mejorar el bienestar<sup>(11)</sup>.

Por lo tanto, como estrategia de promoción y prevención de la salud es de subrayar la mejora en las expectativas, ya que se puede esperar un mayor cumplimiento de los consejos de los profesionales siempre que la relación paciente-profesional sea correcta. Además el buen estado psicoemocional repercute en la importancia que el individuo le da a su propia salud. En este sentido, la prescripción de actividades artísticas ayuda al bienestar del paciente, lo cual afectará de forma positiva en su salud<sup>(11)</sup>.

Enlazándolo más con la prescripción social, la idea es que desde los centros de atención primaria, se puedan prescribir estos activos para la salud que se encuentran en la comunidad, valorando cuales son las necesidades de cada persona que llegue a la consulta. No se debe olvidar que la finalidad no es únicamente hacer uso de estos activos cuando el paciente presente una patología o una problemática social, sino usarlos para la promoción de la salud. En cuanto a razones más individuales, los resultados de los ensayos piloto muestran que la prescripción social puede traer muchos beneficios a las



personas. Estos incluyen el fomento de los sentimientos de control, el aumento del apoyo social, el desarrollo de habilidades transferibles y el aumento de la confianza. Otros estudios han apoyado estos hallazgos. Por ejemplo, Stickley y Eades<sup>(12)</sup>, realizaron un estudio cualitativo de "Artes en la prescripción" donde entrevistaron a participantes dos años después de entrevistas previas para evaluar los niveles de "distancia recorrida" desde que se involucraron en su proyecto. Los diez entrevistados informaron un aumento de la confianza en sí mismos, una mejora de las habilidades sociales y de comunicación y una mayor motivación y aspiración. Estos hallazgos se reflejaron en las respuestas de entrevistas de los referentes que 'prescribieron' los cursos de arte a los participantes. Las referencias también informaron que los cursos permitieron a los participantes fortalecer la confianza. Las conclusiones de este proyecto cualitativo son alentadoras<sup>(12)</sup>.

Otro aspecto fundamental a tener en cuenta es la cultura, y el impacto que la cultura tiene en la salud. Este aspecto se puede enfocar de muchas formas, pero se debería de estudiar el impacto que diferentes tipos de cultura tienen en la salud, como sería una cultura orientada a la salud o el impacto que tienen diversas actividades orientadas a la cultura en cuanto a la salud. El entendimiento de la cultura como un factor de la salud también es una razón de este trabajo, ya que gran cantidad de recursos de la comunidad son culturales. Por otra parte además no debemos olvidar que vivimos en una sociedad con cada vez más diversidad cultural, por lo que al prescribir diferentes servicios o actividades no se ha de olvidar que se deben adaptar a las características de cada individuo. En definitiva, la atención tanto al individuo como a la comunidad ha de ser de una forma holística, y la cultura forma una parte muy importante de ello<sup>(13)</sup>.

## PRESCRIPCIÓN SOCIAL: ACTIVIDAD FÍSICA

La prescripción de la actividad física es una de las bases más importantes de la prescripción social. En primer lugar porque es una forma eficaz de promover el

ejercicio, por otro lado porque se prescribe según las necesidades físicas del paciente y además porque se facilita el acceso a los centros o lugares dónde lleven a cabo las actividades independientemente de la falta de recursos de los pacientes.

Otro estudio realizado en Noruega<sup>(14)</sup> expone que mediante un cuestionario, se analizaron los hábitos de ocio de 44 pacientes adultos con epilepsia activa (es decir, al menos una convulsión al mes durante el último año). Doce pacientes tenían una epilepsia generalizada y 32 una epilepsia parcial. Todos recibieron fármacos antiepilépticos (DEA) y ninguno tuvo desventajas adicionales. A pesar de las buenas instalaciones en su entorno para participar en actividades sociales, culturales y físicas, la mayoría de los pacientes vivían una vida sedentaria. El contacto social era limitado y sólo tenían la mitad de actividad física que la población noruega de edad y sexo comparables. Se evaluó la capacidad de trabajo como la absorción máxima de oxígeno, utilizando la prueba de bicicleta ergométrica. La absorción máxima de oxígeno fue considerablemente menor (75-80%), y la disminución observada en la capacidad aeróbica con el aumento de la edad fue más pronunciada que la de la población noruega. En el cuidado integral de pacientes con epilepsia, concluye el estudio que la prescripción de actividad física adaptada es un medio importante para mejorar la calidad de vida<sup>(14)</sup>.

Por otra parte, la artritis es la afección crónica más prevalente entre las personas mayores de 65 años en América del Norte. La inactividad física en esta población está vinculada a limitaciones funcionales, mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, disminución de la calidad de vida y discapacidad<sup>(15)</sup>.

El perfil presentado en un estudio realizado en dicha población debe ser considerado completamente por los proveedores de atención de salud cuando se educa a los pacientes con artritis sobre los efectos adversos para la salud del comportamiento sedentario. Aunque también hay que tener en consideración que la cobertura de seguro de medicamentos recetados puede facilitar la actividad entre ancianos con artritis<sup>(15)</sup>.

El propósito de otro estudio publicado en *Osteoporosint.*<sup>(16)</sup> fue comparar los efectos de tres tipos diferentes de programas de ejercicios basados en grupos (entrenamiento de resistencia, entrenamiento de agilidad y estiramiento general) sobre el dolor de espalda y la calidad de vida relacionada con la salud en la comunidad de mayores de 75-85 años, concretamente mujeres con baja masa ósea.

Los tres tipos de programas de ejercicios basados en grupos redujeron significativamente el dolor de espalda y sus discapacidades relacionadas, pero sólo el entrenamiento de resistencia y agilidad mejoró significativamente la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres de edad comunitaria con baja masa ósea. El nivel basal de actividad física y la asistencia a clases fueron predictores significativos del cambio en la calidad de vida relacionada con la salud. El cambio en el dolor de espalda y sus discapacidades relacionadas después de 25 semanas de intervención de ejercicio se correlacionó significativamente con el cambio en la calidad de vida relacionada con la salud y los cambios en los dominios del dolor y la función física. El entrenamiento de resistencia y agilidad mejoró significativamente la calidad de vida relacionada con la salud y puede haberlo hecho aumentando las interacciones y el apoyo social, mejorando la autoeficacia de las habilidades físicas y modificando la experiencia del dolor de espalda. Estos datos proporcionan información valiosa sobre los detalles de la prescripción de ejercicios para las mujeres de edad avanzada con masa ósea baja. Estudios futuros podrían utilizar medidas individualizadas de calidad de vida para delinear los efectos de diferentes tipos de ejercicio sobre la calidad de vida en adultos mayores con baja masa ósea<sup>(16)</sup>.

En el caso de la esclerosis múltiple (EM)<sup>(17)</sup>, es la coexistencia de deterioros físicos y cognitivos, junto con problemas emocionales y sociales en una enfermedad con un curso incierto, que hace que la rehabilitación de la EM sea única y desafiante. Ahora hay una buena evidencia de que el ejercicio puede mejorar la condición física y la función para aquellos con EM leve y ayuda a mantener la función de las personas con discapacidad moderada a grave. La terapia se puede realizar durante 6 a 15 semanas en ambientes ambulatorios o

en el hogar o como un programa de día semanal de varios meses. Se han investigado varias formas diferentes de ejercicio. Para la mayoría de las personas, el ejercicio aeróbico que incorpora un grado de entrenamiento de equilibrio y socialización es recomendada. Las restricciones de tiempo, el acceso, el nivel de discapacidad, las preferencias personales, las motivaciones y las fuentes de financiación influyen en la prescripción de ejercicio y otros componentes de la rehabilitación. Así como los fármacos inmunomoduladores deben tomarse de forma continua y ajustarse a medida que avanza la enfermedad, también debe considerarse la rehabilitación como un proceso continuo para mantener y restaurar la máxima función<sup>(17)</sup>.

Una combinación de actividad aeróbica, entrenamiento de fuerza y ejercicios de flexibilidad, además de aumentar la actividad diaria general, puede reducir la dependencia de medicamentos y los costos de atención médica, al tiempo que mantiene la independencia funcional y mejora la calidad de vida en los adultos mayores<sup>(18)</sup>. Sin embargo, los pacientes a menudo no se benefician plenamente de las recetas de ejercicio porque reciben instrucciones vagas o inapropiadas. Las prescripciones de ejercicio efectivas incluyen recomendaciones sobre frecuencia, intensidad, tipo, tiempo y progresión del ejercicio que siguen pautas específicas de la enfermedad. Los cambios en la actividad física requieren múltiples estrategias de motivación incluyendo la instrucción de ejercicios, así como la fijación de metas, la auto-monitoreo y la educación para resolver problemas. Ayudar a los pacientes a identificar actividades emocionalmente gratificantes y físicamente apropiadas, contingencias y apoyo social aumentará las tasas de continuación del ejercicio y facilitará los resultados de salud deseables. Mediante el contacto con el paciente y la defensa de la comunidad, los profesionales sanitarios pueden promover patrones de estilo de vida que son esenciales para el envejecimiento saludable<sup>(18)</sup>.

En muchos países las prescripciones de ejercicio se utilizan para facilitar la actividad física en una población sedentaria con o en riesgo de desarrollar enfermedades de estilo de vida<sup>(19)</sup>. Algunos estudios muestran un efecto positivo de la prescripción de ejercicios sobre enfermedades específicas del

estilo de vida. Otros sólo muestran un efecto moderadamente positivo o ningún efecto sobre el nivel de actividad física. Además, el reto es la adhesión de los participantes a un estilo de vida físicamente activo a largo plazo después de la intervención. Por lo tanto, es esencial para ofrecer exitosas intervenciones prescritas con el objetivo de cambio de comportamiento para centrarse en cuestiones psicológicas y sociales, así como cuestiones fisiológicas<sup>(19)</sup>.

El dolor lumbar crónico (CLBP, por sus siglas en inglés) es una condición incapacitante persistente con un aumento significativo en los costos de salud, sociales y económicos. La investigación actual<sup>(20)</sup> apoya el uso de enfoques de tratamiento basados en el ejercicio que alientan a las personas con CLBP a asumir un papel físicamente activo en su recuperación. Mientras que las guías clínicas internacionales y las revisiones sistemáticas para el CLBP apoyan el ejercicio en grupo como una opción atractiva de primera línea para tratar a un gran número de pacientes con CLBP a bajo costo, las barreras a su suministro incluyen restricciones de espacio y tiempo en entornos asistenciales y mala asistencia. Las Directrices Clínicas Europeas han identificado la necesidad de investigación en el uso de intervenciones breves / mínimas de auto-activación por contacto que fomenten la participación en actividades físicas para CLBP. Caminar puede ser una forma ideal de prescripción de ejercicio individualizada, ya que es fácil de hacer, no requiere habilidades especiales o instalaciones, y es alcanzable por prácticamente todas las edades con poco riesgo de lesión<sup>(20)</sup>. Al ayudar a los pacientes a superar los obstáculos prácticos, sociales y culturales y aumentar su motivación interna para la actividad física, aspiramos a mejorar su salud física en una perspectiva a largo plazo. Los pacientes objetivo pertenecen a una categoría de pacientes que se supone se benefician de una mayor actividad física en términos de valores fisiológicos mejorados, estado mental y calidad de vida, disminución del riesgo de complicaciones y tal vez una disminución de la necesidad de medicación<sup>(21)</sup>.

Lo mismo ocurre con la osteoartritis. Los síntomas asociados con la osteoartritis de la rodilla resultan en disminución de la función, pérdida de la capacidad de trabajo y costos sociales y médicos extensos. Hay una necesidad de investigar y desarrollar intervenciones eficaces para minimizar el impacto e

incluso prevenir la progresión de la osteoartritis. El ejercicio acuático ha demostrado ser eficaz para reducir el impacto de la osteoartritis<sup>(22)</sup>.

En este sentido, la mayoría de las dificultades al intentar realizar la propuesta de prescribir actividad física para los pacientes trasplantados provienen de actitudes de los pacientes y creencias culturales que ignoran los beneficios del ejercicio, pero también hay aspectos organizacionales derivados de las dificultades que enfrentan estos pacientes al acceder a las instalaciones supervisadas. Para abordar estas dificultades, se desarrolló el proyecto de estudio italiano "Transplante ... y ahora deporte" basado en un modelo de cooperación entre especialistas en trasplantes, médicos deportivos y especialistas en ejercicios organizados en equipo combinando sus habilidades específicas para actuar eficazmente los programas de ejercicio físico<sup>(23)</sup>.

El protocolo de estudio "Transplante ... y ahora deporte" muestra los efectos positivos del modelo basado en la cooperación entre los centros de trasplantes, centros de medicina deportiva y gimnasios en la administración de una receta supervisada de ejercicios. Estos datos deben considerarse como una contribución al desarrollo y promoción de protocolos de ejercicios más detallados y para fomentar una mejor salud y supervivencia postransplante, ayudando a asegurar que la actividad física se convierta en un plan de tratamiento médico de rutina seguro de manejo del paciente<sup>(23)</sup>.

Una consecuencia de la inactividad es la obesidad, y esto conlleva diferentes complicaciones. El aumento de la prevalencia del dolor crónico y la obesidad tiene importantes consecuencias para la salud y los costos para las economías de los países desarrollados y en desarrollo. La evidencia sugiere que hay una correlación positiva entre la obesidad y el dolor crónico y el vínculo entre ellos se cree que es la inflamación sistémica<sup>(24)</sup>.

La inflamación sistémica, la sobrecarga mecánica y la disfunción autonómica se asocian con el aumento de la prevalencia y la gravedad del dolor crónico en personas con obesidad. Por lo tanto, se ha propuesto que las intervenciones dirigidas a la inflamación sistémica podrían ayudar a reducir el dolor crónico en personas obesas. Se ha demostrado que la reducción de la grasa abdominal alivia el dolor y reduce los marcadores sistémicos de la inflamación que

contribuyen al dolor crónico. Se ha demostrado que las intervenciones que incluyen prescripción de ejercicios reducen tanto la grasa abdominal como la inflamación sistémica. Además, también se sabe que el ejercicio reduce la percepción del dolor y mejora la salud mental y la calidad de vida, lo que también mejora los resultados del dolor. Sin embargo, la adherencia a la prescripción formal del ejercicio es pobre y por lo tanto los programas del ejercicio deben ser adaptados a los intereses, a las necesidades, ya las capacidades de las personas de reducir desgaste<sup>(24)</sup>.

Varios artículos se posicionan también a favor de impulsar la actividad física, ya que evidencia el beneficio del bienestar y de la calidad de vida de aquellas mujeres en la postmenopausia que pasan tiempo de pie, lo cual se relacionaba directamente con el mayor índice de actividad física<sup>(25)</sup>.

El yoga también ha mostrado beneficios a la hora de tratar la lumbalgia en pacientes crónicos, de manera preventiva o también como tratamiento. Esto se puede llevar a cabo mediante grupos de práctica en este tipo de ejercicios. Y puesto que la lumbalgia es una dolencia con una prevalencia bastante alta, desde atención primaria se podrían promocionar grupos que se dirigiesen a esta tipología de pacientes<sup>(26)</sup>.

## PRESCRIPCIÓN SOCIAL: REDES SOCIALES COMO FUENTE DE INFORMACIÓN

En este caso, se facilita a los pacientes el acceso a la red social observando las necesidades de dicho paciente. El objetivo es tener en cuenta las necesidades sociales y emocionales. Una de las opciones podría considerarse crear grupos de apoyo. Además, en esta era de la tecnología también se prescriben redes sociales en la red virtual, en el caso de que el objetivo sea encontrar personas con vivencias similares, búsqueda de información mediante paciente experto...

El aislamiento social y la pobreza son factores ambientales importantes. A menudo es difícil para los profesionales de la salud y los pacientes distinguir entre los síntomas somáticos de los trastornos biológicos y las dificultades psicológicas y sociales que los pacientes soportan<sup>(27)</sup>.

Los problemas emocionales y sociales no resueltos son un factor significativo en la asistencia frecuente a los servicios de atención primaria. La capacidad de los profesionales de la salud para ir más allá de asesorar, diagnosticar y actuar como defensores como respuesta a problemas sociales es limitada. Tienen un conocimiento limitado de la gama de servicios disponibles en el contexto nacional y local. Los profesionales sanitarios suelen sentir que no saben cómo responder con ayuda práctica a los problemas sociales que sus pacientes traen con ellos en la consulta, a menudo recurren a los consejeros y las respuestas psicológicas en lugar de servicios prácticos, ya que carecen de información actualizada<sup>(27)</sup>.

Además existe suficiente evidencia que avala e indica la necesidad de abordar desde la atención primaria, el soporte familiar que tienen los pacientes con multimorbilidad, y saber identificar cuales son sus necesidades no satisfechas para poder mejorar el bienestar relacionado con el estado de salud individual.

Un estudio realizado en Suecia que planteaba el refuerzo de la motivación y el entorno social, indica que tras la evidencia de que la prescripción de la actividad cambia la conducta y el estilo de vida, si tendría la misma validez en pacientes fumadores que busquen cesar el hábito, dicho planteamiento de la motivación, mediante la influencia del entorno social. El resultado es positivo, concluyendo además del beneficio coste-efectivo<sup>(28)(29)</sup>.

En esta línea, las personas acceden cada vez más a la información de salud generada por sus compañeros a través de las redes sociales, especialmente las comunidades de salud en línea<sup>(30)</sup>. Las investigaciones anteriores han documentado los temas de dichas redes, las estrategias de evaluación de la credibilidad y la conexión de éstos con el bienestar. Sin embargo, existen pruebas limitadas sobre dónde, cuándo y por qué las personas buscan las comunidades de salud en línea y cómo las utilizan en las decisiones de salud<sup>(30)</sup>.

La mayoría de las personas descubrieron las comunidades accidentalmente durante búsquedas en la Web en lugar de buscarlo intencionalmente. Los individuos valoraron estas redes principalmente como una fuente de información alternativa sobre las opciones de tratamiento, las actividades de



autocuidado y las preguntas del proveedor de atención médica, en lugar de una fuente de apoyo emocional, y reconocieron la limitación de estas comunidades como evidencia anecdótica. Los individuos lo usaron como un trampolín para investigaciones adicionales y discusiones entre el paciente y el proveedor, y finalmente tomaron decisiones de tratamiento junto con los proveedores. Estos hallazgos sugieren que las personas que usan las comunidades virtuales de la misma manera que usan la información tradicional de salud en línea y que estos facilitan, en lugar de obstruir, la toma de decisiones compartida con los proveedores de atención médica<sup>(30)</sup>.

Las redes sociales pueden jugar un papel importante para la prescripción social, ya que además de proporcionar un círculo social a las personas y favorecer la socialización de aquellos con problemas tanto físicos como psicológicos o emocionales, también ayudan a estos pacientes a crear redes virtuales de personas con su misma problemática, de forma que puedan conocer experiencias similares y ayudarse mutuamente. Es importante que los profesionales conozcan estas redes virtuales para poder prescribir el que mas haga falta a cada tipo de paciente. Y cuando se traten de redes informativas, verificar la credibilidad de estas.

La popularidad y el uso de las redes de medios sociales entre los usuarios de Internet estadounidenses de 50 años y más se duplicó entre 2009 y 2010 y ha aumentado constantemente. Parte de este aumento de acceso puede ser el resultado de los adultos mayores que viven con una enfermedad crónica y están buscando ayuda en línea. El riesgo de cáncer colorrectal (CCR) está entre esas preocupaciones, particularmente entre las poblaciones de minorías de mediana edad y mayores, donde existen disparidades. Un estudio exploratorio investiga el comportamiento de búsqueda de información relacionado con factores de cáncer y el uso actual de medios sociales<sup>(31)</sup>.

Las implicaciones de este estudio sugieren que el uso de fuentes tradicionales de información de salud (profesional sanitario) e Internet (redes de redes sociales, sitios de Internet) han aumentado entre los estadounidenses mayores y pueden servir como canales críticos para la información y la educación sobre el cáncer<sup>(31)</sup>.

Otro estudio<sup>(32)</sup> evidencia que el diagnóstico de cáncer implica una alteración vital. Y puesto que la mayoría de los pacientes no afronta esta nueva realidad en solitario sino con su pareja o familia, el artículo indicaba los beneficios de trabajar en la comunicación para una mejor adaptación a la nueva realidad. En esta línea, se podrían potenciar actividades mediante la prescripción social para fortalecer la comunicación dentro de las redes familiares y evitar la conspiración de silencio<sup>(32)</sup>.

Entre los enfermos con tratamiento mediante diálisis, los niveles más bajos de apoyo social, la disminución del cumplimiento de la prescripción de diálisis y el aumento de la percepción negativa de los efectos de la enfermedad se asocian independientemente con el aumento de la mortalidad en los pacientes tratados con HD (hemodiálisis). Los efectos son del mismo orden de magnitud que los factores de riesgo médicos. Tales efectos pueden atribuirse a una relación entre la percepción del apoyo social por parte de los pacientes y los efectos de la enfermedad y el comportamiento, con otros factores como la provisión de mejor atención médica en pacientes con redes sociales más grandes. Se debe estudiar el mecanismo subyacente en la relación de los factores psicosociales y el cumplimiento y supervivencia, así como el efecto de las intervenciones para mejorar la percepción de la enfermedad y aumentar el apoyo social y el cumplimiento de la prescripción de diálisis en pacientes con HD<sup>(33)</sup>.

## PRESCRIPCIÓN SOCIAL Y ESTADO COGNITIVO

Relacionado también con el estado emocional y las relaciones sociales, se encuentra el estado cognitivo de las personas de tercera edad. Las disminuciones cognitivas no patológicas ocurren con el envejecimiento y afectan negativamente el funcionamiento diario y reducen la calidad de vida. Muchos adultos mayores, conscientes de estos cambios cognitivos, buscan formas de reforzar su funcionamiento cognitivo. La evidencia basada en la literatura del envejecimiento cognitivo apoya una serie de factores asociados con el funcionamiento cognitivo. Estos factores incluyen el ejercicio físico, el ejercicio intelectual, la nutrición, la higiene del sueño, la interacción social y el

estado emocional. Estos factores pueden ser manipulados y tejidos por enfermeros y otros profesionales de la salud para desarrollar una receta cognitiva fácil de usar y no invasiva para mejorar la salud cognitiva de los adultos mayores. Se describen un ejemplo y orientaciones para desarrollar e implementar prescripciones cognitivas<sup>(34)</sup>.

Y el recién mencionado caso no es el único caso en el que hay que vigilar el estado cognitivo de las personas, ya que otro caso en el que se debe estar atento es en el dolor crónico, ya que implica hipervigilancia para los estímulos relacionados con el dolor. La atención selectiva a los estímulos relacionados con el dolor, conocidos como sesgo atencional del dolor, puede exacerbar el dolor crónico, prolongar el sufrimiento y socavar la calidad de vida. El objetivo de un estudio fue determinar si una multimodal mindfulness, el cual es una terapia cognitiva que trata de dirigir la atención, podría reducir significativamente el dolor o esta atención selectiva a los estímulos entre los pacientes con dolor crónico que reciben analgésicos opioides<sup>(35)</sup>.

Los resultados del estudio proporcionaron la primera indicación de que una intervención orientada mediantemindfulness puede reducir el dolor (sesgo atencional del dolor) entre los adultos que sufren de dolor crónico<sup>(35)</sup>.

Un estudio publicado en la revista *Enfermería Clínica*<sup>(36)</sup>, presenta un caso de un varón de 52 años de edad, visto en una clínica de enfermería de Atención Primaria para un control metabólico de diabetes mellitus tipo 2. La frecuencia de las visitas aumentó debido a las dificultades percibidas por el cambio del tratamiento médico. Se realizó una entrevista enfocada bajo el marco de patrones de salud funcional. El paciente fue incapaz de escribir o leer, no había trabajado durante los últimos 25 años, y expresó una falta de control sobre su autocuidado. Se preparó un plan de acción, dando prioridad a los diagnósticos de enfermería de NANDA-I en relación con el mantenimiento ineficaz de la salud, la impotencia y la interacción social deteriorada. Los objetivos eran mejorar el conocimiento y el control de su enfermedad y participar en actividades de ocio. Para lograrlo, se contactaron con los recursos sociales de salud de la zona y acordaron que el paciente podría asistir a actividades que pudieran mejorar su autocuidado y su calidad de vida. Una mejora en su

control de la diabetes se observó en las siguientes evaluaciones, con un aumento en su nivel de conocimiento y autocuidado. La enfermera de atención primaria de salud debe considerar los recursos disponibles de la comunidad mediante un enfoque integral de las enfermedades crónicas para su beneficio terapéutico y de gestión, especialmente en aquellos pacientes con condiciones socioculturales adversas<sup>(36)</sup>.

Por eso se deben tener en cuenta los recursos más allá de los farmacológicos. En el caso de la depresión, existen múltiples procesos no farmacológicos involucrados en la recuperación mientras se toman antidepresivos. Por ejemplo centrándose en la relación prescriptor-paciente y dando más información, puede mejorar las tasas de recuperación, con o sin antidepresivos<sup>(37)</sup>.

Un artículo publicado en *BMJ Open*, relaciona directamente un número de 1800 muertes anuales por el uso de medicación psicotrópica e insta a las residencias de tercera edad a abordar el comportamiento de pacientes con demencia desde una perspectiva de implicación psicológica<sup>(38)</sup>.

## PRESCRIPCIÓN TRADICIONAL: EL MODELO BIOMÉDICO

El Modelo Biomédico en el que se basa la prescripción tradicional tiene sus bases en el pensamiento racionalista cartesiano y de la física newtoniana<sup>(39)</sup>. Divide la naturaleza humana en cuerpo y mente, y el cuerpo es considerado como una estructura biológica cuyos elementos funcionan de acuerdo a leyes de la física, en términos de ajustes de sus partes<sup>(39)</sup>.

Para llevar a cabo este tipo de prescripción, se integran los hallazgos clínicos con los datos de laboratorio y los descubrimientos de la anatomía patológica, se crea una estructura para examinar, clasificar y tratar las enfermedades. Desde esta orientación, básicamente patológica, se define la salud como ausencia de enfermedad, dividiéndonos entre sanos y enfermos, siendo enfermedad aquello que el médico pueda reconocer, demostrar y clasificar<sup>(39)</sup>.

Este modelo ha constituido la base conceptual de la medicina científica moderna, donde el cuerpo humano es fragmentado y analizado desde el punto de vista de sus partes, la enfermedad es el funcionamiento defectuoso de los

mecanismos biológicos o químicos y la función de la práctica médica es intervenir física o químicamente para corregir las disfunciones de un mecanismo específico<sup>(39)</sup>.

En efecto, esta concepción mecanicista, naturalista del proceso salud enfermedad que trata la prescripción tradicional o la prescripción farmacológica, ha obtenido muchos logros en la mejora de la salud del hombre, pero no es suficiente para interpretar las interacciones entre mente, cuerpo y ambiente, como sistemas complejos, además que dificulta o limita el diálogo entre las diferentes disciplinas, con lo cual se podría comprender mucho mejor los acontecimientos del ser humano en función de todas sus dimensiones biofisiológicas, psicológicas, socioambientales y espirituales<sup>(40)</sup>.

En la medida que las ciencias médicas son consideradas dentro del espectro de la ciencia occidental pura, la consideración de la cultura y su influencia en la salud y la enfermedad se menosprecia o ignora. Se considera que la cultura no es una variable que la medicina deba tomar en cuenta o en el mejor de los casos, la medicina está por encima de las distintas realidades culturales en el proceso de salud enfermedad<sup>(40)</sup>.

## B. JUSTIFICACIÓN

La razón de este trabajo es averiguar la efectividad de la prescripción social a través del análisis de la literatura existente sobre la novedosa implantación de la prescripción social basada en un modelo salutogénico, y la búsqueda de evidencia científica que avale este tipo de prescripción como un modelo efectivo a la hora de realizar la promoción y prevención de la salud, al mismo tiempo que también sirve como tratamiento complementario para cierto tipo de patologías y colectivos con riesgo para la salud.

De esta manera, se intenta proponer alternativas o puntos de mejora que puedan ayudar al mejor funcionamiento del sistema sanitario actual. De hecho, una de las razones es que la sanidad actual, debido a la crisis, cada vez tiene más difícil acceso a ciertos colectivos de la sociedad, y la prescripción social

puede ser de particular beneficio para comunidades aisladas y vulnerables, incluidas las personas con problemas de salud mental de leve a moderada, abordando algunas de las consecuencias de las desigualdades sociales, económicas y sanitarias. Por lo tanto, también se podría considerar como una oportunidad para llegar a aquellos sectores de la sociedad a los que la sanidad actual tiene dificultades de acceder por distintas razones. La prescripción social permite a los profesionales tener mayores opciones al ayudar a los pacientes con problemas sociales complejos. Como tal, el programa es claramente valorado por remitentes para sus clientes. El programa ofrece beneficios sociales valiosos que se están reduciendo en una era de cierre de la provisión de servicios. Existe la preocupación de si estos valiosos recursos seguirán en funcionamiento en el futuro<sup>(2)</sup>.

Es decir, otra de las razones por lo que es importante abordar este tema, es porque se ha establecido y está aceptado que los determinantes sociales, son los que más repercusión tienen entre los determinantes de la salud. Sin embargo, tanto desde las instituciones públicas como desde las privadas, la mayoría de esfuerzos se dirigen a abordar los determinantes biológicos. Por lo tanto, creo que este programa basado en la prescripción social, no solo tendrá éxito como terapia alternativo o complementaria a otros tratamientos médicos, sino que también conseguirá integrar en la sociedad a diferentes comunidades más vulnerables, aumentando su accesibilidad a servicios al mismo tiempo que también incrementa su bienestar, por lo que será más fácil el acceso a la sanidad para estas personas y podremos ofrecerles herramientas para llevar un estilo de vida saludable<sup>(41)</sup>.

A nivel internacional existe un creciente interés por el uso de las artes en el contexto de la atención médica, evidenciado por el número de estudios de investigación publicados en la literatura de enfermería y medicina. El establecimiento de proyectos exitosos en entornos sanitarios dependerá, en cierta medida, de la cooperación del personal que trabaja en estos ámbitos: los profesionales de la salud y sus valores culturales serán el eje de la relación entre los artistas que organizan las actividades y los pacientes<sup>(10)</sup>.

Por ello, también me parece una razón a tener en cuenta implicar al máximo de sectores sociales posibles en mejorar la salud de nuestra sociedad. Y en gran medida, me parece que este modelo salutogénico que busca fomentar la salud mediante el uso de la prescripción social es una de las mejores maneras, ya que las actividades comunitarias pueden estar relacionadas con una infinidad de ámbitos. En la actualidad, uno de los ámbitos que más se está potenciando es el de el campo de las artes relacionado con la salud mental. Sin embargo, también se están llevando a cabo otros muchos tipos de actividades relacionados con activos para la salud, que buscan identificar todos aquellos factores que encontramos en nuestro entorno y en nuestra sociedad que nos puedan aportar salud. Pueden ser centros de salud, pero también todo aquello relacionado con servicios, transportes etc. Por ejemplo, bibliotecas, carriles para bicicletas y mucho más<sup>(5)</sup>.

### 3. OBJETIVOS

#### Definición del problema de estudio

El objetivo principal de este estudio fue identificar la evidencia científica más relevante y actual acerca de la idoneidad de los distintos tipos de prescripción social y su modo de empleo en un entorno determinado, mediante una revisión de la literatura bibliográfica.

#### Objetivos

1. Objetivo general: Realizar una búsqueda bibliográfica sobre la efectividad en la mejora de la calidad de vida de la prescripción social.
2. Objetivo específico: Comparar la efectividad en la mejora de la calidad de vida de los distintos tipos de prescripción social, en comparación a la prescripción tradicional.

## 4. METODOLOGÍA

### A. Diseño

Se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica.

### B. Criterios de elegibilidad

Con el objetivo de identificar las pruebas más actuales se incluyeron los estudios publicados desde 2006 en adelante, es decir, de 11 años de antigüedad como máximo, y que cumpliesen los siguientes criterios:

- Se incluyeron artículos publicados en inglés y español.
- Se incluyeron todos los artículos que tratan sobre la prescripción social y su implicación en la calidad de vida.
- Se excluyeron todas las publicaciones desarrolladas antes del año 2006.

### C. Búsqueda y fuentes de información

La búsqueda fue realizada entre los meses de octubre a diciembre de 2016, y la fuente de información consultada fue PubMed (Medline). Se escogió esta base de datos, puesto que contiene una amplísima variedad de artículos relacionados con el mundo de la salud, y muchos de ellos son de acceso libre. Se consiguieron los textos completos de la mayoría de artículos que se han utilizado en el trabajo. Pero en el caso de que la información necesaria constase en el resumen de dichos artículos, se ha podido extraer el contenido directamente de dicho resumen.

Medline es posiblemente la base de datos de bibliografía médica más amplia que existe. Producida por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos. En realidad es una versión automatizada de tres índices impresos:



IndexMedicus, Index to Dental Literature e International Nursing Index, recoge referencias bibliográficas de los artículos publicados en unas 5.500 revistas médicas desde 1966.

Basándose en la práctica basada en la evidencia, se ha de proceder a la siguiente secuencia: elaboración de la pregunta clínica, búsqueda y lectura de la información disponible.

Con el objetivo de afinar dicha búsqueda, se ha utilizado la metodología PICO. En la tabla 1, se muestra como se estructuró la pregunta.

De hecho, para una toma de decisiones de forma correcta y basada en la evidencia, es imprescindible el acceso a la información desde la práctica enfermera. Y en este sentido, y debido a la gran cantidad de información disponible, es importante saber hacer una correcta selección y para ello formular una pregunta sobre aquella cuestión que nos ocupa.

Existen diferentes formas para clasificar dichas preguntas clínicas, dependiendo de su carácter, en generales o específicas, y a su vez, en relación a su naturaleza, en tratamiento, etiología, diagnóstico o pronóstico. En caso de que surgiese una nueva duda, haría falta elaborar una pregunta específica, es decir, estas se descomponen en mediante el sistema PICO, y las clasificaciones son; Pacientes, intervención, comparación y resultados (outcomes).

Los componentes y la naturaleza de la pregunta son los que determinan los criterios de inclusión y el tipo de estudio que es necesario buscar en la siguiente etapa de la evidencia. En principio, los componentes ya mencionados de intervención y comparación sugieren un carácter experimental del ensayo clínico, pero su uso también puede extenderse a otro tipo de estudios. Por otra parte, cabe decir que entendemos el Background como aquella base de conocimientos que tenemos previo a la búsqueda que se debe realizar (conociendo el problema y la comparación), y el foreground son los diferentes conocimientos que hemos adquirido gracias al estudio.

A la hora de realizar la pregunta PICO y determinar los 4 componentes que la forman, habrá que tener en cuenta el problema (P), para lo cual nos ocupará ser lo más precisos posible a la hora de definir el paciente o el problema objeto

de la pregunta, la intervención (I) que queremos estudiar, por lo que una vez más se definirá de la forma más precisa, la comparación (C) si fuera pertinente, y los resultados (O).

La estructuración de los resultados que apoyan o no una intervención, determinan que en muchas ocasiones es necesario complementar esta información con ensayos clínicos.

La pregunta PICO que se plantea y se expone en la tabla 1 es:

¿mejora la calidad de vida la prescripción social vs la prescripción tradicional?

PROBLEMA	Prescripción social	Social prescription
INTERVENCIÓN		
COMPARACIÓN	Prescripción tradicional	Traditionalprescription
OBJETIVO	Calidad de vida	Lifequality

Tabla 1. Estrategia y proceso de búsqueda (elaboración propia)

#### D. Selección y evaluación de la calidad metodológica

Entre todas las referencias conseguidas mediante la búsqueda, se realizó una revisión de todos los artículos, y se recuperó el texto completo de estos de los tres artículos que respondían a la pregunta PICO tras la revisión y una selección pertinente. Tras este estudio de los artículos obtenidos en la búsqueda, solamente se incluyeron aquellos que cumpliesen las características de elegibilidad previamente mencionadas.

## 5. RESULTADOS

### A. Búsqueda bibliográfica (selección de los estudios)

Toda la investigación se realizó basándose en una búsqueda avanzada a partir de las palabras utilizadas en la pregunta PICO, y los conectores AND, OR y NOT. Además se establecieron criterios de inclusión o exclusión dependiendo de las fechas de publicación.

#### PubMed

Se realizó una búsqueda con los criterios anteriormente mencionados ajustando las palabras clave a la pregunta PICO.

- Búsqueda 1: (social[All Fields] AND ("prescriptions"[MeSH Terms] OR "prescriptions"[All Fields] OR "prescription"[All Fields])) AND ("quality of life"[MeSH Terms] OR ("quality"[All Fields] AND "life"[All Fields]) OR "quality of life"[All Fields] OR ("life"[All Fields] AND "quality"[All Fields]) OR "life quality"[All Fields])

Se obtuvieron 342 resultados de los cuales 31 guardaban alguna relación con el tema que ocupa pero se eligieron 2 por responder a la pregunta PICO.

- Búsqueda 2: (social[All Fields] AND ("prescriptions"[MeSH Terms] OR "prescriptions"[All Fields] OR "prescription"[All Fields])) AND (traditional[All Fields] AND ("prescriptions"[MeSH Terms] OR "prescriptions"[All Fields] OR "prescription"[All Fields]))

Se obtuvieron 151 resultados de los cuales 2 guardaban alguna relación con el tema que ocupa, pero se eligió 1 por responder a la pregunta PICO.

## B. Calidad metodológica de los estudios

Finalmente, se determinó que la alternativa más factible para evaluar la calidad metodológica del estudio era utilizar la plataforma “*Lectura Crítica*” (<http://www.lecturacritica.com/>).

Esta aplicación on-line está diseñada para facilitar los procesos de lectura crítica y de síntesis de la evidencia. Contiene varias Fichas de Lectura Crítica para valorar diferentes diseños de estudios y genera automáticamente Tablas de Evidencia a partir de los datos introducidos (anexo 1).

En esta página web, respondiendo a una serie de preguntas divididas en 10 apartados relacionados con los aspectos relevantes a evaluar, se puede determinar de manera fiable la calidad metodológica de un ensayo clínico en este caso en particular, pero que ofrece posibilidad de determinar la calidad de más tipos de artículos.

Tras el análisis del estudio mediante dicha herramienta, se obtuvo como resultado que los estudios escogidos tienen una calidad considerada entre alta y media. Queda expuesto en las tablas 2, 3, y 4.

Diagrama de flujo

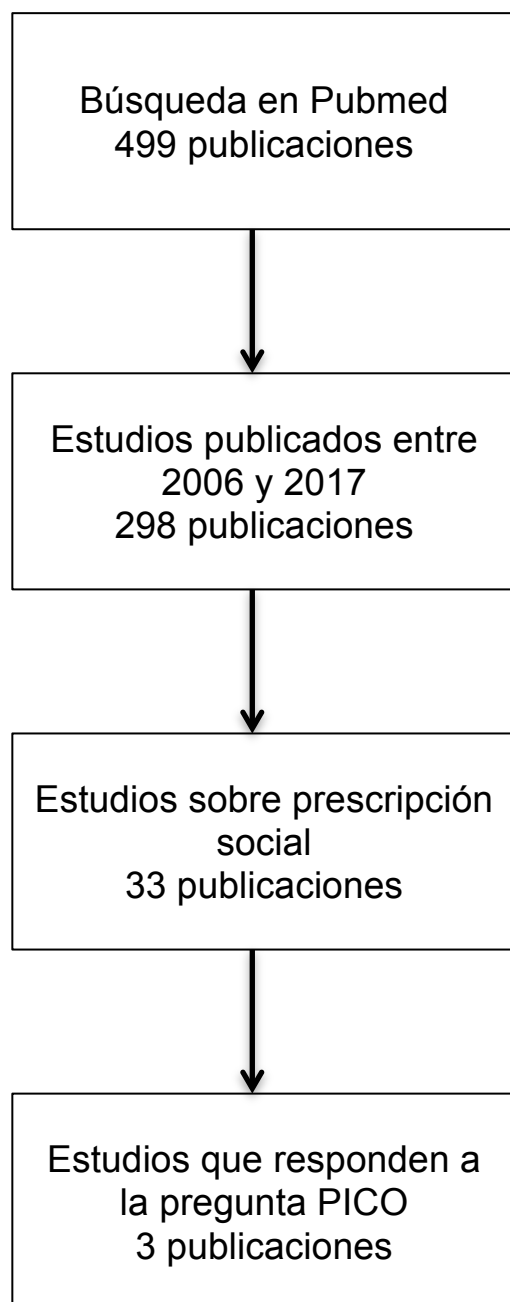


Tabla 2: Diagrama de flujo (elaboración propia)

REFERENCIA	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
Tan K.K, 2016	<b>Objetivo:</b> determinar la factibilidad de un programa de cuidado basado en el modelo de la salutogénesis mediante prescripción social, y dirigido a la calidad de vida, sensación de coherencia, activación y resiliencia entre las personas de la comunidad de la tercera edad.	64 personas pertenecientes a la comunidad de la tercera edad de Singapur.	El grupo de intervención asistió a un programa de mejora y activación de recursos de la comunidad durante 12 semanas. Se comparó con el grupo de control.	La evaluación del proceso se llevó a cabo utilizando grupos de control y grupos de intervención que participaron en el programa.	Al final del programa, el grupo de intervención mostró una mejora significativa en la escala de calidad de vida de la OMS y sensación de coherencia en comparación con el grupo de control.	Un enfoque en el cuidado basado en el modelo salutogénico podría ser una estrategia potencial de promoción de la salud para las personas mayores.	Media.

Tabla 3.A salutogenicprogramtoenhancesense of coherence and quality of lifeforolderpeople in thecommunity: A feasibilityrandomizedcontrolled trial and processevaluation. (41). ([www.lecturacritica.com](http://www.lecturacritica.com)) (elaboración propia).



REFERENCIA	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIÓN	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
González Suárez M, 2014.	<b>Objetivo:</b> El estudio se basa en un caso clínico con el objetivo de analizar, la repercusión de la prescripción social con los recursos sociales de salud de la zona y se acordó que el paciente pudiera asistir a actividades que pudieran mejorar su autocuidado y su calidad de vida. Los resultados se compararían con los distintos tratamientos recibidos hasta la fecha.	Se estudia un caso de un varón de 52 años de edad, paciente usual en una clínica de enfermería de Atención Primaria para un control metabólico de diabetes mellitus tipo 2. La frecuencia de las visitas aumenta debido a las dificultades percibidas por el cambio del tratamiento médico.	Se preparó un plan de acción, dando prioridad a los diagnósticos de enfermería de NANDA-I en relación con el mantenimiento ineficaz de la salud, la impotencia y la interacción social deteriorada. Los objetivos eran mejorar el conocimiento y el control de su enfermedad y participar en actividades de ocio. Para lograrlo, se contactaron con los recursos sociales de salud de la zona y acordaron que el paciente podría asistir a actividades que pudieran mejorar su autocuidado y su calidad de vida.	el caso intervención se estudia a partir de las intervenciones de prescripción social, mientras que el caso control se observa mediante las visitas que ha llevado a cabo el paciente a lo largo de su enfermedad crónica antes del ensayo clínico y los diferentes tratamientos médicos.	Se observó una mejora en su control de la diabetes en las siguientes evaluaciones, con un aumento en su nivel de conocimiento y autocuidado.	La enfermera de atención primaria debe considerar los recursos disponibles de la comunidad mediante un enfoque integral de las enfermedades crónicas para su beneficio terapéutico y la gestión, especialmente en aquellos pacientes con condiciones socioculturales adversas.	Media.

Tabla 5. Community resources prescription for self-care improvement in chronic illnesses. Clinical case management in Primary Health Care. (35) ([www.lecturacritic.com](http://www.lecturacritic.com)) (elaboración propia)



### C. Características de los estudios

Cuando se habla de calidad metodológica en una revisión bibliográfica, se refiere a la calidad de los estudios utilizados en la misma, analizando el diseño de los diferentes artículos seleccionados, además de utilizar una valoración estandarizada que nos dé lugar a una conclusión adecuada. Es importante realizar estas escalas estandarizadas para conocer el nivel de evidencia científica del mismo.

Dentro de los criterios de inclusión que fueron llevados a cabo, buscamos artículos publicados en los últimos 10 años, desde 2006, y que estuvieran disponibles tanto en inglés como en español, aunque en este último no se encontró ninguno.

Los artículos finales elegidos fueron 3 tras un proceso de selección en donde descartaron un total 30 por no tener la misma temática en la que estábamos interesados, pese a haber salido en la búsqueda realizada en PubMed y explicada anteriormente. Los artículos seleccionados tenían como objetivo comparar la efectividad en la mejora de la calidad de vida de los distintos tipos de prescripción social llevados a cabo hasta el día de hoy, en comparación a la prescripción tradicional, mediante una revisión de la literatura bibliográfica.

El primer estudio expuesto en la tabla 3, tenía como objetivo determinar la factibilidad de un programa de cuidado basado en el modelo de la salutogénesis mediante prescripción social, y dirigido a la calidad de vida, sensación de coherencia, activación y resiliencia entre las personas de la comunidad de la tercera edad.

El estudio se realizó con 64 personas pertenecientes a comunidad de la tercera edad de Singapur. El grupo de intervención asistió a un programa de mejora y activación de recursos de la comunidad durante 12 semanas. Se comparó con el grupo de control.

La evaluación del proceso se llevó a cabo utilizando grupos de control y grupos de intervención que participaron en el programa. Al final del programa, el grupo de intervención mostró una mejora significativa en la escala de calidad de vida de la OMS y sensación de coherencia en comparación con el grupo de control.

Concluyendo que un enfoque en el cuidado basado en el modelo salutogénico podría ser una estrategia potencial de promoción de la salud para las personas mayores.

En el siguiente estudio analizado expuesto en la tabla 4, se informa sobre los hallazgos de las entrevistas realizadas con los participantes en un programa "ArtsonPrescription" dos años después de las entrevistas anteriores para evaluar los niveles de "distancia recorrida", en comparación con pacientes que no participaron en la prescripción social.

El estudio se basó en 20 participantes usuarios de servicios de salud mental. 10 de ellos participaron en el programa "Artsonprescription" y el resto fueron el grupo de control.

Este estudio de seguimiento utilizó un método de entrevista cualitativa entre los participantes de un programa de trabajo de "ArtsonPrescription", junto con el grupo control. Cada participante estaba utilizando o había utilizado servicios de salud mental, y había sido entrevistado dos años antes. Las entrevistas fueron grabadas digitalmente, transcritas y analizadas

La evaluación del proceso se llevó a cabo utilizando grupos de control y grupos de intervención que participaron en el programa.

Como resultado se obtuvo que para cada uno de los 10 participantes, una asistencia prolongada de "ArtsonPrescription" había actuado como un catalizador para un cambio positivo. Los participantes reportaron mayor confianza en sí mismos, mejores habilidades sociales y de comunicación, y mayor motivación y aspiración.

Los datos de seguimiento indican que el progreso varió entre los encuestados. Los resultados más visibles se dieron predominantemente en el aumento de confianza y autoestima, aunque estos a su vez reforzaron unos resultados más objetivables, como el logro educativo y el trabajo voluntario

En el último estudio expuesto en la tabla 5, el objetivo de la realización fue analizar, la repercusión de la prescripción social con los recursos sociales de salud de la zona y se acordó que el paciente pudiera asistir a actividades que

podieran mejorar su autocuidado y su calidad de vida. Los resultados se compararían con los distintos tratamientos recibidos hasta la fecha.

Se estudia un caso de un varón de 52 años de edad, paciente usual en una clínica de enfermería de Atención Primaria para un control metabólico de diabetes mellitus tipo 2. La frecuencia de las visitas aumenta debido a las dificultades percibidas por el cambio del tratamiento médico.

Se preparó un plan de acción, dando prioridad a los diagnósticos de enfermería de NANDA-I en relación con el mantenimiento ineficaz de la salud, la impotencia y la interacción social deteriorada. Los objetivos eran mejorar el conocimiento y el control de su enfermedad y participar en actividades de ocio. Para lograrlo, se contactaron con los recursos sociales de salud de la zona y acordaron que el paciente podría asistir a actividades que pudieran mejorar su autocuidado y su calidad de vida.

El caso intervención se estudia a partir de las intervenciones de prescripción social, mientras que el caso control se observa mediante las visitas que ha llevado a cabo el paciente a lo largo de su enfermedad crónica antes del ensayo clínico y los diferentes tratamientos médicos

Se observó una mejora en su control de la diabetes en las siguientes evaluaciones, con un aumento en su nivel de conocimiento y autocuidado

En conclusión, la enfermera de atención primaria debe considerar los recursos disponibles de la comunidad mediante un enfoque integral de las enfermedades crónicas para su beneficio terapéutico y la gestión, especialmente en aquellos pacientes con condiciones socioculturales adversas

## 6. DISCUSIÓN

### A. Limitaciones de la revisión

La mayor limitación de esta revisión bibliográfica ha sido la falta de literatura que se ha encontrado sobre el tema, probablemente porque sea una práctica poco convencional hoy en día. Se realizaron búsquedas en distintas bases de

datos con criterios generales y específicos pero no se encontraron estudios ni ensayos suficientes que determinaran un resultado sensible de generalizar. Además, la mayoría de la información encontrada resultaba de difícil acceso con restricciones de pago, pero aún así se consiguieron los textos completos de los artículos que se han utilizado en el trabajo. En el caso de que la información necesaria constase en el resumen de dichos artículos, se ha podido extraer el contenido directamente de dicho resumen.

Por otra parte, la mayor parte de estudios realizados hasta la fecha se han llevado a cabo en países extranjeros sobre todo en el Reino Unido, por lo que a veces los datos y las conclusiones de dichos estudios no son extrapolables a la comunidad en la que vivimos.

Cabe decir también que se ha identificado una dificultad en la evaluación de algunos aspectos, ya que la efectividad de la prescripción social se puede evaluar en muchos contextos, ya sea teniendo en cuenta costes sanitarios o estados de salud de los pacientes. Sin embargo, a la hora de primar el bienestar, y al ser un factor que no se puede cuantificar, la evaluación se ha basado en experiencias personales y cuestionarios realizados por grupos de personas que han participado en las intervenciones de los estudios.

En cuanto al tiempo de valoración, cabe decir que en muchos estudios se ha manifestado que el modelo salutogénico, la prescripción social y sus repercusiones tanto sociales como sanitarios como económicos, son elementos que se deben evaluar a largo plazo, porque se trata de cambios de estilo de vida.

En definitiva, se destaca el auge de programas piloto que se están llevando a cabo incluso muchos de ellos en Barcelona y en Cataluña, por lo que este sistema está cada vez más integrado en los sistemas de salud de nuestras instituciones.

## B. Implicaciones para la práctica

La principal motivación para este proyecto ha sido el planteamiento de un modelo con multitud de implicaciones para la práctica, empezando por formar a

los profesionales de la atención primaria a analizar los activos de la salud que tienen en sus áreas, hasta educando a una sociedad en su totalidad, para empezar a ver la mejora de la salud como un proceso en el que hay que explotar todo lo que genere bienestar, y no únicamente evitando exponerse a riesgos nocivos. Por lo tanto, se puede decir que es un reto transversal, ya que implica a toda una sociedad, desde profesionales hasta pacientes, pasando por instituciones públicas y privadas.

Esta revisión bibliográfica sirve para concienciar de la utilidad y de los beneficios que ya se han visto en muchos casos que genera el tema de la prescripción social que nos ocupa. Además en estos tiempos de adversidad económica, es una vía más que tenemos para poder prevenir gastos futuros, evitando hospitalizaciones, rehabilitaciones o cuidados paliativos futuros.

Además, es una buena forma de romper con las barreras socioeconómicas que encontramos en nuestras sociedades, ya que al tratarse de activos de la comunidad, también son accesibles para aquellos con menores ingresos o de sectores de la sociedad más periféricos.

Por otra parte, como consecuencia nos encontraríamos con un menor uso de fármacos, lo que implicaría además de un menor gasto público, una menor prevalencia de sobreabuso, lo que evitaría accidentes.

## 7. CONCLUSIONES

Ante los resultados obtenidos de la búsqueda bibliográfica realizada, se evidencia que la prescripción social es una buena forma de explotar los recursos de la comunidad con el fin de beneficiar a aquellos ciudadanos con patologías determinadas, sobretodo a largo plazo, y para los que están afectados por la pobreza social (soledad, relaciones sociales disfuncionales). La falta de recursos económicos también puede ser un indicador para posibles pacientes receptores.

Además, este tipo de prescripción cumple con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de mejorar las fuentes de apoyo no médico, mediante la remisión a la comunidad.

Dentro de la prescripción social, la prescripción del arte, además de fomentar la inclusión social, ha demostrado mejorar el estado psicoemocional mediante reducción del estrés, mejora del estado de ánimo, mejora en el desempeño laboral, reducción del agotamiento, mejora en la relación paciente-profesional, y mejora en el ambiente de trabajo y bienestar. Con todo ello, se convierte en un incentivo para incrementar las expectativas de cumplimiento terapéutico, debido a dicha mejora en la relación paciente-profesional.

Por otra parte, cabe destacar que involucra al tercer sector en la salud pública de la sociedad, lo que previene muchos gastos hospitalarios. Y relacionado con esto, al incluir al tercer sector en los servicios comunitarios y activos para la salud, los beneficios son tanto para el voluntariado como para el receptor. El voluntario obtiene mejoras en las dimensiones del bienestar incluyendo felicidad, autoestima, satisfacción, y contrarrestando la depresión. Por el otro lado, para el receptor la participación social está relacionada con una menor angustia psicológica y tener un sentido de pertenencia a la comunidad.

La prescripción social hace hincapié en un modelo salutogénico basado en activos para la salud bajo la premisa de “mantenerse bien”, dejando de lado el modelo basado únicamente en prevención del riesgo para la salud.

Con ello, tiene en cuenta aspectos culturales de los individuos, debido a que surge de una sociedad globalizada, donde la comunidad es multicultural.

Cuando se trata de personas con ciertas patologías a largo plazo o propensos a tenerlos, el impacto de los programas culturales ha demostrado materializarse en una mejora física, menos visitas a la consulta, una disminución en el uso de fármacos, menor incidencia de caídas y menos problemas de salud en comparación con las personas que no participan en dichos programas. También redujeron riesgos para la salud, tales como el sedentarismo o la soledad.

En la era tecnológica en la que vivimos, no podemos esperar que los profesionales sean la única fuente de información de los pacientes, debido a la multitud de canales virtuales de información existentes. Por lo tanto, los profesionales también han de estar preparados para prescribir aquellas redes

sociales e informáticas con mayor base empírica y evidencia científica que los avale.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Borzaga C, Fazzi L. Civil society, third sector, and healthcare: The case of social cooperatives in Italy. *Social Science & Medicine*.2014; 123: 234-241.
- 2.Stickley T, Eades, M. Arts on prescription: a qualitative outcomes study. *Public Health*. 2013; 127: 727-734.
3. Brandling J, House W. Social prescribing in general practice: adding meaning to medicine. *Br J Gen Pract*. 2009; 59 (563): 554-6.
4. Parkin S. Salutogenesis: Contextualising place and space in the policies and politics of recovery from drug dependence. *International Journal of Drug Policy*.2016; 33: 21-26.
- 5.Morton L, Ferguson M, BatyF.Improving wellbeing and self-efficacy by social prescription. *Public Health*. 2015; 129 (3): 286-9.
- 6.Husk K, Blockley k, Lovell R, Bethel A, Bloomfield D, Warber S, et al. What approaches to social prescribing work, for whom, and in what circumstances? A protocol for a realist review. *Systematic reviews*. 2016; 5 (93): 1-7.
7. Gaz DV, Smith AM. Psychosocial Benefits and Implications of Exercise. *PM&R*. 2012; 4 (11): 812-817.
8. Brandling J, House W. Investigation into the feasibility of a social prescribing service in primary care:a pilot project. University of Bath and Bath and North East Somerset NHS Primary Care Trust. 2007; 1-30.
9. Cohen GD, Perlstein S, Chapline J, Kelly J, Firth KM, Simmens S. The Impact of Professionally Conducted Cultural Programs on the Physical Health, Mental Health, and Social Functioning of Older Adults. *The Gerontologist*. 2006; 46 (6): 726-734.
- 10.Stickley T, Hui A. Social prescribing through arts on prescription in a UK city: Referrers' perspectives (part 2). *Public Health*. 2012; 126: 580-586.

11. Wilson C. Healthcare professionals' perceptions of the value and impact of the arts in healthcare settings: A critical review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*.2016; 56: 90-101.
- 12.Singer Kagawa M, Dressler W, George S. Culture: The missing link in health research. *Social Science & Medicine*.2016; 170: 237-246.
- 13.Langeland E, Riise T, Hanestad B.R, Nortvedt M.W, Kristoffersen K, Wahl A.K. The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems A randomised controlled trial. *Patient EducCouns*. 2006; 62 (2): 212-9.
14. Kaplan M.S, Huguet N, Newsom J.T, McFarland B.H. Characteristics of physically inactive older adults with arthritis: results of a population-based study. *Prev Med*. 2003; 37 (1): 61-7.
15. Liu-Ambrose T.Y, Khan K.M, Eng J.J, Lord S.R, Lentle B, McKay H.A. Both resistance and agility training reduce back pain and improve health-related quality of life in older women with low bone mass. *Osteoporos Int*. 2005; 16 (11): 1321-9.
16. Brown T.R, Kraft G.H. Exercise and rehabilitation for individuals with multiple sclerosis.*Phys Med RehabilClin N Am*. 2005; 16 (2): 513-55.
17. McDermott A.Y, Mernitz H. Exercise and older patients: prescribing guidelines. *AmFam Physician*. 2006; 74 (3): 437-44.
18. Bredahl T.V, Puggaard L, Roessler K.K. Exercise on Prescription. Effect of attendance on participants' psychological factors in a Danish version of Exercise on Prescription: a study protocol. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8: 139.
19. Hurley D.A, O'Donoghue G, Tully M.A, Moffett J.K, et al. A walking programme and a supervised exercise class versus usual physiotherapy for chronic low back pain: a single-blinded randomised controlled trial. (The Supervised Walking In comparison to Fitness Training for Back Pain (SWIFT) Trial). *BMC MusculoskeletDisord*. 2009; 10: 79.
20. Tierney S, Mamas M, Woods S, et al. What strategies are effective for exercise adherence in heart failure? A systematic review of controlled studies. *Heart Fail Rev*. 2012; 17 (1): 107-15.



21. Waller B, Munukka M, Multanen J, et al. Effects of a progressive aquatic resistance exercise program on the biochemical composition and morphology of cartilage in women with mild knee osteoarthritis: protocol for a randomised controlled trial. *BMC MusculoskeletDisord*. 2013; 14: 82.
22. Jayaraman A, Deeny S, Eisenberg Y, Mathur G, Kuiken T. Global position sensing and step activity as outcome measures of community mobility and social interaction for an individual with a transfemoral amputation due to dysvascular disease. *PhysTher*. 2014; 94 (3): 401-10.
23. Paley C.A, Johnson M.I. Physical Activity to Reduce Systemic Inflammation Associated With Chronic Pain and Obesity: A Narrative Review. *Clin J Pain*. 2016; 32 (4): 365-70.
24. Diniz T.A, Neves L.M, Rossi F.E, et al. Weekly time spent in the standing position is independently related to a better quality of life in postmenopausal women. *Eur J ObstetGynecolReprod Biol*. 2016; 199: 150-5.
25. Wieland L.S, Skoetz N, Pilkington K, et al. Yoga treatment for chronic non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 2: 1.
26. Siriwardena A.N, Apekey T, Tilling M, et al. General practitioners' preferences for managing insomnia and opportunities for reducing hypnotic prescribing. *J EvalClinPract*. 2010; 16 (4): 731-7.
27. Batson G. Feasibility of an Intensive Trial of Modern Dance for Adults with Parkinson Disease. *SAGE journal*. 2010; 15 (2): 65-83
28. Leppänen A, Lindgren P, Sundberg C.J, Petzold M, Tomson T. A Cluster-Randomized Controlled Trial Evaluating the Effectiveness and Cost-Effectiveness of Tobacco Cessation on Prescription in Swedish Primary Health Care: A Protocol of the Motivation 2 Quit (M2Q) Study. *JMIR Res Protoc*. 2016; 5 (3): 188.
29. Bjørholt P.G, Nakken K.O, Røhme K, Hansen H. Leisure time habits and physical fitness in adults with epilepsy. *Epilepsia*. 1990; 31 (1): 83-7.
30. Lumpkins C.Y, Mabachi N, Lee J, Pacheco C, Greiner K.A, Geana M. A Prescription for Internet Access: Appealing to Middle-Aged and Older Racial and Ethnic Minorities Through Social Network Sites to Combat Colorectal Cancer. *Health Commun*. 2016; 1-5.

31. Acton G.J, Yauk S, Hopkins B.A, Mayhew P.A. Increasing social communication in persons with dementia. *Res Theory Nurs Pract.* 2007; 21 (1): 32-44.
32. Mesri B, Niles A.N, Pittig A, LeBeau R.T, Haik E, Craske M.G. Public speaking avoidance as a treatment moderator for social anxiety disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2017; 55: 66-72.
33. Vance D.E, Eagerton G, Harnish B, McKie P, Fazeli P.L. Cognitive prescriptions. *J Gerontol Nurs.* 2011; 37 (4): 22-9.
34. Garland E.L, Howard M.O. Mindfulness-oriented recovery enhancement reduces pain attentional bias in chronic pain patients. *Psychother Psychosom.* 2013; 82 (5): 311-8.
35. Pérez-Vico-Díaz de Rada L, González-Suárez M, Duarte-Clímets G, Brito-Brito P.R. Community resources prescription for self-care improvement in chronic illnesses. *Clinical case management in Primary Health Care. Enferm Clin.* 2014; 24 (4): 254-60.
36. Read J, Gibson K, Cartwright C, Shiels C, Dowrick C, Gabbay M. Understanding the non-pharmacological correlates of self-reported efficacy of antidepressants. *Acta Psychiatr Scand.* 2015; 131 (6): 434-45.
37. Watanabe N, Horikoshi M, Yamada M, et al. Adding smartphone-based cognitive-behavior therapy to pharmacotherapy for major depression (FLATT project): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2015; 16: 293.
38. D'Amico D, Grazi L, Bussone G, et al. Are depressive symptomatology, self-efficacy, and perceived social support related to disability and quality of life in patients with chronic migraine associated to medication overuse? Data from a cross-sectional study. *Headache.* 2015; 55 (5): 636-45.
39. Baeta S María F. Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud enfermedad. *Comunidad y Salud [Internet].* 2015 Dic [citado 2017 Abr 23] ; 13 (2): 81-84. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-32932015000200011&lng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932015000200011&lng=es).
40. González González, Norma. (2008). Reforma en salud: entre el modelo biomédico y el carácter social de la salud. Atención a pacientes diabéticos no

insulino dependientes. *Convergencia*, 15(46), 143-168. Recuperado en 23 de abril de 2017, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-14352008000100007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352008000100007&lng=es&tlng=es).

41. Tan K.K, Chan S.W, Wang W, Vehviläinen-Julkunen K. A salutogenic program to enhance sense of coherence and quality of life for older people in the community: A feasibility randomized controlled trial and process evaluation. *Patient Educ Couns*. 2016; 99 (1): 108-16.

## 9. ANEXOS:

Anexo 1: tabla de evidencia de [www.lecturacritica.com](http://www.lecturacritica.com) (elaboración propia)

1

FLG 2.0 Plataforma Web 2.0 para Fichas de Lectura Crítica

Tabla de evidencia

1 Ficha: Ficha de prueba (Pruebas diagnóstica) Tema: principal Exportar a doc 2

REFERENCIA	ESTUDIO	POBLACIÓN	PRUEBA DIAGNÓSTICA PRUEBA DE COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
Cita abreviada: No hay datos	Objetivos: No hay datos  Periodo de realización: No hay datos  Diseño: No hay datos	Número de participantes: No hay datos  Características de los participantes: No hay datos	Prueba diagnóstica: No hay datos  Criterios: No hay datos  Prueba de comparación: No hay datos  Criterios: No hay datos	Sensibilidad de la prueba: No hay datos  Especificidad de la prueba: No hay datos  Valor predictivo positivo: No hay datos  Valor predictivo negativo: No hay datos  Cocientes de probabilidad: No hay datos  Exactitud diagnóstica: No hay datos	Conclusiones: No hay datos	Comentarios: No hay datos	Calidad de la evidencia: No hay datos

1