

INFORME AQUAS

Octubre 2023

Revisió ràpida de la literatura sobre l'impacte de les intervencions per millorar el benestar/salut emocional en la salut mental de la població des d'atenció primària i comunitària

L'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) és una entitat de dret públic adscrita al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya que actua al servei de les polítiques públiques. L'AQuAS té la missió de generar coneixement rellevant mitjançant l'avaluació i l'anàlisi de dades per a la presa de decisions amb la finalitat de contribuir a la millora de la salut de la ciutadania i la sostenibilitat del sistema de salut de Catalunya. L'AQuAS és membre fundador de la International Network of Agencies of Health Technology Assessment (INAHTA) i de la International School on Research Impact Assessment (ISRiA), és membre corporatiu de la Health Technology Assessment International (HTAi), del CIBER d'Epidemiologia i Salut Pública (CIBERESP), de la Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas (REDISSEC), de la Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS) i és Unitat Associada a INGENIO (CSIC-UPV). L'any 2019 AQuAS va ser reconeguda amb la medalla Josep Trueta al mèrit sanitari per part del Govern de la Generalitat de Catalunya.

Es recomana que aquest document sigui citat de la manera següent: Vivanco-Hidalgo RM, Pastells-Peiró R, Díaz-Alvarez E, Enrich Pujol AM, Boada-Valmaseda A. Revisió ràpida de la literatura sobre l'impacte de les intervencions per millorar el benestar/salut emocional en la salut mental de la població des d'atenció primària i comunitària. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2023.

Les persones interessades en aquest document poden adreçar-se a:
Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya.
Roc Boronat, 81-95 (segona planta). 08005 Barcelona
Tel.: 93 551 3888 | Fax: 93 551 7510 | <https://aquas.gencat.cat>

© 2023, Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
Edita: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
Primera edició: Barcelona, octubre 2023
Correcció: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional.
La llicència es pot consultar al web [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Revisió ràpida de la literatura sobre l'impacte de les intervencions per millorar el benestar/salut emocional en la salut mental de la població des d'atenció primària i comunitària

Autoria

Rosa Maria Vivanco Hidalgo: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)

Roland Pastells Peiró: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)

Estela Díaz Alvarez: Gerència de Processos integrats de Salut, Servei Català de la Salut

Anna Maria Enrich Pujol: Divisió de Professionals del SISCAT, Servei Català de la Salut.

Albert Boada Valmaseda: Referent Atenció Primària i Comunitària, Àrea Assistencial, Servei Català de la Salut

Conflicte d'interès

Els autors i les autores declaren no tenir cap conflicte d'interès en relació amb aquest document.

Índex

Introducció.....	5
El benestar/salut emocional i la salut mental	5
El context al Sistema de Salut de Catalunya.....	6
Objectiu	7
Metodologia.....	8
Resultats	9
Resultats de l'objectiu principal: determinar l'evidència sobre l'impacte de les intervencions de benestar emocional adreçats a la població general des de l'àmbit APiC en la salut mental de la població	9
Resultat dels objectius secundaris: descriure rols similars al del/la RBEC segons la literatura i el seu impacte en el benestar emocional.....	16
Resultat dels objectius secundaris: descriure els indicadors/variables de resultat per a avaluar les intervencions/programes per millorar el benestar emocional des de l'àmbit de l'APiC.....	20
Discussió.....	21
Limitacions de la revisió realitzada.....	22
Limitacions de l'evidència aportada	22
Recomanacions.....	23
Per a la implementació	23
Per a la generació d'evidència	23
Conclusions.....	25
Bibliografia	26
Annexos	28
Annex 1. Estratègia de cerca i registres identificats segons font consultada (objectiu 1 i 2).....	28
Estratègia de cerca i registres identificats segons font consultada (objectiu 2)	31
Annex 2. Taules dels estudis seleccionats.....	32
Annex 3. Llistat d'iniciatives/programes relacionades amb benestar emocional.....	49

Introducció

El benestar/salut emocional i la salut mental

La Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix com a benestar emocional un estat de benestar en el qual l'individu realitza les seves pròpies capacitats, pot fer front a les tensions normals de la vida, treballar de manera productiva i fructífera i és capaç de fer una contribució a la comunitat (1). Alhora, també defineix la salut mental com una part integrant de la nostra salut i benestar generals i un dret humà fonamental. La salut mental vol dir ser més capaços de relacionar-nos, desenvolupar-nos, afrontar dificultats i prosperar. La salut mental existeix en un complex procés continu, amb experiències que abasten des d'un estat òptim de benestar fins a estats debilitants de gran patiment i dolor emocional (2).

Al llarg de les nostres vides, es poden combinar múltiples determinants individuals, socials i estructurals per protegir o socavar la nostra salut mental i canviar la nostra posició en el contínuum de la salut mental.

Factors psicològics i biològics individuals, com ara les habilitats emocionals, el consum de substàncies i la genètica, poden fer que les persones siguin més vulnerables als problemes de salut mental. L'exposició als determinants socials com els aspectes socioeconòmics, geopolítics i ambientals desfavorables, com ara la pobresa, la violència, la desigualtat i la privació ambiental, també augmenta el risc de desenvolupar trastorns de salut mental.

Els factors de protecció es produeixen de manera similar al llarg de la nostra vida i serveixen per enfortir la resiliència. Aquests factors inclouen les nostres habilitats i atributs socials i emocionals individuals, així com interaccions socials positives, tenir una educació de qualitat, un treball digne, barris segurs i cohesió comunitària, entre d'altres.

Els riscos per a la salut mental i els factors de protecció es poden trobar a la societat a diferents escales. Les amenaces locals augmenten el risc per a les persones, les famílies i les comunitats. Les amenaces globals augmenten el risc per a poblacions senceres i inclouen recessió econòmica, brots de malalties, emergències humanitàries i desplaçaments forçats i la creixent crisi climàtica.

Cada factor de risc i de protecció només té una força predictiva limitada, ja que la majoria de les persones no desenvolupen una malaltia mental malgrat l'exposició a un factor de risc i moltes persones sense cap factor de risc conegut poden desenvolupar un trastorn mental. No obstant això, els determinants de salut que interaccionen amb la salut mental serveixen per millorar o socavar-ne aquesta.

La naturalesa complexa del benestar presenta reptes per als estudis que pretenen vincular el benestar amb diverses dimensions de la salut (biològic, psicològic i social) perquè els components de la salut i el benestar sovint estan co-determinats i relacionats amb la participació activa d'un mateix/a en la vida social, econòmica i política. Donada la complexitat d'aquesta relació, els governs reconeixen cada cop més la necessitat d'abordar la salut i el benestar com a essencials per prevenir el deteriorament de la salut física, mental i pública (3).

Un dels objectius del Pla d'acció integral sobre salut mental 2013-2030 (revisat el 2021) (4) és que el 80% dels països hagin integrat la salut mental en l'Atenció Primària i Comunitària (APiC) i que entre els serveis de salut mental que poden prestar-se de manera integrada incloguin serveis de promoció, prevenció, tractament i atenció.

El context al Sistema de Salut de Catalunya

La pandèmia causada per la COVID-19 ha tingut una àmplia repercussió en el benestar emocional i la salut mental de la població catalana en totes les franges d'edat.

En aquest context, des del Departament de Salut, amb el suport del Servei Català de la Salut, es va presentar el setembre de 2021 el "Programa de benestar emocional i salut comunitària a l'atenció primària de salut" (5) per a la seva aplicació a tot el territori de Catalunya.

Aquest programa va implicar la incorporació dels referents de benestar emocional comunitari (RBEC) en els equips d'atenció primària (EAP) per poder treballar conjuntament l'abordatge del malestar emocional i els factors de risc de problemes de salut mental.

Els RBEC desenvolupen tasques de promoció i prevenció de la salut emocional en els centres d'atenció primària (CAP) i a la comunitat. La seva feina, a més, té per objectiu facilitar la detecció dels factors de risc psicosocials o situacions que puguin portar a un patiment mental, sobretot entre aquells col·lectius de la població que més ho necessiten, i també reforcen la coordinació i el treball conjunt amb els centres de salut mental i els recursos de la comunitat.

En aquest sentit, el programa de benestar emocional i salut comunitària a l'APiC pretén esdevenir una eina eficaç per situar i enllaçar totes les actuacions de promoció del benestar emocional, prevenció i detecció de situacions de risc de signes d'alerta de patiment mental.

Per tal de donar suport a la presa de decisions per part de la gerència de professionals del Servei Català de Salut, es realitza el present informe amb l'objectiu d'analitzar l'evidència científica respecte les intervencions per millorar el benestar emocional des d'APiC i analitzar rols similars al RBEC que es descriu a la literatura.

Objectiu

L'objectiu del present informe és determinar l'evidència sobre l'impacte de les intervencions de benestar emocional adreçats a la població general des de l'àmbit APiC en la salut mental de la població.

Com a objectius secundaris, s'ha proposat descriure rols similars al del/la RBEC, l'evidència d'aquests en la millora del benestar emocional en els pacients segons la literatura i els indicadors/variables de resultat que es mesuren en aquestes intervencions (destacant els de programes adreçats a millorar el benestar emocional des de l'APiC).

Metodologia

Per donar resposta a l'objectiu 1, s'ha realitzat una revisió sistemàtica ràpida de la literatura científica amb els següents criteris d'inclusió: intervencions des de l'APiC per promoure benestar emocional per millorar la salut mental adreçats a la població general, amb un agent específic. S'han prioritzat les revisions sistemàtiques (RS) i els estudis amb comparador i s'han inclòs també estudis qualitius si donaven resposta a aspectes relacionats amb la intervenció. S'han exclòs estudis on les intervencions no tenen en compte l'àmbit de l'APiC, així com editorials o articles d'opinió en què es parla d'experiències personals.

Degut al gran volum de literatura i heterogeneïtat, l'actual revisió s'ha centrat en intervencions per la població general i els següents col·lectius vulnerables: infants/adolescents, migrants o minories ètniques i gent gran. Entre les variables de resultat, s'han valorat les descripcions del tipus de programa/intervencions (fent especial esment a si es tractaven d'intervencions individuals o grupals), els relacionats amb la població on aquest tipus d'intervencions tenen més impacte, l'efecte d'aquest programes/intervencions en la freqüentació a consultes mèdiques, si l'efecte perdurava en el temps i si hi havia descrit una reducció dels consum de benzodiazepines o altres fàrmacs utilitzats per trastorns/episodis psicoafectius i altres esmentats als estudis rellevants per l'objectiu plantejat.

L'estratègia de cerca es pot consultar a l'annex 1.

Per a la selecció dels estudis, s'ha fet un cribratge per títol i resum en una primera fase i posteriorment a text complet, per un únic revisor.

Per a l'avaluació dels estudis seleccionats, s'ha extret la informació d'interès de forma tabulada, s'ha fet una lectura crítica i una síntesi narrativa dels resultats.

Pels objectius secundaris, s'ha extret la informació relativa al rol del/la agent específic encarregat de dur a terme la intervenció (si fos el cas). En determinats casos s'ha fet una cerca addicional al web del programa per disposar d'informació actualitzada. En el cas de trobar un rol similar al RBEC, s'ha fet una revisió de revisions sobre l'impacte d'aquest rol, consultant en una única base de dades (Epistemonikos).

Pels indicadors/variables de resultat dels programes, s'ha extret la informació dels articles de la revisió.

Resultats

La cerca va retornar un total de 1704 articles únics, obtenint 99 articles després del primer cribratge per títol i resum i 12 articles, després de la lectura a títol complet, i que formen part de la revisió que dona resposta a l'objectiu principal.

Pel primer objectiu secundari, arrel de la presentació preliminar dels resultats a l'equip peticionari i compartir els resultats sobre figures similars al RBEC, es va fer una cerca específica sobre la figura "Social prescribing coordinators" or "Link Worker Social prescribing" en una única base de dades (Epistemonikos) amb l'objectiu de fer una revisió de revisions (veure Annex 1, apartat Estratègia de cerca i registres identificats segons font consultada (objectiu 2)). D'aquesta cerca, es van obtenir 15 articles i es van seleccionar 4 (sense fer estudi de solapament d'estudis primaris inclosos ja que es responien a diferents preguntes d'investigació).

Pel segon objectiu secundari, es van obtenir els indicadors/variables de resultats dels programes/intervencions seleccionats a les cerques fetes.

Resultats de l'objectiu principal: determinar l'evidència sobre l'impacte de les intervencions de benestar emocional adreçats a la població general des de l'àmbit APiC en la salut mental de la població

A continuació es presenta la síntesi dels 12 estudis seleccionats. A la taula 1 i a la taula 2 de la secció Annex 2 es poden trobar la breu descripció, el resultats i les limitacions per a cada estudi.

L'estudi de Goossen et al. (6) analitzava una intervenció terapèutica compartida amb especialistes de salut mental dins d'un programa estatal fet en l'àmbit de l'APiC i impartit per 5 terapeutes a temps complet. El perfil d'aquests **terapeutes** anava des de psicòlegs/ues clínics, treballadors/es socials, i experts/es en teràpia de parella o familiar que tinguessin experiència en l'àmbit de la salut mental i en treballar en entorns socials i amb individus complexos i se'ls hi feia una formació en teràpies cognitivo-conductuals. L'equip d'atenció primària referia a aquests terapeutes els pacients que consideraven que complien criteris: inicialment, els/les metges d'atenció primària detectaven a les visites habituals les preocupacions/malestar dels pacients que podien ser susceptibles de ser valorades per aquests terapeutes i potencialment es podien beneficiar d'una intervenció psicosocial de curta durada i hi passaven un test (Threshold assessment Grid, TAG). Si la puntuació del tests era ≥ 5 , es derivava al terapeuta, que iniciava la intervenció: completava una avaluació psicosocial, treballava amb el pacient en desenvolupar objectius individuals, i segons les necessitats, iniciava intervencions com la teràpia cognitiva conductual (TCC) (aïllada, complementària a altres intervencions o altres tipus d'intervencions-no especificades a l'article-), fins i tot incloent en algunes ocasions la participació de familiars. Posteriorment, el/la terapeuta i la resta de l'equip d'atenció primària feien reunions per comentar la progressió dels pacients. Per avaluar si els símptomes milloraven, es feien servir dues eines

autoadministrades (SF-12v2 i PHQ-16) abans i després de la intervenció. En aquest estudi hi van participar 102 persones (76.5% dones) amb una mitjana d'edat de 41 anys, i el 50% ja estaven prenent alguna tractament antidepressiu. Malgrat que la durada de la intervenció no s'especificava a l'estudi, aquelles persones que van fer més de 5 sessions es van incloure en l'anàlisi final. Com a resultats d'aquesta intervenció, la majoria dels terapeutes van fer servir TCC, 6 participants van assistir també a teràpia grupal i 19 pacients van necessitar la derivació a un/a psiquiatra. Tots els participants, i sobretot aquells que presentaven valors patològics dels test a nivell basal, van mostrar una milloria després de la intervenció: la sensació de benestar dels participants, inclosa la seva percepció de la seva salut general i els sentiments de calma i pau, va millorar significativament, així com el funcionament, inclòs el funcionament social, que es va començar a normalitzar en associació amb una millora de la salut mental. Aquest estudi, però, no va poder determinar quina era la millor teràpia, quantes sessions eren necessàries per assolir la millora ni si aquesta es mantenia durant el temps, ni tampoc si van modificar la medicació.

L'estudi de Lovell et al. (7) descriu una intervenció de benestar "culturalment sensible" amb elements individuals, grupals i de servei d'orientació en l'entorn d'APiC, i va provar la seva viabilitat i acceptabilitat per a pacients de minories ètniques i persones grans en un assaig exploratori aleatori més un estudi qualitatiu en 57 pacients en 4 localitats desfavorides d'Anglaterra. La intervenció consistia en un programa que tenia dues fases. En la primera fase es determinava el contingut i la forma de proveïment a aquests dos grups i un paquet de formació per als treballadors de salut mental per oferir de manera efectiva la intervenció. En una segona fase, es posava a prova el protocol d'intervenció estimant els paràmetres clau per a un assaig definitiu, que incloïen: taxes de derivació i reclutament, captació i proveïment de la intervenció, resultats en pacients que reben la intervenció en comparació amb els de l'atenció habitual i acceptabilitat de la intervenció des de les perspectives de l'usuari i del proveïdor. El programa incloïa els següents principis: intervencions psicossocials basades en l'evidència, treballar amb models explicatius i desestigmatitzadors pels pacients, enfocats tant en qüestions psicològiques com socials, amb l'objectiu de millorar la depressió i l'ansietat i disminuir l'aïllament social. Perquè les intervencions fossin acceptables i culturalment sensibles, es van elaborar grups focals amb usuaris, membres de la comunitat i proveïdors d'APiC. D'aquests grups focals van concloure que les intervencions havien d'anomenar-se de "benestar emocional" en comptes de "salut mental", oferir una selecció d'intervencions tant individuals com grupals, oferir visites domiciliàries a les persones grans, permetre l'autoreferència al proveïdor, que la intervenció estigués orientada socialment i capacitar les persones amb habilitats i eines que puguin utilitzar en la seva vida diària. La intervenció de benestar es va centrar en estratègies de TCC breus destinades a disminuir l'ansietat i la depressió i l'aïllament social, i prèviament s'incorporava una entrevista centrada en el pacient on es compartien els problemes, i es proposaven conjuntament objectius i plans de benestar. La intervenció i l'entrevista va ser realitzada per facilitadors del benestar. El pla de benestar especificava els canvis sanitaris o socials desitjats en funció d'objectius autoidentificats. Un cop identificats els objectius, el participant podia triar fins a tres maneres d'obtenir suport per aconseguir-los: sessions individuals amb el seu facilitador de benestar (TCC durant 16 setmanes); sessions grupals amb altres participants (10 setmanes); o serveis d'orientació disponibles als serveis públics o voluntaris apropiats a la seva localitat. La funció del **facilitador del benestar** era implicar, donar suport, assessorar i fer un seguiment actiu dels participants. Això incloïa l'enllaç amb professionals sanitaris i d'atenció

social que estaven, o havien d'estar, implicats en l'atenció del participant, inclòs el/la metge de família del participant. Quan es considerava que la prescripció de medicaments antidepressius o ansiolítics era necessària, el facilitador del benestar fomentaria l'ús de medicaments concordants amb les directrius, en col·laboració amb el/la metge de família. Els facilitadors del benestar eren treballadors de l'àmbit de la salut mental, tant del sistema nacional de salut, com del sector voluntari (professionals del benestar psicològic, assessors, terapeutes TCC o treballadors sanitaris amb una qualificació d'assessorament) que van rebre formació sobre el programa. El reclutament es va fer majoritàriament en l'àmbit de l'APiC i hi participaven aquells pacients que després de passar els PHQ-9 o GAD-7 puntuaven ≥ 10 punts i s'aleatoritzaven a rebre la intervenció o el tractament habitual. Els resultats es mesuraven fent servir escales d'estrès psicològic (CORE-OM) i depressió (PHQ-9), o de funcionament diari (WSAS), qualitat de vida (EQ5D) i d'ansietat (GAD-7). Després del període d'estudi es va observar com aquells que havien rebut la intervenció presentaven una milloria respecte els que seguien el tractament habitual, tant en el grup de minories ètniques com de gent gran, malgrat que la magnitud de l'efecte era petita (degut probablement a la mida de la mostra). Com l'objectiu primari era la factibilitat i l'acceptabilitat de l'estudi, l'estudi qualitatiu va aportar resultats en quant a implicació, localització de la teràpia, promoció de l'accés, idoneïtat i contingut i durada. Les investigadores van concloure que els facilitadors havien de contactar en reiterades ocasions als participants per implicar-los en la teràpia, que aquesta s'havia d'adequar a les necessitats i particularitats dels col·lectius (anar a casa de la gent gran amb dificultats de mobilitat, per exemple) i arribar als grups tenint en compte les particularitats culturals. Sobre l'acceptabilitat, l'aspecte més positiu va ser proposar objectius i metes de forma consensuada. Sobre la durada, després de les 10 setmanes de mitjana de seguiment, els participants van considerar que era massa curta.

Els estudis de Lyssenko i Müller (2014, 2016, 2019) (8-10) avaluaven una intervenció per promoure la salut mental a Alemanya basada en *mindfulness* (7 mòduls d'1.5 hores amb exercicis entre mòduls) en 1813 persones (80% eren dones entre 40 i 60 anys). El programa va ser testat primer de forma qualitativa segons el contingut i posteriorment es va testar la factibilitat i acceptabilitat. Posteriorment el programa es va publicitar a través del correu, presentacions públiques, tríptics i anuncis per ràdio (evitant el terme salut mental). Els cursos s'impartien en els centres d'APiC i eren donats per **empleats de les assegurances** amb formació diversa (formació en esports i nutrició) i amb experiència en portar a terme programes de grups de prevenció. Els usuaris rebien una formació de 3 dies per part dels formadors, tenien accés al material online i posteriorment anaven un dia a una sessió grupal. L'objectiu dels estudis era avaluar en una primera fase, avaluar el compliment i la satisfacció del curs i en una segona fase, l'impacte de la intervenció en l'estrès emocional, satisfacció vital, resiliència i costos fent servir eines com el HADS (ansietat i depressió), l'escala de resiliència RS-11 i l'escala de satisfacció vital SWLS. A nivell basal, el 60% dels participants ja presentaven símptomes lleus-moderats d'ansietat/depressió segons les escales utilitzades (però sense tenir clarament un diagnòstic previ). Després de la intervenció, entre el 61 i el 80% dels usuaris es mostraven satisfets amb el curs, el recomanarien i consideraven que havia tingut un efecte positiu en la seva salut mental i en enriquir les seves vides. El 83% va completar el curs i el 97% feien exercicis almenys una vegada a la setmana, però només el 70% continuava fent exercicis un cop acabat el curs (menys en el cas dels homes). En quant a l'impacte en la salut mental, es va trobar una millora clínicament significativa en els

síntomes d'ansietat i depressió (sobretot en aquells que pitjor puntuaven a nivell basal) , però no en altres aspectes. En l'estudi de cost-efectivitat i costos, l'anàlisi fet des de la perspectiva de la societat i del sistema de salut mostrava que aquesta intervenció era cost-efectiva (sobretot en aquells amb símptomes moderats) respecte al tractament habitual.

La RS de Fernández et al. (11) es centrava en estudis que descrivissin les efectes de les intervencions per millorar la salut mental des de l'APIC en persones sense cap diagnòstic. Dels 5633 articles inicialment identificats, finalment només van incloure 3. La primera va ser una intervenció que se centrava en el programa de salut estatunidenc PRECEDE on **infermeres** feien visites a domicili on educaven els pacients en el maneig de les seves malalties cròniques i els hi passaven el test SF-36. Després del seguiment (22 mesos), no van trobar milloria. El segon estudi era un programa que entrenava a l'equip mèdic en intervencions de salut mental com TCC, motivació i compromís familiar per pares i mares. Després de passar un test de salut general (GHQ) i un específic per mesurar l'estrès parental (PSI) i van observar que aquells pares i mares que havien estat visitats per un equip mèdic entrenat milloraven el seu estat de salut, però amb un efecte de la mida molt petit. El tercer estudi avaluava l'impacte del programa Webster-Stratton Parents and Children on durant 10 sessions setmanals una infermera anava als domicilis per educar als pares i mares en la interacció amb el seu infant. També es feien servir les eines GHQ i PSI, però al cap de 6 mesos, no van trobar millores.

L'estudi d'Oppenheim et al. (12) avaluava l'impacte del projecte LAUNCH (*Linking actions for unmet needs in children's health*). Els resultats que es pretenien aconseguir en aquest projecte se centraven en resultats de salut i socials en la població infantil (incloses les reduccions dels problemes de comportament i l'augment de les habilitats socials i cognitives), resultats en les famílies (reducció de l'estrès i la depressió dels pares i mares), resultats del proveïdor (major coneixement sobre el desenvolupament social/emocional), i els resultats a nivell comunitari (millora de la coordinació i la col·laboració entre els sistemes d'atenció a la infància). Aquest article se centrava en les lliçons apreses d'una de les 5 estratègies bàsiques: integració de la salut conductual i del comportament dels infants a l'APIC, analitzant a través d'un estudi qualitatiu les experiències d'una mostra (18 centres de 55), descrivint 10 elements comuns d'enfocaments d'integració i explorant alguns dels reptes de la promoció de la salut i la prevenció de problemes socials, emocionals i de comportament a nivell de la població infantil. El primer element destacat era el fet que aquest programa disposava de la figura del **navegador familiar** (*family navigator or partner*, algú que ha criat fills/es amb comportaments difícils i/o en entorns amb factors de risc de problemes socials/emocionals" i "que té formació sobre com ajudar les famílies a accedir als recursos i serveis comunitaris"). Els navegadors combinaven elements de suport entre iguals amb gestió de casos i coordinació assistencial. El segon era el fet de fer formació creuada ((a) ajudar el personal d'APIC a estar format per promoure la salut social i emocional i abordar problemes de salut conductual i (b) ajudar el personal integrat (per exemple, consultors de salut mental i navegadors familiars) a comprendre la cultura i els processos de la pràctica d'APIC i aprendre sobre problemes de salut física comuns en entorns pediàtrics. El tercer i quart era que des de pediatria s'integrés el cribratge de qüestions de desenvolupament i conducta i la promoció i el benestar emocional dins de la visita a l'infant sa. El cinquè element era el fet de disposar d'un consultor de salut mental a la pràctica pediàtrica diària i així poder presentar ràpidament a les famílies que ho necessitaven aquest suport. Això permetia el tercer element, una ràpida avaluació no només de l'infant, sinó de la

família, per a poder començar una breu intervenció consensuada. El sisè element era el fet de fer intervencions educacionals i de suport grupals a pares i mares. El setè i vuitè elements eren el fet de disposar d'un sistema de coordinació i un de comunicació entre els diferents membres que integraven l'equip, el que els permetia a més compartir informació de les famílies. Encara que no es disposaven de resultats, el novè element a destacar era el cost-benefici del projecte, ja que en les entrevistes, un *site* va explicar que havien calculat que per cada dòlar invertit havien obtingut un retorn de 8,54 en estalvis de sistema de salut i social. El desè element era el fet que cada *site* tenia el propòsit d'autoavaluar-se per determinar l'efectivitat pel sistema, pels proveïdors, les famílies i els infants, malgrat que la metodologia per obtenir l'evidència era molt heterogènia i era un aspecte a millorar.

L'estudi de Moffat et al. (13) és un estudi qualitatiu on es descriuen les experiències de pacients amb malalties cròniques als quals es remet a un **treballador/a d'enllaç** (*Link worker*) i participen en un programa de prescripció social i identifica l'impacte del programa en la salut i el benestar d'aquesta població en una zona de baix nivell socioeconòmic al Regne Unit. La definició del programa es basa en la de la xarxa d'Irlanda i Regne Unit (permetre als professionals sanitaris derivar pacients a un treballador d'enllaç, dissenyar conjuntament una prescripció social no clínica per millorar la seva salut i el seu benestar i utilitzar els serveis prestats pel sector voluntari i comunitari). Aquest programa el proporciona un proveïdor extern i l'equip d'APiC deriva els pacients a aquest servei, que el proveeixen treballadors d'enllaç (persones formades en mètodes de canvi de comportament, independentment de la seva formació acadèmica prèvia) i ofereix un servei holístic i personalitzat. Aquest servei consisteix en (1) una avaluació individual, entrevistes motivacionals i planificació d'accions, (2) completar una avaluació inicial de la situació amb avaluacions posteriors cada 6 mesos, durant el temps d'implicació del pacient; (3) ajudar a accedir als serveis comunitaris (per exemple, assessorament sobre drets de benestar, grups de caminar, classes d'activitat física, grups d'art, educació contínua); (4) promoció d'oportunitats de voluntariat, i; (5) promoció de la millora de l'autocura i del canvi de comportament sostingut relacionat amb opcions de vida més saludables. Així, el programa està molt individualitzat amb la implicació del pacient que varia en termes d'intensitat, durada, establiment d'objectius personalitzats i derivació posterior. Els pacients poden romandre amb el programa fins a 2 anys, però si s'arriba a un acord, pot anar més enllà. La freqüència de contacte amb el treballador d'enllaç s'acorda de mutu acord, varia entre i en els pacients segons la necessitat i les circumstàncies actuals, i pot ser cara a cara, per telèfon, correu electrònic i/o missatge de text. Els resultats que van obtenir a través d'entrevistes semiestructurades a 30 adults van ser descriure com el programa va generar sentiments de control i autoconfiança, va reduir l'aïllament social i va provocar canvis físics i de comportament positius, la millora de la salut mental, així com una major resiliència i estratègies d'afrontament efectives per gestionar les recaigudes.

L'estudi de Hassan et al. (14) també era un estudi qualitatiu que explorava a través de grups focals quins eren els elements clau que contribuïen en l'efectivitat d'un programa de prescripció social (Life Rooms model, que forma part del sistema nacional de salut) en millorar la salut mental de la població. D'aquest estudi es destaca el context socioeconòmic en què aquest programa es va desplegar (àrea amb un nivell socioeconòmic baix). El programa consistia en diferents circuits segons les necessitats mostrades pel pacient/usuari: oferia oportunitats d'aprenentatge a través de cursos gratuïts que cobrien una varietat de temes com el benestar, la comprensió i la gestió del malestar mental, factors socials

relacionats amb el malestar mental i altres ofertes socials i creatives. Una altra part clau del model era el servei d'assessorament de quins eren els circuits que havia de seguir el pacient, oferint suport en la prescripció social mitjançant una visita diària individual amb un assessor amb experiència en temes d'habitatge, deute i ocupació. Al costat d'aquest assessor de circuits i d'acord amb el principi de coproducció, l'usuari podia co-crear la seva pròpia prescripció (incloent el suport al benestar). També hi havia disponible un suport de voluntariat laboral i empresarial. El personal d'aquest programa era heterogeni: personal que havia rebut formació especialitzada en salut mental, tutors entre iguals (*peer tutors*) amb experiència en diferents àrees com ansietat, *mindfulness*, etc.), facilitadors amb experiència en salut mental, religiosos i/o voluntaris amb experiència en angoixa mental. El pacient podia ser referit des d'APiC o bé anar directament. Com a resultats, els elements clau que van destacar els participants van ser 1) el sentiment de pertinença social, 2) que fos accessible i tingués vàries propostes, 3) el fet de permetre la inclusió social i connexió amb la comunitat, i 4) poder avançar en l'autodesenvolupament i la independència com a factors perquè un programa tingués èxit.

L'estudi de Pescheny et al. (15) també descrivia l'efecte d'un programa de prescripció social (*Luton social prescribing programme*) en el benestar emocional a través d'un estudi quasiexperimental en una localitat anglesa de baix nivell socioeconòmic. En aquest programa, els pacients es presentaven a la consulta d'APiC amb necessitats que es consideraven no mèdiques, sinó psicosocials que eren identificades per l'equip mèdic i es referia al prescriptor social; el **treballador d'enllaç** (*Link worker*) contactava el pacient i feia una primera avaluació i treballaven conjuntament en com millorar les seves necessitats psicosocials; el treballador d'enllaç ofería diversos serveis de suport (tercer sector) al pacient; aquest feia les activitats i finalment es feia una reavaluació conjunta després de les diferents sessions que havien preacordat (acostumaven a ser unes 12). De forma rutinària els treballadors d'enllaç recollien informació a la visita inicial que incloïa el test *Warwick-Edinburgh mental well-being* (WEMWBS). La majoria de participants en l'estudi van ser dones i persones desempleades amb una mitjana de 50 anys i sense malalties psiquiàtriques diagnosticades. Després de passar pel programa, es tornava a repetir el test. Els resultats mostren que hi va haver-hi una millora en la puntuació final d'aquest test, però els clínics no ho van considerar clínicament rellevant.

L'estudi de Cooper et al. (16) era una revisió sistemàtica sobre l'efectivitat i els elements clau de les prescripcions socials en la millora de la salut mental i el benestar emocional al Regne Unit. Aquesta revisió es basava en estudis primaris que complien els següents criteris: intervencions de prescripció social (qualsevol via de derivació, amb o sense un treballador d'enllaç basat en qualsevol entorn), que incloguessin adults de ≥ 18 anys i que informessin sobre els resultats de salut mental o benestar. Es van incloure 17 estudis que descrivien 13 intervencions. La majoria eren estudis quaiexperimentals pre-post, el circuit de referència més habitual era aquell que vinculava un treballador/a d'enllaç; la mitjana d'edat dels participants era de 43 a 77 anys i la majoria de participants eren dones. Els problemes de derivació més freqüents eren símptomes d'angoixa/ansietat o depressius, solitud no volguda/aïllament social i malestar emocional. Tots els estudis descrivien una avaluació basal per part del treballador/a d'enllaç i la mitjana de pèrdues de seguiment era del 38%. Sobre els resultats, el 94% mostraven millores estadísticament significatives en salut mental, benestar emocional, salut global i qualitat de vida respecte l'avaluació basal i durant el seguiment. L'escala que més s'havia fet servir era la de WEMWBS). Només dos

estudis van descriure resultats sobre ús de serveis de salut i medicació prescrita, mostrant-ne una probable reducció (eren estudis qualitius adreçats a professionals d'APiC). En aquesta RS també es descrivien aspectes rellevants sobre la "fidelitat" als programes, com per exemple, monitorar i millorar la formació als treballadors/es d'enllaç, de les intervencions i de les habilitats i comprensió de les intervencions per part dels pacients/usuaris; el ser intervencions centrades en el pacient on aquest intervenia activament en el disseny de la intervenció i en la selecció de les iniciatives; el ser intervencions basades en l'evidència; fer ús de tècniques pel canvi conductual, sent la més freqüent la de suport social.

Finalment, l'estudi de Blignault et al. (17) descriu la implementació i l'avaluació d'un programa de *mindfulness* en l'àmbit APiC adreçat a minories ètniques a Austràlia amb l'objectiu de millorar el benestar emocional. El programa es basava en un programa estatal amb una aproximació pas a pas en funció de la situació de la població diana i activitats especificades adreçades en funció si era una població sense cap antecedent i no vulnerable (mesures de promoció i prevenció a través d'informació dirigida al públic general i que poden ser autoadministrades), grups en risc (intervencions primerenques a través de d'intervencions basades en evidència i de baix cost, inclosa la tecnologia de salut digital), grups amb símptomes lleus (el mateix que abans però afegint serveis de psicologia en aquells que ho requereixin), grups amb símptomes moderats (el mateix que abans però potenciant l'atenció presencial a través d'APiC i serveis de psiquiatria) i finalment, els grups amb malalties mentals greus (el mateix que abans però potenciant la acció coordinada i integral entre serveis). Per aquest estudi adreçat a minories ètniques i nous nadius es va dissenyar un programa presencial i online de 4 setmanes, sent la primera una sessió grupal per explicar la intervenció i els objectius. En la primera entrevista a més es passava un test (K10) per detectar aquelles persones amb símptomes que es consideressin greus i així derivar directament als especialistes de salut mental. Els equips estaven conformats per professionals de salut mental formats/des en *mindfulness* i treballadors/es comunitaris. Per l'avaluació del programa, els professionals van optar per mètodes mixtes: al final de la intervenció es van passar uns qüestionaris on es preguntava sobre els efectes del programa en el benestar emocional i la seva experiència en fer-ho. Finalment, es demanava si s'havia compartit el coneixement amb altres membres de la seva comunitat i es passava novament el test de símptomes de salut mental K10. L'adherència variava entre el 73 i el 94% en funció de l'ètnia i els motius per no assistir majoritàriament eren per problemes familiars, de feina o tecnològics (sessions online). Després de la intervenció, tots/es els participants van mostrar millora en el test K10, sobretot en aquells que basalment havien mostrat tenir símptomes lleus o moderats. Tothom va explicar que l'experiència va ser positiva i entre un 85-97%, que l'efecte en el seu benestar va ser molt bo. Aproximadament un 9% dels participants ja estaven rebent atenció professional en salut mental i després de la intervenció va augmentar aproximadament un 10%. El 93% dels participants van comentar que havien fet transferència del coneixement adquirit durant les sessions als seu cercle social i familiar.

En resum, els estudis seleccionats eren de països com Regne Unit, EUA, Austràlia, Canadà i Alemanya. Les intervencions descrites per promoure el benestar emocional/salut mental anaven des de les adreçades a nivell individual, grupals, com orientades a activitats a la comunitat. També hi havia força heterogeneïtat en el tipus de intervenció (des de *mindfulness* a teràpia cognitiu-conductual, entre d'altres, fins a derivacions a activitats de la comunitat), durada (setmanes, mesos), seguiment (intervenció avaluada puntualment,

seguiment a l'any), derivacions (des de la comunitat a atenció primària, des d'atenció primària inicialment, directament) i professionals que impartien aquestes intervencions (professionals vinculats a la salut mental, personal amb formació ad-hoc, infermeria especialitzada). La majoria dels estudis estaven realitzats en àrees de baix nivell socioeconòmic o en poblacions considerades vulnerables. La majoria dels estudis no tenien comparador.

En aquests estudis seleccionats, les variables de resultat se centraven en l'individu (millora del benestar) i no es van mesurar variables de resultats adreçades a l'ús de recursos del sistema sanitari. Les variables de resulta relacionades amb el benestar emocional feien servir escales validades abans i després de la intervenció i la majoria dels estudis descrivien una millora de la puntuació d'aquestes escales, sobretot en persones amb simptomatologia basal (malgrat no estar diagnosticats prèviament), però en alguns casos no es consideraven clínicament rellevants. Un únic estudi va fer l'avaluació econòmica de la intervenció (en aquest cas, un programa de *mindfulness* en població adulta), sent cost-efectiva en aquesta població.

Alguns d'aquests estudis també van mesurar l'acceptabilitat, l'adherència, la satisfacció, i la transferibilitat dels programes, amb resultats diversos, sent la majoria estudis que demostraven la factibilitat d'aquests programes, destacant punts clau perquè les intervencions fossin exitoses (determinar la població diana, ja que la majoria d'aquests estudis anaven dirigits a poblacions vulnerables en àrees amb baix nivell socioeconòmic, que el recurs fos accessible i amb variabilitat de propostes, poder co-crear la intervenció, tenir una visió holística, i assentar fites realistes per poder avançar en l'autodesenvolupament i la independència).

Com la majoria d'aquestes intervencions es troben en programes, es consideren intervencions complexes, pel que, pels resultats mostrats, no es pot concloure quina de les parts de la intervenció és la que major impacte beneficiós té en els resultats de salut (per exemple, la majoria de programes combinaven intervencions individuals amb grupals, presencials vs online, segons les necessitats o adequació per la situació de cada pacient/usuari, pel que no es pot destriar si una o altra son més efectives comparativament).

Resultat dels objectius secundaris: descriure rols similars al del/la RBEC segons la literatura i el seu impacte en el benestar emocional

De la revisió dels articles, es va extreure la informació relativa a les figures que impartien aquestes intervencions i es va comprovar la seva vigència a través del cercador web. La taula 3 de l'Annex 2 descriu les característiques.

De la revisió de la literatura es pot concloure que en aquest tipus de programes/intervencions per millorar el benestar emocional, els/les professionals que els imparteixen tenen perfils diversos, prioritzant la formació ad-hoc i les habilitats individuals per atendre-les.

Es descriuen des de perfils relacionats amb la formació en infermeria, psicologia, però també professionals que tenen formació en l'àmbit de la salut de forma més genèrica i el que

tenen en comú és la formació específica per atendre i poder posar en marxa la intervenció per millorar la salut mental/benestar emocional a més de disposar d'habilitats personals com per exemple l'escolta activa, l'empatia i tècniques de resiliència entre d'altres.

També hi participen perfils que s'anomenen parells o pròxims (*peer o navigator*), que són persones que han passat per situacions similars a les que descriu el pacient, formen part de l'equip d'APiC de forma voluntària, i ajuden a través de les seves habilitats i aprenentatges a millorar la salut mental/ benestar emocional i a connectar amb la comunitat.

Després de presentar els resultats preliminars a l'equip peticionari, es va acordar que el rol més similar al RBEC era el de *Social prescribing coordinators* (també anomenats *Link Workers* o treballadors/es d'enllaç) en algunes de les seves funcions, pel que es va fer una revisió de revisions sobre el seu rol i les seves tasques en millorar el benestar emocional dels pacients.

Resultats sobre el rol del treballador/a d'enllaç en la salut mental/benestar emocional

La prescripció social es descriu habitualment com un mecanisme que vincula els usuaris d'APiC amb el suport de la comunitat local més enllà dels aspectes clínics. El *link worker* o treballador/a d'enllaç es defineix com la persona que connecta les persones amb activitats i serveis de la comunitat local que poden ajudar a millorar la seva salut i benestar.

En els darrers anys, aquesta figura ha tingut especial rellevància com a part dels diferents programes de prescripció social que han anat augmentant al Sistema Nacional de Salut del Regne Unit amb l'objectiu de disminuir la càrrega assistencial dels equips d'APiC, considerant que al voltant d'una quarta part de les consultes a l'APiC eren degudes a problemes emocionals o psicosocials (15), reduir els efectes dels determinants socials de la salut i evitar la medicalització dels problemes socials.

Per aquest motiu, el Departament de Salut i Atenció Social del Regne Unit va donar suport el 2019 a la introducció de la prescripció social per a persones amb problemes de salut crònics, problemes de salut mental i necessitats socials complexes en formes de programes des de l'APiC (18). Altres països com Canadà, Austràlia, Dinamarca, Països Baixos i Noruega també han incorporat la prescripció social com a via potencial per millorar la salut pública i prevenir crisis sanitàries.

Les diferents vies/circuits/processos que s'han definit són:

1. l'inici a partir d'una derivació als treballadors d'enllaç per part de l'equip assistencial d'APiC, o mitjançant una autoderivació per part del pacient. Després d'una avaluació de les necessitats, el treballador d'enllaç fa directament la intervenció o deriva el pacient a un servei adequat;
2. també es poden fer derivacions des de farmàcies, equips assistencials multidisciplinaris, equips d'alta hospitalària, altres professionals sanitaris, bombers, policia, centres de treball, serveis d'atenció social, associacions d'habitatge i organitzacions de voluntariat, i altres empreses del tercer sector (15, 16, 19).

A la taula 4 de l'Annex 2 es mostren els resultats de les 4 revisions seleccionades i a continuació es descriuen les revisions.

La revisió de Rempel et al. (20) descrivia quins eren els objectius i les mesures a tenir en compte dels programes de prescripció social que hi havia al Regne Unit, com a pas previ a tenir en compte quan es vol fer l'avaluació d'aquest tipus de programes. Van incloure 41 estudis, molt heterogenis. La majoria dels estudis tenien més d'un objectiu que es dividien en individuals y del sistema. El recull d'indicadors proposats es mostra en la següent secció de Resultats de l'objectiu 2.

La revisió de Percival et al. (21) descrivia les intervencions que s'havien fet en gent gran i els seus efectes en l'àmbit de l'APiC. Van incloure 7 estudis (6 quasiexperimentals pre-post) realitzats al Regne Unit i van analitzar els resultats en benestar (objectiu individual) i de l'ús de recursos (objectiu sistema de salut) a més d'obtenir evidència sobre la implementació del programa. La síntesi de l'evidència va mostra que la població atesa era gent gran (mitjana d'edat 76 anys, 80% dones), amb malalties cròniques (inclosa la demència en alguns casos), amb deteriorament sensorial i que patien en alguns casos d'aïllament social; el personal que referia al programa de prescripció social eren en la seva majoria professionals d'APiC, però també especialistes d'altres àrees, psiquiatres, salut pública i equips de treball social; la provisió comunitària era molt variada i anava des d'activitats de *mindfulness*, jardineria, exercicis per prevenir caigudes, clubs socials, Tai Chi, espais per fer noves amistats, visites a museus, entre d'altres que ho bé es feien de manera individual o de manera grupal; entre els resultats en salut es mesurava també el benestar emocional i en els resultats de sistema, les visites a APiC, el número de prescripcions i els costos sanitaris. Aproximadament un 20% dels participants van mostrar una millora en la salut general i un augment de les connexions socials i millor confiança en si mateixos. Sobre l'ús de recursos del sistema sanitari, els resultats van ser heterogenis, mostrant en 3 casos un augment i en 1 cas un descens de visites a APiC. Va haver-hi un estudi que va mostrar que la prescripció social va donar lloc a un retorn social de la inversió de 5,07 £ de valor social generat per cada £ 1 invertit. Sobre la implementació, els autors de la revisió van explicar que els estudis inclosos descrivien poc aspectes de com es van dur a terme els programes, que va haver-hi un retard entre la primera visita i la intervenció (no es descriu quantitativament) i que els participants relataven problemes de transport als llocs de les activitats, el que podia condicionar l'adherència a aquests programes (entre un 10 i un 60% de casos en que els pacients no seguien el programa).

La revisió de Thomas et al. (22) avaluava l'evidència en desenvolupar intervencions de prescripció social en les que s'aplicava una aproximació a través de la co-producció i el co-disseny per millorar els resultats en benestar en un àmbit d'APiC. Van incloure 8 estudis qualitius. Els participants anaven des de pacients amb malalties cròniques, persones en risc de depressió, però també s'inclouïen els professionals d'APiC i els membres de l'equip de prescripció social. Totes les intervencions que es van incloure mostraven una millora del benestar emocional en els pacients atesos. Malgrat que les intervencions i els programes podien variar en contingut, totes elles estaven co-creades o co-dissenyades entre el/la treballador/a d'enllaç i el pacient/usuari per respondre a les seves necessitats i que aquesta aproximació millorava l'adherència al programa. Els autors de la revisió conclouïen que perquè la co-creació i el co-disseny fossin efectius, havien de tenir-se en compte 4 aspectes: 1) el re-alineament, ja que havia d'haver-hi un canvi cultural i de poder, ja que aquells casos on van fallar es va deure en part al desig d'alguns responsables de dominar els límits de la

relació, mentre que d'altres no van entendre les normes i els valors d'altres organitzacions de la comunitat; també va fracassar quan no es van establir relacions d'igualtat, ja que prevalia un sentit de jerarquia (els professionals de la salut es van seguir sentint més competents i creien que les organitzacions de voluntaris i comunitaris no podien atendre adequadament les necessitats dels seus pacients i que el sentit de "preferència professional" cap als professionals de la salut també es va mantenir a causa de les expectatives dels pacients); la manca de relacions d'igualtat va impedir l'enfocament holístic de l'aportació de resultats positius de benestar en alguns casos; 2) la sostenibilitat, ja que per mantenir aquests programes havien de garantir que cada agent se sentís involucrat en cada fase per proveir els serveis del programa i que hi hagués una bona comunicació (compartició de recursos d'informació); 3) l'avaluació, ja que per tal de continuar amb aquest tipus de programes cal evidència per assegurar que des d' APiC es continuï prescrivint; 4) els recursos, no només econòmics per dotar el programa sinó de temps per part dels professionals per establir relacions de confiança.

La revisió de Vidovic et al. (3) avaluava l'impacte de la prescripció social per abordar la solitud, l'aïllament social, el benestar i la connexió, així com altres conceptes relacionats. Els 51 estudis seleccionats incloïen 41.641 participants i la majoria eren estudis pre-post que feien servir diferents escales per a valorar aquests resultats psicosocials, però també hi havia estudis qualitius. Tots aquests estudis oferien informació sobre resultats a nivell individual i no grupal. La gran majoria d'aquests estudis mostraven una millora estadísticament significativa després de la intervenció, però només en 5 estudis van poder determinar que la causa era el programa de prescripció social pel tipus de disseny d'estudi. Vint-i-dos dels estudis van aportar informació sobre l'impacte d'aquests programes en el sistema sanitari. D'aquests, 8 estudis van mostrar una reducció del número de visites a atenció primària (autoreportada); 9, una reducció en el número de visites a urgències, i en 7 estudis, una reducció del número d'ingressos hospitalaris. Sobre l'ús de recursos de salut mental, només es van trobar 2 estudis amb resultats contradictoris.

La revisió sistemàtica d'Al-Khudairy et al. (23) aportava també evidència sobre què és el que es requeria per avaluar l'impacte de la prescripció social per treballadors d'enllaç en els pacients. Es va sintetitzar l'evidència de 27 estudis. La revisió també incloïa un estudi primari qualitatiu fet a 25 pacients amb un seguiment de 6 mesos, en el que es descrivien resultats sobre el tipus de serveis que es proveïen, destacant que els programes cobreixen diversos àmbits, com ara l'aïllament social, l'habitatge. En la revisió van trobar que hi havia una heterogeneïtat important en el disseny i la prestació de serveis entre els diferents centres i que el tercer sector jugava un paper important en la prestació de serveis (malgrat no disposar d'un mapeig i mostrar un coneixement per part del treballador/a d'enllaç heterogeni). També van trobar que els treballadors/es d'enllaç tenien formacions diverses (i la formació donada específicament diferia segons àrea) i que això podia afectar els serveis. A més, es van reportar grans variacions en els tipus de serveis i en el compromís amb les xarxes d'APiC. Respecte el rol, aquest portava aproximadament 2 anys en funcionament, malgrat que altres formes de prescripció social havien estat operatives durant més temps, i el nivell de rotació era molt elevat, el que podia donar lloc a un pitjor servei.

En resum, els programes de prescripció social on hi ha treballadors d'enllaç mostren una millora del benestar emocional. Aquest tipus de programes en la seva majoria consten d'una derivació per part de l'equip d'APiC d'aquells pacients susceptibles de rebre una intervenció per millorar el seu benestar emocional (amb altres aspectes psicosocials, ja que en

determinats casos ho consideren indestriable) al treballador/a d'enllaç. Aquest treballador d'enllaç realitza en tots els casos una valoració prèvia i una entrevista amb el pacient/usuari. Aquells casos en els que millora l'adherència i el compliment de les activitats a realitzar en la comunitat són els que s'han fet a través de la co-creació i el co-disseny, al ser intervencions centrades en les necessitats del pacient/usuari i pot variar d'individu en individu. Les activitats comunitàries a realitzar són molt variades i poden ser individuals o grupals. Els beneficis es poden trobar a nivell individual o del sistema de salut, malgrat que en aquest útil l'evidència és heterogènia i a vegades contradictòria en quant el consum de recursos. Tots els estudis apunten a que aquest tipus de programes s'han d'avaluar.

Resultat dels objectius secundaris: descriure els indicadors/variables de resultat per a avaluar les intervencions/programes per millorar el benestar emocional des de l'àmbit de l'APiC

De la revisió dels articles, per donar resposta aquest objectiu, s'ha considerat com a documents referents la revisió d'abastament de Rempel et al. (2017) (20) i la revisió sistemàtica de Chatterjee et al (2017) (19). Primer, es descriuen els objectius als diferents nivells que pretenen assolir aquest tipus de programes. S'ha tingut en compte no només el benestar emocional, ja que en els darrers anys, la visió dels programes ha anat cap a una visió holística.

A nivell individual es tenen en compte objectius de benestar emocional/salut mental, benestar físic, i benestar social. A nivell del sistema sanitari, es tenen en compte objectius per optimitzar l'ús dels serveis sanitaris i el cost. La taula 5 de l'Annex 2 els mostra en funció del nivell.

A la taula 6 de l'Annex 2 es recullen els indicadors que s'han descrit en les revisions que es tenien en compte de cara a l'avaluació dels programes, la majoria d'ells enfocats al sistema sanitari. No s'ha trobat informació sobre la descripció d'aquests indicadors ni fórmula pel càlcul específicament, malgrat que la majoria corresponen a indicadors d'ús freqüent en l'avaluació de diferents programes en el sistema sanitari i no s'han trobat aquells adreçats a les intervencions pròpies del treballador d'enllaç, com per exemple relacionats amb intervencions individuals o grupals, però que estarien en el marc de l'adherència a les activitats.

A la taula 7 de l'Annex 2 es descriuen les eines que s'han fet servir en diferents programes per mesurar l'impacte individual de les intervencions de benestar emocional, a les quals s'ha d'afegir diferents aproximacions metodològiques qualitatives com entrevistes semiestructurades o descripció dels casos, grups focals amb pacients, familiars i equip.

A l'annex 3 es descriu un llistat d'iniciatives/programes internacionals relacionats amb el benestar emocional que s'han trobat al llarg de la revisió de la literatura.

Discussió

La revisió sistemàtica realitzada aporta evidència sobre l'efectivitat de les intervencions per millorar el benestar emocional en la població des de l'àmbit de l'APiC. Els articles seleccionats mostren que aquestes intervencions podrien tenir resultats positius en la millora del benestar, efecte mesurat a través de diferents escales/eines sobre salut mental/benestar (i altres aspectes relacionats). Aquest efecte es demostra sobretot en persones que inicialment ja presentaven una afectació (síntomes lleus d'angoixa o depressió). Degut a l'heterogeneïtat en el tipus d'intervencions, la freqüència i la diversitat d'eines emprades, no es pot arribar a la conclusió de definir el tipus d'intervenció més adequada.

Els estudis qualitius aporten evidència sobre aspectes a tenir en compte de cara al disseny i la implementació d'aquest tipus de programes, sent l'acceptabilitat i adaptació cultural els principals. La majoria d'aquests estudis s'han realitzat en regions amb nivells socioeconòmics baixos, pel que l'efecte esperat d'aquest tipus d'intervenció seria major en aquest tipus d'àrees. Aquesta d'informació és rellevant a l'hora de determinar la població diana (població en risc/població vulnerable) d'aquest tipus d'intervencions.

D'altra banda, la figura descrita a la literatura que més s'assimila al RBEC seria el treballador/a d'enllaç (*link worker*) dins d'un programa de prescripció social, malgrat que el RBEC tindria altres funcions associades, que no han estat motiu de la revisió actual. La revisió de revisions feta mostra els efectes positius d'aquest tipus de programa i rol per connectar les persones amb activitats i serveis de la comunitat local que poden ajudar a millorar la seva salut i benestar, a través d'intervencions co-creades i co-dissenyades entre pacients i treballador/a d'enllaç. Els resultats descrits en els estudis dels programes de prescripció social amb un/a treballador/a d'enllaç mostren per part dels pacients i del sistema (19) que aquest tipus de programes podrien a) augmentar l'autoestima i la confiança, el sentit de control i l'empoderament; b) millorar en el benestar psicològic o mental, i l'estat d'ànim positiu; c) reduir els símptomes d'ansietat o depressió i estat d'ànim negatiu; d) millorar la salut física i l'estil de vida; e) reduir les visites a l'APiC o atenció especialitzada; f) proveir a l'equip d'APiC d'una sèrie d'opcions per complementar l'atenció mèdica per a un enfocament més holístic; g) augmentar la sociabilitat, les habilitats comunicatives i les connexions socials; h) reduir l'aïllament social i la solitud; i) millorar en la motivació i el sentit de la vida que proporcionen esperança i optimisme; i j) adquirir aprenentatges, nous interessos i habilitats. D'altra banda, els estudis qualitius realitzats mostren la necessitat d'un canvi cultural on intervé un nou rol amb una perspectiva holística, pel que es necessari establir vincles de confiança amb el pacient i també amb l'equip assistencial.

Tots els estudis revisats consideren que és necessari una avaluació adequada d'aquest tipus de programes i el rol associat, degut a l'evidència de baixa qualitat i la necessitat de donar resposta a altres aspectes de la intervenció (adherència, impacte a llarg termini, retorn social de la inversió, entre d'altres). Per aquesta avaluació, se suggereix establir diferents nivells (individual i de sistema) amb objectius corresponents, però no es disposa d'indicadors estandarditzats específics.

Limitacions de la revisió realitzada

El terme benestar emocional és un terme complex en la seva definició ja que a la literatura es poden trobar diferents descripcions. Malgrat fer servir diferents termes en la seva cerca (veure Annex 1), s'han pogut deixar de banda articles que hagin descrit intervencions relacionades, però fent servir altra terminologia. A més, s'ha reduït l'abast a l'àmbit d'interès, APiC, per tant s'han exclòs aquells estudis en què la intervenció es realitzava en altres àmbits, malgrat que la intervenció hagi estat dirigida a millorar el benestar emocional.

Limitacions de l'evidència aportada

La majoria dels estudis aporten evidència basant-se en estudis pilots, el que dificulta l'avaluació dels resultats com a programa completament implementat en el sistema de salut. A més, la majoria d'ells presentaven dissenys poc robustos (sense grup control, durada curta), tenien una mida mostral petita i un biaix de selecció (participació voluntària en l'estudi malgrat ser usuari del programa). En aquest sentit, es va veure que la majoria de participants eren dones de més de 50 anys. Sobre el programa, es descriuen pocs detalls sobre la implementació i el nivell d'adherència (seguiment), fet que podria condicionar l'efecte.

Recomanacions

A continuació, es fan recomanacions basades en els resultats de la cerca de la literatura. Aquestes recomanacions podrien considerar-se com a punt de partida per a la discussió amb un panel d'experts on es considerin diferents perfils professionals dels programes i on s'aporti la perspectiva de pacients/ciutadania.

Per a la implementació

Els resultats dels estudis de factibilitat i acceptabilitat han mostrat evidència rellevant a l'hora de tenir en compte l'èxit d'aquest tipus de programes, ja que un dels factors principals és el context econòmic social de l'àrea de referència.

Sobre els programes, han de definir-se correctament les vies d'accés i derivació, a més del correcte mapeig de les activitats i intervencions disponibles.

Sobre les intervencions, aquestes han de ser culturalment acceptades i adaptades a la població diana, han d'estar correctament documentades (protocols clars) i basades en la millor evidència científica disponible. S'han d'establir mecanismes de co-producció i co-disseny per a desenvolupar intervencions centrades en la persona.

Sobre els perfils que proveeixen aquestes serveis (per exemple, treballador/a d'enllaç o RBEC, en el cas de Catalunya), el seu rol i les seves funcions han d'estar clares tant per l'equip assistencial com per la població diana, la seva formació i les eines de que disposin han de ser homogènies a tot el territori i treballar en la confiança i respecte cap a les necessitats del pacient, a més de l'establiment d'una relació de confiança entre l'equip d'atenció assistencial i el/la treballador/a d'enllaç i fer servir la co-creació i el co-disseny de les intervencions i els objectius a assolir.

Per a la generació d'evidència

La majoria d'estudis, com s'ha comentat, presenten limitacions que dificulten la presa de decisions al presentar incertesa sobre l'efectivitat i l'impacte d'aquest tipus d'intervencions.

A més de recomanar estandarditzar els resultats d'interès, indicadors i la recollida de dades, la revisió de Al-Khudairy et al. (23) ofereix una sèrie de recomanacions per donar resposta als buits de coneixement:

Models d'avaluació de l'efectivitat

1. Avaluació basada en dades d'assistència sanitària actuals i recollides rutinàriament (dades del món real). Això requerirà:

- a. determinar un conjunt de mesures genèriques (no específiques de la condició) de processos i resultats rellevants, incloses les disponibles a partir de dades nacionals/regionals d'atenció sanitària recopilades de manera rutinària;
 - b. entendre i descriure la multiplicitat de vies/circuits que segueixen els pacients que reben intervencions dels treballadors/es d'enllaç per entendre què s'està avaluant;
 - c. desenvolupament de models d'avaluació que permetin un seguiment a llarg termini, incloure l'heterogeneïtat dels models de proveïment i tinguin en compte els diferents confusors de l'efecte.
2. Estudis que incloguin mètodes mixts per capturar millor la complexitat de les intervencions a través de la comprensió de les configuracions context-mecanisme-resultat en entorns comparatius.
 3. Estudis experimentals (per exemple, assaig pragmàtic aleatoritzat per clúster) centrats en la figura del treballador/a d'enllaç per se més que en condicions individuals.

Models d'avaluació de l'eficiència/avaluació econòmica

1. Ús de dades de costos i resultats disponibles habitualment, com en l'avaluació de l'efectivitat 1.
2. Ús de les dades de costos i resultats disponibles de manera rutinària quan sigui possible i complementant-les amb la recollida de dades ad hoc.
3. Adjuntar una avaluació de costos a un assaig pragmàtic aleatoritzat per clúster que implica la recollida de dades ad hoc com a part del disseny, com en el model d'avaluació de l'efectivitat 3.

A més, des de la perspectiva de Sistema/Societat, s'ha d'afegir l'avaluació econòmica tenint en compte una aproximació de l'anàlisi del retorn social de la inversió (SROI, en les seves sigles en anglès). Actualment, hi ha una revisió sistemàtica en marxa (24).

Conclusions

Les intervencions per millorar el benestar emocional des de l'APiC son heterogènies i poden arribar a tenir un impacte positiu en l'individu, malgrat que l'evidència de la seva efectivitat es redueix a estudis amb mostres petites i de disseny poc robust.

Les persones que més poden beneficiar-se son aquelles que ja parteixen d'un estat basal amb simptomatologia lleu-moderada i aquells col·lectius que es poden considerar de risc pel context socioeconòmic en el que es troben.

Sobre el tipus de programes/intervencions, l'evidència existent indica que la figura del/la treballador/a d'enllaç seria el rol més similar al RBEC al nostre entorn, al compartir algunes de les funcions. Aquesta figura connecta les persones amb necessitats amb activitats i serveis de la comunitat local que poden ajudar a millorar la seva salut i benestar, des d'una aproximació holística on intervenen la co-creació i el co-disseny d'intervencions i fites a assolir amb el pacient, dins del concepte de prescripció social.

La prescripció social és una intervenció centrada en la persona i és un concepte en desenvolupament, amb una àmplia variació en els enfocaments i els models de proveïment, que té per objectiu millorar el benestar de l'individu més enllà de les intervencions clíniques. La variació d'enfocaments i models de proveïment dificulta disposar d'evidència robusta sobre les intervencions, a més de no disposar dels resultats d'estudis i de fer activitats que no s'etiqueten com a intervencions de prescripció social per millora el benestar emocional dels pacients. Malgrat aquestes limitacions, aquests programes/intervencions poden millorar el benestar emocional i físic de les persones, a més de reduir els determinants socioeconòmics de la comunitat i reduir la càrrega clínica assistencial en l'entorn d'APiC.

Les recomanacions en la implementació d'aquest tipus de programes van dirigides a tenir en compte el context socioeconòmic i cultural de la zona a més de la bona definició dels circuits de derivació, rols i activitats per promoure i millorar el benestar emocional (i físic, des d'una perspectiva holística).

Es recomana continuar generant evidència per a poder avaluar l'impacte d'aquest tipus d'intervencions.

Bibliografia

1. World Health O. Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report / a report from the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Geneva: World Health Organization; 2004. 67 p.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2022. 13 p.
3. Vidovic D, Reinhardt GY, Hammerton C. Can social prescribing foster individual and community well-being? A systematic review of the evidence. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(10).
4. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2022. 34 p.
5. Departament de Salut. Programa de benestar emocional i salut comunitària a l'atenció primària de salut i comunitària [Internet]. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2021 [consultat el 10/10/2023]. Disponible a: <https://salutweb.gencat.cat/ca/departament/ambits-estrategics/atencio-primaria-comunitaria/projectes/programa-benestar-emocional-salut-comunitaria/>.
6. Goossen RB, Staley JD, Pearson ML. Does the introduction of shared care therapists in primary health care impact clients' mental health symptoms and functioning? *Canadian Journal of Community Mental Health*. 2008;27(2):37-46.
7. Lovell K, Lamb J, Gask L, Bower P, Waheed W, Chew-Graham C, et al. Development and evaluation of culturally sensitive psychosocial interventions for under-served people in primary care. *BMC Psychiatry*. 2014;14:217.
8. Lyssenko L, Muller G, Kleindienst N, Schmahl C, Berger M, Eifert G, et al. Life Balance - a mindfulness-based mental health promotion program: conceptualization, implementation, compliance and user satisfaction in a field setting. *BMC Public Health*. 2015;15:740.
9. Lyssenko L, Muller G, Kleindienst N, Schmahl C, Berger M, Eifert G, et al. Effectiveness of a mindfulness-based mental health promotion program provided by health coaches: A controlled multisite field trial. *Psychother Psychosom*. 2016;85(6):375-7.
10. Muller G, Pfinder M, Schmahl C, Bohus M, Lyssenko L. Cost-effectiveness of a mindfulness-based mental health promotion program: economic evaluation of a nonrandomized controlled trial with propensity score matching. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1309.
11. Fernandez A, Moreno-Peral P, Zabaleta-del-Olmo E, Bellon JA, Aranda-Regules JM, Luciano JV, et al. Is there a case for mental health promotion in the primary care setting? A systematic review. *Prev Med*. 2015;76 Suppl:S5-11.
12. Oppenheim J, Stewart W, Zoubak E, Donato I, Huang L, Hudock W. Launching forward: The integration of behavioral health in primary care as a key strategy for promoting young child wellness. *Am J Orthopsychiatry*. 2016;86(2):124-31.

13. Moffatt S, Steer M, Lawson S, Penn L, O'Brien N. Link Worker social prescribing to improve health and well-being for people with long-term conditions: qualitative study of service user perceptions. *BMJ Open*. 2017;7(7):e015203.
14. Hassan SM, Giebel C, Morasae EK, Rotheram C, Mathieson V, Ward D, et al. Social prescribing for people with mental health needs living in disadvantaged communities: the Life Rooms model. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):19.
15. Pescheny JV, Gunn LH, Pappas Y, Randhawa G. The impact of the Luton social prescribing programme on mental well-being: a quantitative before-and-after study. *J Public Health (Oxf)*. 2021;43(1):e69-e76.
16. Cooper M, Avery L, Scott J, Ashley K, Jordan C, Errington L, et al. Effectiveness and active ingredients of social prescribing interventions targeting mental health: a systematic review. *BMJ Open*. 2022;12(7):e060214.
17. Blignault I, Saab H, Woodland L, Giourgas K, Baddah H. Promoting mental health and wellbeing in multicultural Australia: A collaborative regional approach. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(5).
18. NHS England. Social prescribing [Internet]. London: NHS England; [consultat el 10/10/2023]. Disponible a: <https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/>.
19. Chatterjee H, Polley MJ, Clayton G. Social prescribing: community-based referral in public health. *Perspect Public Health*. 2018;138(1):18-9.
20. Rempel ES, Wilson EN, Durrant H, Barnett J. Preparing the prescription: a review of the aim and measurement of social referral programmes. *BMJ Open*. 2017;7(10):e017734.
21. Percival A, Newton C, Mulligan K, Petrella RJ, Ashe MC. Systematic review of social prescribing and older adults: where to from here? *Fam Med Community Health*. 2022;10(Suppl 1).
22. Thomas G, Lynch M, Spencer LH. A systematic review to examine the evidence in developing social prescribing interventions that apply a co-productive, co-designed approach to improve well-being outcomes in a community setting. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(8).
23. Al-Khudairy L, Ayorinde A, Ghosh I, Grove A, Harlock J, Meehan E, et al. Evidence and methods required to evaluate the impact for patients who use social prescribing: a rapid systematic review and qualitative interviews. National Institute for Health and Care Research, Southampton (UK); 2022.
24. Hopkins G, Winrow E, Davies C, Seddon D. Beyond social prescribing-The use of social return on investment (SROI) analysis in integrated health and social care interventions in England and Wales: A protocol for a systematic review. *PLoS One*. 2023;18(2):e0277386.

Annexos

Annex 1. Estratègia de cerca i registres identificats segons font consultada (objectiu 1 i 2)

Cerca definitiva a diferents bases de dades bibliogràfiques

Bases de Dades	Resultats
Ovid (Medline)	510
EMBASE	894
Cochrane	179
Scopus	460
WoS	197
Epistemonikos	136
CINAHL	320

Registres recuperats: 2696

Registres únics: 1704

Medline (OVID)

Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations and Daily

Resultats: 510

#	Cerca	Resultats
1	Emotions/	79703
2	Mental Health/	55418
3	(emotion* or "mental health" or psycholog*).ti.	187527
4	1 or 2 or 3	259519
5	(wellbeing or well-being or "well being").ab,ti.	123264
6	(emotion* and health).ab,ti.	62172
7	5 or 6	174525
8	exp Primary Health Care/	185366
9	Community Health Services/	32882
10	(((primary or community) adj3 (healthcare or "health care" or health-care)) or "community service*").ab,ti.	49009
11	8 or 9 or 10	244856
12	Health Promotion/	79985

#	Cerca	Resultats
13	Preventive Health Services/	14360
14	(program* or intervention* or unit or units or model or multidisciplinary or approach).ab,ti.	6111193
15	12 or 13 or 14	6157573
16	4 and 7 and 11 and 15	518
17	limit 16 to (english or spanish)	510

Embase

Resultats: 894

#	Cerca	Resultats
#1	'emotion'/de OR 'mental health'/de	300708
#2	emotion*:ti OR 'mental health':ti OR psychologic*:ti	220331
#3	#1 OR #2	453451
#4	wellbeing:ab,ti OR 'well being':ab,ti	154851
#5	emotion*:ab,ti AND health:ab,ti	87491
#6	#4 OR #5	227176
#7	'primary health care'/exp OR 'community care'/de OR 'community mental health'/exp	257394
#8	((primary OR community) NEAR/3 (healthcare OR 'health care' OR 'health care')):ab,ti OR 'community service*':ab,ti	60723
#9	#7 OR #8	285595
#10	'health promotion'/exp OR 'health promotion model'/exp OR 'preventive health service'/de	139791
#11	program*:ab,ti OR intervention*:ab,ti OR unit:ab,ti OR units:ab,ti OR model:ab,ti OR multidisciplinary:ab,ti OR approach:ab,ti	7912253
#12	#10 OR #11	7988715
#13	#3 AND #6 AND #9 AND #12	1235
#14	#13 NOT ('conference abstract'/it OR 'conference review'/it OR 'editorial'/it OR 'erratum'/it OR 'letter'/it OR 'note'/it) AND ([english]/lim OR [spanish]/lim)	894

Cochrane

Resultats: 179

#	Cerca	Resultats
#1	MeSH descriptor: [Emotions] explode all trees	29855
#2	MeSH descriptor: [Mental Health] explode all trees	1963
#3	(emotion* or "mental health" or psychologic*):ti	16615
#4	#1 or #2 or #3	44114
#5	(wellbeing or "well-being" or "well being" or (emotion* and health)):ti,ab,kw	31000
#6	MeSH descriptor: [Primary Health Care] explode all trees	8443

#	Cerca	Resultats
#7	MeSH descriptor: [Community Health Services] this term only	1095
#8	((primary or community) NEAR/3 (healthcare or "health care" or "health-care")) or (community NEXT service*):ti,ab,kw	9679
#9	#6 or #7 or #8	14232
#10	MeSH descriptor: [Health Promotion] this term only	6329
#11	MeSH descriptor: [Preventive Health Services] this term only	533
#12	(program* or intervention* or unit or units or model or multidisciplinary or approach):ti,ab,kw	702348
#13	#10 or #11 or #12	702825
#14	#4 and #5 and #9 and #13	179

Scopus

Resultats: 460

TITLE(emotion* OR "mental health" OR psychologic*) AND TITLE-ABS-KEY(((wellbeing OR well-being OR "well being" OR (emotion* AND Health)) AND (((primary OR community) W/3 (healthcare OR "health care" OR health-care)) OR "community service*")) AND (program* OR intervention* OR unit OR units OR model OR multidisciplinary OR approach)) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE,"English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE,"Spanish"))

Web of Science

Resultats: 197

#	Cerca	Resultats
1	(TI=(emotion* OR "mental health" OR psychologic)) AND TS=(wellbeing OR well-being OR "well being" OR (emotion* AND Health))	29796
2	TS=(((primary OR community) NEAR/3 (healthcare OR "health care" OR health-care)) OR "community service*"))	61160
3	TS=(program* OR intervention* OR unit OR units OR model OR multidisciplinary OR approach)	1822512
4	#3 AND #2 AND #1	197

Epistemonikos

Resultats: 136

title:((emotion* OR "mental health" OR psychologic*)) AND (title:((wellbeing OR well-being OR "well being" OR (emotion* AND Health))) OR abstract:((wellbeing OR well-being OR "well being" OR (emotion* AND Health)))) AND (title:(((primary OR community) AND (healthcare OR "health care" OR health-care)) OR "community service*")) OR abstract:(((primary OR community) AND (healthcare OR "health care" OR health-care)) OR "community service*")) AND (title:((program* OR intervention* OR unit OR units OR model OR multidisciplinary OR approach)) OR abstract:((program* OR intervention* OR unit OR units OR model OR multidisciplinary OR approach)))

CINAHL

Resultats: 320

#	Cerca	Resultats
S1	TI (emotion* OR "mental health" OR psychologic*)	108,597
S2	TI ((wellbeing OR well-being OR "well being" OR (emotion* AND Health))) OR AB ((wellbeing OR well-being OR "well being" OR (emotion* AND Health)))	104,671
S3	TI ((((primary OR community) AND (healthcare OR "health care" OR health-care)) OR "community service*")) OR AB ((((primary OR community) AND (healthcare OR "health care" OR health-care)) OR "community service*"))	97,153
S4	TI ((program* OR intervention* OR unit OR units OR model OR multidisciplinary OR approach)) OR AB ((program* OR intervention* OR unit OR units OR model OR multidisciplinary OR approach))	1,713,121
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	320

Estratègia de cerca i registres identificats segons font consultada (objectiu 2)

Cerca definitiva a Epistemonikos

Resultats de revisions sistemàtiques o broad synthesis

Resultats: 15

(title:(social prescribing AND well-being) OR abstract:(social prescribing AND well-being))

Annex 2. Taules dels estudis seleccionats

Taula 1. Descripció dels estudis seleccionats per donar resposta a l'objectiu 1 (determinar l'evidència sobre l'impacte de les intervencions de benestar emocional adreçats a la població general des de l'àmbit APiC en la salut mental de la població)

Títol, autor, any	País	Disseny estudi	Població/ Núm. Participants	Intervenció /Període estudi	Professional /equip	Comparador	Setting
Does the introduction of shared care therapists in primary health care impact clients' mental health symptoms and functioning?, Goosen R, 2008	Canada	pre/post	Adolescents i adults (dones 75%) d'entre 13 a 67 anys. El 50% prenen 1 o més antidepressius /102	Share mental health (SMHC) program: terapeutes integrats a l'equip d'AP que reben una formació específica en aplicar teràpia cognitivo-conductual (TCC) i son derivats pel metge/ssa de família després d'un cribratge/ 2003-2005	Terapeutes amb diferents perfils i entrenament específic en TCC	Cap	Atenció primària
Development and evaluation of culturally sensitive psychosocial interventions for underserved people in primary care; Lovell S, 2014	Regne Unit	assaig clínic (pilot, estudi de viabilitat) + estudi qualitatiu sobre acceptabilitat i idoneïtat de la intervenció	Migrants i gent gran Els criteris bàsics d'inclusió globals: estar registrat en una de les 16 pràctiques d'atenció primària dels dos Patronats i puntuació de 10 o més al PHQ-9 i/o al GAD-7 (llindar per a depressió i ansietat moderades, respectivament). Criteris específics d'inclusió: per als participants de minories ètniques, >=18 anys, d'origen somali o sud-asiàtic. Criteris d'inclusió específics per a persones grans: >=50 anys /50+50	Intervencions de benestar emocional : intervencions individuals (TCC), intervencions grupals o dirigir al pacient a serveis locals/ 20 setmanes	Facilitador del benestar emocional: el rol era implicar, donar suport, assessorar i fer un seguiment actiu dels participants: l'enllaç amb professionals sanitaris i d'atenció social que estaven, o havien d'estar, implicats en la cura del participant, inclòs el metge de família	Atenció habitual	Atenció primària i comunitària

Títol, autor, any	País	Disseny estudi	Població/ Núm. Participants	Intervenció /Període estudi	Professional /equip	Comparador	Setting
Life Balance – a mindfulness-based mental health promotion program: conceptualization, implementation, compliance and user satisfaction in a field setting; Lyssenko L, 2015	Alemanya	Primera fase, estudi qualitatiu per testar factibilitat i acceptabilitat. Posteriorment, estudi observacional de cohorts (Müller 2019)	Adults >18 anys que participessin en el programa de forma voluntària/ 1081 (grup intervenció)	Programa Life Balance: 7 mòduls d'1.5 hores basats en la teràpia d'acceptació i compromís (ACT), la teràpia conductual dialèctica (DBT) i la teràpia centrada en la compassió (CFT) durant 6 setmanes. Els cursos s'ofereixen a través de diferents mitjans i son impartits als centres de salut d'AP (intervenció grupal)/ 2013-2014	Treballadors/ es dels centres de salut amb formació en esports i nutrició i experiència en programes grupals de prevenció	Atenció habitual	Atenció primària i comunitària
Effectiveness of a Mindfulness-Based Mental Health Promotion Program Provided by Health Coaches: A Controlled Multisite Field Trial, Lyssenko L, 2016	Alemanya	Estudi observacional de cohorts	Adults >18 anys que participessin en el programa de forma voluntària/ 1812 (grup intervenció)	Programa Life Balance: 7 mòduls d'1.5 hores basats en la teràpia d'acceptació i compromís (ACT), la teràpia conductual dialèctica (DBT) i la teràpia centrada en la compassió (CFT) durant 6 setmanes. Els cursos s'ofereixen a través de diferents mitjans i son impartits als centres de salut d'AP (intervenció grupal)/2013-2014	Treballadors/ es dels centres de salut amb formació en esports i nutrició i experiència en programes grupals de prevenció	Atenció habitual	Atenció primària i comunitària
Cost-effectiveness of a mindfulness-based mental health promotion program: economic evaluation of a nonrandomized controlled trial with propensity score matching (resultats sobre cost-effectivitat de l'anterior estudi); Müller G, 2019	Alemanya	Estudi observacional de cohorts i estudi econòmic	Adults >18 anys que participessin en el programa de forma voluntària/ 1127 (grup intervenció)	Programa Life Balance: 7 mòduls d'1.5 hores basats en la teràpia d'acceptació i compromís (ACT), la teràpia conductual dialèctica (DBT) i la teràpia centrada en la compassió (CFT) durant 6 setmanes. Els cursos s'ofereixen a través de diferents mitjans i son impartits als centres de salut d'AP (intervenció grupal)/2013-2015	Treballadors/ es dels centres de salut amb formació en esports i nutrició i experiència en programes grupals de prevenció	Atenció habitual	Atenció primària i comunitària

Títol, autor, any	País	Disseny estudi	Població/ Núm. Participants	Intervenció /Període estudi	Professional /equip	Comparador	Setting
Is there a case for mental health promotion in the primary care setting? A systematic review; Fernandez A, 2015	EUA i Regne Unit	Revisió sistemàtica d'assajos clínics i estudis observacionals	Adults (>17 anys) sense patologia mental prèvia diagnosticada	Qualsevol intervenció per promoure la salut mental des de l'AP amb l'objectiu de fer front als estressors diaris/1997-2013	Tant metges d'atenció primària, personal d'infermeria, com treballadors socials	Atenció habitual	Atenció primària
Launching Forward: The Integration of Behavioral Health in Primary Care as a Key Strategy for Promoting Young Child Wellness; Oppenheim J, 2016	EUA	Qualitatiu (descripció de les experiències dels models integradors): 1) Es van realitzar entrevistes telefòniques amb els directores del projecte i el personal clau del projecte 2) Enquestes 3) Anàlisi contextual	Models beneficiaris del projecte LAUNCH/ 6 projectes	Intervencions dins del projecte LAUNCH (L'enfocament de salut pública del Project LAUNCH (promoure la salut mental incloent el seguiment regular de tots els infants d'una comunitat, a partir del naixement, per assegurar-se que estan en bon camí des del seu desenvolupament i comportament i identificar aquells amb un major risc o que presenten signes primerencs de problemes de comportament)/ No descrit	Pediatre d'AP i components del projecte LAUNCH (el consultor de salut mental ofereix avaluació, intervenció breu i enllaços amb l'atenció especialitzada, però no ofereix serveis de tractament intensiu o a llarg termini)	NA	Atenció primària

Títol, autor, any	País	Disseny estudi	Població/ Núm. Participants	Intervenció /Període estudi	Professional /equip	Comparador	Setting
Link Worker social prescribing to improve health and well-being for people with long-term conditions: qualitative study of service user perceptions; Moffat S, 2017	Regne Unit	Qualitatiu: entrevistes semiestructurades amb els pacients	Homes i dones entre 40-74 anys amb una condició crònica amb o sense depressió/1603	Ways of Wellness program (com a part del Social Prescribing Network of Ireland and Great Britain). Després de la derivació d'un metge d'atenció primària (o infermera, o auxiliar d'assistència sanitària), s'identifiquen conjuntament objectius significatius de salut i benestar i els usuaris del servei es connecten, quan ho desitgen, amb grups i recursos comunitaris i voluntaris. El servei inclou: (A) avaluació individual, entrevistes motivacionals i planificació d'accions; (B) la realització d'una avaluació inicial i les avaluacions posteriors cada 6 mesos a continuació, durant la durada de la implicació del pacient; (C) ajudar a accedir als serveis comunitaris (per exemple, assessorament sobre drets de benestar, grups de caminar, classes d'activitat física, grups d'art, educació contínua); (D) promoció d'oportunitats de voluntariat, i; (E) promoció de la millora de l'autocura i del canvi de comportament sostingut relacionat amb opcions de vida més saludables. Així, el programa està molt individualitzat amb la implicació del pacient que varia en termes d'intensitat, durada, establiment d'objectius personalitzats i derivació posterior. Els pacients poden romandre amb el programa fins a 2 anys, però amb la discreció de Link Worker més enllà de 2 anys si és necessari; la freqüència de contacte amb el treballador d'enllaç s'acorda de mutu acord, varia entre i dins dels pacients segons la necessitat i les circumstàncies actuals, i pot ser cara a cara, per telèfon, correu electrònic i/o missatge de text/ 2015-2016 (14 mesos)	Precriptor social ("social prescriber" o "Link worker") formats en canvis de comportament	NA	Atenció primària i comunitària (en una àrea amb un nivell socioeconòmic baix)

Títol, autor, any	País	Disseny estudi	Població/ Núm. Participants	Intervenció /Període estudi	Professional /equip	Comparador	Setting
Social prescribing for people with mental health needs living in disadvantaged communities: the Life Rooms model; Hassan S, 2019	Regne Unit	Qualitatiu: 5 grups focals per explorar les experiències dels usuaris i el seu impacte en la salut mental	Homes i dones de 34 a 65 anys usuaris del Life Room program/ 18	Life Rooms program (abordar els determinants socials de la salut mental a Liverpool i Sefton). El programa ofereix oportunitats d'aprenentatge, impartint cursos gratuïts que cobreixen una varietat de temes com el benestar, la comprensió i la gestió del malestar mental, factors socials relacionats amb el malestar mental i altres ofertes socials i creatives; ofereix servei d'assessorament de serveis, en temes d'habitatge, deute i ocupació; algú que utilitza les Life Rooms pot co-crear la seva pròpia recepta social, incloent coses com l'habitatge, el deute, l'ocupació o el suport al benestar. També ofereix suport de voluntariat laboral i empresarial, espais segurs i entorns acollidors, amb accés a recursos comunitaris com ara serveis de biblioteca, ordinadors i instal·lacions de cafeteria / setembre 2017-abril 2018	Social prescriber (personal que ha rebut formació especialitzada en salut mental, tutors entre iguals (amb experiència en diferents àrees com ansietat, TOC, mindfulness, etc.), facilitadors amb experiència en salut mental, capellà i/o voluntaris amb experiència en angoixa mental)	NA	Atenció primària i comunitària (en una àrea amb un nivell socioeconòmic baix)
The impact of the Luton social prescribing programme on mental well-being: a quantitative before-and-after study; Pescheny J, 2019	Regne Unit	Estudi quasiexperimental pre-post	Adults (>=18 anys) amb alt risc o diagnòstic de diabetis tipus 2 i malaltia pulmonar obstructiva crònica, persones amb problemes de salut mental lleus- moderats, persones que viuen en solitud/o aïllament social i cuidadors/ 448	Luton program: integrar els serveis sanitaris i d'atenció social a Anglaterra. La intervenció comença amb una derivació d'un metge d'AP a un link worker. Després d'una derivació, els link worker contacten amb pacients referits per concertar una cita inicial, posteriorment fan una avaluació individual per identificar les necessitats no mèdiques dels usuaris del servei, entrevistes motivacionals i suport personalitzat continu, i per vincular els usuaris del servei amb fonts de suport no mèdiques, per ajudar a millorar la seva salut i benestar. El nombre de sessions amb els treballadors d'enllaç i la intensitat del suport prestat depenen de les necessitats de l'individu / gener 2016-febrer 2018	Link worker	Situació prèvia a la intervenció	Atenció primària i comunitària

Títol, autor, any	País	Disseny estudi	Població/ Núm. Participants	Intervenció /Període estudi	Professional /equip	Comparador	Setting
Effectiveness and active ingredients of social prescribing interventions targeting mental health: a systematic review; Cooper M, 2022	Regne Unit	Revisió sistemàtica d'assajos clínics i estudis observacionals realitzats al Regne Unit	Adults >= 18 anys que hagin format part d'intervencions de prescripció social amb resultats de benestar emocional o salut mental/5036	intervencions de prescripció social (qualsevol via de derivació, amb o sense un treballador d'enllaç basat en qualsevol entorn)/ Període de cerca fins el 21 de març 2022	link worker	La majoria d'estudis, situació prèvia a la intervenció	Atenció primària i comunitària
Promoting Mental Health and Wellbeing in Multicultural Australia: A Collaborative Regional Approach; Blignault, 2022	Austràlia	Estudi quasi-experimental pre-post i estudi qualitatiu	Adults migrants (àrabs i bangla)/44	CALD mindfulness program: un programa online de 4 setmanes grupal, amb sessions cara a cara amb el professional/ març 2017 a setembre 2021	Professionals formats en mindfulness	Situació prèvia a la intervenció	xarxa d'atenció primària

Taula 2. Descripció dels resultats dels estudis seleccionats (continuació de la Taula 1)

Títol, autor, any	Variables/Indicadors resultat	Mesura del benestar emocional/salut mental	Resultats	Limitacions
Does the introduction of shared care therapists in primary health care impact clients' mental Health symptoms and functioning?, Goosen R, 2008	Presència de malalties mentals comuns (trastorn somàtic, depressió major, altres depressions, trastorn de pànic, trastorn d'ansietat) , mesures relacionades amb les activitats diàries afectades per problemes emocionals	TAG (Threshold assessment grid) pel cribratge Test PHQ i SF-12v2 per mesurar la situació abans i després de la situació	La teràpia a curt termini en els programes contribueix a reduir els símptomes associats a la depressió major i augmentar determinades àrees de funcionament. Sensació de benestar dels participants, inclosa la seva percepció de la seva salut general i els seus sentiments calma i tranquil·litat, va millorar significativament. Els resultats també indiquen que el funcionament, inclòs el funcionament social, es va començar a normalitzar en associació amb la millora de la salut mental.	Població: de 1000 pacients, es van seleccionar 102 sense especificar la metodologia, pel que hi podria haver risc de biaix de selecció. Intervenció: no s'especifiquen el número de sessions ni la durada ni contingut. Resultats: curt termini
Development and evaluation of culturally sensitive psychosocial interventions for underserved people in primary care; Lovell S, 2014	Símptomes de salut mental habituals	CORE-OM (estrés global, estat de benestar, funcionament social i risk), PHQ-9, GAD-7, WSAS (treball), EQ-5D, Entrevistes semiestructurades que incloïen experiència, barreres, facilitadors	Gent gran: Els efectes més grans es van trobar en el malestar psicològic (CORE-OM) i la depressió (PHQ9), amb efectes menors sobre el funcionament (WSAS), la qualitat de vida relacionada amb la salut (EQ5D) i impactes mínims sobre l'ansietat (GAD-7). Migrants: Els efectes van ser menors que en la mostra de la gent gran. Els efectes més grans són sobre la depressió (PHQ9) la qualitat de vida relacionada amb la salut (EQ5D) i el funcionament (WSAS) Els efectes sobre el malestar psicològic (CORE-OM) i l'ansietat (GAD-7) van ser menors i poc probable que tinguessin importància clínica. Estudi acceptabilitat: La intervenció va ser generalment acceptada per als pacients i hi havia constància d'adhesió entre els assistents. La majoria dels pacients van preferir les sessions individuals, tot i que es van valorar les opcions de treball en grup i adreçar a altres activitats	Baix reclutament, sobretot en migrants.

Títol, autor, any	Variables/Indicadors resultat	Mesura del benestar emocional/salut mental	Resultats	Limitacions
Life Balance – a mindfulness-based mental health promotion program: conceptualization, implementation, compliance and user satisfaction in a field setting; Lyssenko L, 2015	Síntomes de salut mental habituals, capacitat de resiliència i satisfacció en la vida personal; experiència amb el programa	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-7), Resilience Scale (RS-11), Satisfaction with Life Scale (SWLS-5); entrevista específica	En l'avaluació basal, tots els participants tenien puntuacions que diferien de la normalitat en els tests (més ansietat i depressió, baixa resiliència, pitjor satisfacció personal). Després del curs, el 75% aprox. es mostrava satisfet.	Barreres en la participació en l'estudi (aproximadament un 30% dels participants del programa van voler participar en l'estudi)
Effectiveness of a Mindfulness-Based Mental Health Promotion Program Provided by Health Coaches: A Controlled Multisite Field Trial, Lyssenko L, 2016	Síntomes de salut mental habituals, capacitat de resiliència i satisfacció en la vida personal; experiència amb el programa	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-7), Resilience Scale (RS-11), Satisfaction with Life Scale (SWLS-5); entrevista específica	Millores en la puntuació (clínicament rellevants) del HADS-7 respecte els controls, sobretot en aquells amb pitjors puntuacions basals. No es van veure millores en el RS-11 ni el SWLS-5. Les millores persistien després de 6 mesos d'haver completat l'estudi.	Possible biaix de selecció (que es va intentar solucionar a través d'aplicar PSM). Les característiques basals diferien de la població general
Cost-effectiveness of a mindfulness-based mental health promotion program: economic evaluation of a nonrandomized controlled trial with propensity score matching (resultats sobre cost-effectivitat de l'anterior estudi); Müller G, 2019	Síntomes de salut mental habituals, capacitat de resiliència i satisfacció en la vida personal; costos (inclosos els relacionats amb la medicació de salut mental, i com a cost indirecte, dies de feina perduts per salut). ICER en diferents escenaris	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-7), Resilience Scale (RS-11), Satisfaction with Life Scale (SWLS-5); costos segons asseguradora i QALYS. Seguiment a les 10 setmanes, 6 mesos i 12 mesos.	Costos similars. ICER: la intervenció és dominant (és cost-efectiva), ja que genera majors beneficis a costos baixos. En les anàlisis de sensibilitat, l'efecte era major per aquells pacients que partien de puntatges de les escales que indicaven pitjor estat basal. Els costos directes ascendien a 181 euros per participant (les asseguradores no obtenen tots els beneficis d'aquests programes ja que molts dels determinants de salut mental estan fora del seu abast)	Possible biaix de selecció (que es va intentar solucionar a través d'aplicar PSM). Les característiques basals diferien de la població general

Títol, autor, any	Variables/Indicadors resultat	Mesura del benestar emocional/salut mental	Resultats	Limitacions
Is there a case for mental health promotion in the primary care setting? A systematic review; Fernandez A, 2015	Es va incloure qualsevol mesura global del benestar mental, la salut mental, el benestar o la qualitat de vida relacionada amb la salut mental	No s'especifica, qualsevol	Es van identificar 3 assajos clínics (2 als EUA i 1 al Regne Unit). Les intervencions anaven des d'educació per part d'infermeria en pacients amb malalties cròniques, entrenament a metges de família en tècniques de teràpia cognitiva centrada en solucions, motivació i compromís familiar, i tècniques perquè els pares i mares milloressin les habilitats parentals. Per a la primera intervenció, es va fer servir el SF-36 i no es va veure millora. Per a la segona intervenció, els metges formats que tracten pacients (famílies amb fills/es) veuen com aquests milloraven el seu estat mental (mesurat amb GHQ), però amb una mida de l'efecte petita; en la tercera intervenció, no es va veure millora.	La RS era restrictiva en els seus criteris d'inclusió i podria haver deixat a banda estudis on els/les metges de família/infermeria podrien haver derivat els pacients a professionals o altres serveis comunitaris que podrien ser efectius.
Launching Forward: The Integration of Behavioral Health in Primary Care as a Key Strategy for Promoting Young Child Wellness; Oppenheim J, 2016	NA	NA	Components dels projectes: (a) consultors de salut mental integrats, (b) inclusió d'un soci familiar/navegador, (c) formació transversal, (d) detecció de salut del comportament, (e) promoció i prevenció del benestar com a part de la visita infantil, (f) atenció propera, (g) avaluació i intervenció breu, (h) grups de pares i activitats de promoció de la salut, (i) registre compartit i (j) coordinació de l'atenció.	Estudi basant en avaluacions individuals de programes on s'ha detectat la manca de coherència entre els llocs en la metodologia i les mesures
Link Worker social prescribing to improve health and well-being for people with long-term conditions: qualitative study of service user perceptions; Moffat S, 2017	NA	NA	Els/les usuàries se sentien escoltades i valorades pel seu Link Worker, se sentien amb control per decidir quan i com ser derivades a les activitats de suport, se sentien recolzades i motivades amb els canvis a fer per millorar el seu benestar emocional.	Possible biaix de selecció: només es van incloure aquelles persones que van acceptar a compartir la seva experiència. No hi ha informació sobre l'ús del servei al qual s'ha derivat.

Títol, autor, any	Variables/Indicadors resultat	Mesura del benestar emocional/salut mental	Resultats	Limitacions
Social prescribing for people with mental health needs living in disadvantaged communities: the Life Rooms model; Hassan S, 2019	NA	NA	Els/les usuàries sentien que l'accés era fàcil, segur i que entenien les seves necessitats, que podien accedir a serveis sense cost afegit ni passar per un procés burocràtic, respectuós, notaven que tenien control per manegar les seves situacions, se sentien connectades amb la comunitat, van descriure com els diferents mecanismes d'afrontament que han après i utilitzat els van donar una sensació de control i els van permetre fer front a la seva situació.	Possible biaix de selecció: només es van incloure aquelles persones que van acceptar a compartir la seva experiència. No hi ha informació sobre l'ús del servei al qual s'ha derivat.
The impact of the Luton social prescribing programme on mental well-being: a quantitative before-and-after study; Pescheny J, 2019	Benestar i salut mental	L'escala de salut mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS, SWEMWBS)	Millora dels resultats dels test, estadísticament significativa, però no clínicament rellevant.	Un 82% de missings, problemes amb l'adherència del programa degut a la renovació constant dels link workers (les autores consideren la necessitat de fer un estudi qualitatiu per entendre les limitacions)

Títol, autor, any	Variables/Indicadors resultat	Mesura del benestar emocional/salut mental	Resultats	Limitacions
Effectiveness and active ingredients of social prescribing interventions targeting mental health: a systematic review; Cooper M, 2022	salut mental, benestar emocional, qualitat de vidas	L'escala de salut mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS, SWEMWBS) va ser l'escala més emprada. Altres: Social well-being questionnaire-6, Museum Well-being Measure for adults, University Colege London Loneliness Scale-3, De Jon Gieverld Loneliness Scale, Lubben Social network Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale, Generalised Anxiety Disorder Assessment-7, Patient Health Questionnaire-8 i el Centre for Epidemiological Studies Depression Scale-7; General Health Questionnaire-28, Global Assessment of Functioning, Satisfaction with Life Scale, EuroQol Quality of Life Measure and the Short-Form-36. Perceived Stress Scale, Positive and Negative Affect Schedule. Dos estudis van fer descriure resultats sobre ús dels serveis sanitaris	Aquesta revisió sistemàtica va identificar 13 intervencions de prescripció social basades en el Regne Unit informades a través de 17 estudis, que utilitzaven més habitualment un model de treballador d'enllaç o una derivació directa dels serveis comunitaris, principalment. Tots els estudis menys un van reportar una millora estadísticament significativa en els resultats (benestar mental, salut mental, solitud i/o resultats generals de salut/qualitat de vida). Dos estudis van reportar reduccions en l'ús de l'atenció primària (taxes de consultes i medicació prescrita).	Heterogeneïtat en els models dels estudis, en les mesures, manca de grup control en la majoria d'estudis, manca de seguiment a llarg termini
Promoting Mental Health and Wellbeing in Multicultural Australia: A Collaborative Regional Approach; Blignault, 2022	Salut mental i benestar emocional	DASS21 i K10+, entrevista semiestructurada	Després del programa, totes les participants van mostrar una millora dels tests d'estrès i van reduir el número de dies que faltaven a la feina. Totes van reportar que l'experiència havia estat positiva- Al finalitzar la intervenció, Les participants van reclutar a familiars perquè fessin el curs i el 95% van descriure que van traslladar les seves habilitats al seu cercle més proper.	Possible biaix de selecció: només es van incloure aquelles persones que van acceptar a compartir la seva experiència. No hi ha informació sobre l'ús del servei al qual s'ha derivat.

Taula 3. Rols similars al del/la RBEC segons la literatura. NHS: *National Health Service* o Servei de Salut Nacional

Nom	País	Descripció rol	Programa (actual)
Emotional and mental Health advisor (EMHA)	Regne Unit	Personal que treballa entre l'àmbit educatiu i l'assistència sanitària per oferir suport en salut mental als nens i joves a les escoles i universitats. Proporcionar intervencions de baixa intensitat, com ara l'autoajuda guiada basada en la teràpia cognitiva conductual (TCC) i la TCC basada en grup per a aquells amb depressió persistent de lleu a moderada. També dona suport a escoles i universitats en iniciatives destinades a prevenir problemes de salut mental. El seu <i>setting</i> és l'escola i no tenen perquè passar per Atenció primària	CAMHS (actualment CYPMHS, Children and young people's mental health services) https://www.nhs.uk/nhs-services/mental-health-services/mental-health-services-for-young-people/children-young-people-mental-health-services-cypmhs/
Graduate primary care mental health worker (GPCMHW)	Regne Unit	Personal format en tècniques de teràpia breu d'eficàcia provada, per ajudar els metges d'AP a gestionar i tractar problemes comuns de salut mental en tots els grups d'edat, inclosos els infants.	Figura no vigent
Peer suport specialist /Peer support worker	Estats Units/ Regne Unit	Persona que comparteix les seves eines, habilitats, experiències i coneixement en ajudar a altres iguals en millorar la seva salut mental i benestar emocional.	Mental Health America Com a part del NHS
Psychological well being practitioner	Regne Unit	Personal capacitat per avaluar i donar suport a persones amb problemes de salut mental habituals, principalment trastorns d'ansietat i depressió, en l'autogestió de la seva recuperació.	Com a part del NHS
Children's wellbeing practitioner	Regne Unit	Personal capacitat per treballar per augmentar l'accés a la salut mental i el suport per al benestar dels infants i joves, avaluant i donant suport amb problemes comuns de salut mental.	Com a part del NHS
Family partner	Estats Units	Persona que comparteix les seves eines, habilitats, experiències i coneixement en ajudar a les famílies en millorar la seva salut mental i benestar emocional i la dels seus fills/es.	National Institute for Children's Health Quality
Social prescribing coordinators (també anomenats Link Workers)	Regne Unit	Personal format per connectar les persones amb activitats i serveis de la comunitat local que poden ajudar a millorar la seva salut i benestar emocional. La majoria de les derivacions provenen d'atenció primària, malgrat que el pacient es pot dirigir directament a aquesta figura.	Com a part del NHS

Taula 4. Resultats de les revisions sistemàtiques seleccionades sobre prescripció social/rol del treballador/a d'enllaç

Títol, autor i any	País	Pregunta investigació	Període de cerca	Número d'estudis primaris inclosos	Qualitat dels estudis/Risc de biaix	Resultats
Evidence and methods required to evaluate the impact for patients who use social prescribing: a rapid systematic review and qualitative interviews, Al-Khudairy L, 2022	Regne Unit/Austràlia	(1) Quines són les preguntes d'avaluació més importants que podria investigar un estudi d'impacte? (2) Quines dades ja estan disponibles a nivell local o nacional i què més es necessitaria? (3) Hi ha llocs que ofereixen a una escala prou gran i estan en condicions de participar en un estudi d'impacte? (4) Com es podrien abordar els reptes coneguts per a l'avaluació (per exemple, la governança de la informació i la identificació d'un grup de control)?	Gener 2015 fins a febrer 2019	27	no realitzada	La prescripció social és una prioritat clínica i una clau per a la futura prestació d'atenció comunitària. L'evidència disponible va reportar resultats mixts; algunes evidències suggereixen una millora en el benestar i el comportament relacionat amb la salut, però d'altres, no. L'evidència disponible prové d'estudis a petita escala amb un disseny inadequat. Hi ha una manca d'eines estandarditzades i validades per mesurar els resultats. Els estudis han inclòs períodes de seguiment curts, amb molts <i>missing</i> . Les barreres relacionades amb el servei donat pels programes inclouen problemes en la implementació, l'acord legal, la participació del personal, la comunicació entre els socis i les parts interessades i la infraestructura local.

Títol, autor i any	País	Pregunta investigació	Període de cerca	Número d'estudis primaris inclosos	Qualitat dels estudis/Risc de biaix	Resultats
A Systematic Review to Examine the Evidence in Developing Social Prescribing Interventions That Apply a Co-Productive, Co-Designed Approach to Improve Well-Being Outcomes in a Community Setting, Thomas G, 2021	Regne Unit	Quina és l'evidència de les intervencions de prescripció social que apliquen una aproximació de co-producció i co-disseny per millorar el benestar emocional en l'àmbit d'APiC	Gener 2000 a agost 2020	8	Baixa/Moderat	L'aplicació d'un enfocament coproductiu i codissenyat requereix un canvi cultural. La profunditat i l'èxit de la coproducció varia segons l'èxit dels diferents coproductors a l'hora d'aportar les normes i els valors de les diferents organitzacions. La coproducció va fracassar quan no es van establir relacions d'igualtat i per tant no es va poder proveir una atenció holística ni aconseguir una millora del benestar emocional. Aquest fracàs es va il·lustrar amb un sentiment de jerarquia que es va mantenir mentre va prevaler el model tradicional d'atenció. Els professionals de la salut es van seguir sentint més competents i creien que les organitzacions voluntàries i comunitàries no podien atendre adequadament les necessitats dels seus pacients. Aquest sentiment de "preferència professional" cap als professionals de la salut també es va mantenir a causa de les expectatives dels pacients. Disposar de recursos o sistemes compartits entre els diferents sectors (per exemple, sistema informàtic integrat i un únic punt de contacte per a referències) va aportar comoditat i coherència. L'evidència demostrava que els participants van apreciar molt ser escoltats mentre van dissenyar conjuntament la seva intervenció social amb un treballador d'enllaç

Títol, autor i any	País	Pregunta investigació	Període de cerca	Número d'estudis primaris inclosos	Qualitat dels estudis/Risc de biaix	Resultats
Can Social Prescribing Foster Individual and Community Well-Being? A Systematic Review of the Evidence, Vidovic D, 2021	Regne Unit	(1) l'abast de l'evidència de l'impacte de la prescripció social en la solitud individual, l'aïllament social, el benestar i la connexió amb altres individus; (2) el tipus i la qualitat de l'evidència utilitzada per demostrar l'impacte; (3) l'impacte dels programes de prescripció social dissenyats per millorar les quatre mesures de resultats clau sobre els reptes de salut pública i preventiva a nivell individual, del sistema i de la comunitat.	2000 a 2020	51	Baixa-Moderada/moderat	En general, la majoria dels estudis d'aquest informe troben canvis després d'una intervenció de prescripció social, però no necessàriament canvis a causa d'una intervenció de prescripció social. A nivell individual, troben que l'evidència del canvi és més clara pel que fa a la solitud i el benestar en comparació amb l'aïllament social i la connexió. A nivell de sistema, troben que l'evidència de canvi correspon principalment a l'atenció sanitària, amb molt poca atenció a l'atenció social. A nivell comunitari, el canvi és més evident en termes de recursos comunitaris, amb alguns treballs que també aborden la connexió. L'augment dels canvis reportats il·lustren el potencial de millores en la salut pública. Troben que només cinc estudis a nivell individual, dos estudis a nivell de sistema i dos estudis a nivell comunitari proporcionen proves per donar suport a les afirmacions que el canvi observat es deu a un programa social de prescripció particular.
Systematic review of social prescribing and older adults: where to from here?, Percival A, 2022	Canadà	(1) sintetitzar l'evidència quantitativa disponible sobre l'efectivitat de la prescripció social en adults majors (edat mitjana del grup de 60 anys o més) en un entorn d'atenció primària; (2) sintetitzar com es van implementar les intervencions (per exemple, el procés de derivació i els programes comunitaris) i si els participants utilitzaven la prescripció social (participació després de la derivació) i mantenien noves conductes (adhesió i finalització del programa).	fins a març 2022	7	Baixa-Moderada/moderat	Tots els estudis inclosos mostraven una millora dels resultats de benestar emocional/salut psicosocial. La majoria dels estudis descrivien que les derivacions provenien de l'APiC. Les activitats anaven des de programes als museus, activitat física, i altres activitats socials combinades. Només un estudi va aportar resultats sobre el número de persones que continuaven en el programa després d'haver-se fet una derivació a una activitat (41%). Els 3 estudis que tractaven sobre ús de recursos al Sistema mostraven un augment de costos en general, però una disminució del número de visites a l'equip assistencial. Un estudi descrivia que el retorn social de la inversió generava 5.07 lliures per cada 1 lliura invertida.

Taula 5. Relació d'objectius dels programes de benestar

Nivell	Objectiu principal	Objectius secundaris
Individual	Millorar la salut mental/benestar emocional	Millorar habilitats/conductes que millorin el benestar emocional/ salut mental
		Ajudar les persones a conservar/recuperar la capacitat funcional per estudiar o treballar
		Millorar la qualitat de vida dels pacients
		Millorar la resiliència, la confiança i l'autoestima
		Donar suport a les necessitats emocionals
	Millora del benestar físic	Potenciar i donar suport a les persones per triar un estil de vida més saludable
		Millorar la salut física i el benestar
		Millorar l'estat de salut autoavaluat
		Donar suport a l'autogestió de les condicions de salut a llarg termini
	Millora del benestar social	Augmentar la connexió amb el suport comunitari i la participació en les activitats de la comunitat
		Millorar/abordar la salut psicosocial
		Proporcionar recomanacions adequades de cursos d'art
		Millorar la resiliència, la confiança i l'autoestima
		Millorar la inclusió/implicació social
		Donar suport a les necessitats/resultats socials
Sistema	Ús optimitzat dels serveis sanitaris	Ampliar la prestació de serveis de salut a la comunitat
		Millorar l'ús del servei de salut
		Optimitzar la coordinació assistencial
		Oferir una millor gestió dels problemes psicosocials a l'atenció primària
		Reduir l'ús del servei d'urgències/atenció hospitalària d'aguts
		Reduir l'ús de l'atenció hospitalària
		Reduir l'ús del servei d'atenció primària
		Donar suport a l'autogestió de les condicions de salut física o mental a llarg termini
	Disminució del cost dels serveis sanitaris	Reduir els costos associats a les condicions de salut a llarg termini
		Reduir els costos dels serveis sanitaris.
	Altres	Reduir el cost ambiental (petjada de carboni)

Taula 6. Llistat dels indicadors de resultat per l'avaluació dels programes

Nom de l'indicador
Número de visites a atenció primària
Número d'ingressos hospitalaris
Número de visites a urgències
Número de derivacions
Número de prescripcions farmacològiques per motius psicosocials
Número de persones que retornen al treballador d'enllaç després de la derivació a una activitat

Taula 7. Eines utilitzades en el programes de benestar emocional per a mesurar l'impacte individual de les intervencions fetes dins del programa

Nom de l'eina	Àmbit	Referència
Warwick Edinburgh Mental Well-being Scale (14 o 7 ítems) (WEBWMS)	Benestar emocional/mental	Tennant et al., 2007 Stewart-Brown et al., 2011
Hospital anxiety and depression scale (HADS)	Salut mental	Zigmond & Snaith, 1983
General Health Questionnaire-12 (GHQ)	Estat general de salut	Sterling, 2011
Geriatric depression scale	Salut mental	Yesavage, et al
Work and social adjustment scale	Benestar social	Mundt, J. C., I. M. Marks, et al. (2002)
Generalized Anxiety Disorder Assessment (GAD-7)	Salut mental	Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006
Quality Adjusted Life Year (QALY)	Cost-efectivitat	Drummond et al., 2009
EuroQol-5D (EQ-5D)	Qualitat de vida	Szende, Oppe, & Devlin, 2007
General Health Status (SF-36)	Estat general de salut	Ware J, 1992
Hospital episode statistics (HES)	Recursos Sistema Salut	NHS
Social isolation (SI)	Benestar social	Hughes, Waite, Hawkey, & Cacioppo, 2004
Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire	Benestar social	Broadhead, Gehlbach, De Gruy, & Kaplan, 1988

Annex 3. Llistat d'iniciatives/programes relacionades amb benestar emocional

Doing what matters in times of stress

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240003927>

Infants i adolescents

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng223/resources/social-emotional-and-mental-wellbeing-in-primary-and-secondary-education-pdf-66143833987525>

<https://jigsaw.ie/our-vision/>

<https://www.niaa.gov.au/2023-commonwealth-closing-gap-implementation-plan/delivering-outcomes-and-targets/outcome-14-aboriginal-and-torres-strait-islander-people-enjoy-high-levels-social-and-emotional-wellbeing>

<http://www.wellondon.org.uk/5/the-framework.html>

<https://www.samhsa.gov/early-childhood-mental-health-programs/project-launch>

Resultats del projecte LAUNCH

https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/documents/opre/launch_outcomes_report_12_29_14_final_508.pdf

Resultats del projecte Our Healthy Clarence

https://www.crrmh.com.au/content/uploads/Report_Our-Healthy-Clarence-2018-Evaluation_FINAL-1.pdf

<https://www.liferooms.org/> <https://www.liferooms.org/about-us/research-and-evaluation>

Projecte cultural pathways Australia

<https://sahmri.org.au/research/themes/aboriginal-health/programs/implementation-science/projects/cultural-pathways>

Projecte Jigsaw Irlanda (joves)

<https://jigsaw.ie/wp-content/uploads/2020/07/Jigsaw-HSE-evaluation-report-2018.pdf>

Ways of Wellness

<https://waystowellness.org.uk/>

<https://www.nhs.uk/mental-health/self-help/guides-tools-and-activities/five-steps-to-mental-wellbeing/>

<https://www.health.gov.au/resources/publications/australias-primary-health-care-10-year-plan-2022-2032>

<https://www.dhs.pa.gov/Services/Mental-Health-In-PA/Pages/CASSP.aspx>


<https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/>


<http://www.mentalhealthpromotion.net/?i=training.en.bibliography.1907>

<https://webarchive.nla.gov.au/awa/20190509052749/https://www.dss.gov.au/grants/grant-programmes/financial-wellbeing-and-capability>

Salut/  Agència de Qualitat i Avaluació
Sanitàries de Catalunya

<https://aguas.gencat.cat>

 [@AQuAScat](https://twitter.com/AQuAScat)

 [aquas-salut](https://www.linkedin.com/company/aquas-salut)

 [@aquasgencatsalut](https://www.youtube.com/@aquasgencatsalut)