

# 25

## Barcelona Societat

Revista de investigación y análisis social



Ajuntament  
de Barcelona

Marzo 2020

**Palabras clave:** personas mayores, aislamiento, barreras arquitectónicas, salud comunitaria

### **“Baixem al carrer” [Bajamos a la calle]: diez años trabajando para mejorar la salud de las personas aisladas por barreras arquitectónicas**

Pilar Ramos<sup>1</sup>, Ferran Daban<sup>1</sup>, Irene García<sup>1</sup>, Olga Juárez<sup>1</sup>, Elia Díez<sup>1</sup>, Esther Andrés<sup>2</sup>, Pilar Solanes<sup>2</sup> y Victoria Porthé<sup>3</sup>

El programa “Bajamos a la calle” pretende reducir la soledad y el aislamiento y mejorar la calidad de vida, la salud mental y el estado de salud física de las personas mayores con dificultades para salir de casa debido a barreras arquitectónicas. Ofrece a estas personas la posibilidad de salir de casa y recuperar la vida social mediante la ayuda del voluntariado y de un salvaescaleras y, a escala comunitaria, de incrementar la red social, la relación vecinal y la participación ciudadana. La intervención se diseñó comunitariamente en el 2009 en el marco del programa “Barcelona, salud en los barrios” en el Poble Sec, y en los últimos años se ha extendido a toda la ciudad. Este artículo presenta, en primer lugar, el desarrollo y la evaluación del programa en el periodo 2009-2015, y a continuación la situación en el 2019. Los resultados del primer periodo muestran la mejora del estado de salud y la calidad de vida de las personas usuarias tras seis meses de participación en el programa. Después de una extensión progresiva, en el 2019 “Bajamos a la calle” se implementa en toda la ciudad con financiación municipal mediante tres proveedores. En el 2019, se ha atendido a 279 personas de 38 barrios de la ciudad, que han hecho un total de 4.031 salidas a la calle. Los retos actuales son consolidar su extensión, garantizar la atención a todas las personas que lo necesiten y profundizar en la calidad de la prestación.

#### **Introducción**

El aislamiento social y la soledad, definida como la experiencia subjetiva de la ausencia o la pérdida involuntaria de compañía (Dickens, 2011), empeoran la calidad de vida y aumentan la mortalidad en las personas mayores (Hand, 2017; Singh, 2009). Muchas personas mayores se sienten solas porque han perdido a su pareja o a otras personas queridas (Dahlberg, 2014), y su soledad se agrava cuando experimentan dificultades con respecto a la movilidad, porque chocan con barreras arquitectónicas que les impiden salir de casa y relacionarse con el entorno (Gené-Badia, 2019). Está bien documentado el efecto positivo de la participación y el apoyo social en la salud, en el bienestar y la esperanza de vida de las personas mayores (Wilkins, 2006). La participación en actividades sociales o de ocio y la interacción con familiares y amistades mejora la función de razonamiento y es una fuente de apoyo emocional (Hsu, 2007; Gleib *et al.*, 2005). Las personas que mantienen relaciones sociales y se implican activamente en la vida son más felices, tienen mejor estado de salud física y mental y más capacidad para afrontar los cambios y las transiciones vitales (Pool, 2017, Niedzwiedz, 2016, Cattán, 2005).

1. Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB).

2. Departamento de Salud del Ayuntamiento de Barcelona.

3. CIBERESP.

“Barcelona, salud en los barrios” (BSaB, por sus siglas en catalán) es un programa de salud comunitaria iniciado en el 2007 por la Agencia de Salud Pública de Barcelona en colaboración con el Consorcio Sanitario de Barcelona y de los Distritos, con el objetivo de reducir las desigualdades en salud entre barrios (Fuentes, 2012; Díez, 2012). En estos doce años, una necesidad priorizada con frecuencia con respecto a la población en los barrios intervenidos ha sido combatir la soledad y el aislamiento social de las personas mayores asociadas a las barreras arquitectónicas. Los datos muestran que en Barcelona, en el 2018, el 21,6% de la ciudadanía tenía más de 65 años, y el 25,6% de estas personas vivían solas. El mismo año, un 31,6% de los edificios de Barcelona no tenían ascensor, y el porcentaje era superior en los barrios con peores indicadores económicos y sociales.

En el 2009, en el marco del programa BSaB en el barrio del Poble Sec, el diagnóstico comunitario señaló la existencia de personas sin contacto con el entorno porque vivían en edificios sin ascensor. Este hecho, junto con el conocimiento del riesgo de deterioro psíquico y físico de las personas aisladas y de la mejora de la salud que produce la interacción social, motivaron que el Plan de desarrollo comunitario del barrio y la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB), junto con el CAP y otros agentes del grupo motor de salud del barrio, desarrollaran y pilotaran la intervención “Bajamos a la calle” (antes denominada “Súbeme, bájame”). La intervención ayudó a fortalecer la red comunitaria del barrio porque respondió a una necesidad identificada por profesionales, agentes comunitarios y vecinos y vecinas. Y dos años después se extendió de forma piloto en el barrio de Sant Pere, Santa Caterina i la Ribera y en los tres barrios de la Zona Nord: Ciutat Meridiana, Torre Baró y Vallbona. La evaluación de la prueba piloto mostró una mejora en varios indicadores de salud de las personas participantes (Díez *et al.*, 2014), y dio pie, a partir del 2013, a la extensión gradual del programa a otras zonas.

Los objetivos de este artículo son, en primer lugar, describir el programa y sus resultados con respecto a la salud en la primera fase de implementación (2009-2015) y, en segundo lugar, describir la situación actual en la fase de extensión en toda la ciudad, haciendo una breve descripción del perfil de las personas participantes y de los retos de futuro.

### **Desarrollo y evaluación del programa “Bajamos a la calle” (2009-2015)**

En este apartado se presenta el programa y sus objetivos, criterios de inclusión, actividades y resultados de la evaluación del periodo 2009-2015. El objetivo del programa “Bajamos a la calle” era reducir la soledad y el aislamiento y mejorar la calidad de vida, la salud mental y el estado de salud general de las personas mayores con dificultades para salir de casa por las barreras arquitectónicas, y ofrecerles la posibilidad de recuperar su vida social. También se dirigía a las personas que, aunque pueden salir de casa porque viven en una planta baja, viven una situación de aislamiento social por dificultades de movilidad en la calle. Como objetivos específicos, “Bajamos a la calle” pretendía incrementar la red social y la relación vecinal de las personas mayores aisladas y fomentar el voluntariado y la participación ciudadana.

El programa se dirigía a las personas mayores de 65 años que se encontraban en una situación de aislamiento social y soledad no deseada, tanto por barreras arquitectónicas y por escaleras o peldaños en el edificio que les impiden salir a la calle como por dificultades de movilidad. Los criterios de inclusión en este periodo eran el hecho de estar tres o más meses sin salir de casa y no sufrir una patología aguda. Los criterios de exclusión eran: a) vivir en un edificio con escaleras que no permitieran el uso del salvaescaleras y en los que no se podía utilizar una silla de ambulancia (por la escalera, por obesidad, etc.), b) sufrir un déficit cognitivo o demencia severa con dificultades para relacionarse, c) el equipo sanitario desaconseja la salida por motivos de salud y d) personas encamadas. La detección de las personas participantes la llevaban a cabo los equipos de atención primaria, los equipos de servicios sociales y los agentes comunitarios que formaban parte de las mesas comunitarias del barrio. Una vez detectadas, el equipo proveedor estudiaba la viabilidad de la solución y ofrecía, si era factible, las salidas. Las personas usuarias hacían salidas periódicas para hacer actividades acompañadas de voluntariado. Las propuestas podían ser de varios tipos:

- Salidas semanales o quincenales, en que las personas participantes pactaban con la persona voluntaria el tipo de salida, como pasear por la calle, visitar a personas conocidas o ir a tomar un café. Tenían una duración de entre dos y cuatro horas.
- Salidas para participar en actividades de las entidades proveedoras de servicios relacionadas con fechas significativas (Sant Jordi, Navidad, etc.) o actividades culturales como ir al teatro o hacer visitas guiadas.
- Salidas para participar en actividades organizadas por las entidades de los barrios, como actividades con escuelas o salidas de grupo con otros programas del barrio, como las Escuelas de Salud.
- Salidas en grupo, tanto en grupos por el barrio como salidas con participantes de todas las zonas de Barcelona en las que se seguía el programa. Solían ser semestrales y se visitaban espacios de interés del barrio o la ciudad.

Estas salidas se podían agrupar en tres tipos:

- Acompañamiento ofreciendo la mano para proporcionar estabilidad y confianza a la persona al acceder a la calle por su propio pie, pero con la debida supervisión.
- Mediante un salvaescaleras motorizado con capacidad para subir y bajar escaleras, indicado en los casos en los que el deterioro físico no permitía a la persona acceder a la calle. Una vez que la persona estaba en la calle podía pasear acompañada o en silla de ruedas.
- Mediante una silla de evacuación de emergencias, utilizada en casos excepcionales en los que la persona no podía colaborar para su propia movilización y en los que la escalera no cumplía los requisitos técnicos para el uso del salvaescaleras.

## Evaluación

La Agencia de Salud Pública de Barcelona hizo una evaluación piloto que mostró resultados muy favorables en la salud de las personas usuarias (Díez *et al.*, 2014). Más adelante se analizaron los resultados del periodo 2010-2015, con una muestra más amplia, que comprendía la actuación en los barrios del Poble Sec; Sant Pere, Santa Caterina i la Ribera; el Raval; el Besòs i el Maresme; Ciutat Meridiana; Torre Baró, y Vallbona. Se utilizó un diseño no experimental para evaluar el antes y el después. Los datos los recogieron entrevistadoras que entregaron un cuestionario a las personas participantes antes de ingresar en el programa y tras los primeros seis meses de participación y un mínimo de cuatro salidas.

Se analizaron las siguientes variables explicativas: a) características sociodemográficas: sexo, edad, meses sin salir de casa, barrio de residencia y nivel educativo; y b) características de la intervención recibida: número y tipo de salidas. Las variables dependientes fueron la salud percibida, la salud mental y la calidad de vida. Las respuestas de salud percibida se dicotomizaron como buenas (regulares, buenas y muy buenas) o malas (malas o muy malas). La salud mental se midió con el cuestionario de salud general (GHQ-12) y se analizó como una variable categórica en que las personas con tres o más respuestas positivas se consideraban en riesgo de tener una salud mental deficiente (Goldberg, 1978), y también como una variable continua de 0 a 36, que aplica una puntuación de tipo Likert a cada respuesta. La calidad de vida relacionada con la salud se evaluó utilizando la escala EuroQol (EuroQol, 1990), que mide cinco dimensiones: la movilidad, el cuidado personal, las actividades diarias, el dolor o la incomodidad y, finalmente, la ansiedad. La escala EuroQol EQ-5D-3L tiene tres niveles de severidad en cada ítem, que se dicotomizaron como “sin problemas”, “algunos problemas” y “problemas graves” (Janssen, 2015). También se estudió la satisfacción general de las personas usuarias con el programa con respecto a la frecuencia, la duración, el tiempo, el lugar y la puntualidad de los servicios, y, finalmente, si recomendarían el programa a otras personas.

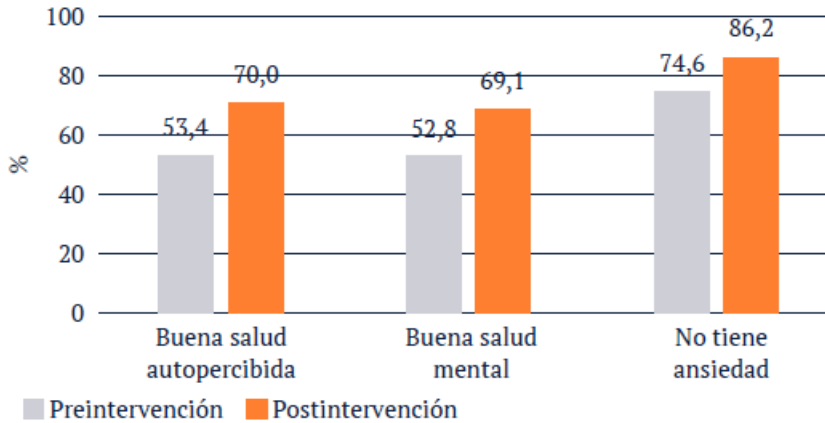
Las características sociodemográficas de las personas participantes en el periodo 2009-2015 (n = 135) se describen en la tabla 1. Las personas usuarias eran mayoritariamente mujeres (58,5%), de 85 años o más (44,8%) que no habían salido de sus hogares en los últimos cuatro meses o más (55,9%) (tabla 1). No se observaron diferencias por sexo, edad y tiempo sin salir de casa entre las personas perdidas a lo largo del seguimiento y las que permanecieron dentro del estudio, pero el nivel de estudios era más bajo en las personas perdidas. Las personas participantes hicieron una media de dieciocho salidas (media de ocho salidas) durante los seis meses estudiados. El 40% de los participantes necesitaron ir del brazo para bajar las escaleras y hacer la salida, y en el 35% de los casos hubo que utilizar un salvaescaleras, dada su movilidad limitada, con la supervisión de una persona voluntaria.

**Tabla 1. Características sociodemográficas de las personas participantes (n = 135) y de la intervención. Barcelona, 2010 -2015**

Características individuales	% (n)
<b>Sexo</b>	
Mujer	58,5 (86)
Hombre	41,5 (61)
<b>Edad</b>	
59-74	14,0 (20)
75-84	41,2 (59)
≥85	44,8 (64)
<b>Barrio de residencia</b>	
El Poble Sec	27,7 (36)
Sant Pere, Santa Caterina y la Ribera	28,8 (42)
Ciutat Meridiana, Torre Baró y Vallbona	27,4 (40)
El Raval	15,1 (22)
El Besòs y el Maresme	4,1 (6)
<b>Tiempo sin salir de casa</b>	
< 4 meses	44,1 (60)
≥ 4 meses	55,9 (76)
<b>Nivel de estudios alcanzado</b>	
Sin estudios	21,6 (27)
Primarios	55,2 (69)
Secundarios	19,2 (24)
Universitarios	4,0 (5)
<b>Características de la intervención</b>	
<b>Número de salidas</b>	
4-8	55,4 (71)
9-24	24,1 (32)
≥25	22,0 (29)
Media (DE)	18,0 (21,3)
Mediana (rango intercuartilico)	8 (7-18)
<b>Tipo de salidas</b>	
Ayuda para andar	40,5 (51)
Salvaescaleras	34,9 (44)
Otras	24,6 (31)

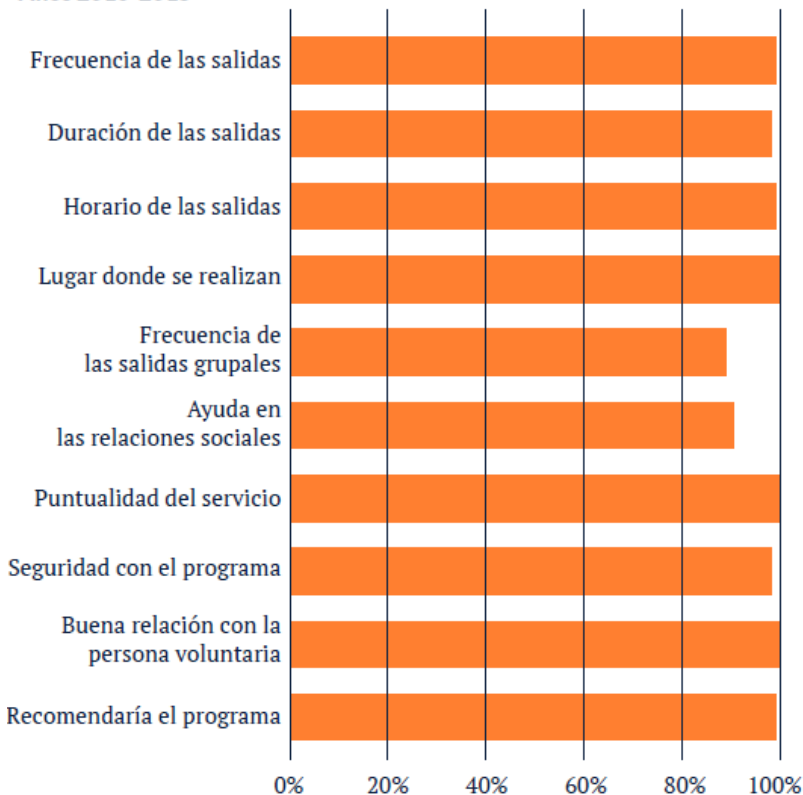
Después de la intervención, la salud percibida, la salud mental y la ansiedad mejoraron de forma estadísticamente significativa. La percepción de buena salud pasó del 53,4% al 70%; la buena salud mental pasó del 52,8% al 69,1% y el porcentaje de participantes sin ansiedad pasó del 74,6% al 86,2% (gráfico 1). No se dieron cambios significativos en otros aspectos de la calidad de vida (movilidad, cuidado personal, actividades diarias, dolor o molestias).

**Gráfico 1. Salud percibida, salud mental y ansiedad antes y seis meses después de la intervención (n = 135). Barcelona, 2010-2015**



Las personas participantes estuvieron muy satisfechas con el programa (media de 9,3 puntos sobre 10). El 99% declararon que recomendarían el programa a otras personas. Todas las dimensiones de satisfacción (frecuencia de las salidas, la duración, el tiempo, el lugar y la puntualidad) se calificaron como adecuadas por casi el 100% de las personas participantes, y la frecuencia de las salidas grupales fue el ítem considerado menos satisfactorio (gráfico 2).

**Gráfico 2. Satisfacción de las personas usuarias según varias dimensiones. Años 2010-2015**





### **“Bajamos a la calle” diez años después**

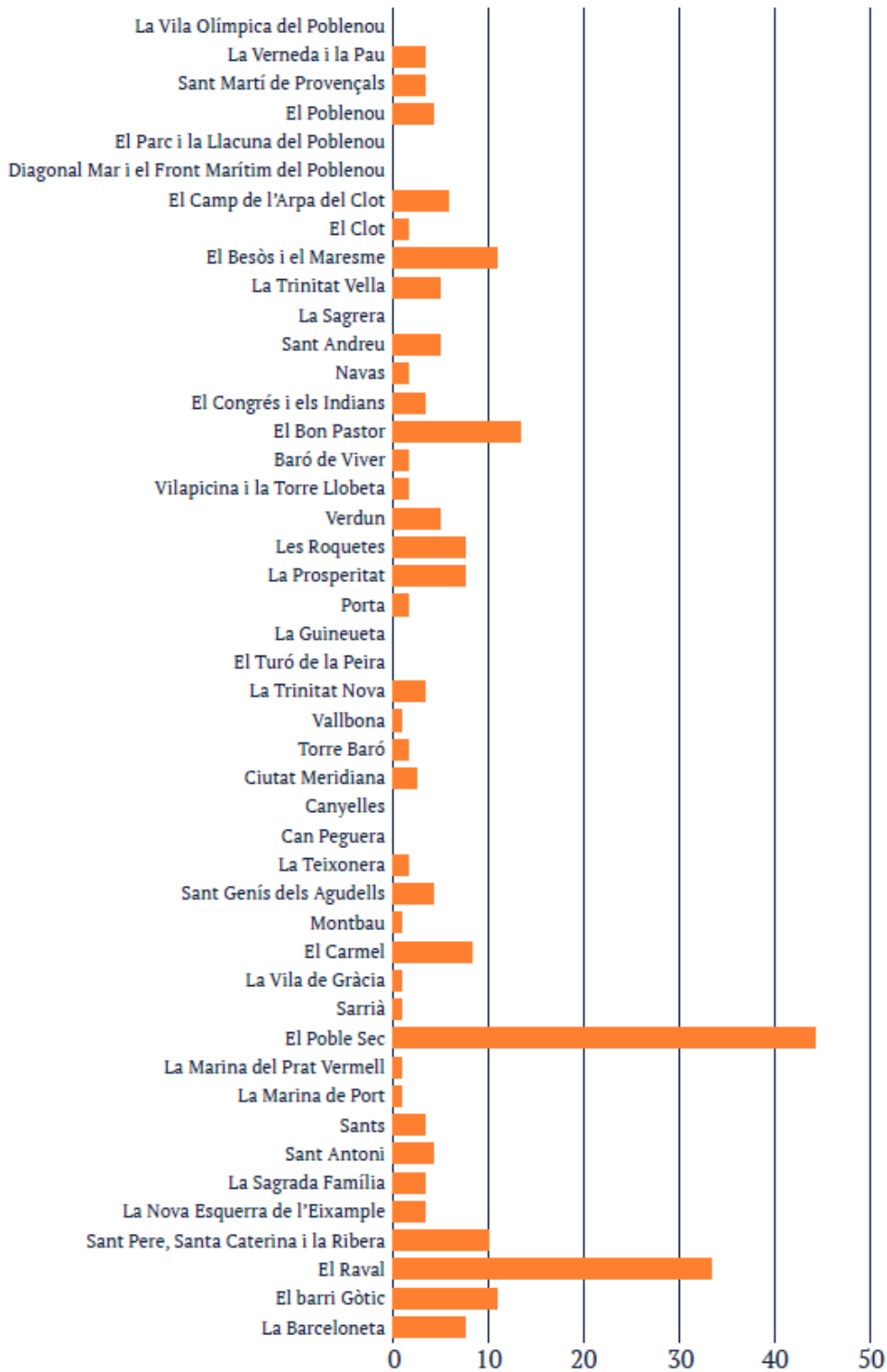
A la luz de los resultados positivos de la participación en el programa en varios aspectos de la salud, en el 2013 se firmó un convenio entre el Ayuntamiento de Barcelona, la Cruz Roja y, posteriormente la Coordinadora de Entidades del Poble Sec, con la colaboración de la ASPB para hacer crecer la intervención y conseguir que se convirtiera en un programa de ciudad posteriormente con la participación del Pla de barrios del Ayuntamiento de Barcelona se fue extendiendo a los barrios más vulnerables de la ciudad. En los últimos dos años, de acuerdo con algunos indicadores, como la proporción de viviendas sin ascensor y según las demandas, el programa se extendió a los barrios con más personas en riesgo de sufrir aislamiento social o soledad no deseada. En el 2019, “Bajamos a la calle” se lleva a cabo en 46 de los 73 barrios de Barcelona, con una periodicidad de salidas semanal, y en el resto de la ciudad como respuesta a demandas puntuales con una periodicidad quincenal. El servicio actualmente lo proveen tres entidades: la Coordinadora de Entidades del Poble Sec, la Cruz Roja de Barcelona y Airun SL, coordinadas por la Dirección de Salud del Ayuntamiento de Barcelona con la colaboración de la ASPB y el Plan de barrios.

El programa se desarrolla, en líneas generales, de forma similar al periodo anterior (2009-2015). Se presenta a los grupos motores o mesas de salud comunitaria que pueden hacer el seguimiento del programa, analizando los datos mensuales en sus reuniones periódicas. Los casos los detectan los equipos de atención primaria de salud y de servicios sociales, y otros agentes comunitarios (servicios y entidades en contacto con la población a la que va destinado). Cuando se detecta a una persona que potencialmente sería usuaria se comunican los datos al equipo de trabajo social de atención primaria de salud del barrio, que valora el caso en lo que respecta a temas de salud y lo deriva a la entidad. El personal técnico de la entidad hace una nueva valoración social y del entorno en una visita para asegurar la adecuación del servicio, además de una valoración técnica de la forma más adecuada de facilitar la bajada (con un salvaescaleras o a pie), los elementos de apoyo (silla de ruedas, bastón o andador) y el acompañamiento. En los casos en que la persona no cumpla los criterios de inclusión, se hace un seguimiento de los motivos por los que no se la ha incluido y se recomienda derivarla a otros servicios de acompañamiento más pertinentes.

Para las salidas, es necesario que una persona técnica maniobre el salvaescaleras, y también sillas de ruedas, bastones y andadores. También se necesita a una o más personas para acompañar a la persona usuaria para hacer la actividad una vez que está en la calle. Las entidades proveedoras cuentan habitualmente con voluntariado para hacer los acompañamientos y, en los casos en que no ha sido posible disponer de voluntariado, se ha hecho una colaboración con personas vinculadas a planes de empleo de Barcelona Activa. La duración media de cada salida es de dos horas y media, incluyendo el tiempo utilizado para bajar y subir la escalera del domicilio y el tiempo en que la persona usuaria hace la actividad. El tiempo total varía en función de la capacidad de movilización de la persona, la orografía del barrio y las condiciones meteorológicas. Las salidas se hacen de lunes a viernes, preferentemente durante el horario de la mañana y a primera hora de la tarde, dependiendo de la estación del año. La periodicidad de las salidas es semanal en los barrios más desfavorecidos y quincenal en el resto de barrios.

Durante el año 2019 han participado 279 personas que han realizado 4.031 salidas. Un 68% son mujeres, un 72% tienen 85 años o más, un 62% viven solas o en pareja y un 30% viven con otros familiares. El gráfico 3 muestra el número de personas usuarias durante el año 2019 según el barrio de residencia. El programa recoge cada seis meses la satisfacción de las personas usuarias. Como en años anteriores, la satisfacción es elevada.

**Gráfico 3. Personas usuarias según el barrio de residencia (n = 275).  
Barcelona, 2019**



### **Fortalezas, limitaciones, conclusiones y retos**

De acuerdo con los resultados de la evaluación, “Bajamos a la calle” contribuye a mejorar la salud de las personas participantes. Se observaron mejoras significativas en la salud percibida y en la salud mental, así como una reducción de la ansiedad, principalmente entre las personas que previamente no habían salido de casa durante mucho tiempo, aquellas con un nivel de educación más bajo y las que habían hecho más de nueve salidas durante el periodo analizado. La satisfacción con la participación fue elevada.

La principal fortaleza del estudio de evaluación es el hecho de haber sido una de las primeras intervenciones comunitarias contra la soledad de las personas mayores aisladas que mide los resultados de salud con escalas validadas. La principal limitación de la evaluación es la ausencia de un grupo de comparación. Se prescindió de ello porque un diseño experimental, con un grupo de control o un grupo de comparación, no era recomendable por motivos éticos y también por el número limitado de participantes elegibles. Otra limitación podría haber sido la causalidad inversa entre el número de salidas y la salud percibida, es decir, que las personas participantes con mejor salud podrían haber tenido más probabilidades de hacer más salidas que las que tenían peor salud. Sin embargo, algunos elementos refuerzan los resultados: a) una prueba piloto de la intervención mostró resultados similares en la autovaloración de la salud, la salud mental y la reducción de la ansiedad (Díez, 2014); b) las mejoras en las variables superan el sesgo de maduración, ya que tanto la autovaloración de la salud como la salud mental de las personas mayores tienden a empeorar con el tiempo; c) la gran satisfacción descrita por casi todas las personas participantes. En cuanto a las fortalezas del programa, “Bajamos a la calle” ha contado con el trabajo en red de diferentes instituciones y agentes comunitarios, como la Dirección de Salud del Ayuntamiento de Barcelona, el Plan de barrios del Ayuntamiento de Barcelona, la Agencia de Salud Pública de Barcelona, el Consorcio Sanitario de Barcelona con los equipos de atención primaria de salud, el Instituto Municipal de Servicios Sociales con los equipos de atención primaria de servicios sociales, y las redes de asociaciones y otros agentes comunitarios de la ciudad.

Durante el último periodo, el programa “Bajamos a la calle” ha alcanzado la fase de consolidación, en la que se han trabajado varios aspectos: a) ampliar y consensuar los criterios de inclusión y exclusión, b) mejorar la difusión del programa a las trabajadoras y trabajadores sociales del CSB, c) hacer un seguimiento de los motivos por los que no se incluyen las personas usuarias y las derivaciones a otros programas y d) sistematizar la recogida de datos personales, de salud y de satisfacción de las personas usuarias. Los retos para el futuro son consolidar el programa como un recurso de ciudad, fortalecer la calidad técnica y comunitaria del proyecto, e incluirlo entre las estrategias sociales, como las manzanas sociales de cuidado.

---

## Bibliografía

AGENCIA DE SALUD PÚBLICA DE BARCELONA (2018). *Infobarris BCN. Barcelona Salut als Barris. Memòria 2018*. Disponible en línea en [http://www.aspb.cat/documents/informes/\\*/promocions/entorns/barris\\*/](http://www.aspb.cat/documents/informes/*/promocions/entorns/barris/*/).

CATTAN, M.; WHITE, M.; BOND, J.; LEARMOUTH, A. “Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions”. *Ageing and Society*, 25(1) (2005), pp. 41-67.

DAHLBERG, L.; MCKEE, K. J. “Correlates of social and emotional loneliness in older people: Evidence from an English community study”. *Aging Ment Heal*, 18(4) (2014), pp. 504-514.

DICKENS, A. P.; RICHARDS, S. H.; GREAVES, C. J.; CAMPBELL, J. L. *et al.* “Interventions targeting social isolation in older people: A systematic review”. *BMC Public Health*, 11, 647 (2011). Disponible en línea en <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-647>.

DÍEZ, E.; PASARÍN, M.; DABAN, F.; CALZADA, N.; FUERTES, C.; ARTAZCOZ, L.; BORRELL, C. “«Salut als barris» en Barcelona, una intervenció comunitaria para reducir las desigualdades sociales en salud”. *Comunidad*, 4(2) (2012), pp. 121-126.

EUROQOL GROUP. “EuroQol: a new facility for the measurement of health-related quality of life”. *Health Policy*, 16(3) (1990), pp. 199-208.



FUERTES, C.; PASARÍN, M. I.; BORRELL, C.; ARTAZCOZ, L. "Feasibility of a community action model oriented to reduce inequalities in health". *Health Policy*, 107 (2012), pp. 289-295.

GENÉ-BADIA, J.; COMICE, P.; BELCHÍN, A.; ERDOZAIN, M. A.; CÁLIZ, L.; TORRES, S.; RODRÍGUEZ, R. "Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana". *Atención Primaria*, 2019. Disponible en línea en [www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-avance-resumen-perfiles-soledad-aislamiento-social-poblacion-S0212656718303810](http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-avance-resumen-perfiles-soledad-aislamiento-social-poblacion-S0212656718303810).

GLEI, D. *et al.* "Participating in social activities helps preserve cognitive function: an analysis of a longitudinal, population-based study of the elderly". *International journal of epidemiology*, 34(4) (2005), pp. 864-871.

GOLDBERG, D. (1978). *Manual of the general health questionnaire*. Windsor: National Foundation for Educational Research.

HAND, C.; RETRUM, J.; WARE, G.; IWASAKI, P.; MOAALII, G.; MAIN, D. S. "Understanding social isolation among urban aging adults: Informing occupation-based approaches". *OTJR Occupation, Participation and Health*, 37(4) (2017), pp. 188-198.

HSU, H. (2007). "Does social participation by the elderly reduce mortality and cognitive impairment?". *Aging & Mental health*, 11(6) (2007), pp. 699-707.

JANSSEN, B.; OPPE, M. (2015). *EQ-5D-5L User Guide. Basic information on how to use the EQ-5D-3L instrument*. Rotterdam: EuroQol Research Foundation.

NIEDZWIEDZ, C. L.; RICHARDSON, E. A.; TUNSTALL, H.; SHORTT, N. K.; MITCHELL, R.; PEARCE, J. R. "The relationship between wealth and loneliness among older people across Europe: Is social participation protective?". *Prev Med*, 91 (2016), pp. 24-31.

POOL, M. S.; AGYEMANG, C. O.; SMALBRUGGE, M. "Interventions to improve social determinants of health among elderly ethnic minority groups: A review". *European Journal of Public Health*, 27 (2017), pp. 1048-1054.

SINGH, A.; MISRA, N. "Loneliness, depression and sociability in old age". *Industrial Psychiatry Journal*, 18(1) (2009), p. 51. Disponible en línea en [www.industrialpsychiatry.org/text.asp?2009/18/1/51/57861](http://www.industrialpsychiatry.org/text.asp?2009/18/1/51/57861).

WILKINS, K. "Predictors of death in seniors". *Health reports*, 16 suppl. (2006), pp. 57-67.