

Efectividad de una intervención grupal de promoción de la salud mediante un ensayo clínico

Presentat per l'equip format per: **Maria Antonia Campo Osaba** (investigadora principal: macampo@gencat.cat), Vicencia Laguna, José Luis del Val, Francesc Orfila, María Teresa Tierno, Enriqueta Borràs, Carolina Lapena, Araceli García, Rómulo Rodríguez, Olga Lozano y Ziortza Martín.

A) INTRODUCCIÓ I ANTECEDENTS DE L'EXPERIÈNCIA (Citar les referències incloses en l'apartat següent)

La promoción de la salud y las intervenciones de salud comunitaria continúan siendo una de las asignaturas pendientes de nuestro sistema de salud (1-2). Los problemas de salud más prevalentes (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes...) están relacionados en gran medida con hábitos de vida (3-5). Se estima que un 35% de cánceres están relacionados con la alimentación. (6-8) El aumento de actividad física produce una disminución del riesgo de padecer enfermedades crónicas, como las cardiovasculares, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2 y la obesidad, todas ellas asociadas con un estilo de vida sedentario (9). Asimismo el ejercicio físico regular (10) ayuda a mejorar la depresión leve y la ansiedad. Algunos estudios han objetivado que las intervenciones para mejorar hábitos de vida saludables encuentran mejorías transitorias para un corto periodo (11-13). En una revisión sistemática (14) en pacientes con diabetes mellitus, encontraron evidencia de que la educación grupal resultaba efectiva para el buen control metabólico, para la reducción de la presión arterial y el peso corporal, y para el aumento del autocontrol, la calidad de vida, las habilidades de autocuidado y la satisfacción con el tratamiento.

Nuestra revisión sobre el tema nos ha permitido constatar la efectividad de los grupos para la incorporación de hábitos saludables pero estos cambios positivos no se mantienen en el tiempo, una vez finalizada la actividad grupal, continuando la revisión y reflexión sobre las causas por las que no se mantenían estos cambios encontramos que los estudios sobre promoción de la salud suelen abordar aspectos específicos, (actividad física, alimentación...) (15,16) pero no contemplan todos los aspectos que influyen en los comportamientos y en la salud y bienestar de las personas.

Continuando la reflexión para encontrar alguna estrategia que resultase efectiva para integrar y mantener hábitos saludables a largo plazo vimos que el modelo conceptual de enfermería de Virginia Henderson (17) ha resultado útil en los cuidados individuales, y nuestra hipótesis es que este modelo conceptual es igualmente útil para orientar las actuaciones de promoción de la salud, ya que contempla a la persona de manera integral dando importancia tanto a aspectos físicos como psíquicos, emocionales, culturales y espirituales. Henderson define a la persona como un todo que presenta 14 necesidades básicas (NB) o requisitos que ha de satisfacer para mantener su salud y su bienestar y desarrollar todas sus capacidades.

Estas 14 necesidades son: Respirar normalmente, Comer y beber de forma adecuada, Eliminar, Moverse y mantener posturas adecuadas, Dormir y descansar, Utilizar ropa de vestir adecuada, Mantener la temperatura corporal dentro de los límites de normalidad, Mantener la higiene personal y la integridad de la piel, Evitar peligros físicos y psicológicos y evitar lesionar a otras personas, Comunicarse, Vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores, Realizar alguna

actividad que permita sentirse útil, Participar en actividades recreativas, Aprender. Según este modelo, cada persona es capaz de satisfacer sus NB y cuando no lo hace es por falta de conocimiento, fuerza y/o voluntad.

El año 2006 se desarrolló por parte del equipo investigador el material educativo necesario para realizar educación grupal, que denominamos "TALLERES DE SALUD "(18) dirigidos a toda la población.

Los talleres están estructurados según las 14 NB descritas por Henderson. En las diferentes sesiones se incorporan herramientas para ayudar a integrar en la vida diaria hábitos saludables que mejoran la calidad de vida percibida y tienen una relación directa con los problemas de salud más prevalentes. Además estos hábitos saludables figuran como prioritarios en los planes de salud de todas las comunidades autónomas, así como en las recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC).

Las medidas de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), han evidenciado todo y no ser medidas estandarizadas, que son válidas y fiables para evaluar los resultados de salud (19). Clínicos y gestores han reconocido la importancia de medir la CVRS en cuanto a su utilidad para informar del manejo más eficaz del paciente y para la toma de decisiones en materia de salud. (20) Estas medidas incluyen perfiles de salud y entre ellas destaca el cuestionario general Medical Outcomes Study 36 item Short Form Health Survey (SF-36), contiene 36 ítems que cubren dos áreas, el estado funcional (4 dimensiones físicas) y el bienestar emocional (4 dimensiones mentales) (19). Además, este cuestionario tiene valores poblacionales normativos para la población española (21-22).

BIBLIOGRAFIA

1. Generalitat de Catalunya, Departament de salut: Pla d'innovació de l'atenció primària i de la salut comunitària 2007-2010
2. Generalitat de Catalunya: Estratègies de salut per l'any 2010.
3. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, Ministerio de Sanidad y consumo. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención para la obesidad (NAOS).Madrid, 2005.
4. Kromhout D. Diet and cardiovascular diseases. *J Nutr Health Aging* 2001; 5(3): 131.
5. Herrmann W. The importance of hyperhomocysteinemia as a risk factor for diseases: an overview. *Clin Chem Lab Med* 2001; 39: 666-74.
6. Van Duyn MA, Pivonka E. Overview of the health benefits of fruit and vegetable consumption for the dietetics professional: selected literature. *J Am Diet Assoc* 2000; 100: 236 – 238
7. Schulze MB, Hu FB. Dietary patterns and risk of hypertension, type 2 diabetes mellitus, and coronary heart disease. *Curr Atheroscler Rep* 2002; 4: 462-7.
8. Willett WC. Diet and cancer. *The Oncologist*, 2000; 5: 393-404.
9. Elosua R, Marrugat J. Actividad física: se hace camino al andar. *Med Clin (Barc)*. 2003;121: 573-4.
10. De Moor MHM, Beem, AL, Stubbe JH, Boomsma DI, De Geus E.J.C. Regular exercise, anxiety, depression and personality: a population-based study. *Preventive Medicine* 42 (2006) 273–279, disponible online www.sciencedirect.com (consulta 23/01/09)
11. Hillsdon M, Foster C, Thorogood M. Intervenciones para la promoción de la actividad física (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
12. Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. *Am J Prev Med*. 2002;22:67- 70
13. Mansilla J, Herrera B, Perdígón P, Montes M, Sánchez M. Actividad física durante el tiempo libre en población adulta. *Metas de Enfermería*. 2002;49:60-5.
14. Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams RDRR. Entrenamiento grupal de estrategias de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2 (Revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
15. Gine-Garriga Maria, Martin Carmen, Martin Carlos, Puig-Ribera A, nna, Antón JJ, Guiu A, Cascos A, Ramos R, Referral from primary care to physical activity programme: establishing long-term adherente? a randomized controlled tria. Rationale and study desingn. *BMC Public Health* 2009, 9:31 (disponible <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/31>, 23/10/09)
16. Fitó M, Guxens M, Corella D, Sáez G, Estruch R, de la Torre R, Francés F, Cabezas C, López-Sabater Mdel C, Marrugat J, García-Arellano A, Arós F, Ruiz-Gutierrez V, Ros E, Salas-Salvadó J, Fiol M, Solá R, Covas MI; for the PREDIMED Study Investigators. Effect of a traditional Mediterranean diet on lipoprotein oxidation: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2007 Jun 11;167(11):1195-203. PMID: 17563030 [PubMed - indexed for MEDLINE]
17. Henderson, V. La naturaleza de la enfermería. Reflexiones 25 años después. McGraw-Hill- Interamericana, 1994.
18. Campo MA; Laguna V. Talleres de salud: guía para su desarrollo, Enfermería Comunitaria II: 1018 -1043, DAE colección Enfermería 21, 2ª edición Octubre 2008

- 19.- Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Med Care 1992; 30: 473-83.
- 20.- Kaufman S. The emerging role of health-related quality of life. Data in clinical research, part 2. Clin Res 2001; 1: 38-43.
- 21- Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del cuestionario de salud SF 36 (the SF-36 health questionnaire): un instrumento para medir resultados clínicos . Med Clin (Barc) 1995; 104: 771-6.
22. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanitaria 2005; 19(2):135-150.

B) OBJECTIUS DE L'EXPERIÈNCIA

Principal: Evaluar la efectividad de los talleres de salud, en términos de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) medida mediante el cuestionario SF36.

Secundarios:

- 1) Conocer la efectividad de los talleres de salud con relación a:
 - *Aumentar conocimientos sobre hábitos saludables (actividad física, alimentación)
 - *Incorporar y mantener una dieta equilibrada.
 - *Realizar actividad física de forma regular.
 - *Mantener factores de riesgo (TA, Peso, Colesterol) dentro de límites de normalidad.
 - *Disminuir el riesgo cardiovascular (RCV).
- 2) Realizar una estimación de costes de los talleres de salud.

C) DESCRIPCIÓ DE L'EXPERIÈNCIA

Fase 1. Reclutamiento y selección:

La captación de los participantes se realizará por diferentes vías: por derivación de los profesionales del Centro de salud (CS), a través de las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos (AMPAS) de los colegios de la zona, mediante cartel anunciando la realización de los talleres en lugares significativos del barrio (farmacia, supermercado...). Las personas interesadas rellenarán una solicitud de participación que estará disponible en admisiones de su CS, en la que constará el nombre, teléfono y disponibilidad horaria. Mediante contacto telefónico se les convocará a una reunión (dentro de su disponibilidad horaria), en la que se informará sobre el desarrollo de los talleres y se les pedirá que cumplimenten el consentimiento informado, y los cuestionarios de calidad de vida, hábitos saludables y resto de datos necesarios para el estudio. Igualmente, en esta reunión se explicará que podrán ser asignados a grupo de intervención o grupo control.

Los datos de TA y peso se recogerán (en las personas que den su consentimiento), en una visita individual después de la reunión informativa. Se solicitará perfil lipídico (si no consta en la historia clínica ningún valor 3 meses antes) al inicio del estudio y a los 12 meses.

Fase 2. Creación de los grupos de estudio

La asignación aleatoria se realizará por centros, para evitar que el grupo control pueda contaminarse de la experiencia del grupo de intervención al corresponder ambos al mismo ámbito geográfico, así tendremos unos centros en los que se realizará la intervención y otros centros en los que no se realizará la intervención. Se formarán los grupos intervención y control, y se iniciarán los talleres (los talleres serán de 12-15 personas cada uno).

Fase 3 Intervención (solo en el grupo de intervención)

Se iniciará la intervención grupal según el protocolo publicado (18) que consta de 12 sesiones en las que se van abordando de manera progresiva las 14 NB y se trabajan las herramientas para aumentar conocimientos y desarrollar habilidades y elementos de motivación que ayuden a satisfacer las NB, y la incorporación progresiva de hábitos saludables (ejercicios de respiración, relajación, abandono del tabaco, alimentación saludable, descanso y sueño, autoestima...) a realizar durante la semana. Cada sesión se inicia con una puesta en común de la realización por parte de los participantes de los trabajos propuestos analizando las dificultades para su incorporación y/o mantenimiento y buscando estrategias de mejora.

Los talleres se ofrecerán en diferentes horarios para facilitar la asistencia.

El grupo control continuará recibiendo la atención habitual y podrá realizar los talleres al acabar el proyecto, (si han resultado efectivos), una vez terminada la última evaluación de los 12 meses.

Fase 4 Cierre del proyecto

Recogida y análisis de los últimos datos y comunicación de los resultados.

D) DESCRIPCIÓ DEL PROJECTE D'AVALUACIÓ

Diseño: Ensayo clínico controlado aleatorizado, comparando a un grupo de personas que realizan los talleres de salud con un grupo control de similares características que no realizan los talleres de salud.

Ámbito del estudio: El estudio se desarrollará en 48 Centros de Salud de Barcelona ciudad.

Sujetos de estudio: Toda la población de los centros que participen en el estudio y que cumpla criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Personas de ambos sexos entre 18 y 65 años que den su consentimiento para participar.

Criterios de exclusión:

- Dificultad para mantener su participación durante 12 meses.
- Dificultad para entender y expresarse en catalán o castellano.
- Problemas de salud mental graves.
- Otros problemas de salud que no aconsejen su participación o no permitan realizar

el seguimiento previsto (enfermo terminal, patología orgánica grave...).

Tamaño muestral: Aceptando un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.20 en un contraste bilateral, se precisan 188 sujetos en el primer grupo y 188 en el segundo para detectar una diferencia igual o superior al 0.15 entre ambos en la calidad de vida medida con el cuestionario SF-36. Se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 0.10. Se ha utilizado la aproximación del ARCOSENO.

Variables del estudio.

En todos los participantes se recogerán variables sociodemográficas.

Variable principal: Cuestionario SF 36. Se ha seleccionado el indicador de calidad de vida percibida como variable principal ya que es un indicador sensible a pequeños cambios. (19)

Variables relacionadas con la intervención:

- Número de sesiones a las que ha asistido.
- Aumento de conocimientos mediante cuestionario específico elaborado para el proyecto.
- Hábito tabáquico mediante Test de Fagerström. (para el cálculo de RCV)
- Cuestionario IPAC para las variables relacionadas con la actividad física (el cuestionario IPAC ha sido utilizado en estudios de nuestro entorno (15) lo que permitirá comparar los datos obtenidos).

- Las variables relacionadas con hábitos de alimentación se recogerán mediante el cuestionario PREDIMED, (16) que es un cuestionario validado y utilizado en nuestro entorno lo que nos permitirá comparar resultados.

- TA, Perfil lipídico, Talla, Peso.

- Para la estimación de costes se sumarán los tiempos de los profesionales relacionados directamente con la intervención (llamadas telefónicas, reuniones informativas a los participantes, recogida de datos, realización de los talleres...)

Recogida de datos: La recogida de datos se realizará en ambos grupos (intervención y control) antes de iniciar la intervención (taller de salud), al finalizar (mes 3) y a los 6, y 12 meses mediante cuestionarios autoadministrados en formato Teleform®.

Análisis de datos: El análisis descriptivo se realizará en proporciones para las variables cualitativas y en valores medios para las cuantitativas, con sus correspondientes medidas de dispersión. Para observar el efecto de la intervención sobre la calidad de vida relacionada con la salud, los cambios de hábitos y los costes derivados de la utilización de recursos relacionados se utilizarán las pruebas de T-Test para datos apareados y Test de McNemar para las variables cuantitativas o cualitativas respectivamente o sus equivalentes no paramétricos si la distribución de la variable no cumple criterios de normalidad (Kolmogorov-Smirnov). Para analizar los factores que influyen sobre los cambios de la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) y las relacionadas con la intervención se utilizarán modelos de regresión múltiple. En cada modelo de regresión la variable dependiente será la derivada del cálculo de la diferencia entre las puntuaciones a la entrada en el estudio y las puntuaciones al final del mismo del SF-36, el resto de variables determinadas en el estudio serán incluidas como variables independientes. Como primer paso del análisis de regresión se realizarán los diagnósticos adecuados para detectar valores extremos y verificar las condiciones de aplicabilidad (homocedasticidad, normalidad e independencia de los residuos). En caso necesario se realizarán las transformaciones precisas en las variables dependientes para el cumplimiento de las condiciones de aplicabilidad. El criterio de selección de las variables para la estimación de los modelos multivariados será un Forward-Stepwise con un criterio de entrada de $p < 0.05$ y un criterio de salida de $p > 0.10$. El grado de significación aceptado será el de $p < 0.05$. El intervalo de confianza se establecerá en el 95%. Todos los métodos se realizarán mediante el Statistical Package for Social Science (SPSS) 16.0 adaptado al programa Windows.

E) APLICABILITAT I UTILITAT PRÀCTICA

Los talleres de salud (una vez documentada su efectividad) pueden resultar una herramienta útil para el impulso de intervenciones comunitarias de promoción de la salud. El valor añadido de los talleres que se proponen es que abordan en un mismo espacio los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales, que influyen en la salud y el bienestar de las personas, aportando herramientas que aumenten su capacidad de autocuidado y su motivación. Todo ello hace posible orientar los esfuerzos hacia la salud y el bienestar y facilita la incorporación y el mantenimiento de hábitos de vida saludables en atención primaria.

Consideraciones éticas: El estudio se llevará a cabo siguiendo los principios contenidos en la Declaración de Helsinki y sucesivas revisiones y las normas de Buena Práctica Clínica. El protocolo será evaluado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Institut d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol.

Será un requisito indispensable para poder participar en el estudio que todos los participantes firmen un consentimiento informado. En la misma hoja de consentimiento se detalla que la participación debe ser voluntaria, con la posibilidad

de abandonar el programa si se desea, y que la intervención no tendrá ningún efecto negativo en su atención sanitaria.

Consentimiento informado: la información se proporcionará verbalmente y por escrito. Los sujetos de estudio tendrán la oportunidad suficiente de preguntar sobre los detalles del estudio.

Confidencialidad de los datos: En este estudio, sólo los investigadores y los profesionales sanitarios de referencia tendrán acceso a los datos de los sujetos que participen en el mismo. Todos los investigadores participantes y asociados del presente estudio firmarán un compromiso de colaboración en el cual se comprometen a aceptar las normas éticas y las normas de buena práctica clínica señaladas en la Guía de Buenas Prácticas en Investigación para la Atención Primaria de la IDIAP Jordi Gol.

Una vez finalizado el estudio se informará de los resultados tanto a los participantes en el grupo de intervención como a los del grupo control que, una vez demostrada la efectividad se les invitará a realizar el taller de salud.

Limitaciones y posibles sesgos del estudio.

Las personas interesadas en participar pueden ser las más interesadas en el cuidado de su salud y esto puede suponer un sesgo al no llegar al grupo de población menos sensibilizado con relación a su responsabilidad en el mantenimiento de su salud. Sin embargo los participantes pueden servir de motor para incluir (en futuras ediciones) a personas menos sensibilizadas.

La intervención se realizará por diferentes enfermeras, para minimizar esta variabilidad contaremos con un material estandarizado para utilizar en todas las sesiones, así como un material de apoyo de cada sesión para entregar a los participantes como resumen /recordatorio y se realizarán actividades formativas para asegurar la unificación de criterios en el desarrollo de las sesiones y reuniones de seguimiento en las que participarán todas las enfermeras que realizan la intervención.

Dado que el estudio se realizará en una población urbana no se puede asumir que los resultados se puedan generalizar a otros ámbitos más rurales.

F) CALENDARI

Revisión bibliográfica, se realizará de manera sistemática durante todo el proyecto para mantener actualizado el conocimiento sobre el tema.

Enero 2010 - mayo 2010

- Presentación proyecto a todos los profesionales de los centros y captación enfermeras interesados en participar.
- Elaboración manual de instrucciones.
- Diseño y validación de cuestionario de conocimientos
- Diseño e impresión del material de apoyo de las sesiones.
- Formación enfermeras que realizarán los talleres.
- Captación de los sujetos de estudio

Junio 2010 - agosto 2010

- Presentación proyecto a las personas interesadas, recogida de consentimiento informada y primera recogida de variables
- Aleatorización de centros
- Diseño base datos

Septiembre - diciembre 2010

- Realización intervención. (enfermeras participantes en el proyecto)
- Introducción y validación datos 1ª recogida
- Recogida de datos post intervención y grupo control 2ª recogida

Enero 2011 - marzo 2011

- Introducción variables 2ª recogida

III Premi a la Innovació en Processos d'Atenció i Organització en Atenció Primària

- Diseño consultas de la base de datos para detectar inconsistencias internas de los cuestionarios

Abril 2011 - julio 2011

- 3ª Recogida variables 6 meses.

- Introducción datos 3ª recogida

Agosto - Diciembre 2011

- 4ª recogida datos (12 meses del inicio)

- Introducción datos 4ª recogida.

-Análisis datos Memoria final

Redacción artículos comunicación resultados (se distribuirá entre todos los miembros del equipo investigador)

Historial científic i l'experiència de l'equip investigador

Maria Antonia Campo es coautora del capítulo de libro donde se describen los talleres de salud que es la intervención que se pretende evaluar en este proyecto, tiene formación en dinámica grupal y experiencia en conducción de grupos de educación para la salud, desde hace 3 años está realizando grupos psicoeducativos con personas que presentan ansiedad leve y moderada. Tiene experiencia en investigación habiendo desarrollado durante el periodo 1999 – 2003, como investigadora principal el proyecto coordinado "Implementación, resultados y costes de los cuidados enfermeros de Atención Primaria", financiado por el FIS 99/0023 y forma parte del equipo investigador del proyecto "Evaluación de la efectividad y eficiencia de un programa de enfermería de intervención grupal psicoeducativa en pacientes con trastorno depresivo leve desarrollado en los Equipos de Atención Primaria de Barcelona ciudad" PI07/90712 (2008 – 2009).

Vicencia Laguna coautora del capítulo de libro donde se describen los talleres de salud que es la intervención que se pretende evaluar en este proyecto, tiene formación en dinámica grupal y experiencia en conducción de grupos de salud comunitaria con mujeres en proceso de menopausia.

José Luis del Val es Licenciado en Medicina y Cirugía. Zaragoza 1993, Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. H Universitario Miguel Servet. Zaragoza 2001. Posee la Suficiencia investigadora. Programa de Salud Pública. Universidad de Zaragoza 2002. Ha realizado el Diploma de gestión de la calidad en la atención primaria de salud. 2003-2004. Institut Català de la Salut; Centre Català de la Qualitat, Departament d'Indústria i Energia, Generalitat de Catalunya; Fundació Jordi Gol i Gurina. Barcelona. Ha participado en proyectos sobre: Adaptación transcultural de un cuestionario de medida de percepción de la enfermedad, Qualitat de vida relacionada amb la salut en pacients amb artritis reumatoide a l'àmbit de Catalunya

Francesc Orfila Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universitat de Barcelona.

Especialidad en Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Vall d'Hebron.

Doctorado en Medicina y Cirugía. Universitat Autònoma de Barcelona, 2004.

Máster en Salud Pública per la Universitat de Barcelona.

Técnico de Salud Pública. Servei d'Atenció Primària Muntanya de Barcelona. Institut Català de la Salut. Técnico de recerca a tiempo parcial en la Unitat de Suport a la Recerca a l'Atenció Primària de Barcelona. IDIAP Jordi Gol. ICS. Coordinador del Area de Investigación del Envejecimiento. IDIAP Jordi Gol. ICS.

María Teresa Tierno, Diplomada en Enfermería por la Universidad de Barcelona 1988. Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona 1995. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en la Unitat docent Barcelona Ciutat. Años 1997-2000. Programa de doctorado de Medicina Interna.

III Premi a la Innovació en Processos d'Atenció i Organització en Atenció Primària

Reconocimiento de la suficiencia investigadora para la presentación de la tesis doctoral. Años 1996-1998. Màster en gestió clínica i assistencial d'Atenció Primària. Les Heures-Fundació Bosch i Gimpera. Universitat de Barcelona. Diploma de Gestió de la Qualitat a l'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut. Directora del Equipo de Atención Primaria Sanllehy desde diciembre de 2001 hasta la actualidad.

Enriqueta Borràs es Diplomada en Enfermería, Universidad Nacional de Educación a Distancia 1990. Màster en Administració i Gestió en Infermeria EUI Sta Madrona, Universidad de Barcelona 1999-2001. Adjunta a la Direcció, Equipo de Atención Primaria Barcelona 7^a desde Diciembre 2001 hasta la actualidad.

Carolina Lapena es Licenciada en Antropología y tiene formación en dinámicas grupal y experiencia en conducción de grupos de educación sanitaria con pacientes crónicos y en intervenciones comunitarias de promoción de la salud.

Araceli García, tiene formación en conducción de grupos y desde hace 2 años realiza grupos de masaje infantil con madres de recién nacidos.

Rómulo Rodríguez, Olga Lozano y Ziortza Martín tienen formación en dinámica grupal y actualmente conducen grupos de apoyo a cuidadores.