

Percepción usuaria de beneficios en salud del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el Servicio de Salud Metropolitano Norte

JEAN GAJARDO^{1,2,a}, XIMENA MORENO^{3,a},
ALEJANDRA FUENTES-GARCÍA^{4,a}, CAROLINA MORAGA^{5,b},
CONSTANZA BRICEÑO^{1,c}, DIEGO CIFUENTES^{1,d}

User perceptions of a public health program to reduce disability among Chilean older adults

Background: The Program “Más Adultos Mayores Autovalentes” (Más AMA) started in 2015 as a strategy for the prevention of disability among older adults. **Aim:** To describe the health benefits, from user’s perspective, of the Functional Stimulation Component of the Más AMA program. **Material and Methods:** Eleven focus groups including 97 participants of the Más AMA program were conducted in Northern Metropolitan Santiago municipalities. **Results:** The benefits perceived by Más AMA participants were a reduction in loneliness and isolation, physical reactivation, engagement in activities, and the use of support resources within the community. The relationship with professionals working at Más AMA was described as highly satisfactory. **Conclusions:** The benefits of attending the Más AMA program from the point of view of their users are mainly related with social and affective dimensions, which contrast with the emphasis in physical and cognitive dimensions given by the technical orientation of the Más AMA program.

(Rev Med Chile 2020; 148: 304-310)

Key words: Aging; Healthy Aging; Health Promotion; Primary Health Care.

¹Departamento de Terapia Ocupacional y Ciencia de la Ocupación, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

²Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud, Universidad San Sebastián. Santiago, Chile.

³Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

⁴Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

⁵Centro de Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Central de Chile. Santiago, Chile.

^aDoctor(a) en Salud Pública, Universidad de Chile.

^bMagíster en Salud Pública, Universidad de Chile.

^cMagíster en Bioética, Universidad de Chile.

^dMaster of Sciences in Occupational Therapy, Hogeschool van Amsterdam.

Financiamiento: FONIS SA16I0137, Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica del Gobierno de Chile-CONICYT. La entidad financiadora no tuvo influencia en el diseño del estudio; en la recolección, análisis o interpretación de los datos; en la preparación, revisión o aprobación de este manuscrito.

Recibido el 4 de octubre de 2019, aceptado el 9 de marzo de 2020.

Correspondencia a:

Jean Gajardo

Lota 2465, Providencia. Santiago, Chile.

Dirección postal 7510157.

jean.gajardo@uss.cl

En Chile, las personas de 60 años o más representan aproximadamente 16,4% de la población¹. El envejecimiento de la población se relaciona con mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y mortalidad en edades más avanzadas. Lo anterior, junto con otros elementos de vulnerabilidad psicosocial, se relacionan con la pérdida de capacidad funcional, estimándose que cerca de 21% de las personas de 60 y más años presenta algún grado de dependencia en Chile².

El deterioro de la capacidad funcional en adultos mayores es un proceso que articula vulnerabilidades relacionadas con el envejecimiento fisiológico y su interacción con otras variables en el curso de vida, tales como nivel socioeconómico, salud mental, situación psicoafectiva, calidad de vida, y capacidad de asociatividad de la persona³ y constituye un problema relevante para la salud global. En Chile, su prevención y reducción es una meta sanitaria que busca reducir la discapacidad en adultos mayores entre 65-80 años⁴.

El Programa Más Adultos Mayores Autovalentes (en adelante, Más AMA) corresponde a una estrategia de atención de salud preventiva y promocional iniciada en 2015. Su público objetivo son personas de 60 años y más, inscritas en centros de atención primaria de salud. Las personas entre 60 a 64 años deben tener al día el Examen Médico Preventivo del Adulto (EMPA), y desde los 65 años, el Examen Médico Preventivo del Adulto Mayor (EMPAM) con resultado de autovalente sin riesgo, autovalente con riesgo, o en riesgo de dependencia⁵.

El Programa Más AMA está conformado por el Componente de Estimulación Funcional para adultos mayores (CEF) y el Componente de Fomento del autocuidado del adulto mayor en organizaciones sociales (CAO). El CEF involucra 24 sesiones de talleres grupales mixtos, dos veces por semana, durante 3 meses. Las sesiones son realizadas por una dupla profesional perteneciente al equipo de salud del centro de atención primaria, usualmente kinesiólogo(a) y terapeuta ocupacional, quienes ejecutan talleres de estimulación de funciones motoras y prevención de caídas, de estimulación de funciones cognitivas, y de autocuidado y educación en salud. A través de estos talleres, se espera favorecer el cambio conductual para mantener y/o mejorar la funcionalidad cumpliendo con al menos 60% de las sesiones del programa (15 sesiones)⁵. El cambio o mantención en la capacidad funcional de los asistentes se mide con la pauta Health Assessment Questionnaire (HAQ-8), modificado para el programa, que mide la dificultad autopercibida para realizar las actividades de la vida diaria, con énfasis en la capacidad física y función manual. La función física es también evaluada a través de la prueba Timed Up and Go (TUG).

La evidencia sobre la efectividad de intervenciones semejantes en contextos internacionales, así como sobre prevención y promoción de capacidad funcional en la vejez, sugiere que debiesen abordarse factores de riesgo modificables que no solo engloben las capacidades físicas o cognitivas, sino también el bienestar psicosocial, el autocuidado, y la vinculación con recursos existentes^{6,7}. La evidencia científica es creciente en mostrar cómo estas últimas dimensiones, usualmente no consideradas, impactan en las trayectorias de dependencia al envejecer⁸⁻¹¹.

Existe creciente literatura sobre implementa-

ción de intervenciones en salud poblacional que destaca la importancia de conocer la experiencia usuaria y los beneficios percibidos de las intervenciones, como un insumo relevante para su diseño y actualización, en especial aquellas intervenciones no farmacológicas que buscan efectos bioconductuales, similares al Programa Más AMA^{12,13}. Con dichos antecedentes, este artículo describe la percepción usuaria del programa Más AMA en relación con su funcionamiento global y los beneficios en salud percibidos, en programas ejecutados en cuatro comunas de la Región Metropolitana.

Material y Métodos

Diseño

Se llevó a cabo un estudio cualitativo de tipo descriptivo. La investigación cualitativa permite estudiar la realidad en su contexto habitual, intentando extraer sentido o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados y contenidos que tienen para las personas implicadas¹⁴. La estrategia de producción de información fue de grupos focales. Esta aproximación permite conocer las concordancias o divergencias frente a un fenómeno de investigación.

Procedimiento de acceso a participantes

Esta investigación fue realizada en acuerdo con el Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN). Junto con la referente del programa a nivel de Servicio de Salud y las duplas profesionales ejecutoras, se gestionó la calendarización de los grupos focales, anidados a los ciclos reales de intervención del Componente de Estimulación Funcional del programa Más AMA, entre las semanas 15 a 20 de ejecución de los ciclos, en las comunas de Conchalí, Quilicura, Lampa y Colina. Dado que en un año las duplas realizan 3 a 4 ciclos, con el objetivo de garantizar la factibilidad de acceso a la población, los grupos focales se efectuaron en los ciclos 2 y 3, entre los meses de mayo y octubre de 2017.

El proceso de reclutamiento tuvo como primera etapa la invitación que realizaron los profesionales ejecutores del Programa, quienes ya tenían un vínculo inicial con participantes. Los profesionales entregaron previamente el consentimiento informado a los potenciales participantes. Dado que la muestra cualitativa se constituyó por voluntarios, los participantes tuvieron la posibilidad

de no asistir al grupo focal, sin que esto produjese ninguna alteración en sus atenciones de salud. Se resaltó, además, que los(as) investigadores eran académicos sin vinculación con las Corporaciones Municipales y el Ministerio de Salud, para favorecer el libre discurso de los participantes en los grupos focales y evitar sesgo por aceptabilidad.

Producción de información

Los grupos focales fueron realizados usando una guía de preguntas previamente construida por el equipo de investigación. Se incluyó una hoja de registro, con el propósito de recolectar datos sociodemográficos para caracterizar a la muestra. Cada grupo focal fue grabado en audio, previa autorización de los participantes; posteriormente, cada grabación fue transcrita textualmente para su análisis.

Las transcripciones fueron analizadas mediante análisis de contenido¹⁵, incorporando elementos situacionales de notas de campo, codificación abierta, refinamiento para agrupación de códigos y reducción, y finalmente la generación de categorías temáticas para el análisis interpretativo. Durante el proceso de codificación inicial de los grupos focales se empleó la triangulación, a través del análisis independiente del material de un mismo grupo focal por parte de distintos integrantes del equipo investigador, con el propósito de aumentar la credibilidad y confirmabilidad de la información producida.

Implicancias éticas

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación en Seres Humanos (CEISH) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, con fecha 22 de noviembre de 2016. La participación en esta investigación no involucró riesgos físicos, psicológicos ni morales para los participantes.

En coherencia con la Declaración de Helsinki y la Ley 20.120 que regula la investigación biomédica en Chile, los participantes completaron consentimiento informado escrito como prueba de la voluntariedad y conocimiento de las implicancias de su participación.

Resultados

La muestra final incluyó 97 personas (28 hombres y 69 mujeres), con un total de 11 grupos focales, en 4 comunas adscritas al SSMN. El promedio de edad fue de 70 años. La Tabla 1 describe el número final de grupos focales y participantes en el estudio.

La Tabla 2 describe las características de sexo y edad de los participantes. Se observa que el rango etario incluyó edades menores a los 60 años, lo que responde a la implementación del programa. Se decidió no excluir a estas personas manteniendo la fidelidad a su implementación real.

Los resultados de esta investigación describen

Tabla 1. Número de grupos focales y participantes en el estudio

Comuna	n de grupos focales	n de participantes	Rango de participantes por grupo focal
Conchalí	4	26	6 - 7
Quilicura	3	28	6 - 12
Lampa	2	21	10 - 11
Colina	2	22	10 - 12
Total	11	97	6 - 12

Tabla 2. Características de participantes en el estudio

Sexo	n	%	Promedio de edad (años)	Rango de edad (años)
Hombres	28	29	72,3 (d.e. 6,24)	62-86
Mujeres	69	71	70,0 (d.e. 5,68)	57-83
Total	97	100	70,7 (d.e 5,76)	57-86

la percepción de adultos mayores usuarios del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en cuatro comunas del SSMN. Las Figuras 1 y 2 resumen los temas reportados sobre: 1) Percepción general del programa, y 2) Beneficios en salud percibidos por los participantes del programa.

A continuación, se muestran descripciones y citas textuales como ejemplo de las figuras que describen las categorías temáticas. Se incluye la referencia del grupo focal (GF), la comuna a la que correspondió, y el o los códigos temáticos.

En relación con las “Actividades” del programa, los usuarios las identificaron y valoraron como gimnasia, ejercicios de memoria, juegos, charlas sobre temas de salud, entrega de tareas para el hogar y completar el cuaderno de tareas.

“¿Eh? La gimnasia... ¿Eh? Yo agradezco mucho que me hicieran la invitación, porque a mí siempre, el dolor a las rodillas y a la columna; y con el asunto de que he estado viniendo acá, han desaparecido mis dolores; porque repito: los ejercicios, aunque esté sentada, algo me acuerdo y empiezo a hacer los ejercicios que nos han enseñado acá... entonces para mí ha sido muy beneficioso” (GF10; Colina; Actividades).

Respecto de los “Profesionales”, se reportó una positiva evaluación de la actitud y calidad del trato y la atención entregada. Los participantes valoraron el ser tratados por su nombre, la adecuación de las duplas profesionales a sus necesidades, la paciencia, la cercanía y el genuino interés por ellos que reconocían en el equipo profesional.

“El motivo es que las personas son muy acogedoras. Son como familia. Todas las personas la reciben bien, especialmente las niñas que nos atienden. Son muy amorosas las niñas y nos dicen “ya chiquillos”, nos dicen, “vamos chiquillos, ustedes pueden” (GF11; Colina; Profesionales).

En cuanto al “Programa en general”, los participantes destacaron la importancia de la racionalidad territorial del programa, que es ejecutado en el vecindario y barrio, permitiéndoles conectarse con vecinos(as) y re-vincularse con la historia de la comunidad. Asimismo, percibían menor participación de hombres en el programa, lo que atribuían a factores de género, por ejemplo, vinculados a la modalidad grupal y al tipo de actividades realizadas en el programa relacionadas con intereses de mujeres. En relación con la “Continuidad del Programa”, reportaron preocupación por su término, atribuyendo la discontinuidad a decisiones políticas o a posible insatisfactoria evaluación de los profesionales ejecutores por parte de directivos. También, refirieron no saber cómo plantear la continuidad de sus encuentros y actividades en el caso de que el programa no continuase.

En relación con los beneficios percibidos, los(as) participantes reportaron que el programa les ayudó a mejorar su función física, en cuanto a la agilidad, energía y movimiento. Especial énfasis pusieron en que esto ha influido positivamente en la capacidad para retomar actividades diarias que se encontraban disminuidas.

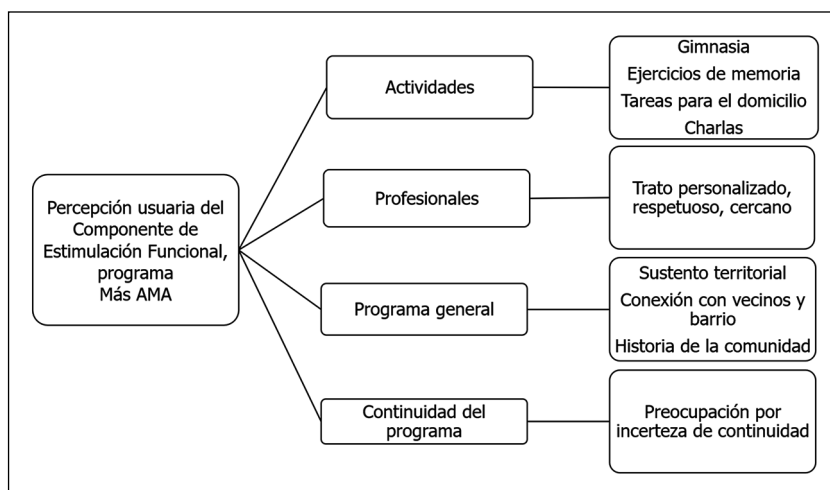


Figura 1. Categorías temáticas de la percepción usuaria del Componente de Estimulación Funcional del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

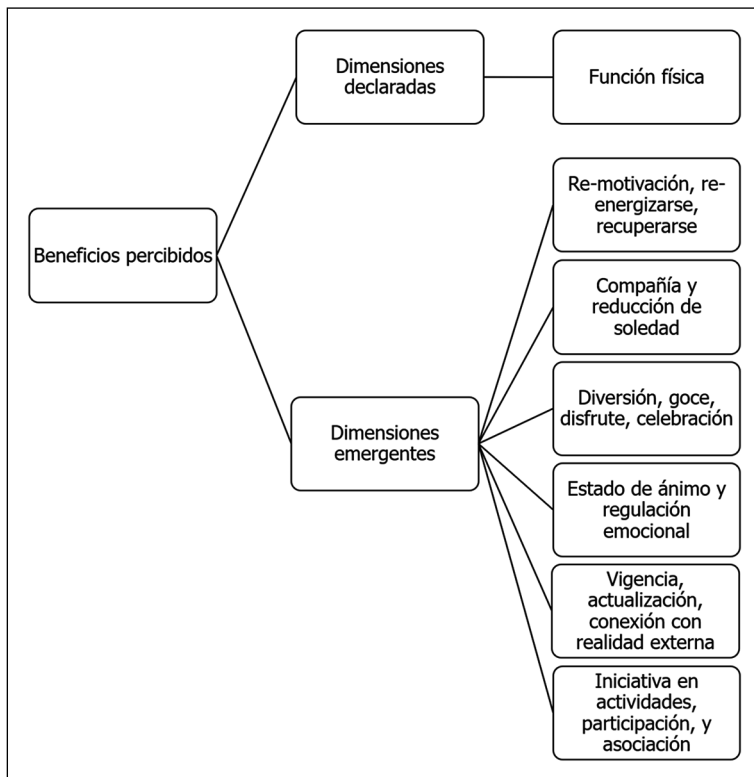


Figura 2. Categorías temáticas de beneficios percibidos del Componente de Estimulación Funcional del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

“Entonces esas son las cosas que a uno la hacen como, no sé, sentirse bien y se siente como que dice: “estoy libre”, y para mí ha sido eso” (GF11; Colina; Re-motivación, re-energizarse, recuperarse).

De igual modo, refirieron haber recuperado intereses, actividades y participación que se haya visto afectada previamente. Más aún, la propia participación en el CEF también es percibida como un espacio de placer, diversión, y recreación.

Entre los principales beneficios percibidos se encuentra el reporte de reducción de sentimientos de soledad, sentir más compañía y satisfacción con la red social, que también puede vincularse con la percepción de un mejor estado de ánimo y reducción de sentimientos de tristeza.

“(El programa) Ayuda mucho a la soledad, porque hay mucha gente que está sola. Entonces hay un caballero por ahí que se le murió incluso su señora y quedó solito, entonces el caballero viene con tanto entusiasmo, ¿por qué?... Porque aquí se sienta con otra gente y es la única con la que habla, no tiene otra alternativa de comunicación, entonces eso ayuda a la

soledad, a mucha gente (GF1, Conchalí, Compañía y reducción de soledad).

Finalmente, los participantes expresaron que el programa les permitió mantener o reforzar la vinculación con acontecimientos externos a su hogar, como el barrio, la comunidad, y la vida social y cultural.

Discusión

Los hallazgos de esta investigación muestran que el actual diseño de intervención del Componente de Estimulación Funcional del Programa Más AMA presenta beneficios percibidos por su población usuaria que son más consistentes con dimensiones sociales y afectivas del bienestar y calidad de vida, que con las capacidades físicas y cognitivas que la intervención enfatiza en su actual orientación técnica. En este sentido, los resultados de esta investigación aportan información local que permite afirmar la relevancia del

programa Más Adultos Mayores Autovalentes, la importancia de las duplas profesionales en su implementación, y cómo las dimensiones socio-afectivas de la salud adquieren protagonismo y toman relevancia como necesidad de salud de sus usuarios.

En el caso presente, la información producida es aplicable en la implementación específica del Programa, dado que incentiva la revisión de las bases teóricas y dimensiones de resultados esperados de este programa de salud, considerando la importancia que la salud mental tiene en el bienestar general y las trayectorias de discapacidad durante la vejez. Dichas áreas pueden también ser consideradas en la evaluación de resultados del componente, que actualmente se limita a la aplicación de las evaluaciones HAQ-8 y TUG de funcionalidad física, con el potencial de incorporar nuevas pautas de evaluación que puedan informar de mejor forma los cambios atribuibles en el corto plazo a la intervención, por ejemplo, incluyendo evaluaciones del estado afectivo, sentimientos de soledad, y el uso de redes.

El actual algoritmo de ingreso al Programa se basa en la aplicación del Examen de Medicina Preventivo del Adulto Mayor (EMPAM), cuya conceptualización focaliza mayormente en la detección de grupos de riesgo a partir de su función física y cognitiva, considerando de forma insuficiente otras dimensiones de la fragilidad en adultos mayores, como la fragilidad psicológica y social. Por lo tanto, puede proyectarse la posibilidad de ampliar los criterios de derivación, volviendo más pertinente el Programa a las necesidades de la población adulta mayor, y, por tanto, ampliando y agregando pertinencia a su cobertura¹⁶.

Este estudio proyecta líneas de investigación futuras que puedan indagar en la efectividad o eficacia de este tipo de intervenciones, dado que informa de los beneficios percibidos por la población objetivo a partir de la implementación real de este programa de salud, permitiendo acotar la definición de los potenciales resultados primarios y secundarios. También constituye una experiencia de referencia para futura investigación que indague a partir de la experiencia y percepción usuaria del Sistema de Salud.

Agradecimientos: Juan Ilabaca. Ex Director Atención Primaria, Subdepartamento de Atención Primaria de Salud, Servicio de Salud Metropolitana

no Norte. Ivonne Sáez Román, Unidad de Ciclo Vital, Servicio de Salud Metropolitano Norte. Profesionales de atención directa programa Más Adultos Mayores Autovalentes Servicio de Salud Metropolitano Norte en comunas de Conchalí, Quilicura, Lampa y Colina.

Referencias

1. Instituto Nacional de Estadísticas. Resultados definitivos Censo 2017 [Internet]. 2018. Disponible en: http://www.censo2017.cl/wp-content/uploads/2017/12/Presentacion_Resultados_Definitivos_Censo2017.pdf
2. Servicio Nacional del Adulto Mayor. Estudio nacional de la dependencia en personas mayores. 2009.
3. Fuentes-García A, Sánchez H, Lera L, Cea X, Albala C. Desigualdades socioeconómicas en el proceso de discapacidad en una cohorte de adultos mayores de Santiago de Chile. *Gac Sanit.* 2013; 27 (3): 226-32.
4. Gobierno de Chile. Estrategia Nacional de Salud: Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020. 2010.
5. Ministerio de Salud. Orientación técnica Programa Más Adultos Mayores Autovalentes. 2015 p. 62.
6. Puts M, Toubasu S, Andrew M, Ashe M, Ploeg J, Atkinson E, et al. Interventions to prevent or reduce the level of frailty in community-dwelling older adults: a scoping review of the literature and international policies. *Age Ageing.* 2017; 46: 383-92.
7. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. 2015. Disponible en from: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
8. Beswick AD, Rees K, Dieppe P, Ayis S, Gooberman-Hill R, Horwood J, et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2008; 371 (9614): 725-35.
9. Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health Soc Care Community* [Internet]. 2009; 17 (5): 447-58. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19245421>.
10. Theou O, Stathokostas L, Roland KP, Jakobi JM, Patterson C, Vandervoort AA, et al. The effectiveness of exercise interventions for the management of frailty: a systematic review. *J Aging Res* [Internet]. 2011; 2011: 569194. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3092602&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.

11. Trivedi D, Goodman C, Gage H, Baron N, Scheibl F, Illiffe S, et al. The effectiveness of inter-professional working for older people living in the community: A systematic review. *Heal Soc Care Community*. 2013; 21 (2): 113-28.
12. Gitlin L, Czaja S. *Behavioral Intervention Research: designing, evaluating and implementing*. Vol. 1. New York: Springer Publishing Company; 2016.
13. Estabrooks PA, Brownson RC, Pronk NP. *Dissemination and Implementation Science for Public Health Professionals: An Overview and Call to Action A Selective Review of the Origins of Dissemination and Implementation Science*. *Chronic Dis* [Internet]. 2018; 15 (162). Disponible en: https://www.cdc.gov/pcd/issues/2018/pdf/18_0525.pdf
14. Rodríguez G, Gil J, García E. *Metodología de la investigación cualitativa*. Granada: Aljibe; 1996.
15. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* [Internet]. 2008 Apr [citado 2014 Apr 28]; 62 (1): 107-15. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18352969>
16. Gajardo J. Ampliando oportunidades para promover funcionalidad y prevenir la dependencia en población adulta mayor. *Rev Med Chile*. 2017; 145 (6): 817-8.