



Evaluando la educación para la salud con personas mayores en Medellín, Colombia

*Cristina María Mejía-Merino**
*Camilo Noreña-Herrera***
*Iván Felipe Muñoz-Echeverri****

Recibido en febrero 07 de 2024, aceptado en agosto 19 de 2024

How to cite:

Mejía-Merino CM, Noreña-Herrera C, Muñoz-Echeverri IF. Evaluando la educación para la salud con personas mayores en Medellín, Colombia. *Hacia Promoc. Salud.* 2024; 29(2): 114-131. DOI: 10.17151/hpsal.2024.29.2.8

Resumen

La promoción y la educación para la salud con las personas mayores son orientaciones de política en el sistema de salud colombiano. **Objetivo:** evaluar los efectos de las acciones de promoción y educación para la salud implementadas durante el contexto de la Pandemia de Covid-19 entre el 2020 y 2022 con una población de personas mayores afiliadas a una entidad administradora de planes de beneficios en Medellín, Colombia. **Metodología:** evaluación de eficacia en el corto plazo con un grupo de intervención que participó en las acciones de promoción y educación para la salud y grupo control que no participó de las actividades. Se evaluaron conocimientos y prácticas de cuidado en salud nutricional, salud mental, actividad física y demanda de servicios de salud. **Resultados:** en los participantes disminuyó el consumo de alimentos altos en grasa saturada y en sodio, la dificultad para dormir, y aumentó la demanda de servicios de salud en comparación con los no participantes. **Conclusiones:** las acciones de promoción y educación para la salud implementadas con equipos interdisciplinarios aumentan los conocimientos y las prácticas de cuidado de la salud en las personas mayores de Medellín, Colombia.

Palabras claves

Promoción de la salud, educación en salud, salud del anciano, nutrición del anciano, salud mental, tecnología de la información.

*Nutricionista, magíster en Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: liliana.orocho@ucaldas.edu.co.

 orcid.org/0000-0003-2782-9567. 

** Administrador en salud, Magister en Ciencias de la Salud y Doctor en Salud Pública, Grupo de Gestión y Políticas en Salud de la Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín, Colombia. Correo electrónico: camilo.norena@udea.edu.co.  orcid.org/0000-0002-5671-8463. 

*** Médico. Doctor en Salud Pública. Profesor Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín, Colombia. Correo electrónico: ivan.munoz@udea.edu.co.  orcid.org/0000-0003-3658-432X. 



Evaluating Health Education for Older Adults in Medellín, Colombia

Abstract

Health promotion and education for older adults are key policy guidelines within the Colombian health system. **Objective:** To evaluate the effects of health promotion and education actions implemented during the Covid-19 pandemic (2020-2022) on a population of older adults affiliated with a benefit plan administrator in Medellín, Colombia. **Methodology:** A short-term efficacy evaluation was conducted with an intervention group that participated in health promotion and education activities and a control group that did not participate. Knowledge and health care practices were assessed in areas such as nutritional health, mental health, physical activity and healthcare service utilization. **Results:** Among participants, there was a reduction in the consumption of foods high in saturated fat and sodium, a decrease in sleep difficulties, and an increase in healthcare service utilization compared to non-participants. **Conclusions:** Health promotion and education actions implemented by interdisciplinary teams increase health knowledge and care practices among older adults in Medellín, Colombia.

Key words

Health promotion, health education, elderly health, elderly nutrition, mental health, information technology.

Avaliação da educação para a saúde com pessoas idosas em Medellín, Colômbia

Resumo

A promoção da saúde e a educação para os idosos são orientações políticas no sistema de saúde colombiano. **Objetivo:** avaliar os efeitos das ações de promoção e educação em saúde implementadas durante o contexto da pandemia de Covid-19 entre 2020 e 2022 com uma população de idosos afiliados a uma entidade que administra planos de benefícios em Medellín, Colômbia. **Metodologia:** avaliação da eficácia em curto prazo com um grupo de intervenção que participou de atividades de promoção e educação em saúde e um grupo de controle que não participou das atividades. O conhecimento e as práticas de cuidados com a saúde foram avaliados nas dimensões de saúde nutricional, saúde mental, atividade física e demanda por serviços de saúde. **Resultados:** Os participantes diminuíram o consumo de alimentos ricos em gordura saturada e sódio, diminuíram a dificuldade para dormir e aumentaram a demanda por serviços de saúde em comparação com os não participantes. **Conclusões:** As ações de promoção e educação em saúde implementadas com equipes interdisciplinares aumentam o conhecimento e as práticas de cuidados com a saúde em pessoas idosas em Medellín, Colômbia.

Palavras chave

Promoção da saúde, educação em saúde, saúde do idoso, nutrição do idoso, saúde mental, tecnologia da informação.

Introducción

En Colombia con la promulgación de la Ley Estatutaria en Salud se ratifica la responsabilidad del Estado para “formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales” (1). Para el cumplimiento de esta ley, el Ministerio de Salud y Protección Social ha definido la Política de Atención Integral en Salud y el Modelo de Acción Integral Territorial (2,3).

Una de las herramientas para la implementación del Modelo de Acción Territorial son las Rutas Integrales de Atención en Salud que orientan la gestión intersectorial para desarrollar las acciones individuales y colectivas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y cuidado de la salud. La Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud (4), es una de las tres rutas definidas a la fecha, y la que cobra interés para esta evaluación.

La Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud es una herramienta operativa de obligatorio cumplimiento en Colombia, define las acciones necesarias para garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la generación de una cultura del cuidado para todos los cursos de vida y a nivel individual, familiar, comunitario y laboral. Uno de los grupos poblacionales abordados por esta ruta son las personas mayores de 60 años, clasificadas en el curso de vida “vejez” (5).

El envejecimiento es un proceso complejo de interrelación de factores sociales, biológicos y culturales que ocurre en un contexto particular. Según los procesos de determinación social que se afronten, puede ser una época con altas

capacidades, condiciones y oportunidades o con vulneraciones y riesgos para la salud y la vida. Por esto, el desarrollo de los procesos de educación para la salud tiene retos específicos a abordar con las personas mayores tanto en el contenido como en las formas de implementación (6).

A pesar que la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud establece que las entidades encargadas de la implementación también son responsables del monitoreo y de la evaluación de los resultados (5), la literatura sobre la implementación y evaluación de la Política de Atención Integral en Salud, de su modelo y de las Rutas Integrales de Atención en Salud es aún escasa (7–10). Al respecto, Peñaranda señalan el rol fundamental que debe jugar la educación para la salud en la implementación de esta política (11).

En el marco de implementación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, una Entidad Administradora de Planes de Beneficios de Salud del régimen especial de las universidades estatales de Colombia y cuya población asegurada son profesores y su grupo familiar, decidió implementar la ruta para el curso de vida de vejez a través de un modelo de atención primaria en salud (APS). Este proceso se vio afectado y modificado por la pandemia del Covid-19 que exigió migrar las acciones educativas a los entornos virtuales, lo cual implicó ajustes pedagógicos y metodológicos a los procesos que se desarrollaban de forma presencial.

Este artículo tiene como objetivo presentar la evaluación de las acciones de educación y promoción de la salud que esta Entidad Administradora de Planes de Beneficios de salud realizó con los afiliados del curso de vida de vejez en el contexto de la pandemia. Este asunto es pertinente y coherente con la

perspectiva de la promoción de la salud y la prevención de enfermedad, encaminadas a crear entornos saludables que permita a las personas mayores continuar con su desarrollo humano.

Materiales y métodos

Se realizó una evaluación de eficacia en el corto plazo con el enfoque de investigación sobre la implementación (12) largely in recognition of the contribution it can make to maximizing the beneficial impact of health interventions. As a relatively new and, until recently, rather neglected field within the health sector, implementation research is something of an unknown quantity for many. There is therefore a need for greater clarity about what exactly implementation research is, and what it can offer. This Guide is designed to provide that clarity. Intended to support those conducting implementation research, those with responsibility for implementing programs, and those who have an interest in both, the Guide provides an introduction to basic implementation research concepts and language, briefly outlines what it involves, and describes the many opportunities that it presents. The main aim of the Guide is to boost implementation research capacity as well as demand for implementation research that is aligned with need, and that is of particular relevance to health systems in low- and middle-income countries (LMICs mediante un modelo de teoría de cambio (13). Este enfoque permite la evaluación del desempeño de un programa específico y reorientar su implementación en aras de su fortalecimiento.

La evaluación de eficacia permitió identificar si los efectos en el corto plazo se relacionaban con los objetivos fijados al inicio de la intervención. Es sobre la implementación porque las acciones de la Ruta Integral de

Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud continuaban en desarrollo al momento de la evaluación, a diferencia de otras evaluaciones que se realizan una vez finalizado el programa o incluso cuando este ya no existe.

La teoría del cambio se utilizó como una herramienta para acotar el alcance de la evaluación, en tanto que permitió, mediante un taller participativo, que el equipo de investigadores y los profesionales que implementaron las acciones de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud delimitarán los objetivos y el resultado general esperado en el corto plazo de implementación de las acciones, el cual fue: *personas mayores informados y con conocimientos nuevos y/o saberes previos fortalecidos que les permite concientizarse sobre el cuidado de la salud integral y llevar a la práctica hábitos de vida saludables*. Esto se logró con la identificación de todas las acciones que se planearon, para luego discutir sobre como estas acciones contribuían al logro de los resultados previstos y cuál era la evidencia científica que respaldaba el proceso. En síntesis, para efectos de este estudio, la teoría del cambio fue una herramienta que permitió delimitar el alcance de la evaluación (14).

En la *intervención evaluada* se tomaron en cuenta las siguientes acciones de educación y promoción de la salud implementadas entre 2020 y 2022: a) ciclos educativos, desarrollados en cuatro bloques de 5 a 7 sesiones cada uno. En la figura 1 se presentan las temáticas abordadas. En el período de evaluación se realizaron 467 sesiones en las cuales se contó con 2.355 participaciones de 1.105 participantes. Cabe señalar que para participar en un ciclo no era necesario haber participado en uno previo; b) entrega de material educativo que se difundió por redes sociales, correo electrónico, chat

de WhatsApp y la página web de la Entidad Administradora de Planes de Beneficios de Salud. La frecuencia de entrega fue un producto semanal (semanario) que contenía información de fácil comprensión acerca de las temáticas abordadas en los ciclos educativos. En total se produjeron 64 semanarios y otros 16 productos respecto a temáticas específicas relacionados con la atención en salud (por ejemplo, motivación para vacunación contra Covid-19); c) asesorías educativas telefónicas por parte de un equipo interdisciplinario conformado por profesionales en nutrición, educación física, psicología, trabajo social,

enfermería, artes plásticas y danza, en respuesta a riesgos en salud u otras necesidades y demandas identificadas por la Entidad Administradora de Planes de Beneficios de Salud o en las mismas sesiones de los ciclos educativos. En total, se realizaron 1605 asesorías durante el período de evaluación; d) acompañamientos familiares con énfasis en salud mental, mejoramiento de la dinámica familiar y la construcción de planes familiares participativos para el cuidado de la salud física y mental. En total, se realizaron acciones de acompañamiento a 1220 familias durante el período de evaluación.

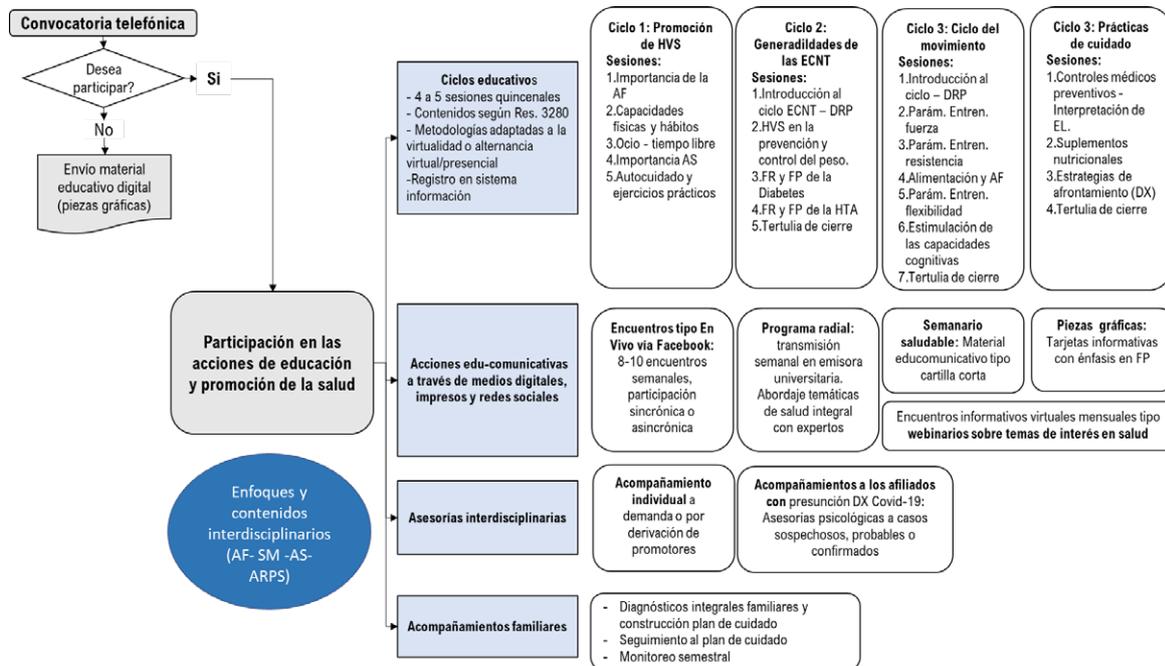


Figura 1. Estrategias de educación y promoción de la salud ofrecidas a las personas mayores afiliados durante el 2020-2022.

Fuente: elaboración propia.

Nota: RPMS: Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la salud; AF: Actividad física; AS: Alimentación Saludable; DRP: Diagnóstico rápido participativo; HVS: Hábitos de vida Saludable; Parám. Entren.: Parámetros Entrenamiento; ECNT: Enfermedades crónicas no transmisibles; FR: factores de riesgo; FP: Factores protectores; HTA: Hipertensión Arterial; EL: exámenes de laboratorio; DX: Diagnóstico; SM: Salud Mental; ARPS: Arte para la salud.

La *población universo del estudio* fueron los 3,270 personas mayores (AM) afiliadas a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud de una universidad pública del departamento de Antioquia, Colombia, que corresponden al 49,7% del total de la población afiliada según datos tomados de una caracterización poblacional realizada en 2020. Esta población estuvo expuesta a todas las actividades enunciadas anteriormente, en cuanto a los ciclos educativos, se realizaron específicamente 213 encuentros educativos para el curso de vida vejez, con 1,155 participaciones de 519 afiliados de este grupo de edad.

Se proyectó una muestra no probabilística de 400 personas mayores con igualdad de proporción entre los participantes de las acciones de educación y promoción y promoción de la salud (AMP) y el grupo control conformado por personas mayores no participantes (AMNP). Los grupos cumplieron con la siguiente definición: *Grupo participante (AMP)*: personas mayores que participaron en al menos una de las acciones de educación y promoción y promoción de la salud. La participación fue autoreportada y verificada en las bases de datos de asistencia del sistema de información de la Entidad Administradora de Planes de Beneficios de Salud. *Grupo no participante (AMNP)*: personas mayores que no participaron en ninguna de las acciones de educación y promoción y promoción de la salud.

La participación de los afiliados a la Entidad Administradora de Planes de Beneficios de Salud en los ciclos educativos fue voluntaria. No obstante, desde esta entidad se desarrollaron estrategias para promover la participación de las personas mayores identificadas con factores de riesgo o con algún diagnóstico de enfermedad.

Los *criterios de inclusión* para la muestra fueron: personas adultas de 60 o más años, asegurados en la Entidad Administradora de

Planes de Beneficios de Salud como cotizantes o beneficiarios entre el periodo 2020 y 2022, con acceso a internet y manejo mínimo de herramientas virtuales para dar respuesta al pretest y postest, participantes o no de las acciones de educación y promoción de la salud ofertadas durante la pandemia de COVID-19 y, que aceptaran y consintieran participar de manera voluntaria en la evaluación. Los *criterios de exclusión* fueron la presencia de enfermedades crónicas en estado avanzado que limitara la capacidad de participar en actividades de educación y promoción de la salud y, el diagnóstico de deterioro cognitivo avanzado que impidiera la participación activa en la evaluación.

El *instrumento de evaluación* fue un cuestionario de *pretest* y de *postest* basado en los instrumentos de medición y tamizaje para la RPMS que definió la Resolución 3280 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, el cual fue diseñado por un equipo interdisciplinario de la Entidad Administradora de Planes de Beneficios de Salud. Las preguntas incluidas en el pretest y postest permitieron medir cambios en las personas mayores en cuanto al resultado general esperado indicado anteriormente con énfasis en 3 grupos de prácticas de cuidado que se trabajaron mayoritariamente dado el perfil de riesgo de la población reportado por la Entidad Administradora de Planes de Beneficios de Salud y los efectos esperados de la pandemia Covid-19 en la población, a saber: a) prácticas de cuidado de la salud nutricional: consumo de alimentos altos en grasa saturada, azúcares y sodio, consumo de frutas y verduras, fraccionamiento de los alimentos y consumo de agua; b) prácticas de cuidado frente a la salud mental: higiene del sueño y consumo de alcohol y/o tabaco; c) otras prácticas saludables: realización de actividad física y demanda de servicios de salud según condición clínica.

El *pretest* se tomó como una prueba de entrada que identificó los conocimientos y prácticas con los que contaban las personas antes de participar de las actividades. El *postest* se aplicó 6 meses después de participar de las diferentes acciones. En ambos instrumentos las preguntas utilizadas fueron las mismas para los cuatro componentes analizados: salud nutricional, salud mental, actividad física y demanda de servicios de salud.

Para el *diligenciamiento de los cuestionarios* se utilizaron diferentes estrategias. Con las personas mayores participantes, el pretest (al inicio de las acciones) y el postest (6 meses después) fueron enviados a través de correo electrónico y por chat WhatsApp, en caso de no respuesta, los profesionales que ejecutaban las acciones de educación y promoción de la salud establecían contacto telefónico. Las personas mayores no participantes fueron contactadas telefónicamente por auxiliares de salud pública de la Entidad Administradora de Planes de Beneficios de Salud para la respuesta a los cuestionarios. Para el contacto telefónico de ambos grupos se diseñó un guión explicando el propósito de la evaluación, su importancia, los aspectos éticos en cuanto a la voluntariedad de la participación, el anonimato y la confidencialidad de información.

El procedimiento para la recolección de la información cualitativa incluyó: a) tres grupos de discusión con los AMP de los ciclos educativos y 2 talleres evaluativos con personas mayores no participantes; b) revisión de forma quincenal de las bitácoras de planeación y evaluación de las acciones de educación y promoción de la salud que realizaban los promotores de salud (profesionales que implementaron las acciones); c) veinte observaciones no participante en las diferentes acciones ofertadas como fueron los ciclos educativos y las acciones de educomunicación; y, d) tres grupos de discusión

con los promotores de salud. Los guiones para cada una de las técnicas fueron elaborados por los investigadores. Para este componente *la muestra* se configuró con base en el criterio de saturación de las categorías definidas a priori para las dimensiones evaluadas.

El *procesamiento y análisis de la información* incluyó para los datos numéricos estadísticos descriptivos univariados y bivariados con medidas de tendencia central y proporciones para las variables nominales con la prueba de chi cuadrado de independencia cuyo valor de significancia estadística fue de $p < 0,05$. Considerando las variables del pretest y el postest se realizaron estadísticos de medidas de diferencias a nivel de los grupos e intragrupo y pruebas no paramétricas para analizar las diferencias iniciales y comparar los cambios obtenidos en ambos grupos a través de muestras pareadas de McNemar ($p < 0,05$). Para esto se utilizó el software estadístico de licencia libre denominado *Jamovi*.

Para los datos textuales se utilizó la técnica de análisis formal de contenido (15), para esto primero se codificó la información basados en una matriz de categorías que contenía las dimensiones que evaluaron los cambios en los conocimientos y en las prácticas de cuidado de la salud. Esta información se analizó en el software Atlas.ti.

El segundo momento del análisis incluyó la triangulación de los datos numéricos y textuales, esto permitió que en el análisis de los datos numéricos y textuales sobre los conocimientos y las prácticas de cuidado de salud estudiadas se analizaran coincidencias, valoraciones y/o explicaciones; permitiendo una amplia interpretación sobre el fenómeno de estudio y mayor confianza en la consistencia de las conclusiones.

Resultados

La muestra alcanzada para la prueba de entrada (pretest) fue de 354 personas mayores (148 participantes y 206 no participantes en el grupo control). En el posttest fue de 228 personas mayores (100 participantes, lo que representó una adherencia del 67,6% y 128 adultos del grupo control con una adherencia de 62.1%). La adherencia general del grupo hasta el final del estudio fue del 64,4%.

Características sociodemográficas y de salud

Los grupos fueron diferentes y los contrastes se aprecian en nueve de las quince características sociodemográficas y de salud como son el sexo, estado civil, nivel de escolaridad y la ocupación. En cuanto a características de salud, hubo diferencias significativas en antecedentes de hipertensión, enfermedad mental y ser cuidador de otra persona dependiente, en los tres casos hubo mayor prevalencia de esta condición en la población de personas mayores participantes que en el control (Tabla 1).

Tabla 1: Características sociodemográficas y de salud de la muestra de personas mayores según su participación o no en las acciones evaluadas.

Variables	Control		Participantes		Total		Valor p
	n	%	N	%	n	%	
<i>Sexo</i>							
Hombre	100	48,5	34	23,0	134	37,3	<,001*
Mujer	106	51,5	114	77,0	220	62,7	
<i>Estado civil</i>							
Casado	147	71,4	63	42,6	210	60,9	<,001*
Divorciado	8	3,9	20	13,5	28	7,3	
Soltero	13	6,3	33	22,3	46	12,5	
Unión libre	15	7,3	9	6,1	24	6,1	
Viudez	23	11,2	23	15,5	46	13,1	
<i>Nivel de escolaridad alcanzado</i>							
Primaria	53	25,7	11	7,6	64	18,1	<,001*
Básica secundaria y media	32	15,5	28	18,8	60	16,9	
Carrera profesional	43	20,9	29	20,1	72	20,3	
Posgrado	52	25,2	59	40,3	111	31,4	
Sin estudio	7	3,4	1	0,0	8	2,3	
Técnica/Tecnología	19	9,2	20	13,2	39	11,0	

<i>Ocupación</i>							
Oficios del hogar	77	38,2	25	17,4	102	28,8	<,001*
Empleado/a	11	4,5	16	9,7	27	7,6	
Pensionado/a	101	50,8	102	70,8	203	57,3	
Otro	12	4,5	3	1,4	15	4,2	
Independiente	5	2,0	2	0,7	7	2,0	
<i>Discapacidad</i>							
No	186	90,3	141	95,3	327	92,4	0,082
Sí	20	9,7	7	4,7	27	7,6	
<i>Tipo de discapacidad</i>							
Física, motora o movilidad reducida	7	35,0	3	42,9	10	37,0	<,004*
Intelectual-cognitiva (diagnosticada)	2	10,0	1	14,3	3	11,1	
Auditiva	5	25,0	1	14,3	6	22,2	
Visual	4	20,0	1	14,3	5	18,5	
Otra	2	10,0	1	14,3	3	11,1	
<i>Es cuidador/a</i>							
No	193	93,7	122	82,4	315	89,0	<,001*
Sí	13	6,3	26	17,6	39	11,0	
<i>¿Hace cuánto tiempo es cuidador?</i>							
Menos de 1 año	2	15,4	4	15,4	6	15,4	<,006*
Entre 3 y 10 años	6	46,2	15	58	21	53,8	
Más de 10 años	5	38,5	7	26,9	12	30,8	
<i>Antecedente personal de diabetes</i>							
No	165	82,9	123	85,4	288	84,0	0,533
Sí	34	17,1	21	14,6	55	16,0	
<i>Antecedente personal de dislipidemia</i>							
No	185	93,0	128	88,9	313	91,3	0,187
Sí	14	7,0	16	11,1	30	8,7	

<i>Antecedente personal de hipertensión</i>							
No	85	42,7	84	58,3	169	49,3	0,004*
Sí	114	57,3	60	41,7	174	50,7	
<i>Antecedente personal de hipotiroidismo</i>							
No	143	71,9	100	69,4	243	70,8	0,627
Sí	56	28,1	44	30,6	100	29,2	
<i>Antecedente personal de obesidad</i>							
No	188	94,5	125	86,8	313	91,3	0,013
Sí	11	5,5	19	13,2	30	8,7	
<i>Tabaquismo</i>							
No	175	87,9	124	86,1	299	87,2	0,617
Sí	24	12,1	20	13,9	44	12,8	
<i>Antecedente personal de enfermedad mental</i>							
No	189	95,0	125	86,8	314	91,5	0,007*
Sí	10	5,0	19	13,2	29	8,5	

*diferencias estadísticamente significativas, valor $p < 0.05$

Fuente: elaboración propia.

Cambios en las prácticas de cuidado de la salud nutricional

Se aprecia una disminución en la prevalencia del consumo de alimentos altos en grasa saturada y alimentos altos en sodio en los AMP ($p < 0.001$ en ambas variables). No se evidenció diferencias significativas en ambos grupos en la disminución en el consumo de alimentos altos en azúcar (Tabla 2). También, en el grupo de intervención se observó un incremento en la prevalencia del hábito de consumo de comidas fraccionadas y completas (mínimo 3 comidas completas o más al día) ($p < 0.001$), en la toma de mínimo 3 a 5 vasos de agua al día ($p < 0.001$) y de la ingesta de frutas y verduras al menos dos veces al día ($p = 0,317$) (Tabla 2).

Los datos de la indagación cualitativa también fueron similares en los grupos de participantes y no participantes. Las personas participantes en el proceso educativo indicaron que este les brindó herramientas para potenciar las prácticas de cuidado nutricional y la toma de decisiones saludables, específicamente las mujeres participantes refirieron una disminución del consumo de azúcares concentrados, mayor ingesta de agua y mayor frecuencia en el consumo de frutas y verduras.

“... Yo antes de la pandemia no le ponía casi cuidado al tema del etiquetado nutricional, ..., en la pandemia me enfoqué mucho en esto y aprendí a diferenciar muy bien el contenido de azúcares, grasas saturadas y sodio; y

ahora soy muy estricta y trató de elegir lo más saludable.” AMPIAGD

“... Yo aprendí en los ciclos educativos y en las piezas gráficas también vi información sobre la importancia de comer varias veces al día, yo era uno de los que a veces solo me comía el almuerzo, ni desayunaba, ni comía por la noche, por eso me sentía como débil,

ahora ya eso mejoro notablemente ..., además frutica en la media mañana y al algo” AMP3B3GD

“... La hidratación para mí siempre es importante, porque he aprendido la consecuencia de no consumir agua pura adicional a las comidas...” AMNP2C1GD

Tabla 2: Cambios según pretest y postest en las prácticas de cuidado frente a la salud nutricional en la muestra de personas mayores según su participación en las acciones evaluadas.

Variables	Participantes					No participantes				
	Pretest n=148		Postest n=100		Valor P	Pretest n=206		Postest n=128		Valor P
	n	%	n	%		n	%	n	%	
<i>Consumo de alimentos altos en grasa saturada</i>										
A veces	127	85.8	72	72.0	<0.001	128	62.1	80	62.5	0.215
Frecuentemente	13	8.8	0	0.0		27	13.1	10	7.8	
Nunca	8	5.4	28	28.0		51	24.8	38	29.7	
Total	148	100.0	100	100.0		206	100.0	128	100	
<i>Consumo de alimentos altos en azúcar</i>										
A veces	114	77.0	70	70.0	0.522	116	56.3	65	50.8	0.19
Frecuentemente	15	10.1	13	13.0		39	18.9	18	14.1	
Nunca	19	12.8	17	17.0		51	24.8	45	35.2	
Total	148	100	100	100.0		206	100	128	100	
<i>Consumo de alimentos altos en sodio</i>										
Sí	110	74.3	51	51.0	<0.001	94	45.6	67	52.3	0.078
Nunca	38	25.7	49	49.0		112	54.4	61	47.7	
Total	148	100.0	100	100.0		206	100.0	128	100	

<i>Consumo de frutas y verduras al menos 2 veces al día</i>										
No	17	11.5	5	5.0	0.317	34	16.5	9	7.0	0.028
Sí	131	88.5	95	95.0		172	83.5	119	93.0	
Total	148	100.0	100	100.0		206	100.0	128	100.0	
<i>Número de comidas completas al día</i>										
Dos o menos	72	48.6	22	22.0	<0.001	9	4.4	18	14.1	0.002
Tres o más	76	51.4	78	78.0		197	95.6	110	85.9	
Total	148	100.0	100	100.0		206	100.0	128	100	
<i>Consumo de 3 a 5 vasos de agua al día</i>										
No	12	8,1	2	2,0	<0.001	16	7.8	1	0.8	<0.001
Sí	136	91.9	98	98		190	92.2	127	99.2	
Total	148	100.0	100	100.0		206	100.0	128	100	

Fuente: elaboración propia.

Cambios en las prácticas de cuidado frente a la salud mental y en los factores de riesgo

Respecto a las prácticas de cuidado de la salud mental, se aprecia una disminución en 32 puntos porcentuales en la dificultad para conciliar a diario el sueño en los AMP ($p < 0.001$). Este comportamiento fue inverso en el grupo control (Tabla 3). Sobre esto, las personas mayores manifestaron que la dificultad para conciliar el sueño se agravó durante la pandemia y que se asoció a preocupaciones, duelos y temores por lo que pudiera acontecer a sus familiares, amigos y vecinos. Las mujeres participantes de los ciclos educativos manifestaron mayor preocupación frente a esto en comparación con los AMP y AMNP hombres.

Según los asistentes de los grupos de discusión, esta situación se logró mitigar con el acompañamiento familiar recibido, los planes de cuidado y los ciclos educativos desarrollados por los equipos interdisciplinarios de la Entidad Administradora de Planes de Beneficios

de Salud. Estos profesionales escucharon y motivaron a las personas mayores a participar de diferentes acciones de educación para la salud:

“...Yo hace tiempo duermo mal, pero la promotora me enseñó que la cama es solo para dormir, yo no veo ya tv en la habitación y deje de tomar tanto café después de las 6 pm, y todo [en la habitación] lo dejo bien oscuro. Mejoró mucho mi calidad del sueño y me despierto con más ánimos...” AMPG3B2

Por otro lado, se observó un incremento en las prácticas de consumo de alcohol y/o tabaco en ambos grupos (tabla 3); de forma particular; en los grupos de discusión los AMNP hombres fueron quienes manifestaron tal situación, como una forma de afrontar problemas que se vivían al interior de la familia que se agudizaron en la pandemia. Sin embargo, los AMP expresaron que a pesar esto, los procesos de educación para la salud

y los acompañamientos familiares ayudaron a minimizar situaciones a nivel personal y familiar que estaban desbordando su salud mental y emocional.

Tabla 3: Cambios según pretest y postest en las prácticas de cuidado frente a la salud mental, actividad física y demanda de servicios de salud en la muestra de personas mayores según su participación en las acciones evaluadas.

Variables	Participantes				Valor P	No participantes				Valor P
	Pretest n=148		Postest n=100			Pretest n=206		Postest n=128		
	n	%	n	%		N	%	n	%	
<i>Dificultad de sueño</i>										
No	40	27.0	59	59.0	<.001	137	66.5	80	62.5	0.353
Sí	108	73.0	41	41.0		69	33.5	48	37.5	
Total	148	100.0	100	100.0		206	100.0	128	100	
<i>Consumo de alcohol y/o tabaco</i>										
No	139	93.9	86	86.0	0.005	172	83.5	99	77.3	0.317
Sí	9	6.1	14	14.0		34	16.5	29	22.7	
Total	148	100.0	100	100.0		206	100.0	128	100	
<i>Tiempo de actividad física a la semana</i>										
Menos de 150 minutos	72	48.6	22	22.0	<0.001	112	54.4	67	52.3	0.248
150 minutos o más	76	51.4	78	78.0		94	45.6	61	47.7	
Total	148	100.0	100	100.0		206	100.0	128	100	
<i>Frecuencia de chequeos médicos</i>										
Entre 3 y 6 meses	36	24.3	41	41.0	<0.001	121	58.7	62	48.4	0.025
Cada seis meses o más	112	75.7	59	59.0		85	41.3	66	51.6	
Total	148	100.0	100	100		206	100.0	128	100	

<i>Usa pantallas permanentemente que no implica actividad física</i>										
No	23	15.5	13	13.0	0.827	6	2.9	31	24.2	<0.001
Sí	125	84.5	87	87.0		200	97.1	97	75.8	
Total	148	100.0	100	100.0		206	100.0	128	100	

Fuente: elaboración propia.

Cambios en actividad física y demanda de servicios de salud

Se observó un incremento en la práctica de realizar actividad física por 150 minutos o más a la semana en los AMP ($p < 0.001$), y para el grupo control ($p > 0.05$). Al respecto, tanto en hombres como en mujeres los conocimientos y las prácticas de actividad física incrementaron en los AMP debido a la participación en las actividades virtuales. El respecto, personas del grupo participante señalaron participar tres veces por semanas de las clases de actividad física transmitidas en vivo por las redes sociales de la Entidad Administradora de Planes de Beneficios de Salud, y, en ocasiones acompañados de sus parejas, lo que les generaba motivación para participar y alcanzar las metas propuestas en los planes familiares. Así lo manifestaron en los grupos de discusión:

“...A mí la actividad física nunca me falta, sino puedo salir a caminar me repito los en vivo, en la pandemia eso sí que nos ayudó ..., a mí me enseñaron de la importancia de la actividad física para no deprimirme, ganar fuerza muscular para llegar al final de mi vida de forma independiente y poder hacer todas mis cosas, esto es una rutina que nunca dejo de hacer y obviamente combinada con una buena alimentación...” AMPG1B2

También se encontró que las personas mayores que participaron en las intervenciones

incrementaron la asistencia a los controles médicos para el seguimiento interdisciplinario y reglamentario de las patologías crónicas ya diagnosticadas a diferencia del grupo control ($p < 0.001$), las cuales, según la norma y los protocolos de la Entidad Administradora de Planes de Beneficios de Salud, deben tener controles con una periodicidad entre 3 y 6 meses (Tabla 3).

Discusión

Este estudio evaluó los cambios en los conocimientos y prácticas de cuidado de la salud nutricional, mental y física en un grupo de personas mayores aseguradas a una Entidad Administradora de Planes de Beneficios de Salud de un régimen especial del sistema de salud colombiano y que participaron en actividades de educación y promoción de la salud entre los años 2020 a 2022, periodo durante el cual se implementaron las medidas sanitarias restrictivas debido a la pandemia Covid-19. Los resultados evidencian que se presentaron cambios en algunas prácticas nutricionales, de salud mental, de actividad física y de demanda de servicios de salud que favorecieron el cuidado propio y familiar.

En el plano de la salud nutricional, resultados favorables como el incremento en la ingesta de agua, frutas y verduras, la disminución de alimentos ricos en grasas saturadas, sales y

azúcares y el incremento en la prevalencia del hábito de consumo de comidas fraccionadas y completas dan cuenta de que se han logrado establecer conductas que podrían catalogarse como factores protectores en la salud (16), que están siendo interiorizados dentro de la cotidianidad por esta población (17). Estos resultados son de gran relevancia porque los comportamientos que ponen en riesgo la salud son muy resistentes al cambio, a pesar de los esfuerzos de procesos de salud mediados por la educación, debido a que existen brechas entre la intención y la acción que involucra una diversidad de factores sociales, cognitivos y emocionales que operan en conjunto (18,19) the epidemiological transition, and associated lifestyle changes are among the major drivers of the increased incidence and prevalence of non-communicable diseases. Preparing for change is essential to ensure progress towards achieving the goals outlined in the 2030 Agenda for Sustainable Development. The first step for health care providers is to build specific programs or interventions that guide healthy long-term food choices during old age. Thus, identifying and understanding the specific factors that influence the food choices of elderly adults and how these factors limit or encourage food consumption is imperative. The current review aimed to identify how personal, social, cultural, psychological, situational and intrinsic/extrinsic aspects of food guide or hinder the dietary choices of independent elderly individuals (aged 65 years and older).

Con respecto a la salud mental, la intervención educativa logró impactar los problemas de sueño en el 30% de la población participante. Esto en un contexto de sindemia, fue una contribución al mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores (20), teniendo presente las afectaciones que produce en la salud física y mental los problemas de sueño (21,22).

En contraste, el aumento en las personas participantes del consumo de tabaco y el alcohol para afrontar los efectos de la pandemia en la salud mental, fue un resultado poco favorable. Al respecto, la formulación participativa de estrategias para afrontar los desencadenantes del consumo de estas sustancias y autogestionar el desincentivo del uso de las sustancias se hace necesario en este grupo poblacional.

Respecto a la evaluación de la práctica de actividad física, la diferencia en 30,3 puntos porcentuales en el reporte de actividad física en el grupo de personas mayores participantes respecto al grupo control se explica porque las acciones de educación brindadas durante los ciclos educativos abordaron temáticas relacionadas al movimiento, al entrenamiento de fuerza, la resistencia y flexibilidad. Acciones que la literatura científica ha señalado que fortalece los conocimientos previos o la adquisición de nuevas prácticas (23,24) Scopus (n=235).

Un aspecto innovador identificado en esta intervención fue la adaptación de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) mediadas por equipos electrónicos y pantallas para la implementación de las acciones de promoción y educación para la salud (25). Lo que permite afirmar que el uso racional de estas herramientas puede promover la actividad física y contrarrestar el sedentarismo. Sin embargo, el no acceso a la canasta básica digital (internet + equipo), el desconocimiento o la no adaptación sobre su uso (26) Scopus (n=66, y, las desigualdades socioeconómicas (27), pueden ser razones que explican el por qué no participó una mayor cantidad de personas mayores en esta intervención. Esto exige planear e implementar el desarrollo de estrategias mixtas, virtuales o híbridas que amplían el alcance, pero también presenciales, para permitir la inclusión de la

población que no accede o no usa las TIC por falta de recursos. Sin embargo, cabe resaltar que esta intervención se realizó en el contexto de la pandemia de la Covid-19 con altas restricciones de movilidad y aglomeraciones especialmente para las personas mayores de 60 años.

Esta evaluación avizora como un reto el mantener y fortalecer las actividades de promoción y educación para la salud implementadas debido a su potencialidad en la mejora de los conocimientos y prácticas de cuidado de la salud.

Conclusiones

Las acciones de promoción y educación para la salud de una de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud del régimen especial en Medellín, Colombia, evidencian que a pesar de las dificultades y retos que imprimió el contexto de la pandemia de la Covid-19, se presentaron cambios en los conocimientos y prácticas de cuidado de la salud en la población de personas mayores participantes de la intervención. Los cambios documentados se explican por la participación en las diferentes actividades ofertadas. No obstante, el ejercicio dejó traslucir retos para la promoción y la educación para la salud con la población participante que podrían extrapolarse al sistema de salud colombiano, como es la disminución de la brecha digital en la población mayor y continuar desarrollando acciones presenciales y en modalidades híbridas para quienes no logran acceder a las acciones a través de las TICs.

Esta evaluación es una contribución científica para fortalecer las acciones educativas en el campo del envejecimiento mediante acciones de promoción y la educación en dimensiones como la actividad física, la salud nutricional y la salud mental las cuales fueron diseñadas e implementadas con equipos interdisciplinarios.

Agradecimientos: a las personas mayores por su participación en el estudio. A la Entidad Administradora de Planes de Beneficios de Salud por apostarle a la promoción de la salud y a su equipo de trabajo por su compromiso denodado por el bienestar de la población afiliada y por aportar su saber fruto de la experiencia.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias bibliográficas

1. Congreso de Colombia. Ley 1751 de 2015 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de la Republica. 2015. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. [Internet]. Bogota Ministerio de Salud y Preotección Social. 2016. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Por la cual se modifica la Política de Atención Integral de Salud -PAIS y adoptar el Modelo de Acción Integral Territorial- MAITE [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS [Internet]. MINSALUD; 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/Manual-metodologico-rias.pdf>
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018 Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. [Internet]. Bogota Ministerio de Salud y Proteccion Social. 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>
6. Martínez H, Mitchell ME, Aguirre CG. Salud del adulto mayor - gerontología y geriatría. Manual de Medicina Preventiva y Social I. 2015; 1(2): 1-19.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Modelo Integral de Atención en Salud MIAS. Piloto de Implementación en los Departamentos con Poblaciones Dispersas. Ministerio de Salud y Protección Social. [Internet]. 2015 [citado 4 de septiembre de 2022]; 1-47. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/anexo-4-documento-mias.pdf>
8. Rodríguez-Villamizar LA, Vera-Cala LM, Rojas-Sánchez OA, Rivera-Carvajal R, Uribe-Rivero LM. Evaluación de contenidos curriculares y percepción de competencias de estudiantes del área de la salud respecto del Modelo Integral de Atención en Salud en Colombia. Rev salud pública [Internet]. 2017 [citado 4 de septiembre de 2022]; 19(4) 491-498. <https://www.redalyc.org/pdf/422/42255042014.pdf>
9. Iglesias Herrera I, Avendaño Jiménez C. Cumplimiento de la ruta integral de atención en salud materno-perinatal en el periodo 2016-2021. [Internet]. Repositorio nacional Universidad Simón Bolívar. 2021 [Consultado el 4 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://bonga.unisimon.edu.co/handle/20.500.12442/9183>
10. Agudelo C. Evaluación de procesos y resultados de la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) en el Guainía – Producto 4: Informe de Resultados de la Evaluación [Internet]. G/Exponencial. 2017. [Consultado el 4 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Evaluacion_Modelo_Integral_Atencion_Salud_MIAS_Guainia%20_informe.pdf
11. Peñaranda-Correa F. El educador: figura clave en la educación para la salud. Hacia la Promoción de la Salud. [Internet]. 2022 [Consultado el 4 de septiembre de 2022]; 27(1): 13-4. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-75772022000100013&lng=en&nrm=iso&tlng=es
12. Peters DH, Tran NT, Adam T, Organization WH. Implementation Research in Health: A Practical Guide. World Health Organization; 2013. 69.
13. Cassetti V, Paredes-Carbonell JJ. La teoría del cambio: una herramienta para la planificación y la evaluación participativa en salud comunitaria. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2020 [Consultado el 17 de julio de 2022]; 34(3): 305-307. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911119301591>

14. Retolaza Eguren I. Teoría de Cambio: Un enfoque de pensamiento-acción para navegar en la complejidad de los procesos de cambio social [Internet]. PNUD e Instituto Humanista de Cooperación al Desarrollo (HIVOS); 2010 [citado 1 de abril de 2022]. Disponible en: <https://dhls.hegoa.ehu.es/courses/5020>
15. Krippendorff K. Metodología de análisis de contenido: teoría y práctica. Barcelona, España: Editorial Paidós; 1990. 284
16. Lutz M. Patrones y sistemas alimentarios saludables y sostenibles: una urgencia planetaria. Medwave [Internet]. 2021 [Consultado el 12 de octubre de 2022]; Disponible en: <https://www.medwave.cl/enfoques/probsp/8436.html>
17. Newberry C, Dakin G. Nutrition and Weight Management in the Elderly. Clinics in Geriatric Medicine [Internet]. 2021 [Consultado el 12 de octubre de 2022]; 37(1): 131-40. [https://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690\(20\)30066-5/fulltext](https://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690(20)30066-5/fulltext)
18. Caso G, Vecchio R. Factors influencing independent older adults (un)healthy food choices: A systematic review and research agenda. Food Research International [Internet]. 2022 [Consultado el 12 de octubre de 2022]; 158. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0963996922005348>
19. Adriaanse MA, de Ridder DTD, de Wit JBF. Finding the critical cue: implementation intentions to change one's diet work best when tailored to personally relevant reasons for unhealthy eating. Pers Soc Psychol Bull. 2009; 35(1): 60-71.
20. Banerjee D. 'Age and ageism in COVID-19': Elderly mental health-care vulnerabilities and needs. Asian J Psychiatr [Internet]. 2020 [Consultado el 24 de octubre de 2022]; 51. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7198430/>
21. Zhang C, Dong F, Zheng X, Xue Y, Xiao S, Shi L, et al. The Impact of Sleep Quality on Subjective Wellbeing Among Older Adults With Multimorbidity: A Moderated Mediation Model. Frontiers in Psychology [Internet]. 2022 [Consultado el 24 de octubre de 2022]; 13. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2022.813775>
22. Reid KJ, Martinovich Z, Finkel S, Statsinger J, Golden R, Harter K, et al. Sleep: A Marker of Physical and Mental Health in the Elderly. The American Journal of Geriatric Psychiatry [Internet]. 2006 [Consultado el 24 de octubre de 2022]; 14(10): 860-866. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1064748112608628>
23. Martín Aranda Roberto. Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. Una revisión narrativa. Rev haban cienc méd [Internet]. 2018 [Consultado el 2022 Jun 11]; 17(5): 813-825. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S.
24. Font-Jutglà C, Mur Gimeno E, Bort Roig J, Gomes da Silva M, Milà Villarroel R. Efectos de la actividad física de intensidad suave sobre las condiciones físicas de los adultos mayores: revisión sistemática. Revista Española de Geriatria y Gerontología [Internet]. 2020 [Consultado el 6 de noviembre de 2022]; 55(2): 98-106. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X19301969>
25. Lucerón-Lucas-Torres MI, Valera-Ortín J. TIC en actividad física y parámetros cardiovasculares en mayores: una revisión. Enfermería clínica [Internet]. 2022 [Consultado el 24 de octubre de 2022]; 32(3):171-83. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8443632>
26. Murciano Hueso A, Martín García AV, Torrijos Fincias P. Revisión sistemática de aceptación de la tecnología digital en personas mayores. Perspectiva de los modelos TAM. Revista Española de Geriatria y Gerontología [Internet]. 2022 [Consultado el 24 de octubre de 2022]; 57(2):105-17. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X22000099>
27. Gonzalo E, Pasarín MI. La salud de las personas mayores. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2004 [Consultado el 6 de noviembre de 2022]; 18(4): 69-80. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-91112004000400012&lng=es&nrm=iso&tlng=es