

Atención psicológica de personas mayores, víctimas del conflicto armado colombiano: una mirada psicosocial¹

Psychological care of the elderly, victims of the Colombian armed conflict: a psychosocial view

<http://dx.doi.org/10.17981/cultedusoc.8.1.2017.01>

Marta Sahagún-Navarro², Andrea Sánchez-Vergara³ y Angélica Osorio-Hernández⁴
Corporación Universitaria del Caribe – CECAR (Sincelejo, Colombia).

Resumen

Con la finalidad de proponer acciones de mejora en la atención psicosocial con enfoque diferencial de personas mayores, víctimas del conflicto armado, atendidas en el Centro de Orientación Sociojurídica (COS) de Sincelejo (Sucre, Colombia), esta investigación tuvo como objetivo analizar la atención psicológica de esta población desde el año de apertura del centro, 2011, hasta el año 2015. Para ello, se tomaron en cuenta 24 historias clínicas psicológicas diligenciadas en este periodo de tiempo a personas mayores en edades comprendidas entre 60 y 82 años. Estas historias están conformadas por datos generales, motivo de consulta, examen mental, historia personal y familiar, observaciones, diagnóstico, plan de tratamiento y recomendaciones. Se utilizó como técnica de investigación el análisis documental, desde un enfoque cuantitativo, a partir del cálculo de frecuencias y porcentajes. Para el análisis de datos, se utilizó principalmente el apartado del examen mental, por ser este el más completo. Los resultados apuntan a que las personas mayores atendidas en esta institución mostraban una actitud de tristeza, preocupación y desánimo, así como angustia y ansiedad. La mayoría se encontraba ubicada en tiempo, lugar y espacio; pudiéndose movilizar por sus propios medios. Con un lenguaje fluido y coherente, su pensamiento es lógico, coherente y racional, con una memoria, principalmente, eumnesica y una atención euproséxica. Tres de las historias encontradas no registraron examen mental. Se concluye que las personas mayores de este estudio son propensas a sufrir trastornos de depresión y ansiedad, lo cual se debería trabajar en el centro desde la psicoterapia breve.

Palabras clave: Personas mayores; examen mental; atención psicosocial; conflicto armado; enfoque diferencial.

Recibido: Febrero 10 de 2017 / Aceptado: Abril 19 de 2017.

¹ Estudio de producto del proyecto de investigación “Situación psicológica y jurídica en personas mayores atendidas en el periodo 2011-2015 en el Centro de Orientación Sociojurídica de Sincelejo, Sucre”. Grupo de investigación: Dimensiones Humanas. Corporación Universitaria del Caribe – CECAR (Sincelejo, Colombia).

² Magíster y Doctoranda en Atención Sociosanitaria a la Dependencia. Docente-investigadora del programa de Trabajo social de la Corporación Universitaria del Caribe – CECAR. Correspondencia: marta.sahagun@cecar.edu.co

³ Psicóloga. Corporación Universitaria del Caribe – CECAR.

⁴ Psicóloga. Corporación Universitaria del Caribe – CECAR.

Abstract

With the purpose of proposing actions for improvement in psychosocial care with a differential focus of elderly people, victims of armed conflict, attended at the Center for Socio-Legal Orientation (COS) of Sincelejo (Sucre, Colombia) Psychological study of this population from the opening year of the center, 2011, to the year 2015. For this purpose, 24 psychological histories were taken into account in this period of time for elderly people between the ages of 60 and 82 years. These stories are made up of general data, reason for consultation, mental examination, personal and family history, observations, diagnosis, treatment plan and recommendations. Documentary analysis was used as a research technique, from a quantitative approach, based on the calculation of frequencies and percentages. For the analysis of data, the mental examination section was used mainly because it is the most complete. The results indicate that the elderly people attended at this institution showed an attitude of sadness, worry and discouragement, as well as anxiety and anxiety. Most were located in time, place and space; Being able to mobilize by its own means. With a fluid and coherent language, his thinking is logical, coherent and rational, with a memory, mainly, eumnesica and euprosexica attention. Three of the stories found did not record mental examination. It is concluded that the elderly in this study are prone to depression and anxiety disorders, which should be worked at the center from brief psychotherapy.

Keywords: Old people; mental examination; psychosocial care; armed conflict; differential approach.

Introducción

El conflicto armado en Colombia ha sido un problema de gran relevancia en la historia del país por la continua violación de los Derechos Humanos. Por esta razón, se han implementado proyectos centrados en la Ley 1448 de 2011, de atención a víctimas y restitución de tierras, con el fin de “hacer efectivo el goce de sus derechos a la verdad, la justicia y la reparación con garantía de no repetición” (art. 1). Entre estas víctimas se encuentran las personas mayores, quienes han sido vulnerables a toda esta problemática.

En este sentido, la ley 1448 de 2011 busca garantizar su protección y atención adecuada, haciendo énfasis en uno de sus principios: el enfoque diferencial. Este reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, orientación sexual y situación de discapacidad y que, por estos motivos, las medidas de ayuda humanitaria, atención, asistencia y reparación integral deben adoptar criterios diferenciales que respondan a las particularidades y grado de vulnerabilidad de cada grupo poblacional.

El Centro de Atención Sociojurídica a Víctimas (COS) es un centro de proyección social que en el año 2011 inició con la unión de la Corporación Universitaria del Caribe (CECAR) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), denominándose en un primer instante Unidad de Atención Integral a las Víctimas. Sin embargo, en 2012 es nombrado Centro de Atención SocioJurídica a Víctimas, con el fin de no crear confusiones con la institucionalidad creada en el marco de la ley citada.

El propósito del COS es ofrecer “orientación y asistencia jurídica, psicológica o social a personas de escasos recursos, naturales o jurídicas sin fines de lucro, como una forma de asegurar la igualdad en el ejercicio de sus derechos, de acuerdo al mandato constitucional” (Informe estadístico y de gestión 2011-2015 COS, 2016, p. 2). Todo ello, como estrategia vinculante en el Sistema Nacional de Atención y Reparación a Víctimas en Sucre, en el marco de ofrecer una atención integral a las víctimas. Así, se vinculan al programa por voluntad propia. También, pueden ser remitidas de entidades públicas con el fin de brindarles orientación y atención interdisciplinar.

Teniendo en cuenta la historia, la trascendencia y los antecedentes del COS, el objetivo de este estudio es analizar la atención psicológica brindada a personas mayores, víctimas del conflicto armado colombiano, desde la creación del centro en 2011 hasta el año 2015, a partir del análisis de los registros clínicos cumplimentados en este periodo. De la misma manera, identificar necesidades específicas en miras a una atención psicosocial con enfoque diferencial, teniendo en cuenta los lineamientos para la construcción e implementación de la estrategia de atención dirigido a equipos psicosociales del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI), los cuales son desarrollados por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2015b).

Ello permite revisar los avances, las dificultades y los desafíos que el centro ha atravesado desde sus inicios. Se hace énfasis en las personas mayores, pues existe un vacío investigativo en cuanto a publicaciones científicas que aborden esta población en el marco del conflicto armado colombiano, pues tras una revisión documental previa realizada en octubre de 2015 en principales bases de datos se encontraron solamente 11 artículos relacionados.

En este sentido, un estudio realizado en Sincelejo por Villarreal y Month (2012) determinó que las personas mayores de este municipio se encuentran en un estado de vulnerabilidad y riesgo social, teniendo una buena capacidad funcional, que se va deteriorando con el incremento de la edad, lo que los lleva a presentar una elevada comorbilidad.

Salud mental y personas mayores

Colombia es uno de los países que ha vivido y hecho parte propia de su historia la violencia, una guerra entre agentes del estado y los grupos al margen de la ley, la cual se ha prologando por más de 50 años (Laverde, 2014) y ha dejado alrededor de ocho millones de víctimas al país (Registro Único de Víctimas, 2016). Las víctimas han sido testigo de la fuerte ola de ataques al país, donde han sufrido desplazamientos, secuestros, masacres, torturas y han sentido la muerte tan cerca, que los ha convertido en los sobrevivientes de una lucha que hasta el día de hoy parece tener fin, debido a los acuerdos de paz firmados en La Habana (República de Colombia, 2016).

Dentro de las víctimas de la violencia se destacan distintos grupos poblacionales como mujeres, hombres, niños y niñas, adolescentes, personas con discapacidad, personas mayores y población LGTB, demostrando que la guerra no hace distinciones entre edad, sexo o condición social. En el caso de las personas mayores, grupo poblacional objeto de este estudio, hay que destacar que estos no solo se enfrentan a las secuelas producidas por la violencia, sino a las dificultades propias de su edad (Taylor y Clark, 2010). Estas son: deterioro de la salud física y mental, las redes de apoyo sociales y familiares, además de su propia percepción de la senectud, lo cual juega un papel fundamental dentro de este proceso, que es el envejecimiento, además de tener limitaciones para acceder y disfrutar efectivamente de las medidas de atención, asistencia y reparación integral (Unidad para las víctimas, 2016).

Campo-Arias, Oviedo y Herazo (2014) hallaron estudios que arrojaron información sobre la alta frecuencia de ansiedad y depresión relacionada con factores estresantes como, por ejemplo, el estrés postraumático. Es importante resaltar que este fenómeno no solo produce problemas emocionales como consecuencia de la vivencia de hechos violentos sino que, también, produce dificultades de adaptación, convivencia y resiliencia a la migración de las zonas rurales a urbanas en situación de precariedad. Los estudios muestran que entre las situaciones más estresantes se encuentran: el aislamiento social, el desarraigo, las alteraciones en el núcleo familiar, los problemas en la comunicación y la disolución de los vínculos de amistades, entre otros.

Cabe destacar que, además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la depresión “para el 2020 será el mayor problema de salud en el mundo, por encima de todos los padecimientos de este grupo de edad” (Romero, 2006, citado en Segura et al., 2015, p. 185), entendiendo la depresión “como la discapacidad mental de mayor concurrencia en las personas mayores, afectando a un 10% de los pacientes ambulatorios, 15 a 35% de los que viven en hogares para ancianos y 10 a 20 % de los hospitalizados” (Conde, 2006; citado en Segura-Cardona, Cardona-Arango, Segura y Garzón, 2015, p. 185).

Atendiendo que el envejecimiento poblacional es un proceso que se está dando a nivel mundial y que va en aumento, calculando que para el año 2050 la proporción del adulto mayor de 60 años y más llegará al porcentaje del 21% (Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento, 2002; citado en Velásquez y Amaya-Rey, 2012), se destaca que este aumento de la esperanza de vida del adulto mayor puede estar asociado a la predominación de trastornos mentales en las personas de la tercera edad (Rodríguez y Sánchez, 2004; citado en Gázquez, Pérez, Lucas y Yuste 2008). Paralelamente, la OMS y WPA (Asociación Mundial de Psiquiatría, 2002) evalúan que el 25% de las personas mayores padecen trastorno psicopatológico y psiquiátrico, lo que conlleva a que sean dependientes a la hora de realizar sus actividades diarias (Gázquez et al., 2008).

Así, la senectud es una etapa en la que se producen cambios psicológicos, afectando el funcionamiento y el rendimiento cognitivo, provocando un enlentecimiento en el procesamiento de la información (Brigman y Cherry, 2002; Myerson, Hale, Swagstaff, Poon, y Smith, 1990; Salthouse, 1996; citado en García, Fernández, Fuentes, López y Moreno, 2014).

Uno de los cambios que se produce es la pérdida prolongada de la memoria asociada al envejecimiento de carácter benigno, que puede llegar a provocar en los individuos dificultades para afrontar algunas tareas de la vida diaria, así como alteraciones en la memoria operativa y episódica (García et al., 2014). Por el contrario, la memoria sensorial, la memoria inmediata, la memoria procedimental, el rendimiento en tareas de reconocimiento o la memoria semántica se suelen mantener preservados, entre tanto la memoria de trabajo en el adulto mayor presenta gran dificultad al momento de realizar actividades que demanden mayor atención, flexibilidad mental, planificación y procesos de reorganización de la información (Kester, Benjamin, Castel, y Craik, 2002; Spencer y Raz, 1995; Hernández y Cansino, 2011; Pousada y Armadans, 2004; Thornton y Raz, 2006; Verhaeghen y Basak, 2005; citado en García et al., 2014).

Entre otros aspectos, la Organización Panamericana de la Salud (1999) y la OMS (2002) estipularon que si las personas mayores gozan de una buena capacidad funcional, también poseen una calidad de vida y una buena salud (Citado en Villarreal y Month, 2012), teniendo en cuenta que “el envejecimiento trae consigo también la disminución cognitiva y fisiológica, causando aislamiento y pérdida de autonomía e independencia, porque el rendimiento físico y social de las personas mayores depende de la integridad de todas sus funciones” (Ministério da Saúde, 2007; citado en Marines, Castioni, Kirchner y Hildebrandt, 2015, p. 3).

Melguizo, Acosta y Castellano (2012) sostienen que para las personas mayores es un bienestar sentirse útiles realizando labores económicas y realmente productivas. De esta manera, se considera a las personas mayores competentes para la sociedad (Al-rousan, Rubenstein y Wallace 2014). Estos aspectos se ven afectados cuando las personas mayores tienden a degradarse por enfermedades, lo que les impide desarrollarse personal y socialmente debido a los problemas de salud que padecen (Cardona, Estrada, Segura, Chavarriaga, Ordóñez, y Osorio, 2008). Esto conlleva a que sean las personas mayores quienes más solicitan y utilizan los servicios de salud, por su vulnerabilidad a tener discapacidad de tipo motriz, visual, auditiva y mental (Segura et al., 2015). Por esta razón, Pérez Serrano (2006; citado en Flecha, 2015) afirma que la imagen negativa que tienen las personas mayores sobre sí mismos hace que se detenga o se dé fin a un envejecimiento de manera sano y activo.

Examen mental

El examen mental es uno de los apartados que integran la historia clínica, que describe las funciones mentales y psicológicas de los pacientes. Se lleva a cabo a partir de la observación y de la exploración de los signos y síntomas (Ortega y Cárdenas, s.f). Dentro del examen mental se encuentran los elementos de actitud, apariencia, orientación, memoria, atención, motricidad, afecto, lenguaje y pensamiento, a través de los cuales se describe la situación cognoscitiva del paciente.

Tabla 1
Examen mental

Elementos	Definición
Actitud	Se observa la disposición que tiene el paciente en el ambiente en el que se encuentra y cómo se encuentra: calmado, nervioso, intranquilo, enojado, triste...
Apariencia	Se tiene en cuenta el aspecto físico del paciente, su forma de vestir, el aseo personal y si tiene algunas lesiones visibles en la piel.
Orientación	Se determina si el paciente tiene conocimiento del sitio donde está ubicado. Si no responde adecuadamente podría indicar desorientación en espacio. Se realizan preguntas para saber si tiene conocimiento de la hora, día, mes y año en el que se encuentra. Si la persona no sabe podría indicar desorientación en tiempo.
Memoria	Se pregunta por acontecimientos actuales ocurridos en varios momentos y falsas memorias.
Atención	Se analiza la disposición del paciente a la hora de establecer una conversación de manera coherente, si tiene una atención dispersa o si no puede concentrarse en la conversación.
Psicomotricidad	Se observa si sus movimientos son adecuados, lo que permite determinar si su actividad es idónea o no.
Afectividad	Se observa el aspecto, la actitud, la expresión facial y la conducta. Posteriormente, se realizan preguntas de cómo se siente para saber su estado de ánimo, así como observar si su estado de ánimo varía a lo largo de la conversación.
Lenguaje	Se cerciora de que el paciente está comprendiendo lo que se le dice, luego de analizar la forma, cantidad y rapidez en que pronuncia las palabras.
Pensamiento	Se tienen en cuenta dos aspectos. Por un lado, el curso del pensamiento, en el cual se evalúa la velocidad del pensamiento: si es demasiado rápido o lento, la forma en que organiza las ideas y si cambia de un tema a otro. Por otro lado, en el contenido del pensamiento se valoran las ideas obsesivas: pensamientos repetitivos e ideas delirantes como pensamientos irreales que la persona creen que son ciertos.

Fuente: Gallegos (2013)

Atención psicosocial

Prieto y Vega (1996) dicen que “el envejecimiento ha estado presente en todas las etapas del desarrollo social” (Citado en Fernández, Almuiña, Chil y Blanco, 2001, p. 1), lo que se define como un proceso que está constantemente activo, irreversible, que se ve afectado por los factores psicosociales y biológicos (Quintero y Torrijos; 1995; citado en Fernández et al., 2001).

En este sentido, Fernández et al., (2001) determinaron los factores psicológicos y sociales que se encuentran presentes en las personas mayores. Entre los factores psicológicos está la necesidad de ser escuchado, la pérdida de roles sociales, los sentimientos de soledad y de aislamiento social, la inadaptación a la jubilación, temor a la enfermedad o a enfermarse, preocupación por la pérdida de familiares y amigos, manifestando intranquilidad, desasosiego y tristeza, acompañada de llanto, con temor a la muerte y sentimientos de pesar por la pérdida de autoridad. Por otra

parte, entre los factores sociales que inciden en las personas mayores se encuentran la necesidad de comunicación social, viudez, los problemas en la dinámica familiar, la falta de medicamentos, los insuficientes ingresos económicos y estructura comunitaria, la falta de apoyo comunitario, las dificultades para crear la recreación y en la adquisición de alimentos y medicamentos fuera de la canasta familiar. De la misma manera Torres, Sepúlveda y Vázquez (2015) concluyeron que estos factores psicosociales inciden en el desarrollo de trastornos de depresión.

Aterrizando en Colombia, como se mencionó anteriormente, este país ha sido atropellado por la violencia causada por los grupos al margen de la ley, siendo las personas mayores una población vulnerada. Por ello, el gobierno colombiano ha venido creando estrategias que contrarresten y velen por la integridad de las personas que han sido víctimas del conflicto armado. Entre estas estrategias se encuentra la atención psicosocial desde un enfoque diferencial.

La atención psicosocial son todas esas actividades o procesos planteados por el Ministerio de Salud y Protección Social (2013) que buscan disminuir, mejorar y evitar los daños psicológicos y morales generados a las víctimas del conflicto armado. Entre estos procesos se encuentra las intervenciones psicosociales que se pueden implementar de manera individual, familiar y comunitaria, con el fin de ayudar a superar las secuelas generadas por la violencia. Espinosa y Tapia (s.f.) afirman que la atención psicosocial debe ayudar a contrarrestar el daño que padece la víctima mediante el fortalecimiento de las relaciones familiares y sociales, lo que es de gran importancia para que la víctima sienta el apoyo recíproco.

Entre las estrategias de atención psicosocial se establece implementar la estrategia nacional de envejecimiento activo, a través del desarrollo y fortalecimiento de acciones en los tres pilares: salud, seguridad y participación, crear estrategias de comunicación, información y educación que sensibilicen frente al envejecimiento y la vejez, para concientizar y promover el reconocimiento del rol de las personas mayores en la sociedad, el respeto y el buen trato para con ellas, además de crear, fortalecer y ajustar los centros vida o centros día de acuerdo con las necesidades, intereses, expectativas, usos y costumbres de la población de cada uno de los territorios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015b).

Asimismo, gestionar e implementar procesos de intercambio intergeneracional e intercultural a nivel sectorial, transectorial y comunitario, que lleven al reconocimiento del aporte de la población mayor al desarrollo de la familia y la sociedad; así como articular las acciones dentro de las políticas e intervenciones dirigidas a la infancia, adolescencia, juventud y adultez, con el Ministerio de Educación Nacional y las Secretarías de Educación. Todo ello, con el fin de lograr la inclusión de la promoción del envejecimiento activo en la estrategia Escuelas Saludables o Salud en la Escuela, y en otros espacios de esparcimiento y recreación en los que interactúa la comunidad educativa, como las escuelas de padres (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015b).

Promover el autocuidado y voluntariado para la salud de la población mayor, para contribuir con el mejoramiento de las condiciones de vida de las generaciones actuales y futuras de personas mayores. Así, las rutas de acceso en articulación con el sector judicial, buscan promover mecanismos de acceso efectivo de las personas

mayores, conforme los lineamientos internacionales existentes sobre la materia, e impulsar desarrollos normativos que garanticen el goce efectivo de derechos de las personas mayores y la difusión de normas que penalicen cualquier forma de maltrato, abuso y abandono. Por último, gestionar en la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional las acciones que aseguren una alimentación adecuada (en suficiencia, variedad, oportunidad y calidad), para las personas mayores en extrema pobreza y situación de vulnerabilidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015b).

Enfoque diferencial

La Ley 1448 de 2011 busca brindar una atención integral que ayude a restaurar los derechos de las víctimas y los daños causados, implementando las medidas de atención y reparación integral soportados en el Decreto 4800 de 2011, el cual establece que las entidades que conforman el Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas deberán implementar en sus Sistemas de Información variables o módulos en los que incorporen el enfoque diferencial, de tal forma que permitan identificar las características particulares de la población víctima, de acuerdo con los principios generales de la Ley 1448 de 2011.

El enfoque diferencial fue incorporado en la Ley de víctimas 1448 de 2011 como un principio que tiene como finalidad guiar y brindar todas las medidas para ayudar en la atención, protección y reparación integral de las víctimas. De esta manera, también plantea que existen poblaciones con particularidades que van entorno a la edad, género, orientación sexual y situaciones de discapacidad, siendo esta caracterización la que ayuda a identificar las poblaciones más vulnerables (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2015).

Asimismo, el Estado ofrecerá especiales garantías y medidas de protección a los grupos expuestos a mayor riesgo de las violaciones contempladas en el artículo 3° de la Ley 1448 de 2011 tales como mujeres, jóvenes, niños y niñas, las personas mayores, personas en situación de discapacidad, campesinos, líderes sociales, miembros de organizaciones sindicales, defensores de derechos humanos y víctimas de desplazamiento forzado, así como la realización de esfuerzos encaminados a que las medidas de atención, asistencia y reparación contenidas en la presente ley, contribuyan a la eliminación de los esquemas de discriminación y marginación que pudieron ser la causa de los hechos victimizantes. Entre tanto, en la ejecución y adopción por parte del Gobierno Nacional de políticas de asistencia y reparación en desarrollo de la presente ley, deberán adoptarse criterios diferenciales que respondan a las particularidades y grado de vulnerabilidad de cada uno de estos grupos poblacionales (Ley 1448, 2011).

De igual forma, el Departamento para la Prosperidad Social (DPS) es la entidad del Gobierno de Colombia que encabeza el Sector de Inclusión Social y Reconciliación, que aplica el enfoque diferencial y lo define como el instrumento jurídico apto para reestablecer o eludir los procesos y actos que crean las condiciones actuales o históricas de discriminación e imposibilitan el goce efectivo de derechos (Departamento para la Prosperidad Social, 2015).

Por su parte, Montealegre (2012; citado en Centro Nacional de Memoria Histórica, 2014) afirma que por enfoque diferencial se debe comprender la forma de análisis, de actuación social y política que identifica y reconoce las diferencias de género, identidad sexual, etnia, edad y situación de salud, además de sus implicaciones en términos de poder, de condiciones de vida y de formas de ver el mundo, manifestando que a partir del reconocimiento de las diferencias y sus implicaciones, el enfoque diferencial busca la modificación o supresión de las inequidades y de sus expresiones de subordinación, discriminación y exclusión social, política y económica.

Sin embargo, tal y como es descrito por la Organización Internacional para las Migraciones “no hay una ruta de atención exclusiva para el adulto mayor, hay un enfoque diferencial que establece que tú tienes prioridad en la atención por ser adulto mayor, pero eso no implica que hay una ruta exclusiva para ti” (comunicación personal, 2013).

Método

Diseño

Este estudio se aborda desde un enfoque cuantitativo, con diseño y alcance descriptivo, utilizando como técnica de investigación el análisis documental.

Población y muestra

Con una muestra intencional, se obtienen un total de 24 historias clínicas psicológicas diligenciadas a personas mayores, víctimas del conflicto armado, durante el periodo de observación señalado, distribuidas en los siguientes años: en 2012, 11; en 2013, 3; y en 2015, 10; observando que en los años 2011 y 2014 no hubo atención de este tipo hacia la población objeto de estudio.

Esta investigación no busca la generalización de los resultados, sino analizar la atención psicológica de un grupo específico, tratándose de una muestra homogénea por compartir características similares (Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista, 2010).

Instrumento

Las historias clínicas psicológicas están conformadas por datos generales del usuario/a, examen mental, historia personal, historia familiar, pronóstico, observaciones, diagnóstico, plan de tratamiento y recomendaciones; algunas además cuentan con notas de evolución y un registro de sesiones. Para el análisis de los datos, se tomó en cuenta, principalmente, el examen mental, por ser el apartado más completo, utilizando el resto de apartados como información complementaria a la analizada.

Análisis de datos cuantitativos

Para el cálculo de frecuencias y porcentajes, se utilizó el software de análisis de datos cuantitativos *Statistical Package for Social Science* (SPSS, versión 20).

Resultados

Primeramente, se hace necesario mencionar que en el año 2011 y 2014 no hubo atención a personas mayores víctimas del conflicto armado, lo cual es un dato preocupante, teniendo en cuenta que se trata de un grupo de atención prioritaria.

Así, haciendo énfasis en los años 2012, 2013 y 2015, se recoge la información correspondiente a los datos sociodemográficos de esta población, recogidos en las historias clínicas, tales como edad, sexo y ocupación. Se observa que un número amplio de mujeres amas de casa son las que acudieron al centro.

Tabla 2
Datos sociodemográficos

Sexo	N	%
Hombres	8	33,3%
Mujeres	16	66,7%
Edad		
60-65	11	45,8%
66-70	7	29,2%
71-75	1	4,2%
76-80	4	16,7%
Más de 80	1	4,2%
Ocupación hombres		
Maestro de obra	3	13%
Vendedores	2	8,3%
Oficios varios	1	4,2%
Ninguno	2	8,3%
Ocupación mujeres		
Ama de casa	14	58,3%
Manicuristas	1	4,2%
Servicios generales	1	4,2%

Fuente: Elaboración propia

En la siguiente tabla, se muestran las funciones mentales y psicológicas más ostentadas en las víctimas, con el objetivo de presentar la situación del estado mental que tienen las personas mayores, víctimas del conflicto armado.

Tabla 3
Resultados del examen mental

Examen mental	N	%
Actitud		
Tristeza, preocupación y desanimo	14	58.3%
Disponible alerta	4	16.6%
No registran	3	12.5%
Tranquila y calmada	2	8.3%
Disponible triste	1	4.1%
Apariencia		
Tristeza, angustia, desconsolación y melancolía	9	37.5%
No registran	9	37.5%
Organizada y aseada	6	25%
Orientación		
Ubicados en tiempo, lugar y espacio	21	87.5%
No registran	3	12.5%
Memoria		
Eumnesico	16	66.6%
Perdida de algún tipo de memoria a mediano plazo	3	12.5%
No registran	3	12.5%
Perdida de algún tipo de memoria a largo plazo	2	8.3%
Atención		
Euprosexico	15	62.5%
No registran	5	20.8%
Atención dispersa	4	16.6%
Psicomotricidad		
Se movilizan por sus propios medios	16	66.6%
No registran	6	25%
Con alguna ayuda	2	8.3%
Afectividad		
Tristes, preocupados, desesperanzados, angustia y ansiedad	15	62.5%
Tranquilo y/o estable	6	25%
No registran	3	12.5%
Lenguaje		
Fluido y coherente	21	87.5%
No registran	3	12.5%
Pensamiento		
Lógico, coherente y racional	19	79.1%
No registran	4	16.6%
Pensamiento distorsionado	1	4.1%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla anterior, se pone de manifiesto que las personas mayores atendidas en el COS en los años 2012, 2013 y 2015, muestran un lenguaje fluido y coherente en el 87.5% de los atendidos, al igual que la orientación, ya que el 87.5% de los pacientes se encontraban ubicados en tiempo, lugar y espacio. Por su parte, la motricidad era adecuada en el 66.6% de la población atendida, de igual manera, la memoria eumnésica (66.6%). El pensamiento, en el 79.1% de las víctimas era lógico, coherente y racional; la atención era euproséxica (62.5%), así como su afectividad (62.5%).

Los resultados de mayor foco de atención están en que la mayoría de las personas atendidas se encontraban tristes, preocupadas, desesperanzadas, con angustia y ansiedad. La actitud en el 58.3% de las personas mayores atendidas era de tristeza, preocupación y desánimo. Su apariencia fue de tristeza, angustia, desconsolación y melancolía en el 37.5%.

Atendiendo a la información complementaria al examen mental realizado, cabe destacar que solo 2 de las 24 historias clínicas contaron con notas de evolución de los pacientes y solo 1, contemplaba un registro de sesiones. Además, solo 2 de las 24 historias clínicas anexaron el formato de remisiones externas y solicitudes. Asimismo, solamente 5 historias utilizan el apartado de recomendaciones y plan de tratamiento. Los restantes apartados que comprenden las historias clínicas no se encuentran totalmente diligenciados.

Conclusiones

Los resultados apuntan a que las personas mayores de este estudio son propensas a sufrir trastornos de depresión y ansiedad, destacando así los porcentajes relacionados con los aspectos del examen mental de actitud, apariencia y afectividad, los cuales manejan sentimientos negativos muy altos.

Cabe destacar que el apartado más completo y debidamente diligenciado es el examen mental, en el cual se describen todas las funciones mentales y psicológicas de las personas atendidas; dándose menos prioridad a los tratamientos y recomendaciones.

Teniendo en cuenta que una de las funciones del centro, dentro del marco de la Ley, es prestar la atención y el acompañamiento psicojurídico a través de un equipo interdisciplinario, se observa que este no se encuentra claramente reflejado en la atención y acompañamiento que debiera ser psicosocial, debido a que muy pocas historias clínicas tienen diligenciado el apartado de sesiones y evolución del paciente; no evidenciándose un seguimiento de que las personas hayan accedido a las atenciones en el marco del sistema de atención a víctimas.

Otras de sus funciones más relevantes es brindar asesoría, atención y orientación a todas las personas víctimas desde un enfoque diferencial y de derechos, además de desarrollar y mantener actualizadas las rutas de atención y orientación a las víctimas. Proveer además a la Red Nacional de Información los reportes que esta requiera en relación con la atención a las víctimas, de acuerdo con los lineamientos que para tal fin establezca la Unidad Administrativa Especial de Atención y Reparación Integral a las Víctimas (Decreto 4800, 2011).

De la misma forma, pocas historias clínicas utilizan el apartado de recomendaciones y plan de tratamiento, lo cual es de vital importancia, ya que a través del diligenciamiento adecuado de los formatos se retroalimenta a la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas sobre el estado de las remisiones enviadas por esta en un lapso no mayor a quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de envío, lo cual sino se realiza adecuada y completamente no se brindará información oportuna y fiable a las entidades que lo requieren.

Sería oportuno brindar a esta población orientaciones de cómo prevenir, atender y afrontar las consecuencias del impacto que deja la violencia en las víctimas, puesto que los registros no contemplan información sobre esto, en todo caso, sería recoger información en miras de ofrecer una atención psicosocial. Asimismo, contemplarse estrategias para manejar la ansiedad y otros aspectos que se vean en los resultados, a través de la psicoterapia breve.

Se recomienda una reestructuración en la información que recogen los registros clínicos psicológicos, a fin de apuntar hacia una atención psicosocial, que cumpla con las estrategias que hacen parte del enfoque diferencial, estipuladas por el Ministerio de Salud y Protección Social (2015a), bajo el respaldo de la Ley 1448 de 2011. Para ello, debe existir dentro de los registros una evaluación biomédica, psicológica, social y funcional, que permitan reconocer al paciente de una manera íntegra y completa.

En cuanto a la protección y atención de la población mayor, se debe implementar un modelo de atención integral a las personas mayores, en el cual se definan las líneas estratégicas, los modos, condiciones y estilos de vida saludable, la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles, el acceso efectivo, la calidad y calidez en la prestación de los servicios de salud, además de un monitoreo y seguimiento al uso racional de protocolos y guías para la atención de la población mayor, con el fin de prevenir y tratar la morbilidad prevalente y controlar la discapacidad y mortalidad evitables (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Asimismo, sería oportuno desarrollar e implementar programas de teleasistencia conducidos a las familias que tengan personas mayores y que estas estén solas, que les brinde información, seguridad y una atención oportuna y eficiente, así como crear una estrategia comunicativa, educativa e informativa para fomentar la integración de las personas mayores a los programas sociales de inclusión y protección social, en cuanto a derechos y deberes del plan de beneficios en salud. Todo ello, con el fin de alcanzar la disminución progresiva de las barreras de acceso a servicios de salud y promocionar la denuncia y rechazo de la comunidad a la violencia hacia los mayores; identificar, comunicar y registrar efectivamente las cifras existentes de violencia intrafamiliar hacia este grupo de edad, y gestionar las medidas de protección entre todos los actores y la comunidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

En la normatividad existente referida a la atención psicosocial se proponen diversas acciones en las cuales se debe tener en cuenta el enfoque diferencial del adulto mayor, dado que no existe una ruta de atención específica para este grupo poblacional, dejándolo a criterio de las instituciones o centros, las cuales en este caso no cumplen objetivamente con una atención, asistencia y orientación oportuna.

Entre esas acciones propuestas se establece que, entre las estrategias que se deben implementar, están el acompañamiento individual como estrategia que se desglosa de tres formas con las que se puede brindar una atención de acuerdo a la gravedad y dificultad que presente la víctima. Primeramente, la consejería o apoyo, en el cual se busca fortalecer la autoestima y autoconfianza de la persona, ofreciendo los recursos necesarios para lograr un afrontamiento adecuado. Además, ayuda en el fortalecimiento de habilidades como la expresión y la contención emocional, la resolución de problemas.

También, el acompañamiento terapéutico, el cual cuenta con estrategias como la atención en crisis o primeros auxilios psicológicos, atención en crisis de segundo orden, acompañamiento en duelo, entre otros; con la posibilidad de brindar también una Orientación y Derivación a Servicios Especializados cuando la víctima así lo requiera en el área de salud mental.

Asimismo, se encuentra el acompañamiento familiar, en el cual brinda un apoyo en la resolución de problemas intrafamiliares, fortalecimiento de roles, intervención en crisis, protección y cuidado intrafamiliar, entre otros.

Por último, en la atención comunitaria se hace referencia a la intervención que se debe implementar en el contexto donde ocurrieron los hechos victimizantes, con el fin de rehabilitar a las víctimas. Entre las funciones que se contemplan están las de atención en situaciones críticas, atención comunitaria en crisis, fortalecimiento colectivo, reconstrucción de las memorias, apoyo en acciones simbólicas o conmemoraciones.

Referencias

- Al-Rousan, T., Rubenstein, L. y Wallace, R. (2014). Preparación de los adultos mayores en los Estados Unidos para hacer frente a los desastres naturales: encuesta a escala nacional. *Revista Panam Salud Pública*, 36(6), 402–408.
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., y Herazo, E. (2014). Prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento en Colombia: una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(4), 177-185.
- Cardona, D., Estrada, A., Segura, A., Chavarriaga, L., Ordóñez, J. y Osorio, J. (2008) La dependencia del adulto mayor institucionalizado es un asunto de calidad de vida. *Revista CES Salud Pública*, 62(1), 3-12.
- Centro de Orientación Sociojurídica a Víctimas del conflicto armado (2016). *Informe estadístico y de gestión 2011-2015*.
- Centro Nacional de Memoria Histórica (2014). *Dirección de Acuerdos de la Verdad. Desafíos para la reintegración, enfoques de género, edad y etnia*. Bogotá, Colombia. Editorial: imprenta nacional.
- Decreto 4800 (2011). *Por el cual se decreta la ley 1448 de 2011 y se dictan otras disposiciones*. Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/decreto4800reglamentarioleyvictimas.pdf>

- Departamento para la Prosperidad Social (2015). *Grupo de Enfoque Diferencial*. Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.prosperidadsocial.gov.co/ent/gen/prg/Documents/Descripci%C3%B3n%20Enfoque%20Diferencial.pdf>
- Espinosa, A. y Tapias, A. (s.f.) *Psicología y acompañamiento a víctimas*. Recuperado el 20 de septiembre de 2016, en http://www.satellitechnologies.com/USB/Modulo3/M%C3%B3dulo_3_USB_unidad1.pdf
- Fernández, S., Almuiña, M., Chil, O. y Blanco, B. (2001). Factores psicosociales presentes en la tercera edad. *Revista cubana de higiene y epidemiología*, 39(2), 77-81.
- Flecha, A. (2015). Bienestar psicológico subjetivo y personas mayores residentes. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 25.
- García, J., Fernández, P., Fuentes, L., López, J. y Moreno, M. (2014). Estudio comparativo de dos programas de entrenamiento de la memoria en personas mayores con quejas subjetivas de memoria: un análisis preliminar. *Anales de Psicología*, 30(1), 337-345.
- Gázquez, J., Pérez, M., Lucas, F. y Yuste, N. (2008). Prevalencia de los trastornos mentales en la población mayor. *Anales De Psicología*, 24(2).
- Laverde, J. (2014). *Las Farc: 50 años de conflicto*. Recuperado de: <http://www.elspectador.com/noticias/paz/farc-50-anos-de-conflicto-armado-articulo-494175>
- Ley 1448 (2011). *Ley de víctimas y restitución de tierras*. Bogotá, Colombia. Recuperado de: http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/ley_victimas/ley_victimas_completa_web.pdf
- Llamas-Velasco, S., Llorente-Ayuso, L., Contador, I. y Bermejo-Pareja, F. (2015). Versiones en español del Minimental State Examination (MMSE). Cuestiones para su uso en la práctica clínica. *Revista Neurol*, 61(8), 363-371.
- Marines, L., Castioni, D., Hildebrandt, R. y Mariza, L. (2015) Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil. *Revista electrónica trimestral de enfermería*, (37).
- Melguizo, E., Acosta, A. y Castellano, R. (2012) Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*, 28(2), 251-263.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2013). *Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables*. Colombia: Autor.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2015a). *Elementos para la incorporación del enfoque psicosocial en la atención, asistencia y reparación a las víctimas (ABC)*. Colombia: Autor.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2015b). *Estrategia de atención psicosocial. Profundización metodológica de la Atención Psicosocial a víctimas del conflicto armado en el marco del PAPSIVI*. Colombia: Autor.
- Ortega, M. y Cárdenas, M. (s.f.) *Examen mental*. Recuperado 29 de septiembre de 2016 de <https://psiquii.files.wordpress.com/2011/11/examen-mental.pdf>
- Red Nacional de Información - RNI (2016). *Víctimas registradas históricamente*. Fecha de corte: 01 mayo. Bogotá, Colombia: Registro Único de Víctimas. Recuperado de <http://rni.unidadvictimas.gov.co/RUV>

- República de Colombia (2016). *Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera* (24-11-2016). Recuperado de <https://www.mesadeconversaciones.com.co/sites/default/files/24-1480106030.11-1480106030.2016nuevoacuerdofinal-1480106030.pdf>
- Taylor, S. y Clark, F. (2010). *Obligados a cambiar de horizontes: Desplazamiento forzado, un enfoque diferencial para las personas adultas mayores en Cali, Colombia*. Colombia: HelpAge International.
- Torres, H. M. L., Sepúlveda, Y. L., y Vázquez, J. L. (2015). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Revista de ciencias médicas*, 21(1).
- Unidad para las víctimas (2016). *Metodología de trabajo para el enfoque diferencial de envejecimiento y vejez*. Recuperado de <http://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/55metodologiadetrabajopara-el-enfoque-diferencial-de-envejecimiento-y-vejez.pdf>
- Velásquez, V. y Amaya, M. (2012). Riesgo familiar total en familias con personas mayores, municipio de Funza. *Revista Salud Uninorte*, 28(2), 308-321.
- Villarreal, G. y Month, E. (2012). Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). *Salud Uninorte*, 28(1), 75-87.