



3. Implementación Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud de la Vejez (Municipio de Busbanzá - Boyacá)

Francy Nelly Pérez Becerra⁴

Este documento presenta la sistematización de la experiencia del proyecto de acción social, que se desarrolló en la práctica extramural de último semestre académico de la especialización de Medicina Familiar en la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC), cuyo propósito académico es la formación de los médicos familiares con enfoque holístico e integral, orientados desde los principios de la medicina familiar y la Atención Primaria en Salud (APS), con competencias para gestionar la implementación de políticas públicas de salud (UPTC, 2015; MinSalud, 2016).

El escenario del proyecto de intervención se designó a partir del marco del convenio docencia servicio Hospital Regional de Sogamoso (HRS) y la UPTC, siendo el municipio de Busbanzá, con su Unidad Básica de Atención (UBA), la cual forma parte de la red de prestadores de salud en cabeza del HRS. Busbanzá, Boyacá, conocido como el municipio más pequeño de Colombia, ubicado en la provincia del Tundama, a 25 km² de Sogamoso, con una población total de 1.288 habitantes (proyección DANE 2005), distribuida en área urbana el 39,9 % y en área rural el 60,6 % (HRS y UBA Busbanzá, 2019).

4 Médica, Mag., en Salud Pública, Especialista en Pedagogía, Especialista en Medicina Familiar, docente de Medicina de la UPTC. Grupo de Atención Primaria de Salud. ORCID <https://orcid.org/0000-0001-6080-4658>

La propuesta se enmarcó desde la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), y las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS) (Resolución 3202 de 2016), las cuales pretenden regular las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención en salud para las personas, familias y comunidades por parte de los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud a efectos de contribuir al mejoramiento de los resultados en salud y reducir la carga de la enfermedad (MinSalud, 2016).

Desde esta perspectiva, se plantea avanzar en la implementación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RIA PYMS) (Resolución 3280 de 2018) para el curso de vida de la vejez, considerada una población importante para el municipio, la cual requiere un abordaje integral con enfoque biopsicosocial, familiar y comunitario; y en ese sentido, mostrar el proceso de avance institucional y territorial en la adaptación o ajuste de las intervenciones del componente de salud mental propuestas por la RIA PYMS vejez (Minsalud, 2018).

La sistematización de esta experiencia pretende la reconstrucción reflexiva y crítica del proceso vivido en el desarrollo de las acciones planeadas en el proyecto de intervención, desde el enfoque de Oscar Jara (2000), quien la define como la interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, logran una comprensión más profunda de las experiencias vividas, con el fin de mejorar nuestra propia práctica. Esta tiene como objetivo “sistematizar las acciones propuestas por las intervenciones en Salud Mental en la Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud en la Vejez con la población adulta mayor de Busbanzá”.

El artículo está dividido en cinco capítulos: metodología, contextualización de los actores (territorio, equipo de salud, instituciones, adultos mayores y médico familiar), el eje de sistematización: acciones y participación de actores, conclusiones y agradecimientos.

Metodología

La estrategia metodológica se enmarcó en la guía respectiva propuesta por Triana (2020) para la sistematización de experiencias, la cual comenzó con la primera recuperación de la experiencia, a partir de la contextualización institucional, local y nacional; para luego retomar las actividades propuestas en el plan de acción del proyecto de intervención, registrar el proceso, la descripción de los datos más sobresalientes que dieron idea global de la práctica.

El ordenamiento y análisis de la información se realizó a través de matrices de organización y relación institucional con la experiencia, matriz organizada de actividades, notas y diarios de campo, la definición del objeto de sistematización y un diagrama de construcción de los ejes correspondientes.

El objeto de sistematización correspondió a las intervenciones realizadas del componente de Salud Mental de la Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RIA PYMS) de la vejez con la población adulta mayor de Busbanzá. Los ejes de análisis y reflexión correspondieron a las acciones y la participación de los actores y responde a los interrogantes que surgieron en el proceso:

¿Cómo fue el desarrollo de las acciones para la implementación de las intervenciones del componente de salud mental de la RIA PYMS de la vejez con la población adulta mayor de Busbanzá?

¿Cómo fue la participación de los diferentes actores en el desarrollo de las acciones para la implementación de las intervenciones del componente de Salud Mental de RIA PYMS de la vejez con la población adulta mayor de Busbanzá?

Contextualización de actores

Se trata de las personas, organizaciones o instituciones, que tuvieron una participación directa o indirecta en las decisiones y en la ejecución del proyecto, contribuyeron con su apoyo y aportes al desarrollo de las acciones.

Equipo de salud UBA Busbanzá: Este equipo se constituyó en la puerta de entrada al municipio, fuente primaria de información, y lo más valioso, el aporte desde su experiencia y conocimiento real de la población, para el desarrollo del proyecto de intervención, para el acercamiento inicial, como para garantizar la continuidad de dichos proyectos en el tiempo.

Programa Centro Vida: Una estrategia de protección y atención integral a los adultos mayores con gran relevancia en Busbanzá, en la medida en que se establece en el único espacio de encuentro comunitario, de actividad física, de diversión y red de apoyo para la mayoría de adultos. Para el proyecto garantizó el desarrollo de las actividades de manera participativa y de esta manera permitió su ajuste a las necesidades de los adultos mayores.

Adultos mayores de 60 años de Busbanzá: Los adultos mayores fueron los actores principales, 90 adultos, 59 mujeres y 31 hombres, todos ellos de origen campesino, la mayoría aún habita en el área rural con historia de reproducción de la pobreza, trabajos forzados, inequidades de género, machismo y conflictos familiares; y con situaciones actuales de soledad no deseada, ahora agravada por la pandemia del COVID-19, por la labialización de lazos sociales y pobres de redes de apoyo familiar, social y comunitaria.

Comisaria de Familia: Dentro de sus competencias están la protección integral de los adultos mayores como grupo vulnerable, y para el caso de Busbanzá, se configuró en un actor clave en la articulación intersectorial y el logro del apoyo con las valoraciones de psicología a los adultos mayores que resultaron con riesgo psicosocial, problemas o trastorno de salud mental.

Hospital Regional de Sogamoso: Institución de segundo nivel de atención, cabeza de la red de prestadores de servicios de salud de la provincia Sugamuxi, la cual tiene a su cargo la Unidad Básica de Atención (UBA) de Busbanzá. Sus directivas manifestaron interés por el mejoramiento de la salud de la población adulta mayor del municipio, la cual estuvo representada por el coordinador de docencia-servicio, quien brindó el apoyo, abrió las puertas a la participación en diferentes escenarios y actividades del proyecto.

Médico familiar: el papel del médico familiar inició desde el mismo momento de la construcción de la propuesta para el proyecto, con la mirada totalizante de las necesidades de una población, a fin de integrar los conocimientos y competencias adquiridas a lo largo de la residencia. En este sentido, se logró materializar el papel en la implementación de políticas, programas o en este caso las intervenciones de Salud mental de la RIAS de PYMS de la vejez, la atención integral desde el primer contacto de la población con los servicios de salud y liderar el cuidado primario de la salud desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud, centrado en la comprensión de las relaciones entre las personas, las familias y sus comunidades para contribuir a la reducción de inequidades en salud (MinSalud, 2014; UPTC, 2015).

Eje de Sistematización

Es el tema que orienta el desarrollo del proceso de sistematización y lo enfoca hacia los factores que interesa destacar, para este caso, el eje son las acciones y la participación de los actores para la implementación de las intervenciones de salud mental de la RIA PYMS de la vejez con la población adulta mayor de Busbanzá, que se desarrollan a continuación:

Acciones y participación de actores para detección temprana del riesgo psicosocial

Para desarrollar las intervenciones en salud mental propuestas por la RIA de PYMS de la vejez, primero se realizó el acercamiento a la población de adultos mayores, que comenzó con la búsqueda activa en

las fuentes secundarias oficiales como el ASIS municipal, el sistema de información de atenciones ROCKY y las base de datos SIBACOM PLUS y SISBEN municipal; también en fuentes primarias locales, como el Programa Centro Vida⁵ y el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), las cuales permitieron corroborar los datos demográficos de esta población, que eran inconsistentes. Tal como lo propone Mori (2008) en los pasos para el abordaje e intervención comunitaria, se debe partir del ejercicio de contextualizar una comunidad, en este caso los adultos mayores.

Posteriormente, se desarrollaron actividades orientadas al reconocimiento de los adultos, mediante procesos de comunicación intersubjetiva como la conversación informal, lo cual permitió ganar la confianza necesaria para adentrarse en el proceso de ejecución del proyecto. Así, se lograron captar 160 adultos, mayores de 60 años, 96 mujeres y 64 hombres, todos de origen campesino, en su mayoría habitantes del área rural. Es importante resaltar que algunos adultos han tenido que desplazarse hacia la cabecera municipal por su misma condición de vejez, enfermedad o discapacidad, circunstancia que no les permite continuar en las labores del campo. Vivir en el área rural se les convirtió en una barrera para acceder a los alimentos, a los servicios de salud y bienes de primera necesidad. Según sus propios relatos, algunos adultos del municipio provienen de una historia de reproducción de la pobreza, trabajos forzados, inequidades de género, machismo y conflictos familiares. Estas situaciones problema son consecuencia de un círculo vicioso ocasionado por la falta de oportunidades de estudio y acceso a empleos que les permitieran mejorar su calidad de vida. En definitiva, una diversidad de aspectos agravantes se observa en la edad avanzada por el efecto acumulativo de estas inequidades en salud a lo largo de la vida (OMS, 2015).

5 Centro Vida es un programa nacional de protección al adulto mayor, que busca brindar una atención integral orientada a garantizar la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, interacción social, deporte, cultura, recreación y actividades productivas, como mínimo; en el marco del cumplimiento de la Ley 1276 de 2009 (Congreso de la República, 2009)

Tamizaje y detección de la población con riesgo psicosocial

Una vez establecida la población de adultos mayores de 60 años, y siguiendo los pasos que propone Mori (2008) para el abordaje e intervención comunitaria con la recolección de la información acerca de las necesidades y problemas de la comunidad, de acuerdo con la RIA PYMS de la Resolución 3280 de 2018 (MinSalud, 2018), las intervenciones correspondientes a la etapa de la vejez buscan la identificación del riesgo psicosocial y la detección temprana de problemas o trastornos de salud mental con el fin de derivarlas para su manejo oportuno, como son: la valoración de la función mental, emocional, y social; los sucesos vitales; la dinámica familiar, el contexto social y las redes de apoyo social y comunitario.

Para esto, se seleccionaron los instrumentos de tamizaje mental y emocional adecuados para esta población, basados en la evidencia y recomendaciones de la RIA PYMS, como el Minimental MMSE para detección temprana de deterioro cognitivo y demencia y la escala de depresión de Yesavage para la detección temprana de depresión, ya que estas enfermedades se constituyen en los trastornos más frecuentes en los adultos mayores (Minsalud, 2015).

Por un lado, los encuentros del Centro Vida en cada vereda, en el área urbana y algunos domicilios fueron los escenarios propicios para la aplicación de los instrumentos de recolección de la información, se constituyeron en el primer acercamiento a los adultos para preguntar y conversar sobre temas críticos como la función mental y emocional de ellos, con un lenguaje sencillo y una posición horizontal, “tanto, que muchas veces y a varios adultos toco hablarles al oído”, lo que favoreció su apertura inicial, romper el hielo, y comenzar una relación de confianza con ellos. Por otro lado, hubo que enfrentarse a las dificultades del proceso de aplicación de los instrumentos como el tiempo limitado para cada intervención, el difícil acceso geográfico, la frecuencia de las reuniones del programa (cada 15 días), barreras relacionadas con el nivel de escolaridad, la edad, y otras propias de cada adulto debido a sus comorbilidades y limitaciones físicas y sensoriales, sobre todo visuales y auditivas.

Al respecto de la caracterización sociodemográfica, se tamizaron 90 adultos mayores, en su mayoría fueron mujeres procedentes del área rural, con nivel de escolaridad de primero a cuarto año de primaria (figuras 15 y 16); hallazgos que también corroboraron el analfabetismo y la baja escolaridad en esta población (figura 17).

Figura 15

Adultos mayores de 60 años, tamizados por sexo – Caracterización sociodemográfica

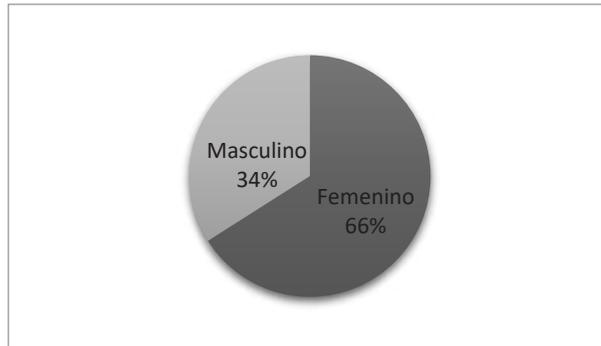
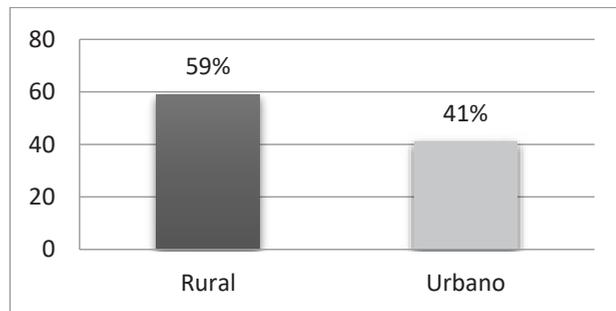


Figura 16

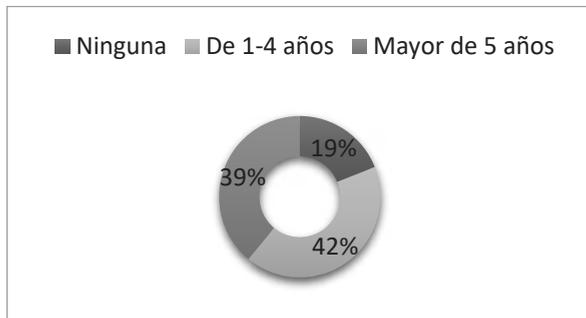
Adultos mayores de 60 años, tamizados por lugar de procedencia



Nota. Caracterización sociodemográfica.

Figura 17

Adultos mayores de 60 años tamizados por escolaridad – Caracterización sociodemográfica

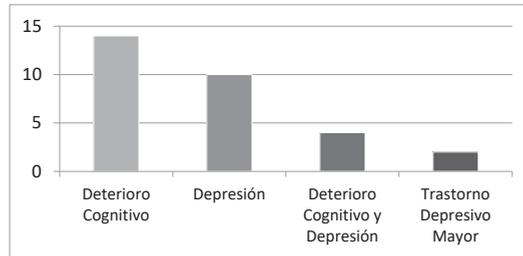


Estos resultados reflejan la baja escolaridad en los adultos mayores, cuestión que coincide con sus propios testimonios: *en esa época nuestros papás no pensaban en el estudio, nos ponían a trabajar, no nos ponían a estudiar, ponían solo a los hombres, porque sí había escuela en el pueblo*, los cuales muestran las raíces sobre las que se construye la familia boyacense en estas zonas dispersas, arraigadas en un patriarcado ancestral, con discriminaciones educativas sobre las niñas campesinas e inequidad de género, con la consecuente falta de oportunidades de empleo, como lo menciona otra adulta: *me tocó salir a Bogotá a buscar trabajo como empleada doméstica, era lo que uno podía hacer*.

Por otro lado, con los tamizajes se identificó riesgo psicosocial o riesgo para problemas o trastornos mentales en 30 adultos mayores, correspondientes al 33 % del total de adultos tamizados; 60 % mujeres y 40 % hombres con hallazgos de tamizaje positivo para deterioro cognitivo en 14 adultos; tamizaje positivo para depresión en 10 adultos, de los cuales 7 adultos para depresión leve y 3 para depresión establecida; asimismo, 4 adultos presentaron tanto deterioro cognitivo como depresión; y por último, se incluyen 2 adultos con diagnóstico ya establecido de trastorno depresivo mayor (figura 18)

Figura 18

Adultos mayores de 60 años con tamizajes positivos de Minimental y Yesavage



Los 30 adultos mayores con riesgo psicosocial o riesgo para problema o trastorno mental fueron canalizados en su totalidad a la atención médica integral de cuidado primario por parte del residente de Medicina Familiar, de acuerdo con la RIA PYMS, para en esta consulta poder completar las intervenciones correspondientes como la valoración de la dinámica familiar, los sucesos vitales, el contexto social y las redes de apoyo social y comunitario.

Atención integral de cuidado primario con enfoque familiar y comunitario

La atención integral significa abordar al adulto mayor desde un enfoque biopsicosocial, teniendo en cuenta que la vejez es un momento crítico del curso de la vida debido a los cambios biológicos, fisiológicos y psicológicos, que enfrenta el ser humano en su proceso natural de envejecimiento, además de las vicisitudes de carácter social y económico por las repercusiones de la finalización de la etapa productiva y el incremento creciente de enfermedades crónicas y discapacidad; lo que representa un desafío para los adultos y sus familias, para la sociedad, para el sistema de salud y de protección social, y para el médico familiar (D'hyver de las Deses et al., 2012).

Para esta atención integral de cuidado primario, se hicieron ajustes a la historia clínica de acuerdo con la RIA PYMS y la *Guía de acción mundial para la salud mental mh-GAP* en la Unidad Básica de Atención (UBA- ESE, municipio de Busbanzá) y se agregaron los esquemas de la

historia clínica integral de medicina familiar orientada por problemas y el enfoque multidimensional de la valoración geriátrica integral (VGI).

Entonces, comenzó la atención médica integral de cuidado primario a los 30 adultos mayores con riesgo psicosocial o riesgo para problema o trastorno mental en compañía de un familiar o cuidador; con el esquema adaptado de la VGI para la evaluación, diagnóstico y manejo de los problemas o trastornos, propuesto desde la geriatría, en la RIA PYMS y en las guías de práctica clínica (GPC) y rutas específicas. Los escenarios de consulta fueron un consultorio adaptado de la UBA o los hogares propios con visita domiciliaria. Esto lo definía la misma condición física o de morbilidad crónica limitante, las barreras de acceso a los servicios de salud (geográficas, falta de transporte o pobre red de apoyo).

Esta experiencia puso a prueba los conocimientos metodológicos para el abordaje familiar y comunitario, las competencias comunicativas y de educación para la salud, a partir de las recomendaciones de la RIA de PYMS, la Guía mh-GAP de salud mental en APS, las guías de práctica clínica (GPC) y las rutas específicas para demencia y depresión del Ministerio de Salud, puesto que en ninguno de estos documentos se encuentra la receta exacta para hacerlo, por lo tanto, se constituyó en una posibilidad de creación y dinámica propia del médico familiar en procesos de educación y promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad de los adultos mayores en la familia y la comunidad, y a la vez cumplir con las recomendaciones basadas en la evidencia y la realidad social, que favorecieron la comunicación asertiva y adecuada en la relación médico-adulto en ámbitos diferentes al consultorio.

Sabiendo que una de las grandes dificultades en la consulta de medicina es el corto tiempo utilizado para la atención y asistencia del paciente y que la consulta por medicina familiar tiene como objetivo ser integral y resolutive, fue posible tomar la decisión de aprovechar la oportunidad para realizar una atención verdaderamente integral, con un abordaje sin el control que imponen las reglas del sistema de salud —centrado en la cantidad de consultas para mantener el equilibrio financiero de las empresas de salud—, sino un abordaje centrado en las personas y una atención de calidad y calidez.

Es decir, que se logró brindar el tiempo que los adultos necesitaron en su consulta de acuerdo con sus condiciones particulares y contextos reales en el marco de una relación asistencial horizontal, que se construyó desde el primer momento, con la participación activa de los adultos en la toma de decisiones compartidas, y a pesar de las adversidades como la soledad o abandono presentes en la mayoría de estos adultos, ellos ganarán autonomía en el cuidado de su salud (Borrell y Boch, 2014).

Valoraciones de la RIA de PYMS de la vejez en el componente de salud mental

Para dar cumplimiento a las valoraciones de la RIA PYMS de la vejez, que según la Resolución 3280 de 2018 (MinSalud, 2018), corresponden a la estructura y dinámica familiar, los sucesos vitales y su influencia en la salud; valoración del contexto social y las redes sociales y comunitarias; y la identificación de los recursos y actividades sociales previas del adulto y su familia; y a las recomendaciones de las guías de práctica clínica para adultos con deterioro cognitivo o depresión, se adoptó el enfoque de Valoración Geriátrica Integral (VGI); un enfoque que permitió también la identificación de algunos síndromes geriátricos como la fragilidad, riesgo de caídas, polifarmacia, dependencia, desnutrición, maltrato y abandono, y complicaciones propias de las enfermedades crónicas.

Para los adultos con deterioro cognitivo, se debía valorar la funcionalidad, iniciando por su capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), por medio de la escala o índice de Barthel, la cual permite determinar el grado de dependencia de una persona o la necesidad de ayuda para realizar diez acciones básicas diarias, desde comer, a asearse, ir al baño, moverse, vestirse, etc. Asimismo, la aplicación de la prueba de levantarse de la silla y andar (*up and go*) tres metros en el consultorio o casa y volver a sentarse, y según el tiempo que dure, se valorar la presencia de fragilidad o riesgo de caídas; finalmente, se valoraron limitaciones sensoriales y el uso de dispositivos de apoyo como bastón, muletas o caminador (Samper et al., 2012).

De otro lado, para complementar la valoración afectiva, en la atención se indagó por otros síntomas de estado de ánimo, ansiedad, trastornos del apetito o del sueño; se continuó con la valoración clínica de las comorbilidades, síndromes geriátricos (deterioro intelectual o cognitivo, incontinencias, iatrogenia o polifarmacia, inestabilidad y caídas, e inmovilidad) y el estado nutricional; de igual modo, la evaluación de la función social, que se articuló con la VGI y el enfoque familiar y comunitario (Samper et al., 2012).

Para la valoración social, se logró una conciliación con los instrumentos que utilizamos en medicina familiar y las escalas de valoración social que propone la VGI, con la aplicación del familiograma y el APGAR familiar para valorar la estructura, dinámica y las relaciones familiares; etapas del ciclo vital individual y familiar, los sucesos vitales y su influencia en la salud y la identificación de los recursos y actividades sociales previas del adulto y su familia, que se preguntaron directamente; y por último, la valoración del contexto social y las redes sociales y comunitarias con el ECOMAPA.

La aplicación de dichos instrumentos se realizó en la consulta de atención integral, en la interacción con los adultos que partió del saludo inicial y el contacto —teniendo en cuenta las precauciones y los elementos de protección del contagio del COVID-19—, de la relación asistencial construida a lo largo de la atención, requisitos de una buena entrevista según McDaniel et al. (2005), de la creación de un ambiente dialógico basado en el acercamiento al otro desde una actitud de escucha y una posición humana frente al otro, como la afirma Freire (1975), para trabajar el fortalecimiento de la autonomía de los adultos mayores. Se logró un mejor entendimiento del motivo de la atención, los resultados de los tamizajes y las valoraciones, y las intervenciones a seguir en un ambiente de empatía y confianza.

De esta manera, los adultos mayores se mostraron abiertos a la comprensión de sus situaciones, contextos y necesidades. Uno de los momentos más significativos en este proceso participativo fue la construcción del familiograma, pues algunos adultos se alegraron al recordar a su familia y a sus nietos, y otros se tornaron tristes, melancólicos por-

que los familiares están lejos y no se han podido ver o porque algunos hijos se fueron y nunca supieron nada de ellos.

La puesta en común de situaciones personales se traduce en experiencias conmovedoras que suscitan catarsis en los pacientes, pero, sobre todo, dan sentido a una práctica médica humanista y solidaria. Estos comportamientos y emociones determinan las condiciones de la salud mental en que se encuentran los adultos mayores en esta y muchas otras regiones del departamento. Se pusieron en evidencia experiencias de vida, significativas y conmovedoras como la de un adulto con diagnóstico de cáncer que empezó a llorar al nombrar a una de las hijas y comentó: *doctora, es que de solo pensar que me voy a morir y voy a dejar a mi hija sola, me da mucha tristeza*. O el llanto de tres adultos hombres, que, en diferentes momentos, ponen en común la situación de un duelo tardío por la pérdida de las esposas, que aún extrañaban, y a pesar de que los hijos estaban pendientes, se sentían solos. El suceso vital de una señora con tamizaje de depresión causada por la reciente separación de su esposo y encontrarse viviendo sola, hizo que entrara en llanto y se abriera emocionalmente para contar lo acontecido con su pareja.

De igual modo, el Ecomapa es una sencilla herramienta que facilita al médico familiar y al equipo de salud reconocer la presencia o ausencia de recursos o redes externas de apoyo social del entorno familiar. Esta herramienta facilitó comprender las relaciones existentes de los adultos mayores en dichas redes de apoyo. En este sentido, se pudo establecer que algunos adultos no querían saber nada de los vecinos por problemas de linderos o con los ancestros, otros recordaron con melancolía el trabajo que tuvieron que dejar por su condición actual de enfermedad o limitación funcional, como mencionó un adulto: *ya a estas horas de la vida no me dan trabajo en ninguna parte, doctora, me toca con los del subsidio del adulto mayor y a veces mis hijos me mandan mercadito cuando me falta*, o una adulta con tristeza y llanto refirió que aunque estaba acompañada por su pareja se sentía sola: *se va todo el día para el campo y cuando llega no me dirige la palabra, solo llega a comer, que todo esté listo y la comida en la mesa*.

Con la mayoría de los adultos se desencadenaron espacios de apertura emocional debido a su situación de soledad o pobre red de apoyo familiar y comunitario, coyuntura que se ve agravada por la situación de aislamiento en razón a la pandemia del COVID-19. Normalmente, ellos esperan recibir medicamentos, pero el hecho de escucharlos, de mostrar interés por sus situaciones y necesidades resultó ser terapéutico, como lo afirman de la Revilla Ahumada y de los Ríos Álvarez (2014): “los problemas clínicos que se presentan en el ejercicio de la medicina familiar son muy diferentes de los que se observan en otras especialidades” (p. 66); muchas personas asisten a su médico familiar por problemas que tienen origen en situaciones vitales que les causan no solo malestar físico, sino psicológico y emocional; esta es la razón de ser del enfoque psicosocial.

A partir de las valoraciones de la RIA de PYMS a los 30 adultos con riesgo psicosocial, se encontraron hallazgos de dependencia moderada en 10 adultos, limitación visual en 18 adultos, limitación auditiva en 9 adultos, fragilidad y riesgo de caída en 12 adultos, pobre red de apoyo en 12 adultos, situación de soledad en 10 adultos y disfunción familiar leve en 15 adultos; además, al preguntar por sucesos vitales se estableció la presencia de enfermedad en 13 adultos, la muerte de una persona significativa en 6 adultos y la separación en 3 adultos.

Las indicaciones y recomendaciones se entregaron de acuerdo con las guías y rutas específicas, valoración por psicología o psiquiatría, según el caso, y la entrega del plan de cuidado individual y familiar; de igual modo, se logró la articulación intersectorial con la comisaria de familia del municipio para las valoraciones de los 30 adultos con riesgo psicosocial, por psicología. El plan de intervenciones colectivas (del equipo PIC) asumió el compromiso de hacer seguimiento a los adultos identificados con riesgo psicosocial, problema o trastorno mental, en el cual se incluye una visita domiciliaria al año y seguimiento telefónico.

En este mismo proceso de abordaje al adulto mayor, se logró la participación en el Consejo de Política Social y el Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) municipal, con el fin de socializar los alcances del proyecto de intervención y entregar la información sobre la situa-

ción de salud mental de los adultos mayores. Al comité se convocaron todos los actores municipales, el equipo Centro Vida, la coordinación de las UBA del HRS y el equipo de salud de la UBA del municipio de Busbanzá; un proceso necesario de articulación del sector salud con la intersectorialidad y la participación comunitaria, liderado por el ente territorial (MinSalud, 2016).

Acciones en promoción y educación en salud mental

La promoción de la salud mental abarca una diversidad de estrategias, todas dirigidas a un impacto positivo en la salud mental; implica acciones que crean condiciones de vida y ambientes que apoyan la salud mental y permiten a la persona adoptar y mantener un estilo de vida sano (WFMH, 2009); y por su parte la educación en salud mental corresponde al proceso de acompañamiento hacia el mejoramiento de competencias para el desempeño social óptimo, desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y relacionales para afrontar los conflictos propios de la vida diaria, para su desarrollo individual y aportar al bien común (MinSalud, 2018).

De esta manera, se desarrollaron acciones de educación en salud mental como la psicoeducación a los adultos y sus familias. La psicoeducación es una herramienta que busca que pacientes y familias conozcan la naturaleza de la enfermedad, a fin de promover la autonomía, el empoderamiento y la reintegración social. La metodología utilizada consistió en la explicación de la situación del adulto con un problema o trastorno depresivo, posteriormente, se le motiva para que continúe con las actividades y pasatiempos que solía hacer, mantenga el ciclo regular e higiene del sueño; realice actividad física, participe en actividades sociales, reconozca pensamientos negativos de autoagresión y busque ayuda.

Además, se efectuó un taller práctico de entrenamiento cognitivo, específicamente de memoria y atención, para todos los adultos mayores dentro del programa Centro Vida en las veredas y en el centro, con el que se pretendió dar respuesta a los resultados del tamizaje cognitivo, que mostró que el área más afectada fue la memoria y la atención, por lo que se desarrolló el tema de la “memoria” con una explicación sen-

cilla de su concepto, los tipos de memoria, cómo funciona, los fallos de memoria y atención. Se les presentaron algunas recomendaciones y ejercicios diarios para hacer en la casa, como organizar rutinas en el día, juegos de mesa como rompecabezas; sopa de letras, crucigramas, aprenderse canciones, oraciones, poemas o coplas; realizar actividades manuales como pintura, dibujo, hilar o tejer; mirar los álbumes de fotos de la familia y recordar momentos; aprender y practicar nuevas recetas; además se les ofreció la explicación teórica, recomendaciones y ejercicios prácticos de estimulación para realizar en la casa.

Así mismo, se desarrollaron acciones de promoción y prevención de la salud mental con toda la población adulta en articulación con el equipo PIC del municipio de Busbanzá: actividades físicas, recreativas y los ejercicios de agudeza mental. Todas estas actividades fueron programadas en los encuentros de los adultos del programa Centro Vida en las veredas de Cusagota, Quebradas, Tonemi y en el centro. Además, se hizo entrega de información sobre salud mental a toda la población mediante perifoneo y audios y se elaboraron dos audios para entregar en la UBA con información de promoción de la salud mental.

Bajo esta perspectiva, el médico familiar desde sus competencias como educador en salud y con un abordaje integral en salud mental puede aportar en los procesos de desarrollo de autonomía y capacidades de las personas, en el desarrollo de estrategias de información y comunicación en salud mental y, por otro lado, trabajar de forma articulada con los actores sociales y gubernamentales hacia la gestión de entornos protectores de la salud mental.

Acciones de rehabilitación basada en la comunidad

RBC componente social

La RBC es una estrategia multisectorial para enfrentar las necesidades de las personas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo, y que al interactuar con el entorno encuentran diversas barreras, que impiden su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones; para este caso los

adultos mayores con riesgo psicosocial con dependencia, limitación visual, limitación auditiva, fragilidad y riesgo de caída, aseguran su participación efectiva y su inclusión social (ONU, 2006; MinSalud, 2014).

En su componente social, la RBC busca facilitar el acceso de las personas con discapacidad a la oferta estatal de programas y servicios o a beneficios sociales específicos y promover el acceso a las medidas de protección social (MinSalud, 2014). En este sentido, en articulación intersectorial, se logró la inclusión de los adultos mayores en los programas sociales del municipio; así mismo, se reiteró la importancia de la participación activa en la acción social del programa Centro Vida, con especial atención a tres adultos mayores vulnerables por su carga de enfermedad, discapacidad, carencia de red de apoyo y situación de pobreza, a quienes se les activaron redes de apoyo y especial atención por la comisaria de familia.

Se desarrolló una actividad para los adultos mayores con riesgo psicosocial y para las personas con discapacidad y sus familias o cuidadores, en articulación con los residentes de Medicina Familiar, el equipo de rehabilitación del HRS, residentes de Medicina Deportiva de la UNIBOYACÁ y la comisaria de familia del municipio. Se brindaron talleres prácticos de cuidados y terapia ocupacional en el hogar, rutina de ejercicios físicos sencillos para la casa y un taller de manejo de emociones y actividades sencillas que podrían hacer en su tiempo libre.

Asimismo, de forma transversal a todas las actividades, se realizó el proceso de sensibilización social a todas las personas, familias, comunidad y demás sectores del municipio de Busbanzá, acerca de la importancia de la promoción y el cuidado de la salud mental, la conformación de redes sociales, grupos de apoyo y autoayuda; teniendo como escenarios las diferentes reuniones en la UBA con el equipo de salud y con todos los sectores en el comité de política social.

Red de apoyo social y comunitario para el cuidado de la salud mental

Con el objetivo de potenciar redes de apoyo social y comunitario y promover el cuidado de la salud mental de los adultos mayores en el marco de la estrategia de Promoción de la Salud Mental Comunitaria, se creó el espacio de encuentro “Tejiendo lazos de compañía para los adultos mayores”, con el fin de implementar acciones de cuidado de la salud mental, apoyo emocional y fortalecimiento de las capacidades creativas colectivas.

La acción social desarrollada dio respuesta, por un lado, a la fragmentación de las relaciones sociales, la soledad no deseada y agravada por la pandemia del COVID-19 como los manifestaron los adultos en las diferentes actividades; y por otro lado, a la carencia de redes de apoyo comunitarias como hallazgo de los tamizajes y la atención integral, que evidencian una de las problemáticas colectivas, la labilización de lazos sociales y fragilización de redes de contención comunitaria, lo que denomina Galende (como se citó en Bang, 2014) la soledad relacional.

Un espacio que promueve la participación comunitaria, liderado por las instituciones y trabajadores de la salud, se constituye en una pedagogía social apropiada, orientada a lograr que comunidades con tejido social débil puedan trascender, se empoderen autónomamente y se apropien de la solución de sus problemas. De esta forma, los procesos participativos se constituyen en la herramienta de autoreconocimiento, autogestión y autoestima, como lo plantea Max-Neef et al. (1986, p. 53), potenciar el uso de los recursos no convencionales implica también potenciar la participación comunitaria de la sociedad civil frente al Estado.

La creación de un espacio de encuentro comunitario —elegido por los mismos adultos mayores— fue relevante y se logró con la participación de algunas líderes no formales de la comunidad, quienes manifestaron su interés en apoyar el proceso. En este, pudieron conversar sobre temas significativos, se sintieron vivos e importantes para los demás, aprendieron de los otros y lograron trabajar de forma cooperativa, tejieron identidades, lazos de colaboración mutua y de apoyo emocional

para la construcción conjunta de condiciones favorables para su salud mental y la constitución de comunidad. Por ejemplo, una señora comentó ... *uno se siente arrinconado, la misma familia lo va aislando a uno, uno siente que como que lo van ignorando a uno*; también mencionaron que casi todos extrañaban los ejercicios y en la casa no los pudieron hacer de la misma manera, por lo que manifestaron alegría en frases como: ... *un rato de esparcimiento, de compartir, que caray, aunque sea alguito*; recordaron experiencias bonitas que habían tenido en algún momento gracias a un determinado alcalde, *añoro mucho los ejercicios, las manualidades, la risa, charlar, bailar, compartir un alguito o hacer una caminata, cuando nos reuníamos en el CIC (Centro Integración Comunitaria) o el salón de la cultura, y esto lo hacíamos como dos veces a la semana y luego cada 8 días, por eso ojalá que sea mínimo cada 8 días*. Es preciso que los adultos mayores cuenten con una red de apoyo que trascienda los períodos políticos y que permanezca como espacio de ayuda mutua y participación comunitaria, ámbito que favorece el desarrollo de intervenciones más efectivas y adecuadas.

Conclusiones

Las intervenciones del componente de salud mental de la RIA de PYMS de la vejez requieren ser ajustadas a la realidad de la población adulta mayor, conocer los datos reales de la población total; luego un acercamiento a la población para conocer su contexto real, sus necesidades y condiciones de vida y salud, lo que implica un acercamiento a los entornos donde transitan en su vida cotidiana. Asimismo, dichas intervenciones deben ser implementadas a partir de acciones articuladas con los programas dirigidos a los adultos y el PIC municipal, desarrolladas por un equipo de salud con las competencias requeridas para la atención integral en salud mental y de la mano con las GPC del Ministerio de Salud, la Guía mhGAP y rutas específicas.

Bajo esta perspectiva, se logró el acercamiento a la población total de 160 adultos mayores para caracterizar y aplicar tamizajes a 90 adultos mayores, en su mayoría mujeres procedentes del área rural, con baja escolaridad y vulnerabilidad, por la suma de inequidades en salud,

de género, ruralidad y pobreza. De los 90 adultos, se identificó riesgo psicosocial en 30 adultos mayores, con tamizaje positivo para algún grado de deterioro cognitivo o depresión; a quienes se les realizó consulta de atención integral de cuidado primario de medicina familiar con hallazgos en la mayoría de adultos de dependencia moderada, limitación visual y auditiva, fragilidad, riesgo de caída, pobre red de apoyo, situación de soledad y disfunción familiar leve. Una mirada profunda de la realidad de los adultos mayores de Busbanzá, que pretende aportar al análisis de la situación de salud ASIS de la población del municipio, hacia abordajes y acciones más efectivas por parte del equipo de salud, de los otros sectores y actores sociales y de la comunidad en general; desde enfoques de equidad y de curso de vida, hacia resultados e impactos en salud con la transformación de los determinantes sociales de la salud y la calidad de vida.

En este sentido, la atención primaria de la salud mental requiere procesos de articulación del sector salud con otros sectores y con participación comunitaria, liderados por el ente territorial y la dirección local de Salud Pública, que se materialicen en acciones e intervenciones conjuntas tanto de la entidades como la comisaria de familia, la personería, las secretarías municipales, la policía, los equipos PIC municipal y PIC departamental, las EAPB, los programas específicos como el Centro Vida y las mesas técnicas, los cuales se pueden convocar en los comités de política social para socializar y analizar de forma conjunta y desde las distintas miradas las problemáticas en salud, y para este caso, la salud mental y la consolidación de las redes sociales institucionales para las poblaciones más vulnerables como los adultos mayores.

En consonancia, el papel del médico familiar en el ajuste de las intervenciones de las RIAS de PYMS de la vejez es relevante y necesario en la medida en que cumple con las competencias para gestionar el proceso de atención integral en todos los momentos y entornos del curso de vida, desde el primer contacto de la población con los servicios de salud, momento en el que lidera el cuidado primario de la salud desde el enfoque biopsicosocial centrado en las personas, las familias y sus comunidades sin perder de vista la afectación de los determinantes sociales de la salud y la reducción de inequidades.

Agradecimientos

A las directivas del Hospital HRS, al coordinador de docencia - servicio por la oportunidad de la práctica y el apoyo para el desarrollo de los proyectos; al equipo de salud de la UBA por abrir las puertas, brindar la información, apoyo y colaboración; a las autoridades y sectores municipales (alcaldía, comisaria de familia, gestora social) por permitir la entrada al municipio y su población y por el apoyo recibido; igualmente, al equipo del programa Centro Vida por permitir la entrada a sus actividades, compartir su espacio y su población; y a todos y cada uno de los adultos mayores del municipio de Busbanzá, por abrir su corazón, por permitir la entrada a sus hogares y a sus vidas y por la oportunidad de aprender de ellos.

Referencias

- Bang C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas, individuo y sociedad*, 3(2) 109-120. <https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/399/340>
- Borrell, F. y Boch, J. M. (2014). Entrevista clínica y relación asistencial, la atención centrada en la persona. En Martín Zurro, A., Cano Pérez J. F. y Gené Badia, J. (Eds.), *Atención Primaria, principios, organización y métodos en Medicina de Familia* (pp. 48-62). Elsevier.
- De la Revilla Ahumada, L. y de los Ríos Álvarez, A. M. (2014). La dimensión familiar en Atención Primaria. En Martín Zurro, A., Cano Pérez J. F. y Gené Badia, J. (Eds.), *Atención Primaria, principios, organización y métodos en Medicina de Familia* (pp. 63-77). Elsevier.
- D'hyver de las Deses, C., Espinel, M. C., García, M. C., Gutiérrez, L., Manuel Lee, G. R. y Pichardo, A. (2012). Políticas de atención a la salud para adultos mayores. En Gutiérrez, L., García, M.,

- Arango, V. y Pérez, M., *Geriatría para el médico familiar* (pp. 425-433). Manual Moderno. <https://docplayer.es/90902343-Geriatría-para-el-medico-familiar.html>
- Federación Mundial para la Salud Mental [WFMH]. (2009). Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental. <https://www.paho.org/costa-rica/dmdocuments/Salud.Mental.en.Atencion.Primaria.pdf>
- Freire, P. (1975). *Pedagogía del oprimido*. México: Siglo XXI, p. 31-129.
- Max-Neef, M., Elizalde, A. y Hopenhayn, M. (1986). Desarrollo a Escala Humana. Una opción para el futuro. *Development Dialogue*, número especial. CEPAUR, Fundación Dag Hammarskjöld. <http://habitat.aq.upm.es/deh/>
- McDaniel, S., Campbell, T., Hepworth, J. y Lorenz. A. (2005). *Family-Oriented Primary Care (Second Edition)*. Springer. <http://eknygos.lsmuni.lt/springer/155/Contents%20and%20Front%20Matter.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2014). Lineamientos nacionales de rehabilitación basada en comunidad – RBC. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/lineamientos-nacionales-rbc.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias. (2015). SABE Colombia. Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento.
- Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2016). Política de Atención Integral en Salud PAIS. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2018). Política Nacional de Salud Mental.
- Resolución 4886 de 2018. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2018). Resolución 3280 de 2018. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la promoción y mantenimiento de la salud y la Ruta Integral de Atención de Promoción y Mantenimiento de la Salud y Materno Perinatal. 2 de agosto de 2018. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf
- Mori Sánchez, M. D., (2008). Una propuesta metodológica para la intervención comunitaria. *Liberabit*. Revista Peruana de Psicología, 14, 81-90. <https://www.redalyc.org/pdf/686/68601409.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. <https://www.un.org/development/desa/disabilities-es/convencion-sobre-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad-2.html>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Biblioteca de la OMS. www.who.int
- Samper, R., Runzer, F. y Camacho, M. E. (2012). Valoración Geriátrica Integral. En Gutiérrez, L., García, M., Arango, V. y Pérez, M., *Geriatria para el médico familiar* (pp. 20-24). Manual Moderno. <https://docplayer.es/90902343-Geriatria-para-el-medico-familiar.html>
- Triana, A.N. (2020). Documento Guía metodológica de la sistematización de experiencias. UPTC.
- Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia [UPTC]. (2015). Documento maestro Registro calificado. Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Posgrados.

Figura 19

Residentes de Medicina Familiar de la UPTC en actividad con cuidadores y población discapacitada



Nota. Fotografía de Francy Nelly Pérez Becerra, archivo personal. Casa comunal del barrio Los Patriotas de la ciudad de Tunja, 2019.

Figura 20

Autodiagnóstico comunitario de salud



Nota. Fotografía grupo de residentes de cuarta cohorte de la especialización de Medicina Familiar- UPTC, en trabajo de autodiagnóstico comunitario en salud del sector de Sotepanelas - IE - del municipio de Motavita (Boyacá), 2022.