

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA

Policlínica Universitaria José Agustín Mas Naranjo Primero de Enero

Programa de intervención para elevar el bienestar psicológico de adultos mayores del Policlínico Primero de Enero.

Autor: Dr. José Antonio Gálvez

Residente de Segundo Año en Medicina General Integral

2016

REPÚBLICA DE CUBA

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA

Policlínica Universitaria José Agustín Mas Naranjo Primero de Enero

Programa de intervención para elevar el bienestar psicológico de adultos mayores del Policlínico Primero de Enero

Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral

Autor: Dr. José Antonio Gálvez

Residente del Segundo Año en Medicina General Integral

Tutor: Dr.C. Yalily Talabera Díaz. Lic. en Psicología. Profesora Asistente.

Asesor: Ms.C. Dr. José Cintra Rodríguez. Especialista de II grado de Medicina Natural y Tradicional. Profesor Asistente. Hospital General Morón.

2016

“Con frecuencia, los hombres se odian unos a otros porque se tienen miedo; tienen miedo porque no se conocen; no se conocen porque no se pueden comunicar; no se pueden comunicar porque están separados.”

- Martin Luther King, 1958

Stride toward freedom; The Montgomery story

AGRADECIMIENTOS

El amor a la profesión logra cualquier desempeño y esta investigación no se hubiese logrado sin amor. El producto de este trabajo no es de una sola persona sino del aporte unido de un colectivo que ha estado junto a mí en todo momento y a los que extiendo mi agradecimiento.

Un fraternal abrazo para mis compañeros de estudios, sin cuya ayuda y colaboración no hubiera sido posible la culminación de este trabajo.

A TODOS y cada uno de los que de una forma u otra han colaborado con la realización de este trabajo.

A todos mis profesores, por sus consejos y sobre todo su ayuda incondicional en todo momento.

A la señora Noemi, que me acogió como un hijo más.

.....¡MUCHAS GRACIAS!.....

Dr. José Antonio Gálvez

DEDICATORIA

A mi familia, por su amor y apoyo incondicional en todo momento.

A mi tutora Dra.C. Yalily Talabera Díaz, sus bellas niñas y “mamichi” por su paciencia y comprensión inigualables.

A la tutora de mi tutora la estimada Dra.C. María Borroto Pérez, Profesora titular por sus consejos y aportes inestimables.

A mi asesor Ms.C. Dr. José Cintra Rodríguez por siempre creer en mí y brindar su apoyo.

A Yunisel Bermudez Pérez la persona especial en mi vida con elevada capacidad de tolerancia y aceptación.

A todo el claustro de profesores excelentes que me han orientado para alcanzar esta meta.

Al bello país de Cuba, sin el cual muchos no tuviesen la oportunidad de ser grandes.

ÍNDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Marco Teórico.....	7
Materiales y Métodos.....	18
Análisis y discusión de los resultados	27
Conclusiones.....	53
Recomendaciones.....	54
Referencias bibliográficas.....	55
Anexos.....	59

RESUMEN

Se realizó un programa de intervención desde los activos de salud en la comunidad rural de Pedro Ballester, con un diseño de investigación-acción con el objetivo principal de elevar el bienestar psicológico, desde la promoción de comportamientos saludables sobre la base de los conocimientos, habilidades y valores de los adultos mayores, así como las potencialidades de la comunidad para favorecer dichas conductas. Después que se diagnosticó el bienestar psicológico y se aplicó el primer ciclo concebido en el programa, el grupo estudiado manifestó un mayor conocimiento sobre la influencia del bienestar psicológico en la salud, expresados en el bienestar material, la comunicación, relaciones establecidas con familiares y otras personas, apoyo emocional, lugar en la comunidad, entre otras.

Palabras claves: Activos de salud, Bienestar psicológico, Comportamiento Saludable

INTRODUCCIÓN

El programa de atención primaria de la salud hasta ahora ha enfocado sus esfuerzos hacia la promoción de salud y prevención de enfermedades mediante el mejoramiento de las determinantes de salud definidas por P.L. Castellanos en 1991 que abarcan el campo de salud previamente definido por Marc Lalonde en 1974 y han sido hasta ahora las herramientas que han definido la base para el Análisis de situación de salud de la comunidad (1). Acá se reconoce que al mejorar el modo, condiciones y estilo de vida así como el ambiente en conjunto con la organización de servicios de salud y biología humana individual y social se mejora el estado de salud poblacional. Se mantiene un punto de vista enfocado hacia la vulnerabilidad de los sujetos a padecer dolencias por ende se enfoca hacia la protección y prevención de enfermedades en ellos (2). Sin embargo Antonovsky al final de los años 70 introduce la teoría de salutogénesis que se centra en la óptica no patogénica y pone énfasis en el *origen de la salud* y no en el *origen de la enfermedad* (3).

Los determinantes individuales y sociales de salud juegan un papel de suma importancia en el desarrollo del proceso salud-enfermedad. El médico de la familia debe orientar sus esfuerzos hacia la promoción de salud y prevención de enfermedades pero con un enfoque hacia la salud positiva. Es decir, focalizar la mirada hacia lo que hace el individuo, la familia, y la comunidad para mejorar el control sobre su salud (3). El marco conceptual salutogénico se centra en los recursos disponibles o los llamados *recursos generales de resistencia* (GRRs), tanto individuales, como grupales, o comunitarios y en aquello que fortalece o aprovecha el *sentido de la coherencia* (SOC) y pueden servir a las personas para comprender, manejar y encontrar significado a lo que les ocurre en la vida incluidos los efectos de las desigualdades estructurales, permitiendo afrontarlas desde la toma de conciencia de lo que somos capaces y de aquello que hay que cambiar socialmente (3). La atención médica a estos determinantes va más allá de su promoción a través de los medios de difusión masiva. Se requiere de un procedimiento sistemático e individualizado que provea a los individuos de los conocimientos necesarios para modificar su estilo de vida mediante una actitud consciente ante las situaciones que a menor o mayor plazo pueden contribuir al desarrollo de estas enfermedades (4).

El estudio del proceso de la salud mental en términos positivos nos remite a lo que se ha nombrado en la literatura como Psicología Salutogénica o Positiva, y a lo que muchos investigadores denominan nuevo paradigma. Temas que se estudian dentro de esta perspectiva son: el sentido de coherencia, la fortaleza, la autoeficacia aprendida, el locus de control, la capacidad de resistencia (resilience), los mecanismos de defensas maduros, el bienestar psicológico, el bienestar subjetivo, las estrategias de afrontamiento, los talentos y la creatividad. Nosotros centraremos nuestra atención en este estudio en el tema del bienestar psicológico, ya que es posible caracterizar la satisfacción y la felicidad como indicadores de buen funcionamiento mental, y es por ello que se torna necesario contar con instrumentos de evaluación del bienestar psicológico (5).

El tema del bienestar humano es algo que preocupa a la humanidad desde que emerge como tal; el ser humano busca la satisfacción de sus necesidades como todo ser vivo; sin embargo, la conciencia de sentirse feliz es algo específico de la especie humana. Como puede apreciarse, estamos aquí haciendo referencia a dos términos: satisfacción y felicidad (6).

Existe dentro del tema del bienestar un tipo de enfoque cuyo principal teórico ha sido Carol Ryff, y que se refiere al bienestar psicológico o salud mental positiva. Este constructo es operacionalizado por este autor a partir de una encuesta sobre qué entendía por felicidad una muestra de adultos y ancianos, cuyos resultados fueron validados factorialmente y de ellos se derivó una estructura de seis dominios: autonomía, autoaceptación, crecimiento personal, dominio, metas en la vida y relaciones positivas con los otros. Posteriormente, las escalas se redujeron a cuatro y reflejaron una concepción de salud mental positiva en la cual señalaron como elementos fundamentales las metas en la vida y las relaciones interpersonales positivas, y como complementarios: la autoaceptación y el dominio (7).

Cuadra y Florenzano refieren que Warner Wilson en 1967 hizo una amplia revisión del bienestar subjetivo, este concluyó que la persona feliz tiende a ser joven, saludable, bien educada, bien pagada, extrovertida, optimista, libre, religiosa, casada, con alta autoestima, moral de trabajo, aspiraciones modestas, de cualquier sexo y de una amplia gama de niveles de inteligencia. Desde esa fecha hasta ahora,

las investigaciones sobre el bienestar subjetivo han ido evolucionando. En una primera etapa, las investigaciones se centraron en correlacionar el bienestar y características demográficas tales como edad, sexo, ingreso, salud, etc. Actualmente las investigaciones se enfocan en entender los procesos que subyacen al bienestar (7). En un comienzo las investigaciones utilizaron los mismos métodos con los que se investigó la enfermedad. Actualmente se requieren metodologías más sofisticadas que permitan definir, medir, comprender y explicar los rasgos positivos humanos. La búsqueda de ¿qué es la psicología positiva? llevó a explorar los rasgos personales tales como el bienestar subjetivo, el optimismo, la felicidad y la libre determinación. Acorde a Cuadra y Florenzano, Diener (2000) se enfoca en el bienestar subjetivo; Peterson (2000) en el optimismo; Avia y Vázquez (1999) en el optimismo inteligente; Myers (2000) en la felicidad; Csikszentmihalyi (1999) en una dimensión particular de la felicidad, la experiencia de flujo (8).

El deseo de cada ser humano para mejorar la calidad de vida propia y de sus seres queridos se hace más fuerte a medida que se desarrolla y envejece. Por eso debemos insistir en orientar y educar a las personas sobre estos aspectos para lograr una autonomía enfocada hacia la salud positiva (9).

Análisis de la observación:

En el período de enero-agosto 2015 se presentaron un total de 2050 adultos mayores de los cuales el 18,1 % de ellos presentó síntomas subjetivos de estrés (sudoración, dificultades respiratorias, salto epigástrico, palpitaciones, tic, quejas de dolor de cuello, todos ellos sin presencia de síntomas objetivos que justificaran una posible entidad y sin antecedentes de tratamiento psiquiátrico).

Estos resultados coinciden con algunas investigaciones como la de Bustamante en 1971 que demuestran el alto por ciento de sujetos que acude a consulta por trastornos emocionales que crean tensión nerviosa para luego producir una afección. Además aunque en el enfermo prevalezcan los elementos somáticos siempre existen los psicológicos que afectan el bienestar del sujeto como parte de la salud lo cual se convierte en necesidad para el profesional la ayuda dirigida a fortalecer al sujeto para resolver los conflictos de la cotidianidad. En el envejecimiento, como es un fenómeno

universal, se debe desarrollar por toda la sociedad una cultura de la vejez basado en el bienestar y la calidad de vida (6).

Problema de Investigación:

En el período de enero-agosto 2015 se presentaron un total de 2050 adultos mayores de los cuales el 18,1 % de ellos presentó síntomas subjetivos de estrés (sudoración, dificultades respiratorias, salto epigástrico, palpitaciones, tic, quejas de dolor de cuello, todos ellos sin presencia de síntomas objetivos que justificaran una posible entidad y sin antecedentes de tratamiento psiquiátrico).

Problema científico:

¿Cómo contribuir a elevar el bienestar psicológico de adultos mayores para disminuir el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en el CMF#23 de la comunidad de Pedro Ballester en el municipio Primero de Enero?

Novedad de la Propuesta: La investigación aporta un programa de intervención desde los activos de salud que incluye teoría y práctica de la medicina alternativa sin estudios precedentes.

Viabilidad de la Investigación: La investigación es viable puesto que se cuenta con los recursos humanos y técnicos para su desarrollo.

Principales Resultados: Científicos, Económicos y Sociales

Científicos: El aporte científico es la propuesta de un programa basado en un diagnóstico previo del bienestar psicológico de adultos mayores. Con ella se refuerza el programa de atención primaria del médico y enfermera de la familia.

Social: Contribuye a mejorar los conocimientos, actitudes y capacidades del adulto mayor lo cual le permite mejorar las relaciones con el medio y consigo mismo, aspectos que repercuten positivamente en la calidad de vida y la salud.

Económico: La investigación contribuye a disminuir los gastos económicos tanto personales como institucionales al posibilitar otros comportamientos de salud de los sujetos objeto de estudio que conlleva a reducir el uso de medicamentos y de los servicios hospitalarios.

Hipótesis: Si se elabora y aplica parcialmente un programa de intervención desde los activos de salud con acciones orientadas a los adultos mayores de la comunidad

estudiada, entonces se contribuirá a aumentar el bienestar psicológico de los sujetos en estudio.

OBJETIVOS

GENERAL: Elaborar y aplicar parcialmente un programa de intervención desde los activos de salud para elevar el bienestar psicológico de adultos mayores.

ESPECÍFICOS:

- Caracterizar la percepción del bienestar psicológico de un grupo de adultos mayores de la comunidad de Pedro Ballester en el municipio Primero de Enero a través del cuestionario de calidad de vida y Orientación a la Vida- el SOC.
- Elaborar un programa de intervención desde los activos de salud para contribuir a elevar el bienestar psicológico.
- Aplicar el primer ciclo de la propuesta.
- Evaluar resultados antes y después.

MARCO TEÓRICO

Estrés y Personalidad

Los trastornos emocionales son causados por el estrés el cual consiste en un importante aumento de la activación fisiológica y cognitiva en estrecha relación con la personalidad o sea la realidad, el mundo, existe, con independencia de la existencia humana. A su vez, dicha realidad es percibida, representada, pensada, vivida, o sentida por los seres humanos. Estas respuestas fisiológicas favorecen una mejora en la percepción de la situación y sus demandas, un procesamiento más rápido y potente de la información disponible, una mejor búsqueda de soluciones y selección de las conductas adecuadas para hacer frente a las demandas de las situaciones estresantes, y preparan al organismo para actuar de forma más rápida y vigorosa ante las posibles exigencias de la situación (10,11).

Resaltar el carácter reflejo del estrés como fenómeno subjetivo permite destacar las funciones que cumple en el desarrollo exitoso de la actividad. La ejecución con éxito del hombre de cualquier tarea, cualquiera que fuese, presupone una representación del hombre sobre sí mismo, sobre sus posibilidades, la capacidad de trazarse metas conscientemente, de definir la dirección de su actividad y su vida. Mientras más adecuadamente se refleje en la psiquis del hombre su "correlación consigo mismo", más plena y efectiva será la actividad. Todas esas exigencias se incrementan en situaciones difíciles, estresantes. El reflejo psíquico en esos casos señala las particularidades de la situación, por ejemplo, su carácter peligroso o amenazante (12).

La relevancia que tiene en la aclaración del proceso de salud-enfermedad no está dada solamente por su función refleja y autoreguladora, sino por sus efectos positivos o negativos (1,2).

La ansiedad es un estado emocional angustioso que provoca un sentimiento de nerviosismo y desasosiego y sus causas no están tan claras. (13)

Teoría Salutogenica

El término Salutogénesis viene del latín **Salus**, "salud", y del griego Génesis, "origen", "creación de". Su significado es "Génesis de la Salud". Su contribución fundamental fue mantener la pregunta ¿Que crea la salud? y la búsqueda del "origen

de la salud”, en lugar de buscar las causas de la enfermedad; además de inspirar importantes investigaciones en este tema. (Antonovsky, 1979; Antonovsky, 1987) (14).

Antonovsky (1979, 1987) ha desarrollado el concepto de **Sentido de la coherencia** “*Sense of Coherence*” en el que plantea la capacidad que tiene la persona para percibir el significado del mundo que le rodea, así como para advertir la correspondencia entre sus acciones y los efectos que éstas tienen sobre su entorno (20).

El llamado **modelo salutogénico** parte de aspectos positivos y no de déficit y propone centrarse no tanto en el estudio de las causas del enfermar sino en los procesos de resistencia y fortaleza ante situaciones de riesgo, así como de promocionar lo positivo más que inhibir lo negativo. Según Antonovsky (1996), tiene las siguientes características (20): Considera la salud/enfermedad como un continuo. Hace énfasis en la historia de salud/ enfermedad del ser humano. Se centra en los recursos de afrontamiento para la superación de los problemas y la promoción de la salud. Fomenta la adaptación del organismo/ambiente.

El potencial curativo de cada individuo, su propia capacidad salutogénica. Nuevo concepto de la salud. El “modelo salutogénico” se refiere a la relación entre la salud, el estrés, y el afrontamiento. Afirma que la forma de ver la vida tiene una influencia positiva en la salud. Pero lo más importante no es el tenerlos, es ser conscientes de ello y tener la capacidad para utilizar los recursos propios o **recursos de resistencia generalizados (RRG)**; esto le proporcionara a la persona una oportunidad mayor para el afrontamiento de las dificultades de la vida (19).

Este proceso ayuda a las personas a construir experiencias coherentes en la vida. Antonovsky lo denominó: **sentido de coherencia (SOC)**, que es a la vez un sentimiento y una visión del mundo, en la que se asume que tenemos la suficiente **comprensión** de los acontecimientos que ocurren a nuestro alrededor, y que somos capaces de **manejarlos** mediante recursos internos y externos. Y que además tiene un **significado** para nuestra vida (16,19).

El concepto de *Salutogénesis* propuesto por Aarón Antonovsky en 1991, etimológicamente representaría la posibilidad de generar salud. Busca las causas de

la salud, su base son aquellas explicaciones respecto a habilidades de enfrentamiento (coping) con los estresores psicosociales. Parte asimismo de la base que no existen ambientes libres de estresores que son propios de la existencia humana y el aporte principal es que estos factores son considerados como: *comprensibles, manejables y significativos* (4).

Activos en salud son aquellos factores o recursos que mejoran la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales y/o instituciones para mantener y conservar la salud y el bienestar, así como ayudar a reducir las desigualdades sanitarias (4). Pueden operar como factores de protección (o promoción) para amortiguar el estrés diario. Ej. dotación genética, circunstancias sociales, condiciones medioambientales, comportamientos y servicios sanitarios (4).

Los llamados factores protectores son: “influencias que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona a algún peligro que de por sí predispone a un resultado no adaptativo”. Pueden no constituir un suceso agradable en la medida que eventos peligrosos o displacenteros pueden actuar como fortalecedores o preventivos (11).

Benítez (12) plantea que la salud de la familia va a depender de la interacción entre factores personales (psicológicos, biológicos, sociales), factores propios del grupo familiar (funcionalidad, estructura, economía familiar, etapa de ciclo vital, afrontamiento a las crisis) y factores sociológicos, modo de vida de la comunidad, de la sociedad (13,14).

La OMS plantea, “La insistencia en que la gente debe hacerse responsable de su propia salud. En lo posible la salud nunca debe «darse» o «facilitarse» a la población. Por el contrario, se debe ayudar a la gente a participar consciente y activamente en el logro y la promoción de su propia salud”. La promoción de salud es definida oficialmente como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla (15).

Para ello se consideran cuatro etapas determinantes de la salud:

- **Funcionamiento biológico.** El organismo necesita, para ser saludable, determinadas disposiciones orgánicas y funcionales para la adquisición de experiencias, su procesamiento y análisis, la producción de conocimientos propios, personalizados en relación con el funcionamiento del organismo, en estado general de salud (14).

- Condiciones internas del sujeto que influyen en la salud, procesos psíquicos cognoscitivos: atención, memoria, pensamiento, capacidad de trabajo intelectual, que reflejan además el estado funcional del sistema nervioso. Estados psíquicos-emocionales que son el reflejo de la relación del hombre consigo mismo y con el medio: estrés, ansiedad, depresión, ira, entre los principales. Formaciones psicológicas complejas y síntesis reguladoras de la personalidad que ocupan lugar central en las posibilidades de educación y salud y la vulnerabilidad al estrés (14).
- Relaciones sujeto-sujeto, estudio de la comunicación y relaciones interpersonales, en la familia u hogar, en la comunidad (apoyo social); relaciones con los vecinos, con amigos y grupos informales así como con las organizaciones e instituciones (14).
- Relaciones hombre-medio. Estudios de las influencias de la sociedad en general, condiciones materiales de trabajo, opciones de empleo, tiempo libre; relación sociedad-individuo; exigencias y posibilidades que plantea la sociedad, posición del individuo, autopercepción social, etc. relacionado con la calidad de vida (14).

Psicofármacos vs. Terapia Alternativa

Muchos pacientes desarrollan cierto grado de ansiedad sin que haya un factor identificable que lo desencadene. Esta entidad puede ser causada por factores ambientales como situaciones de desastres que pueden poner en peligro la vida, algunos trastornos físicos como el hipertiroidismo, el feocromocitoma, la insuficiencia cardíaca, el asma, causas físicas como drogas, y algunos fármacos (27).

La capacidad de tolerarla varía de una persona a otra. Es necesario hacer un adecuado interrogatorio porque se ha demostrado que en algunos casos existen familias enteras con predisposición a responder frente a eventos estresantes y lo hacen desencadenando una crisis de ansiedad aunque en otros casos se ha manifestado como un comportamiento aprendido (28).

La brecha terapéutica en la atención de los trastornos mentales por ansiedad, cuya prevalencia es muy alta, son una causa destacada de sufrimiento y morbilidad. Este problema de salud pública se ve agravado por el hecho de que muchos individuos aquejados de esta no reciben tratamiento alguno pese a que existen intervenciones eficaces. Hemos analizado la magnitud de esa brecha terapéutica, para lo cual se han examinado estudios comunitarios de epidemiología psiquiátrica que habían

usado instrumentos diagnósticos normalizados e incluían datos sobre el porcentaje de individuos que recibían atención por padecer de trastorno de ansiedad generalizado asociado a depresión, trastorno de pánico, y abuso o dependencia del alcohol y psicofármacos (29,30). Se calcularon las tasas medianas de casos sin tratar de este trastorno en un conjunto de estudios. Se presentan asimismo ejemplos de estimaciones de la brecha terapéutica para las Regiones de la OMS. En 37 estudios se facilitaba información sobre la utilización de los servicios. Las brechas medidas para estos trastornos fueron las siguientes: depresión 51,3%, trastorno de pánico, 55,9%; y ansiedad generalizada, 67,5%. La brecha más importante fue la correspondiente al abuso y la dependencia del alcohol, 78,1% y al psicofármaco 79,3 % (32).

Para afrontar este importante reto de salud pública, la OMS adoptó desde el año 2002 un programa mundial de acción que ha sido respaldado por los Estados Miembros (34).

Por citar un ejemplo, los desórdenes por ansiedad generalizada describen en América un 49,6 %, en Europa occidental un 62,3 % y un 55,6 % en el Mediterráneo, siendo en África y en los países Asiáticos no evaluables por su gran magnitud (35).

En Belice un estudio del predominio de tratamiento que era basado en una revisión de cada registro de todos los proveedores del equipo salud-cuidado que trataron los desórdenes mentales asociados a Ansiedad se encontró que del 63% de individuos con síntomas manifiestos de Estrés no se habían tratado 89% de aquellos y por ende poseían desórdenes afectivos; y tampoco se habían tratado 90% de aquellos con un desorden graves de ansiedad (30). Esta revisión no examinó hasta qué punto se utilizan las habilidades de sanadores tradicionales y proveedores no profesionales. Desgraciadamente, sólo un número pequeño de estudios ha examinado este problema. El estudio epidemiológico chileno, sin embargo, sugirió esto contrario a la creencia popular, se utilizaron raramente los sanadores tradicionales para los problemas de salud mentales (17). Se necesitan los datos de evidencia basados en la eficacia de tratamiento por los sanadores tradicionales y proveedores no profesionales para ayudarnos a entender su papel reduciendo el hueco del tratamiento (35).

En los Estados Unidos, el tratamiento para la ansiedad aumentó entre 1987 y 1997, a pesar de un declive en el uso de la psicoterapia, esto se ha acreditado parcialmente al pago tercerista extendido para la medicación visita (24). Este ejemplo de los Estados Unidos puede ilustrar el papel que las barreras financieras tienen contribuyendo al hueco del tratamiento. Un argumento alternativo es que la proporción aumentada de uso de ansiolíticos refleja el efecto de la cohorte de ansiedad y el predominio creciente del desorden entre los individuos más jóvenes (23). Ante esta situación la Medicina Natural y Tradicional se convierte en una alternativa para la comunidad científica en el tratamiento de esta entidad, constituyendo así, una vía para evadir los efectos adversos de la síntesis química, en el plano médico, busca mayor acceso y aceptabilidad social, rescata la práctica popular tradicional, recoge la valiosa experiencia clínica-social y fundamentalmente garantiza un mayor ahorro económico en la sustitución de los medicamentos convencionales por técnicas sencillas, inocuas y eficaces para enfermedades psicosomáticas o funcionales (32).

La Acupuntura como arte curativa es una práctica tan antigua como el género humano aunque no se sistematizaron y desarrollaron en todas las civilizaciones por igual. Dentro de ella una de los microsistemas más practicado y más completo es el Microsistema de Oreja o Microsistema Auricular. En las diferentes partes de la oreja encontramos la representación de todos los órganos de nuestro cuerpo, correspondiendo cada uno de ellos con un área exacta. Toda vez que ocurren alteraciones patológicas encontramos puntos de hipersensibilidad en el área correspondiente al órgano lesionado, la cual es conocida como zona auricular (27). A pesar de que la Auriculoterapia se asocia en la actualidad con las modalidades terapéuticas vinculadas a la Medicina Tradicional China, existen evidencias históricas de que otras civilizaciones más vinculadas a la cultura occidental moderna conocen la utilidad de las estimulaciones de la oreja y el tratamiento de diversas afecciones (27,28).

Flores de Bach, también llamadas **remedios florales de Bach** o **esencias florales de Bach**, es la denominación genérica y comercial de un conjunto de 38 preparados artesanales no farmacológicas, símil-homeopáticos, elaborados a partir de una

decocción o maceración en agua de flores maduras de diversas especies vegetales silvestres o naturalizadas de la región de Gales y la Inglaterra contigua, diluida en brandy (destilado del vino, usado como medio conservante) (37). Según el Dr. Bach, el uso de las flores de Bach está destinado a aliviar desequilibrios psicoemocionales y de carácter (tales como miedo, impaciencia, angustia, incertidumbre, ira, confusión, intolerancia, timidez, entre otros) para influir o prevenir padecimientos físicos y/o psíquicos (enfermedades) (38).

La **homeopatía** (del griego ὅμοιος *homoios*, 'similar' y πάθος *pathos*, 'sufrimiento') es un tipo de medicina alternativa (se la categoriza como pseudociencia) caracterizada por el empleo de preparados altamente diluidos que pretenden crear los mismos síntomas que sufre el paciente (39). Fue concebida a finales del siglo XVIII por el médico sajón Samuel Hahnemann (1755–1843) como una forma de mejorar el espíritu vital del cuerpo. Su premisa fundamental es "lo similar se cura con lo similar", asumiendo que lo que causa determinados síntomas puede curar esos mismos síntomas si la dosis es baja. La posición de la comunidad científica es que la homeopatía no ha sido capaz de demostrar por medios objetivos una efectividad mayor que la del efecto placebo, que no se ha presentado un mecanismo fisiológico creíble de actuación y que por ello no se puede considerar una forma de terapia basada en evidencias. (39).

Hahnemann propuso la homeopatía como una alternativa más benigna y moderada a la medicina de la época, que estaba basada aún en la teoría de los humores hipocrática y utilizaba la sangría y la purgación como herramientas principales. La homeopatía ignora el método científico, basándose en fundamentos filosóficos axiomáticos, por lo que no se considera una ciencia. En concreto, propone una aproximación holística a la salud a partir de los siguientes principios: la integración del individuo con la naturaleza, el equilibrio individual, la existencia de un "dinamismo vital" que regeneraría de forma natural los daños causados por las enfermedades, la individualidad del organismo de cada persona (que exigiría por tanto un tratamiento individualizado), «*lo semejante se cura con lo semejante*» (*similia similibus curantur*) y la dilución extrema (39,40).

La **fitoterapia** (del griego *fyton*, 'planta', 'vegetal' y *therapeia*, 'terapia'), conocida también como herbolaria (del latín *herba*, 'hierba'), es la ciencia del uso extractivo de plantas medicinales. Los registros más fiables datan el concepto de fitoterapia desde el imperio Sumerio en el año 3000 a.C., sin embargo, es gracias al médico francés Henri Leclerc (1874 – 1955 d. C.) que usa por vez primera el término en su obra “*Précis de Phytothérapie*”. Una traducción etimológica da a entender que se trata de una “terapéutica con plantas”, no obstante esta escueta traducción hace flaco favor al objeto de esta ciencia, pues matizando el concepto se entiende por fitoterapia como “ciencia, y como tal, realiza un estudio cuyo objeto es todo material de origen vegetal con utilidad o finalidad terapéutica; siendo propio de la terapéutica la prevención, atenuación o curación de un estado patológico”. La materia prima vegetal de la que hace uso, sometida a los procedimientos galénicos adecuados permite obtener lo que se conoce como fitofármaco (31,34).

La **digitopuntura** es una técnica terapéutica de masaje. Sigue principios similares a la acupuntura, con la salvedad de que aquí se emplean los pulgares, manos, dedos, y codos para aplicar presión sobre ciertos puntos del cuerpo, en vez de las agujas. Está indicada tanto para la prevención de las enfermedades como para el tratamiento de ellas (35). Las principales causas de consulta a un terapeuta de digitopuntura suelen ser: insomnio, contracturas, malestares digestivos, depresión, problemas en la piel y estrés (36).

El **yoga** es uno de los seis *darśanas* o doctrinas tradicionales del hinduismo. La palabra se asocia con prácticas de meditación en el hinduismo, el budismo y el jainismo. La palabra española «yoga» proviene del sánscrito *yoga*, que procede a su vez del verbo *yuj*: ‘colocar el yugo [a dos bueyes, para unirlos], concentrar la mente, absorberse en meditación, recordar, unir, conectar, otorgar, etc.’. El verbo *yuj* es la misma raíz indoeuropea de los términos castellanos «yugo» y «conyugal» (36).

El **masaje** es una forma de estímulo físico, de preferencia, manual sobre el organismo que provoca reacciones biológicas, metabólicas, psicológicas y sociales beneficiosas. Probablemente es la herramienta terapéutica más antigua que el ser

humano utilizó para proporcionarse un recurso natural contra el dolor. Existen diversos tipos de masaje, desde el de relajación hasta el afectivo o sensual; pasando por el específicamente terapéutico (masoterapia) del ámbito sanitario y el del ámbito deportivo, destinado a mejorar la actividad física (36).

Ejercicio de Relajación ¿Qué se pretende? –Este ejercicio pretende, directamente, relajar y pacificar todo el ser. Indirectamente, consigue el dominio de sí y la concentración mental. Consigue también, cuando se hace bien, eliminar las molestias neurálgicas, y aliviar los dolores orgánicos (35).

Dimensiones del Bienestar:

Un alto nivel de bienestar solo se alcanza cuando existe un balance y estado apropiado de las diversas dimensiones que componen al bienestar: *físico, mental, emocional, social, y espiritual* (41).

Bienestar físico: Se refiere al nivel de susceptibilidad a una enfermedad, peso corporal, cuidado/agudeza visual, fortaleza, potencia, coordinación, nivel de tolerancia y rapidez de recuperación. La persona tiene la sensación (subjetiva) de que ninguno de sus órganos o funciones se encuentran menoscabadas. Se caracteriza por el funcionamiento eficiente del cuerpo, resistencia a enfermedades, la capacidad física de responder apropiadamente a una diversidad de eventos y un nivel adecuado de aptitud física. En muchas situaciones, la dimensión física puede ser la más importante. En la mayoría de los programas de bienestar y aptitud física (establecidos o para ser mercadeados) el enfoque o base es el bienestar físico como el instrumento principal diseñado para operar el organismo humano (41).

Bienestar Mental o Intelectual: Según la OMS esta representa aquella capacidad requerida para mantener relaciones armoniosas con los demás, satisfacer necesidades instintivas potencialmente en conflicto, sin lesionar a otras personas y ser capaz de participar en las modificaciones positivas del ambiente físico y social. El bienestar mental es la habilidad de: Aprender y poseer capacidades intelectuales.

Procesar información y actuar en base a ella. Clarificar valores y creencias. Ejecutar la capacidad de tomar decisiones bien pensadas. Entender las ideas nuevas.

Bienestar social: Se refiere a la habilidad de interactuar bien con la gente y el ambiente, habiendo satisfecho las relaciones interpersonales. Puede considerarse como “gracias” o destrezas sociales o una perspicacia social. Aquellos que poseen un apropiado bienestar social pueden integrarse efectivamente en su medio social. Se caracteriza por buenas relaciones con otros, una cultura de apoyo y adaptaciones exitosas en el ambiente (9,41).

Bienestar emocional: Representa la habilidad de controlar las emociones, es decir, sentirse cómodo al expresarla y de realizarlo en forma apropiada. Las características emocionales que propician el crecimiento y desarrollo adecuado en la vida emocional del ser humano incluyen la capacidad para controlar efectivamente el estrés negativo, el ser flexible y el compromiso para resolver conflictos. La gente que constantemente tratan de mejorar su bienestar emocional tiende a disfrutar mejor la vida (7,41).

Bienestar espiritual: Es la base para que los demás componentes puedan funcionar adecuadamente. Básicamente significa aquellas creencias y prácticas religiosas. Implica la creencia en una fuerza que unifica (de un ser supremo). Para algunas personas dicha fuerza será la naturaleza, para otros serán las leyes científicas y para los cristianos será la fuerza divina de Dios. El bienestar espiritual representa la habilidad para descubrir y articular un propósito personal en la vida. Es aprender como experimentar amor, disfrute, paz, sentido de logro (autorrealización).

Bienestar Psicológico como parte de la Calidad de Vida:

La popular definición de la OMS hacía pivotar la idea de salud positiva en torno al concepto de bienestar ¿Pero qué puede aportar la Psicología científica a la definición del bienestar? En los últimos años ha habido una explosión de interés y estudios sobre el bienestar y se han desarrollado conceptos y medidas de enorme importancia para respaldar el concepto de salud positiva (41).

Los términos calidad de vida, bienestar subjetivo, satisfacción vital, bienestar social, son todos partes de una terminología que se relaciona con la felicidad, y que pretenden adquirir un status ontológico a través de la clarificación del concepto y de su capacidad para ser medido (7). A partir de innumerables controversias, actualmente existen ciertos consensos:

1.- El bienestar tendría una dimensión básica y general que es subjetiva (7).

2.- El bienestar estaría compuesto por dos facetas básicas: una centrada en los aspectos afectivos-emocionales (referido a los estados de ánimo del sujeto) y otra centrada en los aspectos cognitivos-valorativos (referido a la evaluación de satisfacción que hace el sujeto de su propia vida) (7).

Ambas facetas se relacionarían con la dimensión subjetiva (7).

A modo de resumen la calidad de vida depende del bienestar psicológico y este a su vez depende en gran variable del bienestar subjetivo que se refiere a lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas y a las conclusiones cognoscitivas y afectivas que ellos alcanzan cuando evalúan su existencia. Comúnmente se denomina “felicidad” al bienestar subjetivo experimentado cuando se sienten más emociones agradables y pocas desagradables, cuando están comprometidos en actividades interesantes y cuando están satisfechos con sus vidas. Lo central es entonces, la propia evaluación que la persona hace de su vida (9).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo cuasi experimental con la aplicación de un programa de intervención desde los activos de salud a un grupo de adultos mayores que mostraron en consultas médicas, en el período comprendido entre abril 2015 y octubre 2016, dificultades con el bienestar psicológico, lo cual es un riesgo para contraer enfermedades crónicas no transmisibles.

Se aplicó el programa de intervención desde los activos de salud para los adultos mayores que presentaron síntomas subjetivos y valoraciones negativas sobre su vida para lo cual se indicaron en el programa dos ciclos de trabajo. En el primero se ofrecen talleres para aumentar el nivel de conocimientos sobre el bienestar psicológico, como un momento necesario en el logro de posteriores cambios comportamentales, desde la creación de espacios reflexivos, dinámicos e inclusivos por un período de 120 días. Con posterioridad se realiza la reevaluación y se comprueban la existencia de cambios positivos. El segundo ciclo del programa dirigido a crear actitudes y práctica exige de mayor espacio de tiempo por lo que no se ejecutó en la investigación.

A nivel teórico se emplearon los métodos histórico-lógico, analítico- sintético, inductivo-deductivo; todos de gran utilidad en el estudio y valoración de las fuentes bibliográficas localizadas en torno a la temática de investigación, así como en la interpretación de los resultados.

Los métodos y técnicas del nivel empírico fueron el Cuestionario Calidad de Vida para adultos ComQoIA-5 según Cummins, 1997, con el objetivo de evaluar la calidad de vida al sector de la población seleccionada (20). Se consideran en el instrumento componentes objetivos y subjetivos relacionados con el bienestar psicológico, la salud, la intimidad y la seguridad.

Se utilizó una escala Likert, con los indicadores sugeridos por Cummins, 1997, que se expresan en la tabla 1, a los cuales se les realizaron algunas precisiones para las condiciones de Cuba, que se señalan en dicha tabla y no afectaban el sentido de

dichas mediciones. El formato de respuestas y los criterios de codificación utilizados fueron los indicados por Cummins en la propia escala.

Tabla 1. Dominios e indicadores de la calidad de vida según Cummins, 1997.

Información fáctica	Fecha de nacimiento y sexo
Dominios de la CV	Indicadores
Bienestar material	- Tipo de vivienda que habita y cantidad de personas que conviven en su vivienda. - Cantidad relativa de objetos personales que poseen. - ingreso bruto anual o de sus padres.
Salud	- Frecuencia con que realizan visitas al médico. - Si poseen alguna discapacidad o enfermedad permanente. - Qué medicamentos toma regularmente.
Productividad.	- Tiempo dedicado en la semana para de estudio en la escuela o al trabajo remunerado, la educación formal o al cuidado infantil no remunerado. - Empleo del tiempo libre. - Horas de trabajo doméstico.
Intimidad.	- Si tiene amigos, con qué frecuencia habla con ellos. - Frecuencia con que le dedican atención cuando está triste o deprimido. - Frecuencia con que encuentra compañía cuando la necesita.
Seguridad	- Frecuencia con que duerme bien. - Frecuencia con que se siente seguro y apoyado emocionalmente en su casa. - Frecuencia con que está preocupado o ansioso durante el día.

Lugar en la comunidad.	- Frecuencia con que realiza actividades de ocio en su comunidad. - Responsabilidades que tiene en organizaciones o grupos en su comunidad. - Frecuencia con que le piden consejos.
Bienestar emocional	- Frecuencia con que hacen las cosas que realmente quieren hacer. - Frecuencia con que al despertar en la mañana le gustaría permanecer en la cama todo el día. - Frecuencia con que desea cosas que no se pueden hacer realidad.

El cuestionario de Orientación a la Vida- el SOC (Antonovsky, 1987) con el objetivo de medir el Sentido de Coherencia.

El instrumento está constituido por 29 ítems agrupados en tres sub-escalas que evalúan cada una de la tres dimensiones del constructo “Sentido de Coherencia”: Comprensibilidad, Manejabilidad y Significatividad (Antonovsky, 1997). La escala de respuesta presenta 7 categorías (de 1 a 7) que forman un continuo bipolar limitado en los extremos por dos frases de referencia a partir de las cuales se debe situar el sujeto. Las puntuaciones expresan la “fortaleza” del Sentido de Coherencia, siendo ésta mayor cuanto mayor sea la puntuación obtenida. A la manejabilidad que incluye las preguntas con los números 2,6,9,13,18,20,23,25,27 y 29 le corresponde una máxima puntuación de 70 puntos. La comprensibilidad agrupa las preguntas 1, 3, 5, 10, 12, 15, 17, 19, 21,24 y 26 y una puntuación máxima de 77. Por último a la significatividad le corresponde las preguntas 4, 7, 8, 11, 14, 16, 22,28 y una calificación máxima de 56. La suma total es de 203 puntos.

Tratamiento estadístico de los resultados:

Para el procesamiento de los resultados de las técnicas aplicadas se utilizó el utilitario estadístico SPSS para establecer las correlaciones y los análisis descriptivos.

Conceptualización de la variable:

Sentido de Coherencia (SOC): es una orientación global que expresa el grado en que uno tiene una omnipresente y duradera, aunque a la vez dinámica, sensación de confianza, en tres sentidos: (1) los estímulos derivados de los entornos internos y externos en el curso de la vida son estructurados, predecibles y explicables (son comprensibles); (2) los recursos están disponibles para satisfacer las demandas planteadas por los estímulos (son manejables), y (3) estas demandas son retos, dignos de invertirles esfuerzo y compromiso (son significativas) (Antonovsky 1987, P.19).

Calidad de Vida (CV): la Calidad de Vida es objetiva y subjetiva, de cada eje es la total de siete dominios: bienestar material, la salud, la productividad, la intimidad, la seguridad, la comunidad, el bienestar emocional. El dominio objetivo comprende medidas de bienestar objetivo culturalmente pertinentes. Según Cummins, 1991, el dominio subjetivo comprende la satisfacción ponderada por su importancia para los individuos (20).

Métodos de procesamiento de la información y técnicas a utilizar en el procesamiento estadístico:

Estadística descriptiva: el porcentaje, la media y la moda, los resultados se reflejarán en tablas y gráficos para la interpretación y procesamiento de la información.

El universo se constituyó por los adultos mayores del CMF # 23 de la comunidad de Pedro Ballester en el municipio Primero de Enero

La muestra intencional conformada por 16 adultos mayores a los cuales se les aplicó criterios de inclusión y de exclusión.

Criterios de inclusión

- Adultos que tuvieran la disposición a colaborar con el programa propuesto.

Criterios de exclusión

- Los adultos que no tuvieran disposición a colaborar con el programa.

Variable dependiente:

El bienestar psicológico de adultos mayores es una relación positiva del sujeto con el medio y consigo mismo, se incluye lo valorativo y afectivo integrados en la proyección futura. Es un indicador de fortalezas personales frente a las posibles enfermedades crónicas.

Variable independiente:

Programa de intervención desde los activos de salud con una metodología efectiva para lograr cambios de comportamientos sostenidos y específicos en los adultos mayores centrados en el sujeto e implicándolo afectivamente.

Operacionalización de la variable:

Indicadores

Conocimientos sobre los beneficios para la salud de:

- La intimidad:
 - . Hablar con los amigos.
 - . Disposición a dedicar atención a otros cuando están tristes.
 - . Búsqueda de compañía cuando la necesiten.
- Lugar en la comunidad
 - . Realizar actividades de ocio en el grupo.
 - . Ofrecer consejos y estar dispuestos para hacerlo.
 - . Asumir responsabilidades en organizaciones o grupos en su comunidad.

- Bienestar emocional.

. Tener un propósito y dedicar atención y esfuerzo con frecuencia a realizarlo.

El conocimiento adquirido se podrá obtener a través de un cuestionario que tendrá las siguientes características:

Alto si identifica en un rango de 5-7 respuestas con la opción Sí.

Medio si identifica en un rango de 4-2 respuestas con la opción Sí.

Bajo si identifica solo 1 respuesta con la opción Sí.

Actitudes:

Disposición y compromiso de cumplir con 3 aspectos del indicador anterior.

Dedicación para crear metas a corto (un mes) y cumplirlas.

Expresiones positivas sobre sí mismos.

Aceptación de su persona.

Excelente. Si está dispuesto y tiene compromiso para cumplir con 5 aspectos de los ítems anteriores.

Regular. Si está dispuesto y tiene compromiso para cumplir con 3 aspectos de los ítems anteriores

Mala. Si está dispuesto y tiene compromiso para cumplir con 1 aspecto de los ítems anteriores

Prácticas:

Aplicar en la vida cotidiana el conocimiento sobre la intimidad, el lugar en la comunidad y el bienestar emocional.

Realización de ejercicios físicos.

Alto. Si aplica 5 de los conocimientos sobre intimidad, lugar en la comunidad y bienestar emocional. Si consume frutas y vegetales

Medio. Si aplica 3 de los conocimientos sobre intimidad, lugar en la comunidad y bienestar emocional. Si consume frutas y vegetales

Bajo. Si aplica 1 de los conocimientos sobre intimidad, lugar en la comunidad y bienestar emocional y no consume frutas ni vegetales.

Consumo sistemáticos de frutas y vegetales.

Tipo de Investigación: Cuasi-experimento.

El programa de intervención comunitaria desde los activos de salud se elaboró para hallar una comprensión más profunda del bienestar psicológico como parte de la salud humana para mejorarla en el adulto mayor. Se conciben variedad de conceptos y procedimientos en talleres aunque dirigidos a una visión común.

En los talleres la atención se enfoca en el proceso educativo de los adultos mayores. Se utiliza la re-construcción de historias como recurso educativo rico y fructífero en la que se involucran los argumentos y la ordenación lógica de vivencias desde una mirada colectiva.

Esta manera de hacer propiciar la transformación humana se lleva a cabo por los facilitadores: el autor y su tutora.

En el primer ciclo de trabajo:

- Se determinan las normas y las características de los talleres, los horarios y días de trabajo.
- Se determina el nivel de conocimiento de los adultos mayores sobre el bienestar psicológico y su influencia en la salud humana para determinar activos de salud individuales.

- Se exploran las problemáticas, los conflictos las preocupaciones identificadas por el grupo, constituyendo el punto de inicio para desarrollar el proceso educativo.
- Las temáticas identificadas se contrastan con las características del lugar en que viven como un proceso de autodiagnóstico, reconociéndose como necesidad grupal la presencia de conflictos por diversas contradicciones y acontecimientos ocurridos en la comunidad como actos violentos ocurridos entre familias de los presentes y ambientes de "chismoteos", muestra de dificultades comunicativas y generacionales.

El segundo ciclo de trabajo:

- En los inicios de los encuentros del segundo ciclo se propicia la reflexión sobre los deseos a corto y a mediano plazo.
- Se propicia la reflexión sobre los espacios de participación de los adultos en la planificación de los encuentros.
- Los posibles conflictos grupales serán puntos de aprendizajes y crecimiento colectivo y no paredes defensivas de los miembros del grupo que entorpezcan los objetivos, de manera que la visión sea inclusiva, comprometida y humanizadora.
- Las temáticas deben surgir desde las propuestas del propio grupo y no de los coordinadores (profesionales de la salud).
- Se utilizan textos de temáticas sobre la familia, los hijos, los amigos, las metas en la vida, la autoestima y la autoeficacia.
- Se integran en los talleres diferentes procedimientos:

La ludoterapia a través del juego de dominó para facilitar las relaciones interpersonales y desarrollar capacidades dañadas mediante vivencias agradables y emotivas.

La terapia recreativa, cumpleaños colectivos, paseos y excursiones para utilizar el tiempo libre, se aumente la socialización y se realice la entrega con aceptación a

este tipo de actividad, de manera que se disminuyan síntomas de agresividad, tensión, apatía, irritabilidad, se aumenta la autoestima y la creatividad.

La musicoterapia para producir efectos positivos en la esfera psicológica, social y física.

Acupuntura para restablecer flujos energéticos y combatir insomnio, así como los trastornos musculoesqueléticos propios de la tercera edad.

Remedios florales de Bach con el propósito de lograr mejor adaptación del sujeto a su medio interno o externo y lograr mayor nivel de equilibrio emocional de los adultos.

Homeopatía. Utilizado en una amplia gama de afectaciones psicosomáticas.

Fitoterapia. Esta terapia se concibe por el desarrollo cultural de la población sobre el uso de la Medicina verde en la comunidad estudiada.

Yoga. Es de utilidad para mejorar los estados emocionales y dificultades físicas sufridas por trastornos musculoesqueléticos.

Digitopuntura. Se utilizará como variante de la acupuntura también para restablecer el flujo energético

Masajes y ejercicios de relajación.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Percepción del bienestar material de adultos mayores

		N=16	
		No.	%
Hogar	Casa	9	56
	Apartamento	7	44
Vivienda	Propio	15	93.8
	Alquilado	1	6.2
Dueño	Si	16	100
	No	0	0
Convivientes	2 personas	2	12.5
	3 personas	4	25
	4 o más personas	10	62.5
Objetos	Mucho	6	37.5
	Sobre la media	10	62.5
Ingreso Económico	460-620	5	31.3
	290-459	3	18.7

	125-289	5	31.3
	<125	3	18.7
Importancia Material	Muy importante	9	56.2
	Importante	7	43.8
Satisfacción Material	Dichoso	6	37.5
	Conforme	9	56.3
	Mezcla de satisfacción e insatisfacción	1	6.2

La tabla 1 muestra la puntuación del indicador de percepción del bienestar material como parte de la calidad de vida con puntajes altos para las personas que viven en casas y apartamentos, la mayoría son propietarios y viven acompañados de familiares. Además expresan sentirse dichosos y conformes con lo que quieren. Este estudio arrojó resultados similares a los de otros autores como Cumming 1998 y Campos 2011,

Tabla 2. Percepción de la Intimidad de adultos mayores.

		N=16	
		No.	%
Frecuencia de Comunicación	Una vez a la semana	2	12.5
	Una vez al mes	6	37.5
	Menos de una vez al mes	8	50
Atención Recibida	Algunas veces	1	6.2
	Por lo general no	6	37.5
	Casi nunca	9	56.3
Compañía	Algunas veces	3	18.7
	Por lo general no	4	25
	Casi nunca	9	56.3
Importancia de Relaciones	Muy importantes	16	100
Satisfacción de Relaciones	Conforme	3	18.7
	Casi siempre conforme	2	12.5
	Mezcla de satisfacción e insatisfacción	11	68.8

La tabla 2 muestra como el 50 por ciento de los ancianos se comunican con otros menos de una vez al mes, no reciben atención casi nunca el 56 por ciento, casi nunca encuentran compañía el 56 por ciento y le ofrecen importancia a las relaciones el total de los adultos mayores. Por otra parte el 68 por ciento tiene una mezcla de satisfacción e insatisfacción con respecto a las relaciones establecidas. Estos resultados se corresponden con los planteamientos de Quintero 1997, Cummings y Henry 2000 los cuales plantean que en el adulto mayor si se retira la actividad, se retiran los compromisos sociales lo que puede provocar el aislamiento social del adulto mayor.

Tabla 3. Seguridad de adultos mayores.

		N=16	
		No.	%
Sueño	Algunas veces	5	31.3
	Por lo general no	10	62.5
	Casi nunca	1	6.2
Apoyo emocional	A menudo	1	6.2
	Algunas veces	5	31.3
	Por lo general no	10	62.5
Preocupación y ansiedad	Casi siempre	1	6.2
	A menudo	11	68.8
	Algunas veces	4	25
Importancia de apoyo emocional	Muy importante	16	100
Satisfacción sobre apoyo emocional	Inconforme	3	18.7
	Mezcla de satisfacción e insatisfacción	4	25
	A menudo inconforme	9	56.3

La tabla 3 muestra que por lo general no encuentran apoyo emocional el 62 por ciento de los encuestados, la existencia de preocupación y ansiedad a menudo la experimentan el 68 por ciento y la totalidad valora de muy importante el apoyo emocional y el 56 por ciento sienten a menudo inconformidad con el apoyo que reciben. Estos resultados pueden estar causados por el retiro social y a la exclusión que a menudo se realiza con los adultos mayores provocando serios problemas en su vida afectiva que los puede llevar a sentimientos de pesimismo, indiferencia, irritabilidad (Villavicencio 2001).

Tabla 4. Felicidad de adultos mayores.

		N=16	
		No.	%
Realización de sus deseos	A menudo	2	12.5
	Algunas veces	4	25
	Por lo general no	8	50
	Casi nunca	2	12.5
Permanecer Acostado	Algunas veces	9	56.3
	Por lo general no	3	18.7
	Casi nunca	4	25
Desear cosas Irrealizables	A menudo	4	25
	Algunas veces	7	43.8
	Por lo general no	4	25
	Casi nunca	1	6.2
Importancia de propia su felicidad	Muy importante	16	100
	Dichoso	1	6.2

Satisfacción con su propia felicidad	Conforme	1	6.2
	Mezcla de satisfacción e insatisfacción	2	12.5
	A menudo inconforme	4	25
	Inconforme	7	43.8
	Muy inconforme	1	6.2

La tabla 4 revela que el 50 por ciento de los adultos mayores encuestados por lo general no realizan sus deseos y este resultado puede estar asociado con el bajo nivel económico que la mayoría presenta. El 56 por ciento algunas veces prefieren permanecer acostados, el 43.8 por ciento desean cosas que no podrán realizar, el total valora de muy importante su felicidad y el 43.8 por ciento está inconforme con su felicidad. Estos resultados muestran insatisfacciones por la vida que según Villavicencio 2001, puede ser causada por reducción de las actividades y la introspección que sufre la personalidad en esta etapa de la vida.

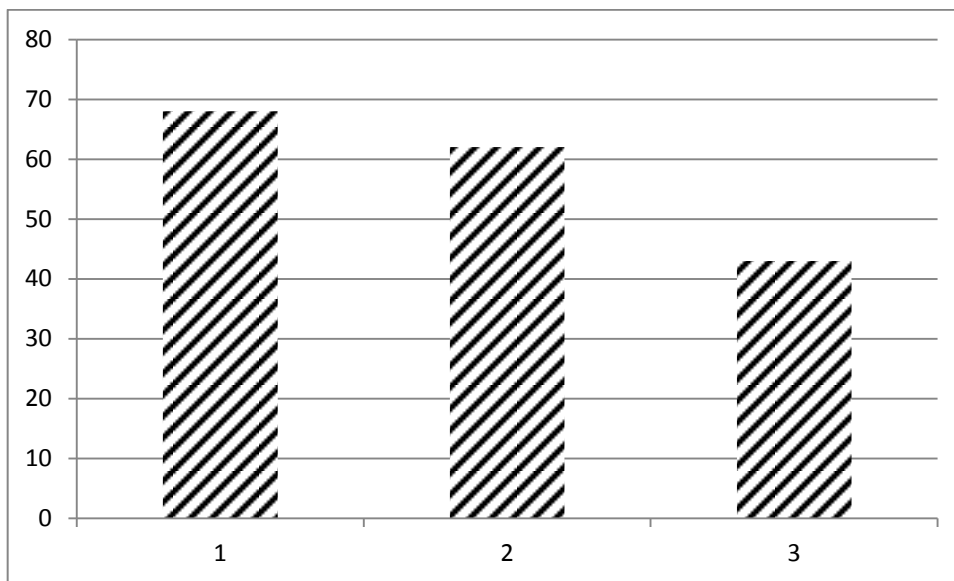


Figura 1. Evaluación promedio del sentido de coherencia de la muestra, de acuerdo con las dimensiones del SOC: comprensibilidad (1), manejabilidad (2) y significatividad (3)

El gráfico 1 muestra que los encuestados ofrecen elevadas puntuaciones a la comprensibilidad de los sucesos ocurrido y a la capacidad de movilizar diferentes recursos para solucionar problemas, sin embargo, recibió menos puntuación la significatividad que tienen los sucesos de la vida. Este último resultado revela la necesidad de realizar acciones promocionales de salud en este grupo de adultos mayores en las cuales puedan comunicarse y expresar sus propios intereses y sentimientos.

Tabla 5. Porcentajes de respuestas que manifiestan dificultades en el sentido de coherencia en cada uno de los ítems.

Ítem	comprensibilidad	manejabilidad	significatividad
1	0	18.8	0
2	0	6.3	81.3
3	75.1	0	0
4	6.3	18.8	100
5	0	6.3	0
6	0	0	87.5
7	0	0	0
9	0	0	0
9	0	0	-
10	0	0	-
11	6.3	-	-

Con respecto a la comprensibilidad sólo obtuvo valores altos la pregunta tres, ya que el 75.1% de los encuestados consideró que le ha sucedido en el pasado que fue sorprendido por el comportamiento de las personas que pensaban que conocían bien.

La manejabilidad no resultó evaluada con dificultades en ninguno de los 10 ítems.

La significatividad obtuvo mayores porcentajes que indican los obstáculos en tres ítems, la vida es completamente rutinaria, la mayor parte de las cosas que harán en

el futuro probablemente serán muy aburridas y hacer las cosas que hacen todos los días es una fuente de dolor y aburrimiento.

Tabla 6. Resultados de la encuesta conocimiento del bienestar (antes).

		No.	%
Pregunta 1	Si	4	25
	No	4	25
	Tal vez	8	50
	Total	16	100

Con respecto al criterio que tenían sobre la contribución de la conversación con un amigo para elevar el estado de salud, el 25% consideró que no contribuía, el 25% consideró que sí y el 50% respondió tal vez, esto facilita que se implementen las acciones del programa propuesto que la mayoría acepta como posibilidad que la comunicación de sentimientos es importante en el buen funcionamiento de la salud.

Tabla 7. Resultados de la encuesta conocimiento del bienestar (antes).

		No.	%
Pregunta 2	Si	3	18.7
	No	7	43.8
	Tal vez	6	37.5
	Total	16	100

Al cuestionamiento sobre si la salud mejora cuando se está dispuesto a escuchar los problemas de los amigos el 18.7 % consideró que no se mejora, el 43.8% consideró que sí y el 37.5 % respondió tal vez, esto puede indicar que la mayoría perciben que las relaciones con los demás es importante para la salud, aunque otra parte del grupo ofrece respuestas negativas, resultado que expresan la variabilidad interindividual que se manifiestan en esta etapa del ciclo vital de los sujeto.

Tabla 8. Resultados de la encuesta conocimiento del bienestar (antes).

		No.	%
Pregunta 3	Si	3	18.7
	No	5	31.3
	Tal vez	8	50
	Total	16	100

Al cuestionamiento sobre si la salud mejora cuando se conversa con otras personas sobre situaciones difíciles el 18.7 % consideró que no mejora, el 31.3% consideró que sí y el 50 % respondió tal vez, este resultado también indica que la mayoría perciben que las relaciones con los demás es importante para la salud, aunque un porcentaje no percibe la gratificación sobre la salud el hecho de tener respaldo afectivo y apoyo en otras personas cuando se tiene una preocupación determinada, resultado que puede evidenciar la característica del adulto mayor en cuanto a los saberes acumulados y la experiencia que posee, la cual les puede permitir encontrar solución a la mayoría de los problemas por sí solo.

Tabla 9. Resultados de la encuesta conocimiento del bienestar (antes).

		No.	%
Pregunta 4	Si	2	12.4
	No	7	43.8
	Tal vez	7	43.8
	Total	16	100

Sobre el grado de participación en las actividades de ocio el 12,4 % consideró que si participa, el 43.8% consideró que no tiene participación y el 43.8 % respondió tal vez, este resultado indica pobre participación del adulto mayor en actividades comunitarias, realidad que demuestra una tendencia hacia la muerte social que según indica la literatura, esto conduce a una muerte biológica y a un envejecimiento sin éxitos.

Tabla 10. Resultados de la encuesta conocimiento del bienestar (antes).

		No.	%
Pregunta 5	Si	3	18.7
	No	4	25
	Tal vez	9	56.3
	Total	16	100

Sobre la disposición a ofrecer consejos a los que lo necesitarían el 18.7% sí lo ofrecería, el 25% no lo daría y el 56 % respondió tal vez, este resultado indica dificultades en las actitudes hacia la ayuda que se le puede ofrecer a otra persona y puede constituir a la disminución del reconocimiento social de otros grupos de edad hacia las personas de la tercera edad.

Tabla 11. Resultados de la encuesta conocimiento del bienestar (antes).

		No.	%
Pregunta 6	Si	1	6.2
	No	8	50
	Tal vez	7	43.8
	Total	16	100

Las respuestas a la pregunta de estar dispuesto a formar parte de un proyecto en la comunidad el 6.2 % si está dispuesto, el 50 % no lo está y el 43.8 % respondió tal vez está dispuesto, este resultado alerta sobre un número importante de adultos mayores que no se identifica ni se motivan por jugar un papel importante en un tipo de actividad en la comunidad, característica que anula las posibles contribuciones que pueden aportar este grupo de personas a la cultura de la comunidad con sus experiencias y saberes, a su vez, el propio adulto mayor no ejercita los conocimientos acumulados en su vida lo cual puede causar la pérdida de ellos y el envejecimiento biológico.

Tabla 12. Resultados de la encuesta conocimiento del bienestar (antes).

		No.	%
Pregunta 7(a)	Si	4	25
	No	12	75
	Total	16	100

La información ofrecida por los adultos mayores sobre la existencia y la realización de planes en la vida el 25 % sí conciben planes en su vida y el 75 % no realizan planes, este resultado puede indicar que los encuestados presentan dificultades en su funcionamiento psicológico puesto que no tener un sistema congruente de metas afecta el funcionamiento psicológico óptimo.

Tabla 13. Resultados de la encuesta conocimiento del bienestar (antes).

		No.	%
Pregunta 7(b)	Diario	1	25
	Semanal	1	25
	Mensual	2	50
	Total	4	100

De los encuestados solo un total de cuatro se logra trazar planes de ellos el 25% sí se planifica actividades a diario, el 25 % con una frecuencia semanal y el 50% se traza planes mensuales, este resultado alerta a los investigadores a corregir los plazos de tiempo de las planificaciones porque el adulto mayor puede confrontar dificultades por enfermedades diversas y esto convertirse en una imposibilidad de realizar lo previsto y provocar frustración y aislamiento.

Tabla 14. Resultados de la encuesta conocimiento del bienestar (después).

		No.	%
Pregunta 1	Si	10	62.5
	No	1	6.3
	Tal vez	5	31.2
	Total	16	100

La tabla 14 demuestra los resultados después de la aplicación parcial de la intervención la cual con respecto al criterio que tenían sobre la contribución de la conversación con un amigo para elevar el estado de salud, el 62.5 por ciento consideró que si contribuía, el 6.3 por ciento consideró que no y el 31.5 por ciento respondió tal vez, esto demuestra que facilita que después de la implementación del programa la mayoría acepta que la comunicación de sentimientos es importante en el buen funcionamiento de la salud.

Tabla 15. Resultados de la encuesta conocimiento del bienestar (después).

		No.	%
Pregunta 2	Si	12	75
	No	1	6.3
	Tal vez	3	18.7
	Total	16	100

Después de la aplicación parcial del programa al cuestionamiento sobre si la salud mejora cuando se está dispuesto a escuchar los problemas de los amigos el 75 % consideró sí mejora, el 6.3% consideró que no y el 18.7 % respondió tal vez, esto indica que la mayoría perciben que las relaciones con los demás son importantes para la salud, aunque aún permanece otra parte del grupo que sigue dudosa sobre este aspecto resultado que expresa en la variabilidad interindividual que se manifiesta en esta etapa del ciclo vital de los sujetos.

Tabla 16. Resultados de la encuesta conocimiento del bienestar (después).

		No.	%
Pregunta 3	Si	10	62.5
	No	2	12.5
	Tal vez	4	25
	Total	16	100

Luego de la aplicación parcial del programa al cuestionamiento sobre si la salud mejora cuando se conversa con otras personas sobre situaciones difíciles el 62.5 % consideró que sí mejora, el 12.5% consideró que no y el 25 % respondió tal vez, este resultado indica que aumentó el número de adultos mayores que perciben que las relaciones con los demás son importantes para la salud, aunque un porcentaje no percibe la gratificación sobre la salud el hecho de tener respaldo afectivo y apoyo en otras personas cuando se tiene una preocupación determinada, resultado que puede evidenciar la característica del adulto mayor en cuanto a los saberes acumulados y la experiencia que posee, la cual les puede permitir encontrar solución a la mayoría de los problemas por sí solos.

Tabla 17. Resultados de la encuesta conocimiento del bienestar (después).

		No.	%
Pregunta 4	Si	11	68.7
	No	1	6.3
	Tal vez	4	25
	Total	16	100

Después de la aplicación parcial del programa sobre el grado de participación en las actividades de ocio el 68.7 % consideró que si participa, el 6.3% consideró que no tiene participación y el 25 % respondió tal vez, este resultado indica aumento en la participación del adulto mayor en actividades comunitarias.

Tabla 18. Resultados de la encuesta conocimiento del bienestar (después).

		No.	%
Pregunta 5	Si	8	50
	No	4	25
	Tal vez	4	25
	Total	16	100

La tabla 18 demuestra los resultados luego de la aplicación parcial del programa sobre la disposición a ofrecer consejos a los que lo necesitarían el 50% sí lo ofrecería, el 25% no lo daría y el 25% respondió tal vez, este resultado indica que hubo mejoría en las actitudes hacia la ayuda que se le puede ofrecer a otras personas.

Tabla 19. Resultados de la encuesta conocimiento del bienestar (después).

		No.	%
Pregunta 6	Si	10	62.5
	No	0	0
	Tal vez	6	37.5
	Total	16	100

Las respuestas a la pregunta de estar dispuesto a formar parte de un proyecto en la comunidad el 62.5 % si está dispuesto, el 0 % no lo está y el 37.5 % respondió tal vez está dispuesto, este resultado indica que la mayoría de adultos mayores se identifican y se motivan por jugar un papel importante en un tipo de actividad en la comunidad luego de la aplicación parcial del programa.

Tabla 20. Resultados de la encuesta conocimiento del bienestar (después).

		No.	%
Pregunta 7(a)	Si	11	68.7
	No	5	31.3
	Total	16	100

La información ofrecida por los adultos mayores sobre la existencia y la realización de planes en la vida el 68.7 % sí conciben planes en su vida y el 31.3 % no realizan planes, este resultado demuestra que los adultos mayores reconocen la importancia de trazarse metas en la vida y el impacto que esto tiene sobre la salud luego de la aplicación parcial del programa.

Tabla 21. Resultados de la encuesta conocimiento del bienestar (después).

		No.	%
Pregunta 7(b)	Diario	4	36.4
	Semanal	5	45.4
	Mensual	2	18.2
	Total	11	100

Luego de la aplicación parcial del programa un total de once se logra trazar planes de ellos el 36.4 % sí se planifica actividades a diario, el 45.4 % con una frecuencia semanal y el 18.2 % se traza planes mensuales, este resultado indica que hubo mejoría con relación a la corrección de los plazos de tiempo de las planificaciones.

Todas las tablas anteriores de los resultados después de la aplicación parcial muestra como las puntuaciones de los encuestados fue superior en cada una de las preguntas realizadas corroborando que las acciones realizadas en el primer ciclo del programa lograron aumentar el nivel de conocimiento de los adultos mayores sobre la influencia del bienestar psicológico en la salud humana.

CONCLUSIONES

El programa de intervención desde los activos de salud aplicado parcialmente a adultos mayores masculinos y femeninos del CMF # 23 de la comunidad de Pedro Ballester del municipio Primero de Enero reveló que los adultos mayores ofrecen una puntuación elevada a su bienestar material, sin embargo existen dificultades en su bienestar psicológico expresados en altos puntajes en la poca comunicación con otras personas y sienten insatisfacción con las relaciones que establecen. Además no perciben apoyo emocional y presentan ansiedad. Después de desarrollado el primer ciclo del programa, como una aplicación parcial de la propuesta se observan cambios que demuestran un aumento en el nivel de conocimiento sobre el bienestar psicológico y su influencia en la salud.

RECOMENDACIONES

Aplicar totalmente el programa previsto para alcanzar la totalidad de los resultados esperados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sintés, Álvarez. Medicina General Integral: Volumen I Salud y Medicina. Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 2012.
2. Pérez B. La educación para la salud y la estrategia de salud de la población. Rev Cubana Sal Públ. 2007; 33(2).
3. García M.H. Activos para la Salud y Salutogénesis; emergentes en Salud Pública. Bepsalut [Internet]. Septiembre 2012. [citado 01 Agosto 2015]; 7; [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.udg.edu/tabid/18778/language/es-Es/default.aspx>
4. Lindström B, Eriksson M. Guía del autoestopista salutogénico. Camino salutogénico hacia la promoción de salud. Documenta Universitaria, 2010.
5. Viera AO, López SS, Barrenechea AV. The psychological well-being, a positive indicator of mental health. Revista Cubana de Salud y Trabajo. 2006; 7(1-2):34-9.
6. Vega JL, Bueno B. Desarrollo Adulto y Envejecimiento. Editorial Síntesis, España, 1996.
7. Cuadra H, Florenzano R. Subjective Well-being: Towards a Positive Psychology. Revista de Psicología de la Universidad de Chile. 2003; 12(1), p. 83-96.
8. Vásquez C, Hérvas G, Rahona J, Gómez D. Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la psicología positiva. Anuario de psicología clínica y de la salud. 2009; 5, p. 15-28.
9. Oliva C, Hidalgo CG. Satisfacción usuaria: Un indicador de calidad del modelo de salud familiar, evaluada en un programa de atención de familias en riesgo biopsicosocial, en la atención primaria. Psykhe. Chile: 2004; 13(002), p. 173-186 Versión Online ISSN 0718-2228.
10. García-Viniegras CR, González VL, Seuc Jo A. Propuesta metodológica para la evaluación del bienestar psicológico. Revista electrónica de Psicología Iztacala. 2004; 7(2).
11. Girard, GA. La Adolescencia, edad de riesgo, factores de protección. En: Castellano BG, Hidaliño Vicario MI, Redondo Romero AM. Atención Integral de Medicina de la Adolescencia. Madrid: Editorial Ergon; 2004. Cap. 12, p. 70-75.

12. González BI. Reflexiones acerca de la Salud Familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 2000; 16(5):508-12.
13. Farfán MA. Promoción de la salud en la práctica comunitaria. Rev Fac Med. UNAM [internet]: Jul-Ago 2007. [citado 21 Oct 2014]; 50(4). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/medi-artemisa>
14. Louro IB. Modelo de salud del grupo familiar. Rev Cubana Sal Púb 2005: La Habana; 31(4). Versión Online ISSN 0864-3466.
15. Organización Mundial de la Salud. 1990. La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria. Ginebra: OMS.
16. Hernán M, Morgan M, Mena AL. Formación en Salutogénesis y activos para la salud. Serie Monografías EASP No. 51 Escuela Andaluza de Salud Pública [184p] Disponible en: www.easp.es
17. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science: 1977; 196, p 129-136.
18. World Health Organization, 1948. WHO Constitution. Geneva: World Health Organization.
19. Lindström B, Eriksson M. Salutogenesis. Journal of Epidemiology and Community health: 2006; 59(6), p. 440-442.
20. Lindström B, Eriksson M. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with quality of life: a systematic review. Journal of Epidemiology and Community Health: 2011; 61(11), p. 938-944.
21. Morgan A, Ziglio E. The structure and properties of the sense of coherence scale. Social Science & Medicine: 2007; 36(6), p. 725-733.
22. Morgan A, Ziglio E. Revitalizing the evidence base for public health: An assets model. Promotion & Education: 2007; 14, p. 17-22.
23. Girard, GA. La Adolescencia, edad de riesgo, factores de protección. En: Castellano BG, Hidaliño MI, Romero AM. Atención Integral de Medicina de la Adolescencia. Madrid: Editorial Ergon; 2004. Cap. 12, p. 70-75.
24. Libertad MA. Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. Rev Cubana Sal Púb. La Habana: 2003; 29(3) Versión Online ISSN 0864-3466.
25. Villavicencio FN. Psicología y salud. Editorial ciencias médicas. La Habana: 2001.

26. Baron RG, Castillo IM, Casullo MM, Verdú JB. Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*: 2002; 14(2), p. 363-368.
27. Núñez MP. Tratamiento del insomnio con Acupuntura. Trabajo para optar por el título de especialista en Medicina Tradicional. La Habana, 2012: Hospital Lusi Diaz Soto.
28. British Medical Association, Acupuntura: Efficacy, Safety and Practice, Ámsterdam Academia Harwood; 2004. p 307.
29. Gottlieb B. *Curas Alternativas. Los más eficaces remedios naturales para 130 problemas de salud*: Ed Rodale; 2015. p.. 48-52
30. Bonander J, Kohn R, Arana B, Levav Y. Un antropológico y la apreciación global epidemiológica de salud mental en Belice. *Psiquiatría Transcultural* 2005; 37:57-72.
31. Barrie RC. *Alternative Medicine Handbook*, W.W. Nort. New York; 2013, p. 209-12.
32. Ávila JD. *Medicinas Orientales. Vivir con Salud*. La Paz. Editorial Médica Panamericana. 2013; p. 225.
33. Whittman O. Introducción a la Auriculoterapia. Definición de Auriculoterapia y Conceptos de las Somatotopias. [artículo en línea]. Infomed. 2015. Disponible en: http://www.mail.com/curso/vida/auriculoterapia/capitulo_11.htm.
34. Mastellari MD. *La Etiología y la Patogenia en Medicina Tradicional China*; 2004.
35. Pérez MT, Díaz TA. *Medicina Natural y Tradicional*. En *Temas de Medicina general Integral*. Vol. 1. La Habana. Ecimed. Ciencias Médicas, 2011; p. 373.
36. Mathuna D, Larimore W. *Medicina Alternativa. Manual Cristiano*. EUA: Ed. Vida; 2005.
37. Pastorino, ML. *La medicina floral de Edward Bach*. Buenos Aires: Editorial Club de Estudio. 1986. ISBN.
38. Ullman, D. *Bach Flower Remedies Study: A Critique*. *Complementary Health Practice Review*, USA: 2000, 6(1).
39. Ernst E. A systematic review of systematic reviews of homeopathy. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2002; 54(6). doi:10.1046/j.1365-2125.2002.01699.x.

40. Linde K, Scholz M, Ramirez G, Clausius N, Melchart D, Jonas WD. Impact of study quality on outcome in placebo-controlled trials of homeopathy. *Journal of Clinical Epidemiology*, 1999; 52(7), p. 631-636.
41. Vásquez C, Hervas G, Rahona J, Gómez D. Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de Psicología Clínica y Salud*, 2009: p. 15-28.

ANEXOS

Anexo 1

Guía de observación:

Objetivo: Registrar en el acto de la entrevista médica que los pacientes manifiestan síntomas subjetivos de estrés.

Síntomas subjetivos:

- Sudoración.
- Dificultades respiratorias.
- Salto epigástrico.
- Palpitaciones.
- Tic nervioso.
- Manifestaciones verbales de dolor en el cuello.
- Antecedentes de padecimientos psiquiátricos.

Anexo 2

CUESTIONARIO ADULTOS

En la universidad de Ciencias Médicas se está desarrollando una investigación, para aportar conocimientos sobre el desarrollo humano de los miembros y pobladores que las habitan.

La mayoría de las respuestas son de selección y debes marcar en cada pregunta sólo la más apropiada a tu persona. Quisiéramos que respondieras con la mayor sinceridad posible. Tus respuestas son confidenciales y tienes toda la libertad para responder, por lo que la encuesta es anónima.

Si alguna pregunta te provoca duda, te agradecemos preguntes antes de responder. Gracias por tu atención y colaboración.

¿Cuál es su fecha de nacimiento?

____/____/____
Día mes año

¿Cuál es su sexo? (circule uno) Masculino Femenino

1 (a) - ¿Dónde vives?

Una casa ☐ Un apartamento ☐ Una habitación ☐

- ¿Es propio, prestado o alquilado? Propio ☐ Alquilado o prestado ☐

- ¿Eres el dueño? Sí ☐ No ☐

- ¿Cuántas personas viven contigo?

1	2	3	4	Más de 4
---	---	---	---	----------

(b) ¿Cuántos objetos personales tienes en comparación con otras personas?

Más que casi todo el mundo	Más que muchas personas	Sobre la media	Menos que muchas personas	Menos que casi todo el mundo
----------------------------	-------------------------	----------------	---------------------------	------------------------------

c)- ¿cuál es tu ingreso personal bruto, sin considerar los impuestos y descuentos?

Menos de 125	Entre 125 y 289	Entre 290 y 459	Entre 460 y 620	Más de 620
--------------	-----------------	-----------------	-----------------	------------

¿Qué tan importantes son para ti las cosas materiales que posees?

Muy importantes	Importantes	Algo importantes	Muy poco importantes	No son nada importantes
-----------------	-------------	------------------	----------------------	-------------------------

¿Qué tan satisfecho estás con las cosas materiales que posees?

Dichoso	Conforme	Casi siempre conforme	Una mezcla de Satisfacción e insatisfacción	A menudo inconforme	Inconforme	Muy inconforme
---------	----------	-----------------------	---	---------------------	------------	----------------

2- (a)- ¿Cuántas veces has visto al médico en los últimos tres meses?

Ninguna	de 1 a 2	de 3 a 4 (aprox. una vez al mes)	de 5 a 7 (aprox. Una vez cada 15 días)	8 ó más (aprox. una vez a la semana)
---------	----------	----------------------------------	--	--------------------------------------

(b)- ¿Tienes algún tipo de discapacidad o padeces de alguna enfermedad? En caso positivo señala con una cruz cuáles padeces y selecciona al lado el tipo de tratamiento.

discapacidad	tratamiento	
Visual	Usa espejuelos permanentes	Una espejuelos para leer
Hipertensión	Se medica a diario	Se medica sólo a veces
Diabetes	Se inyecta a diario	No requiere plan
Epilepsia	Se medica a diario	Se medica sólo a veces
Corazón	Se medica a diario	Se medica sólo a veces
Afectaciones en columna vertebral	Se medica a diario	Se medica sólo a veces
Migrañas	Se medica a diario	Se medica sólo a veces
Infertilidad	Se medica a diario	Se medica sólo a veces
Asma	Se medica a diario	Se medica sólo a veces
Artritis	Se medica a diario	Se medica sólo a veces
Discapacidad física significativa	Requiere asistencia para su cuidado	No requiere asistencia para su cuidado
Depresión	Se medica a diario	Se medica sólo a veces
Esquizofrenia	Se medica a diario	Se medica sólo a veces
Esclerosis múltiple	Se medica a diario	Se medica sólo a veces
Otra, ¿cuál?	Se medica a diario	Se medica sólo a veces

(c)- ¿qué medicamentos tomas regularmente cada día? Nómbralos

¿Qué tan importante es para ti tu salud?

Muy importante	Importante	Algo importante	Muy poco importante	No es nada importante
----------------	------------	-----------------	---------------------	-----------------------

¿Qué tan satisfecho estás con tu salud?

Dichoso	Conforme	Casi siempre conforme	Una mezcla de Satisfacción e insatisfacción	A menudo inconforme	Inconforme	Muy inconforme
---------	----------	-----------------------	---	---------------------	------------	----------------

3)- (a)- ¿Cuántas horas al día y a la semana pasas en las siguientes actividades?

(promedio durante los últimos meses)

Horas de trabajo remunerado o asalariado _____ al día _____ a la semana

Horas de cuidado a mayores no remuneradas _____ al día _____ a la semana

Horas de cuidado infantil no remunerado _____ al día _____ a la semana

Horas de trabajo doméstico no remunerado _____ al día _____ a la semana

(b) ¿Con qué frecuencia tienes tiempo libre?

Casi siempre	A menudo	Algunas veces	Por lo general no tengo tiempo libre	Casi Nunca
--------------	----------	---------------	--------------------------------------	------------

(c)- En promedio, ¿cuántas horas en tu horario laborable no las aprovechas eficientemente en función de la tarea principal que desarrollas?

Horas por día	ninguna	1 a 2	3 a 4	5 a 7	8 ó más
---------------	---------	-------	-------	-------	---------

¿Qué tan importante es para ti lo que puedes lograr en la vida?

Muy importante	Importante	Algo importante	Muy poco importante	No es nada importante
----------------	------------	-----------------	---------------------	-----------------------

¿Qué tan satisfecho estás con lo que logras en la vida?

Dichoso	Conforme	Casi siempre conforme	Una mezcla de Satisfacción e insatisfacción	A menudo inconforme	Inconforme	Muy inconforme
---------	----------	-----------------------	---	---------------------	------------	----------------

4- (a)- ¿con qué frecuencia encuentras un compañero cercano o amigo para hablar?

Diario	Varias veces a la semana	Una vez a la semana	Una vez al mes	Menos de una vez al mes
--------	--------------------------	---------------------	----------------	-------------------------

(b)- Si te sientes triste o deprimido ¿con qué frecuencia alguien te dedica atención?

Casi siempre	A menudo	Algunas veces	Por lo general no me dedican atención	Casi Nunca
--------------	----------	---------------	---------------------------------------	------------

(c) – Si quieres hacer algo importante para ti y quieres compañía, ¿con qué frecuencia la encuentras?

Casi siempre	A menudo	Algunas veces	Por lo general no la encuentro	Casi Nunca
--------------	----------	---------------	--------------------------------	------------

¿Qué tan importante para ti es tener estrechas relaciones con tu familia y amigos?

Muy importante	Importante	Algo importante	Muy poco importante	No son nada importantes
----------------	------------	-----------------	---------------------	-------------------------

¿Qué tan satisfecho estás con la relación que logras con tu familia y amigos?

Dichoso	Conforme	Casi siempre conforme	Una mezcla de Satisfacción e insatisfacción	A menudo inconforme	Inconforme	Muy inconforme
---------	----------	-----------------------	---	---------------------	------------	----------------

5- (a)- ¿Con qué frecuencia duermes bien?

Casi siempre	A menudo	Algunas veces	Por lo general no duermo bien	Casi Nunca
--------------	----------	---------------	-------------------------------	------------

(b)- ¿Te sientes seguro, respaldado, confiado y apoyado emocionalmente en tu casa?

Casi siempre	A menudo	Algunas veces	Por lo general no me siento seguro	Casi Nunca
--------------	----------	---------------	------------------------------------	------------

(c)- ¿con qué frecuencia te preocupas o sientes ansiedad durante el día?

Casi siempre	A menudo	Algunas veces	Por lo general no siento ansiedad	Casi Nunca
--------------	----------	---------------	-----------------------------------	------------

¿Qué importancia tiene para ti la seguridad, el respaldo y el apoyo emocional que sientes en tu casa?

Muy importante	Importante	Algo importante	Muy poco importante	No es nada importante
----------------	------------	-----------------	---------------------	-----------------------

¿Qué tan satisfecho estás con la seguridad, el respaldo y el apoyo emocional que sientes en tu casa?

Dichoso	Conforme	Casi siempre conforme	Una mezcla de Satisfacción e insatisfacción	A menudo inconforme	Inconforme	Muy inconforme
---------	----------	-----------------------	---	---------------------	------------	----------------

6- (a)- A continuación se muestra una lista de actividades de ocio. Indica con qué frecuencia en un mes (como promedio) asistes o disfrutas de ellas.

Actividad	Número de veces al mes
Ir a un club, grupo o sociedad	
Ir a un hotel, a un bar	
Ver en vivo eventos deportivos (no en TV)	
Ir a un lugar de culto religioso	
Charlar con los vecinos	
Comer fuera	
Ir al cine	
Visitar a tu familia o amigo	
Escuchar deporte o ir al gimnasio	
Otros, ¿cuáles?	

(b) ¿Realizas alguna actividad de responsabilidad en algún grupo u organización por la cual no recibes dinero? Si _____ no _____

En caso afirmativo, indica el nivel de responsabilidad

Miembro	Coordinador no formal	Secretario o tesorero	Presidente
---------	-----------------------	-----------------------	------------

(c)- ¿Con qué frecuencia las personas, que no viven en tu casa, te van a pedir ayuda o consejos?

Casi Todos los días	Muy a menudo	A menudo	Sólo algunas veces	Casi Nunca
---------------------	--------------	----------	--------------------	------------

¿Qué importancia tiene para ti que cuando necesites compañía fuera de tu hogar para hacer algo la encuentres?

Muy importante	Importante	Algo importante	Muy poco importante	No es nada importante
----------------	------------	-----------------	---------------------	-----------------------

¿Qué tan satisfecho estás con el hecho de encontrar compañía fuera de tu hogar cuando la necesites para hacer algo?

Dichoso	Conforme	Casi siempre conforme	Una mezcla de Satisfacción e insatisfacción	A menudo inconforme	Inconforme	Muy inconforme
---------	----------	-----------------------	---	---------------------	------------	----------------

7- (a)- ¿Con qué frecuencia puedes hacer las cosas que realmente quieres hacer?

Casi siempre	A menudo	Algunas veces	Por lo general no puedo	Casi Nunca
--------------	----------	---------------	-------------------------	------------

(b)- Cuando te despiertas en la mañana, ¿con qué frecuencia te gustaría permanecer en la cama todo el día?

Casi siempre	A menudo	Algunas veces	Por lo general no	Casi Nunca
--------------	----------	---------------	-------------------	------------

(c)- ¿con qué frecuencia deseas cosas que no se pueden hacer realidad?

Casi siempre	A menudo	Algunas veces	Por lo general no	Casi Nunca
--------------	----------	---------------	-------------------	------------

¿Qué tan importante es para ti tu propia felicidad?

Muy importante	Importante	Algo importante	Muy poco importante	No es nada importante
----------------	------------	-----------------	---------------------	-----------------------

¿Cuán satisfecho estás con tu propia felicidad?

Dichoso	Conforme	Casi siempre conforme	Una mezcla de Satisfacción e insatisfacción	A menudo inconforme	Inconforme	Muy inconforme
---------	----------	-----------------------	---	---------------------	------------	----------------

Anexo 3

CUESTIONARIO DE LA VIDA

He aquí una serie de preguntas relacionadas con diversos aspectos de nuestras vidas. Cada pregunta tiene siete posibles respuestas. Por favor, marca el número que expresa tu respuesta, con los números 1 al 7. Si consideras que la expresión que aparece en **uno** es adecuada, circula el 1, si lo correcto para ti es lo que aparece debajo del **siete**, haz un círculo en ese número. Si tu respuesta no se corresponde exactamente con el **uno** o el **siete**, circula un número del **uno** al **siete**, según se acerque más a lo que piensas. Por favor sólo una de las respuestas a cada pregunta.

1. Cuando hablas con la gente, ¿sientes que no te entienden?

1	2	3	4	5	6	7
Siempre tengo este sentimiento				Nunca tengo este sentimiento		

2. En el pasado, cuando tenías que hacer algo que dependía de la cooperación con los demás, ¿tuviste la sensación de que?:

1	2	3	4	5	6	7
Seguro que no lo harían				Seguramente iban a hacerlo		

3. Piense en las personas con las que entras en contacto diariamente, además de aquellos a los que sientes más cercanos. ¿Qué tan bien conoces a la mayoría de ellos?

1	2	3	4	5	6	7
Sientes que son extraños					Los conoces muy bien	

4. ¿Tienes la sensación de que realmente no te importa lo que pasa a tu alrededor?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo					Muy rara vez o nunca	

5. ¿Te ha sucedido en el pasado que fuiste sorprendido por el comportamiento de las personas que pensaste que conocías bien?

1	2	3	4	5	6	7
Me ocurrió siempre					Nunca me ocurrió	

6. ¿Te ha ocurrido que la gente con las que contabas te han decepcionado?

1	2	3	4	5	6	7
Me ha ocurrido siempre					Nunca me ocurrió	

7. La vida está:

1	2	3	4	5	6	7
Completamente rutinaria					Llena de interés	

8. Hasta ahora tu vida:

1	2	3	4	5	6	7
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

No ha tenido ni objetivos
ni propósitos claros en absoluto

Ha tenido metas y
propósitos muy claros

9. ¿Tienes la sensación de que estás siendo tratado injustamente?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo				Muy rara vez o nunca		

10. En los últimos diez años tu vida:

1	2	3	4	5	6	7
Ha estado llena de cambios y no has tenido idea de que pasaría al día siguiente				Ha sido completamente consistente y clara		

11. La mayor parte de las cosas que harás en el futuro probablemente serán:

1	2	3	4	5	6	7
Muy aburridas				Completamente fascinantes		

12. ¿Tienes la sensación de que estás en una situación desconocida y no sabes qué hacer?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo				Muy rara vez o nunca		

13. ¿Qué describe mejor tu forma de ver la vida:

1	2	3	4	5	6	7
No hay una solución a las cosas dolorosas en la vida				Siempre se puede encontrar una solución a las cosas dolorosas en la vida		

14. Cuando piensas en tu vida, muy a menudo:

1	2	3	4	5	6	7
Te preguntas por qué existes				Sientes lo bueno que es estar vivo		

15. Cuando te enfrentas a un problema difícil, la opción de solución que eliges es:

1	2	3	4	5	6	7
Siempre es confusa y difícil de encontrar				Siempre es completamente clara		

16. Hacer las cosas que haces todos los días es:

1	2	3	4	5	6	7
Una fuente de dolor y aburrimiento				Una fuente de profundo placer y satisfacción		

17. Tu vida en el futuro probablemente será:

1	2	3	4	5	6	7
Llena de cambios sin tu saber qué va a ocurrir a continuación				Completamente coherente y clara		

18. Cuando ocurrió en el pasado algo desagradable tu tendencia fue:

1	2	3	4	5	6	7
Tomar una conducta autodestructiva					Decir "ok, así fue, tengo que vivir con ello" y seguir	

19. ¿Tienes muy confusos los sentimientos e ideas?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo					Muy rara vez o nunca	

20. Cuando haces algo que te hace sentir bien:

1	2	3	4	5	6	7
Es seguro que algo pasará que lo echará a perder					Es seguro que te seguirás sintiendo bien	

21. ¿Tienes sentimientos que preferirías no sentir?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo					Muy rara vez o nunca	

22. Anticipas que tu vida personal en el futuro será:

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente sin sentido ni propósito					Llena de significado y propósito	

23. ¿Crees que siempre habrá gente con las que serás capaz de contar en el futuro?

1	2	3	4	5	6	7
Difícilmente será así					Estas seguro que así será	

24. ¿Ocurre que tienes la sensación de que no sabes exactamente lo que va a pasar?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo					Muy rara vez o nunca	

25. Mucha gente - incluso aquellos con un fuerte carácter – en ciertas situaciones se sienten como perdedores. ¿Con qué frecuencia te has sentido de esta manera?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo					Nunca	

26. Cuando algo sucede, ¿has encontrado generalmente qué?:

1	2	3	4	5	6	7
Sobreestimaste o subestimaste su importancia					Que viste las cosas en la proporción adecuada	

27. Cuando piensas en las dificultades a las que tendrás que hacer frente en los aspectos importantes de tu vida, tienes la sensación de que:

1	2	3	4	5	6	7
No tendrás éxito en la superación de las dificultades					Siempre tendrás éxito en la superación de las dificultades	

28. ¿Con qué frecuencia tienes la sensación de que tienen poco sentido las cosas que haces en tu vida diaria?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo						Muy rara vez o nunca

29. ¿Con qué frecuencia tienes sentimientos que no estás seguro que puedes mantener bajo control?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo						Muy rara vez o nunca

Anexo 4

Cuestionario Bienestar

Objetivo: Evaluar el nivel de conocimiento del adulto mayor sobre aspectos del bienestar.

Marque con una X la respuesta más adecuada en cada pregunta.

1. ¿Usted cree que conversar con un amigo/a contribuye a la salud?
☐ Si ☐ No ☐ Tal vez
2. ¿Usted considera que la salud se mejora cuando escucha a un amigo/a que quiere hablarle de un problema?
☐ Si ☐ No ☐ Tal vez
3. ¿Contribuye a la salud conversar con otras personas sobre los problemas o situaciones difíciles?
☐ Si ☐ No ☐ Tal vez
4. ¿Si le invitan a una actividad de grupo, por ejemplo; jugar domino, ir a un restaurant, ir a la iglesia, etc... usted participaría?
☐ Si ☐ No ☐ Tal vez
5. ¿Si alguien le pide un consejo usted se lo daría?
☐ Si ☐ No ☐ Tal vez
6. ¿Estaría dispuesto/a para formar parte de la directiva para realizar un proyecto en su comunidad?
☐ Si ☐ No ☐ Tal vez
7. a. ¿Realizas planes...?
☐ Si ☐ No
b. Si realizas planes especifica ¿con qué frecuencia usted los planifica? :
☐ Diario ☐ Semanal ☐ Mensual

Anexo 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ declaro que he sido informado(a) del estudio en el que se me pide participar, los investigadores me han informado que mis valoraciones y criterios serán absolutamente confidenciales y ello no influirá en mis futuras relaciones con el personal de salud y que puedo negarme a participar en el momento en que lo desee.

Y para que así conste firman la presente:

Investigador

Paciente
