



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS JURÍDICAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



TRABAJO MONOGRÁFICO PARA OPTAR AL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

VIVENCIAS AFECTIVAS EN ADULTOS/AS MAYORES DEL  
HOGAR SAN PEDRO CLAVER, MUNICIPIO DE NINDIRÍ,  
I SEMESTRE 2016

**Autor:** Br. Luís Francisco Sánchez Mora.

**Tutora:** MSc. Sugey Sequeira S.

Managua, Febrero 2017

# ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. ANTECEDENTES.....	2
III. JUSTIFICACIÓN.....	5
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
V. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN .....	9
VI. MARCO TEÓRICO .....	10
6.1 Conceptos generales sobre la senectud.....	10
6.2 Principales características en la etapa de la senectud.....	13
6.2.1 Cambios físicos .....	13
6.2.2 Cambios cognitivos .....	18
6.2.3 Cambios Afectivos .....	24
6.3 Teorías relacionadas a la senectud.....	30
6.3.1 Teoría autoinmune .....	31
6.3.2 Teoría de los radicales libres.....	31
6.3.3 Teoría de la programación genética.....	32
6.3.4 Teoría de la desvinculación.....	33
6.3.5 Teoría de la actividad .....	34
6.3.6 Teoría de la continuidad.....	35
6.3.7 Teoría del desarrollo psicosocial de Erikson .....	36
6.4 El adulto mayor en Nicaragua .....	37
6.5 Hogares para adultos mayores .....	39
6.5 Envejecimiento Activo.....	42
VII. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	45
VIII. DISEÑO METODOLÓGICO .....	46
8.1 Tipo de investigación .....	46
8.2 Universo .....	48
8.3 Población .....	48
8.4 Muestra .....	48
8.5 Procedimiento para la recolección de los datos .....	49
8.6 Método.....	51
8.7 Técnica.....	52

8.8 Instrumentos.....	53
8.9 Limitantes del estudio .....	53
IX.ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	54
9.1 Antecedentes del contexto.....	54
9.2 Presentación de las participantes de la investigación .....	56
9.3 Discusión de resultados .....	60
9.3.1 Senectud.....	60
9.3.2 Hogares para adultos mayores .....	67
9.3.3 Estado emocional del adulto/a mayor .....	73
9.3. 4 Experiencias psicosociales en el Hogar de adulto/a mayor .....	82
X. CONCLUSIONES.....	92
XI. RECOMENDACIONES .....	94
XII. BIBLIOGRAFÍA.....	95
ANEXOS .....	106

## *Agradecimientos*

A Dios, por ser mi baluarte durante todo este proceso.

A todos los maestros del Departamento de Psicología por contribuir a mi formación profesional, en especial a MSc. Sugey Sequeira por su afecto incondicional y asesoría profesional en la realización de este trabajo.

A la Hermana Silvia Ruíz por permitir la realización de la investigación en el Hogar San Pedro Claver.

Pero sobre todo a los principales colaboradores de este estudio, los adultos mayores residentes del hogar, mismos que compartieron con alegría y amor experiencias invaluable de sus vidas.

## *Dedicatoria*

A Dios, dador de la vida, sabiduría y amor.

A mi familia, por su amor, educación y motivación, bases de mi formación profesional.

A la maestra Sugey Sequeira por su colaboración incondicional, enseñanzas, tiempo invertido y afecto brindado a lo largo de toda la carrera.

A mis amigos/as adultos/as mayores del Hogar San Pedro Claver, por brindarme la confianza de conocer su vida.

## Resumen

El presente estudio titulado ***“Vivencias afectivas en adultos/as mayores del Hogar San Pedro Claver, Municipio de Nindirí, I semestre 2016”***, se desarrolló dentro de la Modalidad de monografía para optar al Título de Licenciado en Psicología en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN- Managua.

En la sociedad nicaragüense la principal red de apoyo emocional para la población de adultos/as mayores continúa siendo el núcleo familiar, sin embargo en nuestro país existe un pequeño grupo que se encuentra institucionalizado en hogares de ancianos/as, lo cual puede llevarles a experimentar diversas vivencias afectivas.

Por tal motivo con esta investigación se pretendió analizar las vivencias afectivas de estas personas, así como explorar el conocimiento que tienen los participantes del estudio respecto a lo que es la etapa de la senectud y lo que es para ellos un hogar para adultos/as mayores, además de conocer el estado emocional de los mismos y describir las experiencias psicosociales de esta población en el Hogar San Pedro Claver.

El estudio se desarrolló desde un enfoque cualitativo ya que no se efectúa una medición numérica y se persigue describir las vivencias afectivas de los y las protagonistas de este trabajo así como sus experiencias a nivel familiar y social. La base teórica de este estudio fue el naturalismo y el abordaje se hizo por el estudio de casos de tipo múltiple.

Para la recolección de la información se utilizó el método de la observación (no participante) y la entrevista (focalizada). En el procesamiento de la información se utilizó el análisis de contenido por medio del cual se logró triangular toda la información para su categorización y subcategorización para la interpretación de resultados.

Los resultados de esta investigación revelan, que a nivel general existe una apreciación positiva de la senectud, ya que la describen como un período de la vida, donde aún pueden ejercer sus actividades cotidianas, se sienten útiles y pueden compartir experiencias. Asimismo aseguran que los hogares de adultos/as mayores son sitios donde las familias prefieren pagar para no cuidarles.

Por otro lado, los sujetos de la muestra revelaron resentimiento, tristeza, enojo, miedo y frustración; sobre todo en lo que se refiere a sus relaciones familiares. No obstante, las creencias religiosas de los nonagenarios les permiten tener esperanza de que pueden lograr el cumplimiento de sus planes a nivel familiar y laboral.

Por último logran describir en sus experiencias psicosociales positivas los espacios de visita con sus parientes o familiares, las tareas que asumen de manera voluntaria, así como las actividades de recreación y/o autocuidado. Por otra parte, señalan los conflictos en sus relaciones interpersonales con otros miembros y personal de la institución y no poder llevar a cabo ciertas actividades en el hogar como experiencias psicosociales negativas.





## I. INTRODUCCIÓN

La senectud es parte del proceso de desarrollo en todo ser humano, en la cual acontecen una serie de cambios tanto a nivel físico como psicológico. La presente investigación titulada “***Vivencias afectivas en adultos mayores del Hogar San Pedro Claver, Municipio de Nindirí, I Semestre 2016***”, surge del interés por parte del investigador por analizar las experiencias emocionales de los y las participantes dentro de este hogar con características propias a esta población, tomando en cuenta que a nivel nacional existen 18 asilos, además de normas y políticas específicas de protección para las personas de tercera edad.

El enfoque utilizado fue cualitativo descriptivo, debido a que se centró en las narraciones de los y las participantes que residen en dicho hogar, además de describir las experiencias de los informantes claves en el cuidado y asistencia de estas personas como de los expertos en la temática. La base teórica de este estudio fue el naturalismo y el abordaje se hizo a través del estudio de casos de tipo múltiple.

Los métodos empleados fueron la observación (no participante) y la entrevista (focalizada), permitiendo obtener información completa y registrar en forma directa el comportamiento verbal y no verbal de los y las protagonista como de los informantes claves y expertos.

Los resultados demuestran que existe una apreciación positiva de la senectud, ya que aún pueden ejercer sus actividades cotidianas, se sienten útiles y comparten sus experiencias. Aseguran que los hogares de adultos/as mayores son sitios donde las familias prefieren pagar para no cuidarles.

La muestra reveló resentimiento, tristeza, enojo, miedo y frustración cuando se refieren a sus relaciones familiares. Por otra parte, las creencias religiosas de los y las participantes les permiten tener esperanza de que pueden lograr el cumplimiento de sus planes a nivel familiar y laboral. Asimismo fueron capaces de describir en el hogar sus experiencias psicosociales positivas y negativas.



## II. ANTECEDENTES

En el proceso de investigación durante la etapa exploratoria se analizó algunos trabajos que mencionan de cierta forma, las diferentes investigaciones que se han elaborado relacionados con el tema en cuestión, las cuales se describen a continuación:

Un primer estudio es el de Urbina (2007), titulado: **“Diagnóstico situacional de los adultos mayores del Hogar San Pedro Claver, ubicado en el Municipio de Nindirí, Departamento de Masaya de Noviembre 2006 a Febrero 2007”**, cuyo objetivo principal fue analizar la situación actual económica, social y afectiva de los adultos mayores del centro antes mencionado con el fin de comprender su realidad.

Los hallazgos confirman que las principales necesidades de los adultos mayores están relacionadas con los escasos recursos económicos, bajo nivel académico, padecimiento de enfermedades crónicas, poco apoyo familiar, déficit en la alimentación, inactividad y carencias de afectividad por parte del personal del hogar y familiares.

En cuanto a la situación afectiva, se encontró que en la muestra se acentúan algunos comportamientos como: silencio, pasividad, falta de apetito, poca asistencia a las actividades de terapia ocupacional y estados de enojo en particular al momento que otros compañeros les hablan.

Asimismo se destaca que el comportamiento que exhibe esta población facilita el bloqueo de un buen estado de ánimo, lo cual imposibilita el desarrollo mental sano y contribuye al padecimiento de enfermedades crónicas tales como: gastritis y enfermedades cardíacas ante el padecimiento de un conflicto interno. Por otro lado, manifiestan estados de tristeza y depresión debido a diferentes causas entre ellas: la falta de amor de la familia, la sociedad, el aislamiento, la poca distracción en el hogar y principalmente el sentido de ya no sentirse útiles a los demás.



De igual manera se consultó el estudio denominado: **“Adultos Mayores Institucionalizados en el Hogar de Ancianos Fray Mamerto Esquiú Septiembre/Noviembre, año 2009”** elaborado por Castro, Brizuela, Gómez y Cabrera (2010), cuya intención fue conocer las representaciones sociales que tienen esta población acerca de la institucionalización en que residen.

Como resultado se concluye, que los ancianos en su mayoría se sienten a gusto, ya que tienen satisfechas todas sus necesidades materiales: vestimenta, alimentación, hogar, entre otras cosas. Sin embargo, revelan dificultades a nivel afectivo, debido que expresan la imperiosa privación de no estar con sus familias y poder pasar los últimos años de sus vidas en armonía y afecto en el núcleo familiar. A la vez, los participantes de este estudio revelan sentir cansancio de la rutina diaria dentro del hogar, lo cual les exige el cumplimiento de horarios y adecuarse a las normas que establece la institución donde residen.

Otro estudio de interés es el titulado: **“Análisis de Percepción del Bienestar en relación a las condiciones de las necesidades básicas, afectivas y social que experimentan los/as adultos/as mayores dentro del Hogar San Antonio del Departamento de Masaya”**, elaborado por Jalinas y Flores en el año 2012. El propósito de esta investigación fue analizar las percepciones de bienestar en relación a las condiciones de necesidades básicas, afectivas y sociales que experimentan las y los adultos mayores dentro del hogar antes en mención.

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que esta muestra dentro del hogar, experimentan carencias afectivas debido al valor significativo que le otorgan a la ausencia familiar y a las limitaciones en el establecimiento de relaciones de pareja, a pesar de esto los y las residentes han sabido aprovechar las relaciones interpersonales y son percibidas como favorables, las mismas influyen directamente en la autoestima y aceptación de su medio.

Por su parte Bendaña y Soza (2014), contrastan las manifestaciones clínicas de la depresión entre las adultas y adultos mayores en su tesis: **“Manifestaciones**



**Clínicas de la Depresión en adultos y adultas mayores institucionalizados en la Residencia del Adulto Mayor Sor María Romero**”, quienes identificaron los factores que inciden en la presencia de manifestaciones clínicas de la depresión.

Los hallazgos indicaron que esta población presenta síntomas de depresión clínicamente significativos, lo que se refleja por medio de cambios frecuentes en el estado de ánimo, manifestaciones somáticas y espirituales como la desesperanza y la creencia de ser castigados. También se encontró que los adultos/as mayores tienen escasas relaciones y prefieren no socializar para evitar problemas entre ellos.

De igual manera, se logró identificar en el caso del sexo femenino mayor expresividad y reconocen más sus sentimientos de tristeza, no así los varones. Sumado a esto, se concluye que el estar institucionalizados, padecer enfermedades crónicas, la falta de grupos de apoyo y estímulos para formar vínculos afectivos así como el abandono familiar, la pérdida de independencia y la inactividad física - psíquica incide en la presencia de manifestaciones de depresión.



### **III. JUSTIFICACIÓN**

Llegar a la senectud en Nicaragua es una experiencia poco gratificante, por el hecho de iniciar una nueva etapa de la vida y pensar que ya no se es útil en la sociedad. Así pues, aceptar la pesada etiqueta social conlleva a una difícil aprobación personal.

De acuerdo al Anuario Estadístico 2015 del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS, 2016), dentro de los seguros por invalidez, vejez y muerte, el tipo de pensión más representativo es la de vejez que agrupa el 71.3 por ciento de los casos, sin embargo existe otra parte de la población adulta mayor que presentan dificultades y afectaciones ya que carecen de este beneficio, además de no contar con los cuidados (físicos y emocionales), de protección y acompañamiento que amerita la misma.

Hay que destacar que gran parte de los nicaragüenses están olvidando la riqueza cultural, social y personal que existe en cada persona de la tercera edad. Por otro lado, los valores familiares que propician el bienestar emocional en los adultos mayores están desapareciendo; la calidad de vida de éstos se caracteriza por el aislamiento social y el olvido, lo cual predispone a esta población al aumento de enfermedades crónicas a nivel físico y psicológico.

Todo lo antes mencionado ha servido de motivación para investigar las vivencias afectivas en adultos/as mayores del Hogar San Pedro Claver, del Municipio de Nindirí, ya que se pretende que este trabajo despierte el interés y la necesidad de abordar y cuidar la salud mental de la población en estudio, de tal manera que la institución vele por desarrollar estrategias que permitan a los residentes alcanzar un estilo de vida más adecuado y satisfactorio propios a la etapa de desarrollo.

Por otra parte, a través de este estudio se persigue crear conciencia a la población en general para modificar sus apreciaciones, actitudes y representaciones sociales en torno a las personas de tercera edad nicaragüense, de modo que se sensibilicen



sobre las afectaciones emocionales que pueden experimentar estas personas, como consecuencia del abandono y el desarraigo familiar y afectivo.

Asimismo este trabajo investigativo contribuye a la Psicología Evolutiva, ya que aporta conocimientos nuevos referidos a esta temática, además de aportar a otras disciplinas como Trabajo Social y la Gerontología, encargadas del estudio de este grupo poblacional. De la misma manera constituye un aporte investigativo para nuestro Departamento, ya que existen pocos estudios al respecto.



#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En Nicaragua desde una perspectiva legal y optimista, el ser adulto mayor significa culminar con éxito la carrera laboral desarrollada durante más de 60 años, lo cual trae consigo una serie de beneficios que propician un estilo de vida satisfactorio desde el punto de vista económico, social y de salud. Ciertamente llegar a la senectud es sinónimo de sabiduría y aprendizaje por el largo progreso trascendental alcanzado, más aún cuando se posee el apoyo familiar imprescindible para iniciar con satisfacción esta etapa.

Actualmente la Ley No. 720 publicada el 14 de Junio de 2010 fundamenta, que la persona adulto mayor debe recibir un trato justo, humano, respetuoso y digno por parte del Estado, sector privado y la sociedad, respetando su integridad física, psíquica y moral, por ende se le permite ser íntegro, participativo, autónomo, autorealizado, igual ante los demás y finalmente feliz.

Sin embargo, en Nicaragua el trato por parte de la sociedad incluida la familia, es contradictorio a lo esperado. Al adulto mayor se le ha estigmatizado con un sello particularmente negativo, en donde se le concibe como un ser no productivo, incapaz de valerse por sí mismo, generador de cargas económicas, enfermizo, irritable e infeliz posterior a la jubilación.

De acuerdo a investigaciones se ha encontrado que existen múltiples patologías tanto físicas como psicológicas que afectan considerablemente a la población mayor. Según Pérez y Arcia (2007), afirman que la depresión y los trastornos de ansiedad predomina en mayor nivel en personas entre 60 a 69 años, además de verse afectados por enfermedades en esta etapa de desarrollo. Siendo la jubilación y la edad algunos de los factores que más se relacionan con estos estados afectivos.

Sin embargo, no podemos obviar que también el residir en un asilo, no afecte en la esfera emocional de cualquier persona adulta mayor, aunque dicha institución busque como brindar los elementos básicos para satisfacer las necesidades de



alimentación, vivienda y salud. Tal es el caso, de los residentes del Hogar San Pedro Claver, Municipio de Nindirí, quienes reciben atención y cuidados por parte del personal que labora en dicho centro, no obstante en su mayoría han sido abandonados por sus familias y la sociedad.

Hay que hacer notar, que aunque la labor realizada por estas instituciones de apoyo social es de suma importancia para que la persona continúe su etapa de desarrollo bio-psicosocial, no basta ya que es notable la desvinculación del sistema familiar y social, generando en el adulto mayor pérdidas afectivas permanentes asociadas al desarraigo familiar, económico y social.

Por otro lado, encontramos deterioro en la salud física y por ende mental, además de ciertas dificultades para el establecimiento de sus relaciones interpersonales, en otros casos se logra apreciar aun la esperanza de regresar algún día a lo que fue su hogar. Por tal motivo se plantea la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuáles son las vivencias afectivas en adultos/as mayores del Hogar San Pedro Claver, Municipio de Nindirí, I Semestre 2016?**



## V. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

### General

Analizar las vivencias afectivas en adultos/as mayores del Hogar San Pedro Claver, Municipio de Nindirí, I Semestre 2016.

### Específicos

- ✚ Explorar el conocimiento que tienen los participantes del estudio respecto a lo que es la etapa de la senectud y lo que es Hogar para adultos mayores.
- ✚ Conocer el estado emocional de los sujetos en estudio.
- ✚ Describir las experiencias psicosociales de la población en estudio en el Hogar San Pedro Claver.



## VI. MARCO TEÓRICO

A continuación se presentan una serie de conceptos, con el fin de comprender de manera integral el significado de ser adulto mayor, de igual forma se describen algunas teorías que tratan de explicar la etapa de la senectud, además de comprender los principales cambios físicos y psicológicos que se experimentan en este período de desarrollo humano. Por el contexto de la investigación no podríamos omitir información relevante sobre la población adulta mayor de Nicaragua como aquellos aspectos que vivencia esta población en algunos centros u hogares de protección.

### 6.1 Conceptos generales sobre la senectud

En el transcurso de la historia se han planteado diferentes definiciones sobre la etapa experimentada por las personas que cronológicamente poseen una edad mayor a los 60 años. La misma la han denominado vejez, ancianidad, tercera edad, o senectud, no obstante todos estos términos engloban los cambios fisiológicos y psicológicos que experimenta el ser humano en esta parte de su desarrollo vital.

Al respecto Lacub y Sabatini (2012), afirman que no existen conceptos universales pues cada sociedad construye su propia concepción acerca de lo que significan las edades del ser humano y dentro de ellas la vejez. Por tanto, se debe tener en cuenta que a nivel cultural, social y demográfico existen vocablos y conceptos similares o equivalentes para delimitar a la senectud, algunos de los cuales encajan en nuestra sociedad y otros suelen ser inapropiados.

Por lo que se refiere a senectud, es pertinente señalar que este término etimológicamente proviene del latín *senectus* derivado de *senex*, que significa adulto mayor y del sufijo *-tud*, que quiere decir cualidad. La palabra expresa la cualidad de adulto mayor.

Según Casanueva y Jean (2004): "es el proceso degenerativo que se lleva a cabo en el ser humano, tanto en lo físico como en lo espiritual afectando su vida, su



productividad y sus relaciones sociales” (p. 115). Por su parte Castro, Brizuela, Gómez y Cabrera (2010), utilizan el término anciano, para referirse a aquella persona que se encuentra dentro de los parámetros de lo que se llama tercera edad o población de personas mayores; enfatizando que vejez es una edad de la vida con características psicológicas, biológicas y físicas propias de la etapa, que inicia a los 65 años para países desarrollados y 60 para subdesarrollados.

Sin embargo la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1994), filial de la Organización Mundial de la Salud (OMS), decidió emplear el término adulto/a mayor para las personas mayores de 65 o más años de edad. Cabe señalar que para fines de esta investigación será utilizado este término.

Asimismo se ha explicado el concepto de senectud partiendo de la edad cronológica del ser humano adulto, en este sentido Papalia, Sterns, Feldman y Camp (2009), definen la adultez tardía o vejez, como el período que va de los 65 años a más, en el cual la persona es físicamente activa, relativamente saludable y en algunos casos independiente. También pueden experimentar cambios en su salud, desarrollando condiciones crónicas que se controlan con atenciones médicas.

Hay que hacer notar que Cáscales (2013), considera que la senectud puede ser concebida en base a tres distintas categorías:

1. La **edad cronológica**: Es esencialmente biológica y se manifiesta en niveles de trastorno funcional. Desde este criterio, esta etapa se define a partir de los 60 años o 65 años y a menudo es conocida por la ley bajo denominaciones como “*adulto mayor*” o “*persona adulto mayor*”. Desde esta categoría, la senectud lleva consigo cambios en la posición del sujeto en la sociedad, debido a que muchas responsabilidades y privilegios sobre todo aquellos asociados al empleo, dependen de la edad cronológica.
2. La **edad fisiológica**: Se refiere al proceso de envejecimiento físico que, aunque vinculado con la edad cronológica, no puede interpretarse



simplemente como la edad expresada en años. Asimismo se relaciona más bien con la pérdida de las capacidades funcionales y con la gradual disminución de la densidad ósea, el tono muscular y la fuerza que se produce con el paso de los años.

- 3. Edad social:** Alude a las actitudes y conductas que se consideran adecuadas para una determinada edad cronológica. Esto significa que la edad de la senectud al igual que el género, es una construcción social e histórica ya que para algunos socialmente es conocida como vejez. En otras palabras, esta etapa posee el significado que el modelo cultural da a los procesos biológicos que la caracterizan. Dicho con otras palabras, se trata de una categoría social con un fundamento biológico, relacionado tanto con las percepciones subjetivas de lo mayor que la persona se siente, como la edad imputada de los años que los demás le atribuyen al sujeto.

Cabe señalar que dentro del amplio estudio de la senectud, existe una concepción que categoriza al adulto mayor desde una visión sociosanitaria, en donde se propone clasificar a éste según la autonomía y dependencia de la asistencia social y médica.

Al respecto Torres (2003), explica que en la actualidad la gerontología caracteriza al adulto mayor tomando en cuenta la edad cronológica y el consecuente declive fisiológico, proponiendo así la siguiente categorización:

- ✓ **Edad intermedia:** Abarca aproximadamente de los 45 a los 60 años y también se denomina presenil, primer envejecimiento o crítica. En efecto, en esta edad aparecen los primeros signos de envejecimiento, que presentan muy a menudo una tendencia o predisposición al desarrollo de varias enfermedades que requieren sobretodo, medidas preventivas. Es pertinente destacar que el término edad intermedia es aceptado incluso por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y con seguridad resultará más agradable a las personas interesadas que otros sinónimos.



- ✓ **Senectud gradual:** Es el período de los 60 a 70 años y se caracteriza por la aparición de enfermedades clínicas típicas de la edad avanzada, que requieren diagnóstico y tratamiento oportunos.
- ✓ **Senilidad o vejez declarada:** Esta edad se inicia alrededor de los 70 años e incluye en un sentido estricto al anciano, con una importancia creciente de problemas asistenciales a nivel médico, social y sobre todo, de rehabilitación por los estados de minusvalidez provocados por las enfermedades y su cronicidad. A los mayores de 90 años suele llamársele **longevos**, refiriéndose también a algunas características fisiopatológicas generales de esta edad.

Finalmente hay que destacar que las clasificaciones retomadas tienen una base teórica esencialmente desde una perspectiva social o demográfica, donde la línea a seguir para poder conceptualizar al adulto mayor es la edad que la persona posee dentro de un contexto sociocultural, abarcando de igual forma las capacidades funcionales a nivel físico y psicosocial.

## 6.2 Principales características en la etapa de la senectud

El ser humano es una unidad de naturaleza cambiante desde que es concebido en el vientre materno hasta su muerte. De ahí que las etapas de desarrollo biopsicosocial se caracterizan por cambios físicos, cognitivos y afectivos, los cuales deben entenderse para comprender la realidad de vida de cada persona. Por lo tanto en el período de la senectud, el individuo manifestará ciertas variaciones propias a esta etapa, las que a continuación se describen:

### 6.2.1 Cambios físicos

Uno de los cambios más evidentes en la persona dentro de este período es el que experimenta la piel, la cual se evidencia más seca, fina y menos elástica, de modo



que aparecen arrugas evidentes y se hacen más visibles los vasos sanguíneos y la acumulación de grasa, del mismo modo el cabello también cambia de forma continua, puesto que se vuelve más fino, aparecen canas y en muchos casos acaba siendo blanco (Stassen y Thompson, 2001).

Según Melgar y Penny (2012), desde el punto de vista general se produce un aumento de la grasa corporal de un 14% a un 30% y una disminución del agua corporal total, sobre todo en el compartimento intracelular, por lo que hay mayor tendencia a la deshidratación, en algunos casos al sobrepeso. Cabe señalar que el aumento de la grasa corporal se concentra principalmente a nivel abdominal y visceral en los hombres, en cambio en las mujeres se aloja en las mamas y pelvis.

Por otra parte, la disminución de la masa y de la fuerza muscular presente en la senectud no permite enfrentar con éxito los requerimientos de mayor fortaleza y rapidez en la movilidad, asimismo la disminución de la densidad ósea hará más frágiles los huesos (osteopenia/osteoporosis) por lo que pueden fracturarse con facilidad (Melgar y Penny, 2012).

De acuerdo a Stassen y Thompson (2001) con cada década que pasa se ve reducida la agudeza de todos los sentidos y los deterioros importantes son universales a los 70 años, como muestra de ello, a continuación se describen los principales deterioros sensoriales:

### **Visión**

El adulto mayor está propenso a sufrir una de las tres principales enfermedades oculares de la senectud: las cataratas, el glaucoma y la degeneración senil de la mácula:

Las cataratas, consisten en un engrosamiento del cristalino, que provoca que la visión se vuelva borrosa, opaca y distorsionada. A los 50 años cerca del 50% de los adultos ve borroso, mientras que el 3% presenta una pérdida total de la visión, finalmente a los 70 años el 30% padece alguna pérdida visual a causa de éstas.



En un principio estas deficiencias pueden tratarse con gafas y más tarde a medida que se agravan, pueden solucionarse mediante una sencilla intervención quirúrgica, que casi siempre consigue solucionar el problema.

El glaucoma, consiste en una lesión del nervio óptico producida por la acumulación del líquido óptico en el interior del ojo. En el caso de las personas de tercera edad es un problema que afecta al 1% de las personas de 70 años y al 10% de las de 90. Esta afección se puede resolver mediante colirios especiales, pero si no se trata puede llegar a la ceguera.

Por otra parte, también puede presentarse una degeneración senil de la mácula, lo que implica un deterioro de la retina. Este problema afecta a una de cada veinticinco personas entre los 66 y 74 años y a uno de cada seis sujetos, mayores a 74 años, cabe señalar que esta enfermedad es la causa principal de las cegueras reconocidas entre los adultos mayores.

### **Audición**

Una de cada cuatro personas entre los 65 y 80 años presenta problemas auditivos. Cabe observar que la pérdida auditiva es un problema de difícil solución, especialmente cuando algunos adultos mayores demoran mucho para buscar ayuda profesional, aun cuando se dan cuenta de que sufren pérdida grave de audición. Debemos hacer notar que otros suelen mostrarse reacios a solucionarlo con el uso de aparatos tecnológicos, como los audífonos.

Hay que señalar que en nuestra sociedad, las personas de tercera edad que normalmente no oyen o no entienden una conversación, tienen más probabilidades de ser consideradas como discapacitadas y por tanto son excluidas de situaciones sociales de intercambio, de modo que se ven privadas de estímulos cognitivos importantes.

De igual manera sufren otras pérdidas auditivas específicas, por ejemplo cuando deben detectar el origen de un sonido, descifrar palabras, hablar por teléfono y



captar sonidos de alta frecuencia. Otro trastorno auditivo que se desarrolla en la senectud es el tinnitus, que consiste en un zumbido o tintineo en los oídos. En muchos casos, los que la padecen se acostumbran tanto, que casi no se dan cuenta de lo que oyen.

Por su parte Torres (2003), menciona que también se evidencian otros cambios fisiológicos de acuerdo al envejecimiento de la persona, siendo los más relevantes los siguientes:

En el sistema cardiopulmonar la **eficacia respiratoria se reduce** con la edad. La persona inhala menor volumen de aire debido a los cambios músculo esquelético de los pulmones, que tienden a reducir su tamaño. Además existe una **disminución del número de cilios**, lo que provoca mayor tendencia a la acumulación de secreciones mucosas haciendo más frecuente las infecciones respiratorias.

Cabe agregar que se presenta **menos aporte sanguíneo**, como consecuencia a una **reducción de la elasticidad arterial** al igual que el músculo cardíaco, provocando un aumento de la tensión arterial diastólica (ligero), por ende la capacidad del corazón disminuye con la edad.

Como resultado las válvulas del corazón tienden a hacerse más rígidas, lo cual ocasiona la **reducción de su capacidad de llenado y vaciado**. Además, el **bombeo de la sangre disminuye** debido a los cambios que se producen en las arterias coronarias, que proporcionan cantidades cada vez menores de sangre al músculo cardíaco; estos cambios se hacen presentes al aumentar la actividad física y se manifiestan mediante **fatiga respiratoria**.

Asimismo la elasticidad de las arterias pequeñas se reduce debido al engrosamiento de sus pares y a los depósitos de calcio de la capa muscular, provocando **menos aporte sanguíneo a las piernas y al cerebro**, lo que provoca diversos dolores en las pantorrillas y mareo frecuentemente.



Por otra parte, en el sistema urinario se presentan cambios en la eliminación, la **función excretora de los riñones** disminuye con la edad. El flujo sanguíneo se reduce debido a la arteriosclerosis, lo que deteriora la función renal.

Cabe señalar, que con el avance de la edad, el número de nefronas activas se reduce en pequeño grado, por lo que se afecta la filtración renal dando un aumento de la concentración de orina. La capacidad renal disminuye y la urgencia y frecuencia son problemas normales.

En el sistema gastrointestinal se presenta un menor deterioro con la edad. Se reduce la producción de las enzimas digestivas, además disminuye el número de células absorbentes del aparato intestinal y aumenta el pH gástrico, estos factores disminuyen el índice de absorción de nutrientes, fármacos y conducen a la indigestión y al estreñimiento. También se disminuye el sentido del gusto y el olfato estimulado por el alimento, lo que ocasiona una disminución del apetito.

Por otra parte, la temperatura corporal es más baja, debido a la disminución del ritmo metabólico. El flujo de sangre al cerebro disminuye y también hay pérdida progresiva de células cerebrales, se puede presentar confusión, mareo, fatiga y un retraso en el tiempo de reacción, a causa de la disminución de la velocidad de conducción de las fibras nerviosas.

De acuerdo a Craig y Baucum (2009), los problemas cardíacos o renales presentes en la tercera edad, pueden ocasionar cambios en los ritmos normales o en el metabolismo del cuerpo, ejemplo de esto es la acumulación de desechos tóxicos no purificados por los riñones lo cual afecta la capacidad de pensar con claridad.

Con respecto a los cambios en los órganos genitales y sexuales en el adulto mayor, Llanes (2013) expone los siguientes:

En la mujer hay una fragilidad y pérdida del vello púbico; la mucosa vaginal se seca y atrofia, disminuyendo por tanto su secreción y facilitando las infecciones. Además la vulva, los labios menores y el clítoris disminuyen de tamaño, la vagina se hace



más corta y menos elástica. Los senos se vuelven flácidos a consecuencia de la atrofia de los tejidos y la falta de secreción hormonal.

En el hombre hay también pérdida del vello púbico, la bolsa escrotal está distendida y su superficie es lisa. Hay una reducción de tamaño y consistencia de los testículos, también se produce un aumento de tamaño de la próstata con disminución de la secreción.

Asimismo la función reproductora disminuye gradualmente en el hombre, mientras que en la mujer cesa después de la menopausia. La capacidad de respuesta sexual en el anciano está íntimamente ligada al grado de capacidad individual física y psíquica y a la situación social en que se encuentre.

Cabe mencionar que en los ancianos sanos el deseo y capacidad sexual permanecen, sin embargo la falta de lubricación natural puede hacer doloroso el coito y debido a la disminución de testosterona la erección requiere más tiempo y suele ser menos firme. Además el nivel de intensidad eyaculatorio y la cantidad de semen reducen. Es importante señalar que la capacidad reproductiva se presenta en forma relativa y puede mantenerse hasta la muerte.

En síntesis, todos los sistemas del cuerpo pierden eficacia con la edad. La capacidad funcional y reserva orgánica de los mismos se reduce de forma progresiva durante toda la vida, por tanto en la mayoría de los casos el declive se hace evidente durante la vejez.

### **6.2.2 Cambios cognitivos**

En lo que concierne al área cognitiva de los adultos mayores, es de importancia resaltar que muchas de las capacidades cognitivas como la memoria, la inteligencia, el razonamiento, entre otros procesos, presentan cierto declive por el desgaste orgánico natural, especialmente del cerebro, asimismo pueden ser debilitadas por enfermedades neurológicas que normalmente aparecen en la senectud.



Según Barroso, Correia y Nieto (2009), existen dos tipos de envejecimiento: el **envejecimiento normal** por el cual pasa la mayoría de la población, donde no existen patologías neurodegenerativas y el deterioro cognitivo que es atribuido a las alteraciones fisiológicas esperadas.

Cabe señalar que el otro tipo de envejecimiento es el **patológico**, el cual cursa con una enfermedad neurodegenerativa, sufren deterioro cognitivo de mayor gravedad que el esperable para su edad, ejemplo de esto es la aparición de la demencia senil.

Por su parte, Fernández (2008) señala que: “existen funciones intelectuales que declinan en función de la edad y, también, existen otras que se mantienen a lo largo de la vida e, incluso, existen ciertas formas de juicio y comprensión que se incrementan en la vejez” (p.8). En efecto, muchas de las aptitudes cognitivas van a experimentar modificaciones con el paso del tiempo a causa de factores propios de la naturaleza, ya sea de deterioro tanto como de mejoramiento.

Así pues, Craig y Baucum (2009), sustentan algunas cualidades cognoscitivas que se relacionan con la rapidez del desempeño, con la memoria y la adquisición de conocimientos, los cuales se mencionan a continuación:

- ✓ **Rapidez del desempeño:** Por lo regular, los ancianos muestran mayor lentitud en el tiempos de reacción, procesos perceptuales y procesos cognoscitivos de forma general. Aunque esto se debe en parte sin duda al envejecimiento, también puede deberse a que estas personas dan a la exactitud mayor valor que los jóvenes.
- ✓ **Memoria:** El almacenamiento sensorial conserva la información por fracciones de segundo, al parecer en las personas adultas mayores, ésta es captada pero mantenida ligeramente por menos tiempo al compararlas con jóvenes. En promedio, tienen un alcance perceptual un poco más corto, sobre todo cuando dos cosas ocurren al mismo tiempo.



Estos autores señalan, que no hay una diferencia notable respecto a la capacidad de memoria a corto plazo al comparar adultos mayores con adultos jóvenes, sin embargo, se refleja que durante la tercera edad, se organiza, repasa y codifica en forma menos eficaz material asociado al aprendizaje. Por otro lado, la memoria terciaria llamada también memoria de hechos muy remotos, permanece relativamente intacta, los adultos mayores a diferencia de los jóvenes, recuerdan mejor los detalles de acontecimientos históricos.

Otro punto referido al área cognitiva, es la distinción dada actualmente a la “sabiduría” como proceso propio del desarrollo intelectual del adulto mayor, al respecto Craig y Baucum (2009), la definen como “el sistema de conocimientos expertos que se concentra en los aspectos pragmáticos de la vida y que incluye excelentes juicios y consejos sobre problemas trascendentales, entre los que se cuentan el significado de la vida y la condición humana; la sabiduría representa la cúspide de la inteligencia humana”.

Cabe señalar que las pérdidas de procesamiento cognoscitivo que se observan en los adultos mayores pueden limitar su sabiduría o capacidad para aplicarla (Baltes 1993, citado por Craig y Baucum, 2009). Es decir, la sabiduría siempre estará presente en la senectud, resultado del amplio desarrollo alcanzado por una persona, sin embargo, los declives cognitivos que se logren dar, pueden interferir en el máximo proceso intelectual del ser humano.

Otro aspecto a tratar en el abordaje de los cambios cognitivos del adulto mayor, son los factores asociados a enfermedades y al contexto vital, mismos que pueden producir un deterioro pequeño o grave en el área cognitiva. Al respecto, Craig y Baucum (2009), afirman que el deterioro puede deberse a causas primarias o secundarias. Entre las primeras se encuentran la enfermedad de Alzheimer y la apoplejía, mientras que las segundas se determinan por problemas de salud, una deficiente instrucción formal, pobreza y falta de motivación.



Es meritorio aclarar que entre las causas primarias se encuentran las siguientes:

- ✓ **La demencia:** Designa confusión, olvido y cambios de personalidad crónicos que a veces acompañan a la senectud. Tiene muchas causas, entre las que se cuenta la enfermedad de Alzheimer. Según Kastenbaum (1979) citado por Craig y Baucum (2009), expresan que quienes sufren demencia muestran poca capacidad para entender las abstracciones; carecen de ideas, repiten lo mismo una y otra vez, piensan con mayor lentitud que los individuos normales y no prestan atención a quienes los rodean.

También pierden el flujo del pensamiento a la mitad de una frase u oración, no recuerdan los acontecimientos recientes pero sí recuerdan claramente un hecho de su niñez. Asimismo este autor, asegura que es difícil hacer un diagnóstico seguro, pues existen numerosas causas secundarias que pueden distorsionar el pensamiento de jóvenes y de personas de tercera edad entre las que se encuentran la mala alimentación, falta crónica de sueño por enfermedad, ansiedad, depresión, sufrimiento o temor.

Por otra parte la confusión, agitación y somnolencia pueden deberse a los medicamentos con que se tratan otras enfermedades. En todos los casos, los síntomas de senilidad desaparecen cuando se trata con eficacia el trastorno físico o psicológico.

- ✓ **Enfermedad de Alzheimer:** Este tipo de enfermedad produce un deterioro progresivo de las células cerebrales que comienza en la corteza cerebral externa. En vida, el diagnóstico del paciente se basa en patrones de pérdida de memoria y desorientación progresiva. Por su parte Miller (1993) afirma que en la actualidad no se conocen todavía las causas del padecimiento, aunque el elevado índice en familias ha generado hipótesis sobre un origen genético. Hay que destacar que los efectos de la enfermedad son devastadores para el paciente y familiares y que por lo regular, los primeros



síntomas son el olvido y pequeñas alteraciones del habla (Craig y Baucum, 2009).

En un principio, sólo se olvidan los detalles insignificantes. A medida que avanza, ya no se recuerdan los lugares, los nombres ni las rutinas. La pérdida de contacto con la rutina y con los aspectos ordinarios de la vida produce gran desorientación, confusión y ansiedad. Finalmente aparece la demencia total en la que el paciente no puede realizar ni siquiera las actividades más sencillas, como vestirse o comer. No reconoce a los parientes; e incluso el devoto cónyuge que lleva mucho tiempo cuidándolo en su deterioro puede parecerle un perfecto extraño.

- ✓ **Apoplejías y mini apoplejías:** También llamada demencia por infartos múltiples, constituye otra causa primaria de demencia ya que en el infarto la obstrucción de un vaso sanguíneo impide que llegue la sangre necesaria a alguna zona del cerebro. Dicha insuficiencia destruye el tejido cerebral y es llamada comúnmente apoplejía o miniapoplejía.

Cabe recalcar que a menudo la causa latente de las miniapoplejías y la destrucción del tejido cerebral es la arterosclerosis, o acumulación de placas de grasa en el revestimiento de las arterias. El riesgo de sufrir apoplejía es mayor entre los que tienen arterosclerosis, cardiopatías, hipertensión o diabetes.

Por otra parte, se encuentran las causas secundarias vinculadas con el deterioro cognitivo asociadas a las expectativas psicológicas, la salud mental y otros factores que pueden ejercer una influencia profunda en el funcionamiento cognoscitivo del anciano.

Es decir, en cualquier edad las creencias o juicios sobre nuestras capacidades influyen en el propio desempeño. Algunas personas están plenamente convencidas de que van a perder la memoria y que ya no podrán realizar lo que hacían antes.



Se temen que llegarán a ser desvalidos, que dependerán de la gente y que perderán el control de su vida.

En cuanto a la influencia de la salud psicológica en el área cognitiva un ejemplo evidente es la depresión. De acuerdo a Craig y Baucum (2009), la salud mental influye directamente en la realización de las actividades cognoscitivas. Así pues, siendo una reacción común en la senectud, la depresión puede aminorar la concentración y la atención, de modo que reduce el nivel general de funcionamiento cognoscitivo.

Otros factores secundarios que producen deterioro cognoscitivo, mismos que son descritos por Perlmutter y otros (1987) citado por Craig y Baucum (2009), he aquí algunos de los más importantes:

- ✓ La condición física influye en las actividades mentales y también las de índole física.
- ✓ Las deficiencias nutricionales, como la anemia y las de vitaminas o de colina originan un desempeño insatisfactorio en las tareas intelectuales.
- ✓ El alcohol consumido durante largo tiempo, así sea en cantidades moderadas, afecta a la memoria a corto y a largo plazo. Si se ingiere en exceso, éste suele entorpecer el funcionamiento diario y también interferir en la alimentación. De manera directa e indirecta, altera las funciones mentales aun cuando el individuo no se encuentra bajo su influjo.
- ✓ Los medicamentos de patente y los que no exigen receta médica, desde los somníferos hasta los analgésicos y los fármacos para la hipertensión, producen efectos secundarios que disminuyen el estado de alerta y la atención.
- ✓ Inactividad del funcionamiento mental. Tras períodos prolongados de enfermedad, de aislamiento social o de depresión algunos no recobran su nivel anterior de funcionamiento mental.



En definitiva, tanto factores secundarios como primarios y naturales influyen en el funcionamiento cognitivo de las personas adultos mayores. Cabe mencionar que la influencia que tengan estos factores en cuanto a producir un declive o un deterioro cognitivo tendrá variaciones en cada individuo.

Ahora bien, es importante profundizar sobre los cambios a nivel afectivo experimentados en la senectud, con el objetivo de comprender el modo en que se atraviesa y percibe la etapa de la senectud.

### **6.2.3 Cambios Afectivos**

Los cambios afectivos que experimentan los adultos mayores, generalmente están acompañados de experiencias displacenteras, ya que pueden experimentar una serie de situaciones conflictivas, entre ellas la jubilación, la pérdida de seres queridos, el abandono de los hijos al hogar, enfermedades crónicas, en ocasiones discapacidad y dependencia y desde luego mayor proximidad a la muerte.

Es lógico pensar que todos esos eventos producen en las personas que se encuentran en esta etapa reacciones afectivas negativas: depresión, soledad, malestar y en definitiva sufrimiento. No obstante, Fernández (2011) expresa que las personas mayores no necesariamente tienen que experimentar una afectividad displacentera, ya que por lo general éstas no expresan una menor felicidad, bienestar o satisfacción con la vida cuando se les compara con las más jóvenes.

Por otro lado, como sabemos las emociones son experiencias personales que el ser humano tiene continuamente y que tanto en la senectud como en otras etapas del desarrollo reflejan en qué medida afectan e importan las situaciones que se viven en el entorno social. Al respecto, Díaz y colaboradores (2009), afirman que en la senectud puede cambiar la frecuencia al momento de experimentar las emociones, ya que muchos adultos mayores reconocen ser más sensibles en comparación que cuando eran más jóvenes e incluso vivencian estados agradables y desagradables al mismo tiempo.



En este sentido Okun, Stock, Haring y Witter (1984), mencionan que las personas mayores pueden vivir con frecuencia emociones agradables si realizan actividades sociales, lo cual llega a generar un ciclo de retroalimentación positivo, de modo que se mejoran las habilidades para la interacción interpersonal. Asimismo perciben y evalúan el comportamiento de otras personas realizando atribuciones más indulgentes y actuando de un modo más confiado, optimista y generoso en situaciones sociales (Forgas, 2002).

Por otro lado Kunzmann y Grühn (2005), identifican un ligero incremento en la frecuencia de emociones negativas en la senectud avanzada, que se atenúan o desaparecen cuando logran controlarse los problemas funcionales y de salud presentes habitualmente en la etapa tardía de la misma.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, es importante recalcar que la salud se convierte en factor fundamental dentro del plano afectivo del adulto mayor, ya que constituye fuente de muchas emociones desagradables (como preocupación, tristeza, angustia, inseguridad o incertidumbre) sobre su propia capacidad.

Cabe señalar que si la persona se siente sana y satisfecha con los cuidados de salud y reconoce la percepción positiva que tienen las demás personas sobre su aspecto saludable, ésta vivenciará emociones de carácter agradable que le pueden permitir adaptarse y sobrellevar de manera adecuada el padecimiento (Díaz, Márquez, Sancho & Yanguas, 2009).

Por otra parte, Charles, Reynolds y Gatz (2001), expresan que si bien la frecuencia de emociones tanto negativas como positivas disminuye ligeramente a lo largo del ciclo vital, este declive es especialmente significativo en relación a las emociones de elevada activación, lo que sugiere que las personas mayores experimentan con menor frecuencia emociones con un fuerte componente de activación fisiológica.

En ese mismo orden de ideas, Pinquart (2001), afirma que las emociones de las personas mayores son menos intensas a nivel subjetivo, experimentándose con menor frecuencia estados emocionales con un fuerte componente de activación



fisiológica. Por ejemplo: “estar apasionado”, “fascinado”, “radiante de felicidad” o “desesperado”. Este mismo autor plantea que una característica propia de esta etapa es experimentar las emociones con menor grado de intensidad o moderadas como por ejemplo: “sentir cariño”, “estar interesado”, “satisfecho”, “disgustado”, en comparación con personas jóvenes.

Al contrario Kunzmann y Grün (2005), en su estudio titulado. “**Age differences in emotional reactivity**” encuentran que cuando la intensidad emocional se evalúa al momento de experimentarla, las diferencias con jóvenes desaparecen o incluso la intensidad es superior en los adultos mayores. Por su parte Carstensen y colaboradores (2000), en la investigación denominada: “**Emotional experience in everyday life across the adult life span**” encuentran indicios de que los estados emocionales negativos de las personas mayores son menos duraderos y los positivos se mantienen durante más tiempo.

Ante esta inconsistencia, se ha hipotetizado que la relación entre senectud e intensidad emocional podría ser distinta para cada emoción específica y que la intensidad emocional es más compleja y diferenciada en las personas adultos mayores (Kunzmann y Grün, 2005).

En lo que respecta a la vivencia de emociones agradables y desagradables percibidas al mismo tiempo, la experiencia vivida por los mayores podría presentar una naturaleza distinta en lo que refiere a las personas de menor edad, siendo compleja, mixta o “agridulce” e integrando simultáneamente aspectos emocionales positivos y negativos (Ong y Bergeman, 2004).

En cuanto a la expresión de las emociones, se ha encontrado que las personas mayores, en comparación con personas jóvenes, inhiben más la expresión verbal o facial de sus emociones (John y Gross, 2004). En relación con esto, los adultos mayores han podido aprender que expresar sus emociones, fundamentalmente, las negativas, presenta implicaciones desadaptativas. (Labouvie-Vief, Hakim-Larson, DeVoe y Schoeberlein, 1989).



Igualmente, algunos datos sugieren por un lado, que las personas mayores son menos capaces de percibir y reconocer emociones negativas en sí mismas y en otras personas (Davies, Sieber y Hunt, 1994). Por otro lado, que podrían estar menos dispuestas a reconocer emociones negativas debido a su interés en presentar una imagen positiva de sí mismas ante los evaluadores (Martin, Leary y Rejeski, 2000).

En definitiva, para el adulto mayor con el paso de los años, la vida no es la misma, las experiencias son distintas, han vivido más de ellas y con estas pueden cambiar las situaciones que les hacen sentirse emocionados y la forma en la que viven y expresan dichas emociones. El proceso de envejecimiento se da en sociedad, es decir en compañía de la pareja, hijos, nietos y demás integrantes de la familia así como con los amigos, vecinos, compañeros de trabajo y con cada persona con la que el ser humano se relaciona frecuentemente en la vida cotidiana.

Inga y Vara (2006) plantean que para el adulto mayor, la familia sigue siendo la principal fuente de apoyo emocional, de seguridad, cuidado y afecto, ya que constituye un mecanismo natural de atención. En relación al apoyo social percibido para este grupo etario, Fernández y colaboradores (1992), señalan que las relaciones positivas y el poseer redes de apoyo, influyen en la mantención de una autoimagen positiva y una autoestima elevada, aspectos centrales del bienestar subjetivo.

Del mismo modo Mella y colaboradores (2004), confirman que el bienestar subjetivo está determinado principalmente por el grado de apoyo que el adulto mayor siente que tiene por parte de su entorno. Al respecto Castellón y colaboradores (2004), señalan que para este sector poblacional, las variables psicosociales, según la mayoría de los estudios que parecen predecir mejor la satisfacción vital son; la salud, las habilidades funcionales, los contactos sociales y la actividad de la persona.



La falta de estos vínculos y ausencia de contactos interpersonales que posibiliten un grado de comunicación e intercambio personal, pueden conllevar riesgos para la integración social de los adultos mayores en situaciones tales como la viudez, la pérdida de personas coetáneas y en términos generales, puede suponer la falta de una persona de confianza con la que compartir momentos y pensamientos. (Valle y Coll, 2011).

Estos riesgos implican una cierta vulnerabilidad a vivir sensaciones de malestar afectivo que se convierten en una pérdida de bienestar general. A continuación se presentan las principales características de las relaciones de los vínculos afectivos del adulto mayor con otras personas.

#### ✓ **Relaciones Familiares**

Las relaciones familiares tienen gran importancia en la tercera edad ya que se ha comprobado que la salud física y psicológica se incrementa en sujetos cuyos lazos afectivos familiares son fuertes, en comparación con otros que por algún motivo tienen que vivir solos o lo que es peor en instituciones para ancianos donde no se mantienen lazos afectivos o estos son escasos o nulos (González, Aralí y Marín, 2015).

Asimismo el estudio ya clásico de Simons (1984), corrobora lo mencionado anteriormente, ya que encontraron que las relaciones con los cónyuges e hijos se asociaron con sentimientos de seguridad. Los que tenían una relación de intimidad con el cónyuge, hijos, hermanos o amigos, se sentían menos solos.

En general, el contacto con los familiares y los no familiares mostraba tener efectos psicológicos positivos diferentes en las personas mayores que reciben ayuda. Por su parte Taylor y Lynch (2004), defienden que la ausencia de apego a miembros de la familia en esta etapa provocan soledad emocional y depresión en la vejez.

Sin embargo, se debe tomar en cuenta la calidad de esas relaciones y sus correspondientes vínculos afectivos, tal como lo menciona Díaz y colaboradores



(2009), quienes afirman que la familia puede convertirse en el centro del mundo emocional para los adultos mayores, así como una fuente de autorrealización y satisfacción, o por el contrario de preocupaciones y malestares que originan emociones desagradables al sentir que su libertad ha sido limitada y su autonomía disminuida.

#### ✓ **Relaciones de pareja**

En lo que se refiere a la vida conyugal en la tercera edad se ha encontrado que las parejas casadas que todavía están juntas a los 60 años tienen mayor probabilidad que las parejas de edad intermedia de considerar su matrimonio como satisfactorio. Los esposos de edad avanzada valoran el compañerismo y la expresión abierta de los sentimientos como también el respeto y los intereses comunes” (González y colaboradores, 2015).

En este sentido Villar y colaboradores (2005), en el estudio titulado “**Components of loving experience in old age: older people and long-term relationships**” encuentran que la experiencia amorosa de los adultos mayores y de personas que han desarrollado una relación a largo plazo es similar, pero no igual, a la que se encuentra en aquellos más jóvenes o en quienes intervienen en las relaciones más cortas. También refieren que los rasgos más característicos de las relaciones a largo plazo fueron el alto nivel de compromiso, sentido de la responsabilidad y de la prestación de apoyo al cónyuge, así como un nivel comparativamente inferior de la pasión.

De acuerdo a su investigación el género parece tener un efecto determinante en la relación, sin embargo las mujeres muestran menos cercanía emocional y pasión con sus parejas que los hombres.

#### ✓ **Relaciones Sociales**

Al respecto de las relaciones sociales en la senectud datos empíricos indican que una red social eficaz sirve como amortiguador contra los estresores físicos y



psicológicos, reduce la morbilidad y disminuye la mortalidad (Ahern y Hendryx, 2005).

En este sentido Martín (2004), en su estudio “**Solidarity between the sexes and the generations**” encuentra que la frecuencia de participación en grupos sociales y el contacto con amigos se relacionaba con los sentimientos de utilidad en esta etapa. Sin embargo, en la población mayor se ha observado una disminución del número de relaciones sociales (Phillips, Siu, Yeh y Cheng, 2008).

Cabe destacar que este hecho no repercute por igual a todo tipo de relaciones. Las mantenidas con conocidos y amigos son las que se ven más afectadas, mientras que los contactos con familiares además de personas cercanas, permanecen estables al final de la vida (Lang y Carstensen, 1994).

Recapitulando, el hecho de establecer vínculos afectivos con las demás personas a través de las interacciones día a día se convierten en un aspecto importante a lo largo de toda la vida ya que se relacionan directamente con la sensación de bienestar y la calidad de vida, por eso mantener y tener nuevas relaciones es indispensable para transitar un proceso de envejecimiento activo.

En síntesis en contraste con lo que ocurre en el plano físico y cognitivo el funcionamiento afectivo se encuentra en gran medida preservado de los efectos adversos del envejecimiento, estando caracterizado fundamentalmente por la estabilidad e incluso las ganancias. No obstante, todavía quedan bastantes cuestiones abiertas y es pronto para extraer conclusiones definitivas sobre la experiencia y regulación emocional en las personas adultos mayores, especialmente en nuestro contexto cultural.

### **6.3 Teorías relacionadas a la senectud**

La senectud es el resultado inevitable de un largo proceso, en el cual el ser humano experimenta una serie de cambios producidos por el organismo y la interacción que éste establece con el contexto vital en que se ha desarrollado. Ciertamente, para



lograr caracterizar y determinar de qué manera y por qué ocurren dichas transformaciones, surgen planteamientos teóricos que intentan dar respuesta a este complejo proceso vital. A continuación se abordan diferentes teorías que intentan explicar esta etapa de desarrollo en el ser humano desde la perspectiva biológica y psicosocial.

### 6.3.1 Teoría autoinmune

Según lo descrito por Martínez (2005), la teoría autoinmune planteada por el patólogo Walford en 1969, propone que con el descenso de la inmunocompetencia, ocasionada a consecuencia del fenómeno de envejecimiento, se producirían respuestas contra las propias células; siendo estas reacciones antígeno-anticuerpo, el inicio de acciones en cadena conducentes a la muerte celular.

Por su parte, Martínez (2005), destaca que la teoría autoinmune está basada, por tanto, en dos hechos principales: en primer lugar, con la edad se produce un **deterioro global**, tanto cualitativo como cuantitativo de la función del sistema inmune en el organismo, lo cual puede aumentar las posibilidades de infección microbiana.

En segundo lugar, simultáneamente a la disminución de la respuesta inmune, se produce un **fuerte aumento de las manifestaciones autoinmunes** con la edad, debido a que el sistema inmune se hace menos capaz de discriminar entre las sustancias propias y extrañas al organismo. En otras palabras, estos procesos anteriormente mencionados son característicos de los adultos mayores, por lo tanto van a determinar la mayor vulnerabilidad a las enfermedades presente en la senectud.

### 6.3.2 Teoría de los radicales libres

Esta teoría fue propuesta por Denham Harman en 1956, dicho teórico postula que la senectud resulta de los efectos perjudiciales fortuitos causados a tejidos por reacciones de radicales libres y que estas reacciones pueden estar implicadas en



la producción de los cambios del envejecimiento, asociados con el medio ambiente, enfermedad y con su proceso intrínseco (Pardo, 2003).

Martínez (2005), por su parte señala que estos cambios son normales debido a los procesos de oxidación-reducción (reacciones redox) en las células vivas de los organismos aerobios. Es decir, estas reacciones químicas presentes prácticamente en todas las vías metabólicas celulares, generan los llamados radicales libres de oxígeno. Por tanto, los mismos pueden dañar las membranas celulares, las proteínas citoplasmáticas o incluso el mismo genoma; todo esto conlleva a que los mecanismos celulares sean insuficientes para inactivar o reparar su aspecto, produciéndose de esta manera cambios estructurales y funcionales relevantes.

Según refiere Pardo (2003), los radicales libres, están implicados en enfermedades degenerativas presentes en la vejez, tales como: arteriosclerosis, amiloidosis, demencia senil tipo Alzheimer y enfermedades autoinmunes.

### **6.3.3 Teoría de la programación genética**

Esta teoría es conocida también como **teoría evolucionista** por entender que la senectud es una consecuencia de la propia evolución del organismo, es decir que los procesos asociados a este están programados innatamente dentro del genoma de cada organismo. De acuerdo a Martínez (2005), esta posición teórica defiende que esta etapa está programado genéticamente, además indica la posibilidad de la existencia de genes específicos o determinantes de la longevidad.

Asimismo Gómez (2000), explica que este proceso esta genéticamente programado, ya sea porque el programa original se altera (mutaciones en el ADN nuclear de las células somáticas o errores en los mecanismos de síntesis de proteínas) o porque los cambios celulares están incluidos dentro de las instrucciones contenidas en el ADN desde la concepción, es decir son parte del desarrollo normal.



### 6.3.4 Teoría de la desvinculación

Según Cumming y Henry (1961), las personas al llegar a un determinado momento de la vida cambian y poco a poco van modificando capacidades y preferencias, por lo que eligen roles sociales y reducen compromisos con los demás (Martínez, 2005). De igual manera la sociedad, gradualmente se aparta de los mayores y entrega a la generación joven aquellos roles y responsabilidades que una vez desempeñaron lo anteriores.

Así pues, la desvinculación de las personas mayores con la sociedad, es visto desde esta perspectiva teórica como un proceso inevitable de la senectud, acompañado de una disminución gradual del interés por las actividades y los acontecimientos sociales, produciendo así una dinámica de desarraigo generada por la ruptura del adulto mayor a la red social de pertenencia, separándose de este grupo sin adscribirse a ningún otro.

Por otra parte, Martínez y Mendieta (2006) describen que el adulto mayor experimenta tres importantes efectos de la desvinculación social:

1. El espacio vital de estas personas se reduce, es decir, a medida que se envejece el ser humano se ocupa de menos roles en la sociedad, por tanto la interacción interpersonal disminuye.
2. Las personas mayores tienden a ser más independientes debido a que, en los roles que continúan existiendo, los ancianos están menos gobernados por reglas y expectativas estrictas.
3. El individuo termina en aceptar e incluso adoptar los cambios que ocurren en esta etapa, el adulto mayor sano, se desvincula en forma activa de los roles y las relaciones, volviéndose más introspectivo y alejándose de las interacciones con los demás.



En concreto, desde este sustento teórico el adulto mayor revela preocupación acerca de sí mismo y una disminución en la inversión emocional hacia otras personas y objetos. En este sentido, el adulto mayor inicia un proceso natural de aislamiento que le concede reconocer y aceptar su rol pasivo dentro de la sociedad.

### **6.3.5 Teoría de la actividad**

Esta teoría describe el valor positivo de ejercer actividades sociales en la etapa de la senectud. De acuerdo a Havighurst (1961), las personas más activas se encuentran más satisfechas y mejor adaptadas; así pues el sujeto que envejece se compromete en nuevas actividades que juzga más apropiadas a su edad. Es decir, desde este planteamiento teórico la persona busca nuevos papeles que reemplacen los roles anteriores, logrando mayor satisfacción a medida que más interactúa con el medio. (Aguerre y Bouffard, 2008).

Por otra parte, si los nuevos papeles no reemplazan a los pasados, la anomia tiende a interiorizarse, por lo tanto el individuo se vuelve inadaptado y alienado de la situación y de sí mismo (González, 2010). Evidentemente lo más importante en esta perspectiva, es estar socialmente involucrado, independientemente del tipo de roles que se desempeñen.

Para González (2010), las actividades sociales juegan un rol de “amortiguador” para atenuar el trauma de la pérdida de roles más importantes ya que ellas promueven en el individuo que envejece, la reconstrucción de su propia imagen que ha sido deteriorada por las mismas pérdidas.

En efecto el argumento central de esta teoría es que la senectud se vive con éxito si los individuos conservan un nivel de actividad similar al de etapas anteriores de su vida, es decir, para el adulto mayor debe ser indispensable la búsqueda de nuevos roles que sustituyan al anterior teniendo en cuenta las aptitudes y actitudes con las que se cuenta.



### 6.3.6 Teoría de la continuidad

Este apartado teórico construido por Rosow (1963) y reestructurado por Atchley (1987 -1991) propone que no hay ruptura radical ni transición brusca entre la edad adulta y la tercera edad, sino que se trata tan sólo de cambios menores u ocasionales que surgen de las dificultades de adaptación a la senectud, siempre manteniendo una continuidad y estabilidad entre estas dos etapas (Ortiz 2009).

De acuerdo a Gonzáles (2010), la teoría de la continuidad se basa en dos postulados básicos:

1. El paso a la senectud es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida del pasado. Prácticamente la personalidad así como el sistema de valores permanecen intactos.
2. Al iniciar la senectud, los individuos aprenden a utilizar diversas estrategias de adaptación que les ayudan a reaccionar eficazmente ante los sufrimientos y las dificultades de la vida.

En otras palabras, los seres humanos evolucionan de una manera diferente. El individuo desde que nace hasta su muerte constituye una sola entidad coherente; por lo que, en un momento dado, cualquier estado y etapa que atravesase dependerá en gran parte de lo que era anteriormente y a lo largo de su evolución. En efecto el individuo va integrando su experiencia e imagen de él mismo en lo que se conoce como "autoconcepto" y personalidad, lo que va determinando sus respuestas a nuevas situaciones (Ortiz, 2009).

Por lo tanto, el adulto mayor al enfrentarse a una etapa llena de cambios individuales y retos sociales como el de encajar en un nuevo rol, contará principalmente con la capacidad de respuesta individual concretada en las habilidades personales aprendidas mediante la experiencias vividas en su contexto sociocultural.



### 6.3.7 Teoría del desarrollo psicosocial de Erikson

Respecto a esta teoría, Erikson (1963) señala que el desarrollo del ser humano sólo se puede entender en el contexto de la sociedad a la cual uno pertenece y remarca la relación entre el ego y las fuerzas sociales que tienen algún tipo de influencia sobre las personas en determinados momentos de la vida (Stassen y Thompson, 2001).

Hay que hacer notar que este autor divide la vida en ocho etapas de desarrollo psicosocial. Cada una caracterizada por una crisis emocional con dos posibles soluciones: favorable o desfavorable, donde la resolución de las mismas serán determinantes para el desarrollo posterior.

Tomando en cuenta que esta investigación se centra en la senectud, en el documento se abordará únicamente la etapa psicosocial correspondiente a la temática en cuestión, denominada "**Integridad frente a desesperanza**". Desde ella, la persona experimenta el miedo a la muerte, el afrontamiento al declive personal y la pérdida de roles característicos al período en que se encuentra el sujeto.

Erikson (1963) plantea que el ser humano al llegar a la senectud cree que su vida han tenido sentido y revisa sus experiencias anteriores con sentimiento de integridad y plenitud, o bien se desespera a causa de su pasado lo que genera en él temor por el futuro. Por tanto, si el adulto mayor logra sentirse satisfecho de las experiencias pasadas, desarrolla un máximo grado de madurez. Stassen y Thompson (2001).

Cabe señalar, que durante el ciclo de la senectud el sujeto realiza una evaluación de los acontecimientos vividos hasta el presente, lo cual tiene por objetivo comprender la propia experiencia de vida, a fin de intentar interpretar el sentido de aquello ganado a partir de lo perdido. La posibilidad de extraer ganancias de las pérdidas dependerá del bienestar subjetivo que sienta el sujeto y de la sensación



de esperanza que surja frente a aquello que se presente como no adquirido (Urbano y Yuni 2014).

En síntesis, la palabra que mejor expresa este momento de crisis existencial es **integridad**, que significa “*aceptación de sí*”, de la historia personal, del proceso psicosexual y psicosocial. Asimismo simboliza la integración emocional de la confianza, de la autonomía y demás fuerzas sintónicas. Por otra parte, la falta o la pérdida de la integración o de sus elementos, se manifiestan por el sentimiento de desespero con la ausencia de sus valores (Bordignon, 2005).

Así pues, la integridad debe simbolizar para el adulto mayor la vivencia del amor universal como experiencia que resume la vida y el trabajo, pronuncia una convicción del propio estilo e historia de vida, como contribución significativa a la humanidad. Para el adulto mayor llegar a la integridad genera en su vida confianza en sí y en los demás, especialmente en las nuevas generaciones, ya que se presentan como modelo de la vida vivida y la muerte que tienen que enfrentar.

Finalmente si el individuo llega a concretar dicha integridad, puede obtener el nivel superior de comprensión de sí mismo y de existencia, el saber acumulado de vida, capacidad de juicio maduro y comprensión de los significados de ser humano.

En definitiva, la senectud debe representar para las personas una meta más del desarrollo individual y social, regido por una serie de retos biológicos y psicosociales, en donde cada individuo dará valor a sus características individuales y sobre todo a la experiencia obtenida en el transcurso de la vida.

#### **6.4 El adulto mayor en Nicaragua**

En la actualidad el adulto mayor de la sociedad nicaragüense representa más del 6.3% de la población del país según las proyecciones del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía y de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CELADE-CEPAL, 2011). Parte de este sector de la sociedad compite con la realidad por su bienestar psicológico, físico y espiritual. Resguardado



aparentemente por un Sistema de Seguridad Social que solamente cubre a una porción. Como sabemos, muchos ancianos del país no solamente necesitan de un beneficio social, sino de hogar, familia, amigos y apoyo que muchas veces no llega.

De acuerdo a lo expuesto en la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento realizada en Madrid (2002), Nicaragua al igual que el resto de los países participantes se comprometió a incorporar a las personas adultas mayores en los programas y proyectos de acuerdo a sus posibilidades y al apoyo internacional. Razón por la cual se creó el Consejo Nacional del Adulto/a Mayor, además la Constitución Política en la que se reconoce en el artículo No. 77, que: "... los ancianos tienen derecho a medida de protección de parte de la familia, la sociedad y el estado" (Castellón y Barraza, 2015).

Ahora bien, en Nicaragua la institución delegada para velar por los derechos de las personas adultas es el Ministerio de la Familia (MIFAMILIA), responsable de promulgar la Ley No. 720, Ley del Adulto Mayor encargada de establecer el régimen jurídico e institucional de protección y garantías para las personas adultas mayores, con el fin de garantizar el efectivo cumplimiento de lo establecido en el artículo No. 77 de la Constitución Política de la República de Nicaragua.

Sin embargo, pese a los reconocimientos legales que poseen los adultos/as mayores, la imagen que se proyecta de éstos en el contexto noticioso del país, generalmente es de maltrato y abandono social, en donde también se ve reflejado el estado de indigencia que sufren en sus propios hogares o en las calles, el desalojo de propiedades y la falta de recursos para la satisfacción de necesidades básicas, como son: alimento, medicina y vestuario (Pineda, 2007).

De acuerdo al informe presentado por CELADE y CEPAL en el año 2011, en el I Encuentro Interparlamentario sobre las personas mayores como titular de derecho, se logra apreciar la labor realizada por los países centroamericanos en pro de establecer normas específicas de protección para los adultos/as mayores, no



obstantes, a pesar de estos avances no todos los países logran garantizar el cumplimiento de los derechos.

Así pues aunque la legislación de algunas naciones centroamericanas, incluida Nicaragua, proteja a la persona mayor, esta misma estructura legal carece de mecanismos específicos de protección para que sus destinatarios puedan satisfacer realmente la necesidad o el interés protegido.

Por lo tanto, ser adulto/a mayor en Nicaragua representa un verdadero desafío nacional que repercute en todos los planos de la sociedad y debe convertirse en un punto de discusión a nivel de Estado, donde se involucren todos los actores sociales para la búsqueda de solución de alternativas a los problemas y necesidades de nuestros adultos mayores (Barreto, López & Linarte, 2005).

Por otra parte, pese a que en el medio social nicaragüense la familia continúa siendo la primera red de apoyo socioemocional de los/las ancianos, en ciertas ocasiones esta red desiste ante la presión del estigma negativo de la senectud, lo cual les lleva a tomar la decisión de enviar al adulto mayor a los denominados *asilos*, lugares destinados al cuidado integral de las personas pertenecientes a la tercera edad.

De igual manera las condiciones de vulnerabilidad tales como la indigencia, pobreza, violencia, abandono y falta de vivienda, son algunas de las causas principales que obligan a los y las adultos mayores a recurrir a los hogares para ancianos (Jalinas y Flores, 2012). A continuación se aborda con más detalle la labor ejercida por estas instituciones sociales.

## **6.5 Hogares para adultos mayores**

Con respecto al Reglamento de la Ley 720 del Adulto Mayor (2010), define: Asilo, Hogar, Residencia o Albergue, aquellas instalaciones en las cuales se prestan servicios institucionalizados en los que se ofrece a las personas adultos/as mayores, la posibilidad en un ambiente sustituto de forma permanente o temporal cuando no es viable su permanencia en su entorno habitual.



En cambio, Goffman (1961) hace referencia sobre los asilos, residencia y hogares “como un lugar de residencia o trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (Castro, Brizuela, Gómez y Cabrera 2010, p.13). Dicho de otra manera, hogar para el adulto mayor es el sitio destinado para remplazar aparentemente a la unidad familiar o entorno social más cercano de las personas de la tercera edad, en donde se deben adaptar a un estilo de vida sujeto a la rutina.

Ahora bien, Castro et al. (2010), conciben que las instituciones totales se caracterizan por tener las siguientes características:

- ✓ Las dimensiones de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo una única autoridad.
- ✓ Las etapas de la actividad cotidiana de cada miembro de la institución total se llevan a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros miembros, a los que se da el mismo trato y de los que se requiere que hagan juntos las mismas cosas.
- ✓ Las actividades cotidianas están estrictamente programadas, de modo que una de ellas que se realiza en un momento determinado conduce a la siguiente y toda la secuencia de las mismas se impone jerárquicamente mediante un sistema de normas formales explícitas y un cuerpo administrativo.
- ✓ Diversas actividades obligatorias se integran en un único plan racional, deliberadamente creado para lograr objetivos propios de la institución.

Del mismo modo Zolotow (2010) afirma que en toda estructura organizacional, los hogares se sustentan de ideas y creencias, los mismos pueden configurar sistemas rígidos, donde la pasividad, la despersonalización y el quietismo configuren los



rasgos más destacados. Así pues, los hogares para ancianos representan un importante apoyo social ya que brindan vivienda, vestimenta, salud y comida, pero hay que destacar que para estas personas el hecho de vivir en estas instituciones representa una difícil adaptación a estrictos reglamentos de comportamiento y sobre todo a un estilo de vida apartado del contacto social.

En Nicaragua existe una pequeña proporción de adultos mayores institucionalizados. Según Pineda (2008), existen 18 hogares privados localizados a nivel nacional, 17 de estos reciben subsidios por parte del Estado a través del Ministerio de la Familia. Dicha subvención se otorga de manera discrecional, sin tomar en cuenta la relación entre el monto y la capacidad instalada y utilizada.

De acuerdo a López (2008), en el país menos del 0.3% de la población con 60 años y más en los departamentos del centro-norte de Nicaragua, están confinadas a un hogar de ancianos. Además la edad de las personas adultas mayores que viven en los hogares promedia los 79 años con 6 años de estancia; las instituciones albergan en su mayoría a hombres (52.1% de hombres, frente a 47.9% de mujeres); el 69.1% son analfabetos y el 59.4% de ellos ingresaron al hogar por no tener familiares que cuidaran de ellos.

Hay que destacar que generalmente los trabajadores de los hogares en su mayoría son mujeres, quienes carecen de conocimientos en Gerontología por su bajo nivel de escolaridad y poseen poco entrenamiento en temas relacionados con la atención gerontológica.

Otro aspecto relevante que destaca López (2008), respecto a los adultos mayores nicaragüenses del centro-norte del país, es que la atención a la salud bucal entre los residentes es prácticamente inexistente, más de la mitad de éstos perciben la salud como regular (43%) y mala (23%), casi todos están enfermos o padecen de alguna enfermedad (92.1%) y la tasa de prevalencia de la incontinencia urinaria y fecal es del 17% y 13.9% respectivamente.



Finalmente este autor enfatiza que la necesidad de ayuda para realizar algunas de las actividades de la vida diaria es más frecuente a medida que la edad aumenta en personas adultas mayores. En consecuencia, a mayor edad es peor la percepción de la salud en personas que viven en los hogares y de aquellos que padecen enfermedades (López 2008).

Por otra parte, es evidente que la mayoría de los hogares para adultos mayores del país, no cuentan con los suficientes recursos para invertir en el mantenimiento de la infraestructura, compra de equipos, mobiliario y ayudas técnicas, así como en aspectos tales como la oferta de una dieta adecuada, contratación de personal profesional especializado y medicamento.

En pocas palabras, sobrellevar la situación de vida en los asilos representa para los adultos mayores, un desafío más, por encima de la adaptación a nuevos roles, las enfermedades crónicas, el abandono familiar, en sí de los diferentes factores sociales, personales y biológicos que intervienen en la tercera edad.

## **6.5 Envejecimiento Activo**

Ante los distintos obstáculos que presenta la realidad social de las personas adultas mayores, los organismos encargados de la defensa de los derechos de éstas, han desarrollado un concepto de estilo de vida que permite vivir la senectud de manera activa, productiva, saludable y satisfactoria.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), define al envejecimiento activo, como el proceso que permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico y psíquico a lo largo de todo el ciclo vital, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable al llegar a la etapa de la senectud (Barmejo, 2010).

Así pues, el envejecer activamente aporta a toda la sociedad y en especial a los adultos mayores, beneficios que impulsan las capacidades personales desde la perspectiva cognitiva, racional, física y afectiva. Cabe señalar, que esto se cumplirá



siempre que exista una red de apoyo social, familiar y en sí afectiva, que pueda motivar al adulto mayor a continuar su desarrollo de forma proactiva en la senectud.

De acuerdo a Barmejo (2010), lo más importante del envejecimiento activo son las implicaciones que ello conlleva:

- ✓ El ser activo expresa la idea de la participación continua de las personas en cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, sin centrarse sólo en la capacidad para estar física o laboralmente activo.
- ✓ Implica tener la oportunidad de envejecer siendo protagonista de la vida, proactivo y no depender de productos, servicios o cuidados.
- ✓ Los adultos mayores deben tener oportunidad de participar en todo lo que les es propio, no solamente ocio, servicios o entidades para mayores, sino también a cualquier esfera relativa a la comunidad.
- ✓ Es imprescindible que la sociedad garantice que los adultos mayores se informen y reconozcan continuamente sus derechos.
- ✓ Reconocer la importancia de establecer en la comunidad, relaciones entre los miembros de una y otra generación.
- ✓ Desafiar el paradigma de lo tradicional en cuanto a definir que la jubilación es la única salida a la vejez. La vida debe ser un ciclo completo de trabajo, aprendizaje y convivencia.
- ✓ Revizar los ámbitos que estén afectando al desarrollo del envejecimiento activo, los sociales y económicos, pero también los psicológicos, afectivos, educativos, culturales o jurídicos.

Por tanto, si la sociedad reconoce y practica lo antes planteado, el envejecimiento personal será un proceso positivo, aún más cuando se llegue a la etapa de la



senectud ya que el adulto mayor puede gozar de una vida activa a nivel físico y psicológico, en donde la jubilación no significa un final de roles laborales y sociales, sino el inicio de nuevos roles que le permiten ser miembro partícipe del contexto familiar y social de la comunidad.

Lo cierto es que si existe un proceso de envejecimiento activo, se pueden optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad, a fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen y llegan a la senectud. No obstante, en Nicaragua debido a las condiciones de seguridad económica, salud y de protección social, la población de la tercera edad no goza completamente de un proceso activo de envejecimiento y por ende de una senectud saludable.

Según Pineda (2007), en el país existe una clara necesidad de adecuar los diferentes sistemas sociales encargados de la salud, bienestar social y económico a las crecientes necesidades de los adultos/as mayores. Es decir, que el Estado debe mejorar las condiciones del adulto/a mayor respecto a la independencia y seguridad económica, la capacitación del sistema de salud en temas de geriatría y psicogerontología y finalmente crear una entidad gubernamental dedicada de forma específica a la promoción y defensa de los derechos de los mayores.

Ciertamente, el envejecimiento activo y bienestar en la senectud parece ser un reto complicado, pero si se cuenta con la ayuda de la sociedad en general puede lograrse. Por tanto, el Estado debe establecer un plan integral e intergeneracional, en donde niños, jóvenes, adultos y mayores se informen y practiquen un estilo de vida saludable, marcado por actividad física, aprendizaje, higiene, alimentación adecuada, convivencia social y sobre todo por la búsqueda del bienestar mental.



## **VII. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

- ✚ ¿Qué conocimiento tienen los participantes del estudio respecto a lo que es la etapa de la senectud y lo que es Hogar para adultos mayores?
- ✚ ¿Cuál es el estado emocional de los sujetos en estudio?
- ✚ ¿Cuáles son las experiencias psicosociales de la población en estudio en el Hogar San Pedro Claver?



## VIII. DISEÑO METODOLÓGICO

### 8.1 Tipo de investigación

El presente estudio se aborda desde una metodología cualitativa, por ser un proceso que se realiza de manera organizada, sistemática y constituida por etapas o fases. En palabras de Ruíz (2012), los métodos cualitativos son los que permiten captar el significado particular, que a cada hecho atribuye su propio protagonista y de contemplar estos elementos como piezas de un conjunto sistemático.

De acuerdo a Hernández (2010), la investigación cualitativa se enfoca en comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto. Es decir, que busca comprender la perspectiva de los sujetos (individuos o grupos pequeños de personas a los que se investigará) acerca del medio vital que les rodea, profundizar en sus experiencias, opiniones y significados. En sí, la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad.

Así pues, usar este tipo de enfoque permitió analizar y sustraer para su posterior análisis, las experiencias, condiciones y situaciones relacionadas a las vivencias afectivas de los adultos mayores del Hogar San Pedro Claver. También hay que tener en cuenta que la investigación se realiza en el contexto vital, además de retomar la realidad subjetiva de cada sujeto en estudio, condición que es la base fundamental para el cumplimiento de los objetivos de la investigación.

La presente investigación es un estudio de **tipo descriptivo** ya que revela las vivencias afectivas de algunos adultos mayores del Hogar San Pedro Claver, en el Municipio de Nindirí. Asimismo es una investigación de **corte transversal**, debido a que estudia una parte de todo su proceso y la información que se obtiene se recopila en un momento específico y tiempo único.



A su vez, este estudio tiene su base teórica en el **naturalismo**, en palabras de Hernández (2006), esta metodología estudia a los objetos y seres vivos en sus contextos o ambientes naturales, en este caso se aborda a las y los adultos mayores, dentro del hogar donde residen.

Mediante este tipo de investigación, se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir, recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos y variables a las que se refieren, esto es su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas (Hernández, 2010).

Hay que destacar que la investigación se basa en un **estudio de caso**, el cual en palabras de Murillo (2013, p. 4) se entiende como un:

... método de aprendizaje acerca de una situación compleja (...) se basa en el entendimiento comprensivo de dicha situación, el cual se obtiene a través de la descripción y análisis de la situación, situación tomada como un conjunto y dentro de su contexto.

También señala que es una investigación procesual, sistemática y profunda de uno o varios casos en concreto, donde este puede ser una persona, organización, programa de enseñanza o un acontecimiento.

Cabe señalar que este estudio de caso es de tipo múltiple, en el cual se hacen las mismas preguntas a los distintos casos, comparando las respuestas para llegar a conclusiones. Así, las evidencias basadas en varios casos se pueden considerar más sólidas y convincentes, ya que la intención en el estudio de casos múltiples es que coincidan los resultados de los distintos casos, lo que permitiría añadir validez a la investigación (Murillo, 2013).

Evidentemente, cada caso debe poseer un propósito determinado, por lo que la elección de los mismos no se realiza según los criterios muestrales estadísticos,



sino por razones teóricas y de conveniencia, buscando un conjunto de casos que sea representativo del fenómeno a analizar. Cabe destacar que la situación, variables del entorno y participantes no son manipulados por el investigador, el objetivo central de este se traduce en brindar un informe descriptivo y detallado del fenómeno observado.

De acuerdo a Murillo (2013), es significativo hacer notar que aunque no existe un criterio definido para determinar el número de casos que deben conformar el estudio, se estipula que un estudio de casos múltiple requeriría un mínimo de cuatro unidades de análisis, aunque cuanto mayor sea este número se puede alcanzar una mayor replicación y fiabilidad.

En definitiva, este tipo de abordaje investigativo propicia los elementos y herramientas científicas necesarias para identificar y describir el fenómeno de análisis que en este caso son las vivencias afectivas de los adultos mayores del Hogar San Pedro Claver, reflejadas y experimentadas por los cinco participantes del estudio.

## **8.2 Universo**

El universo está constituido por todos los adultos y adultas mayores que residen en los 18 hogares a nivel de Nicaragua.

## **8.3 Población**

La población la constituyen todos los adultos y adultas mayores que se encuentran en el Hogar San Pedro Claver que corresponden a un total de aproximadamente 40 personas.

## **8.4 Muestra**

La muestra seleccionada está conformada por 5 personas (2 varones y 3 mujeres), adultos mayores del Hogar San Pedro Claver.



En los estudios con enfoque cualitativo, la selección de la muestra se realiza con base a criterios particulares, como la intencionalidad y la conveniencia, porque éstos permiten la profundización en un tema determinado, pero no garantiza las generalizaciones. Así pues la selección de la población estuvo sujeta a los siguientes criterios de inclusión:

- ✓ Tener la edad de 60 años a más y residir en el Hogar San Pedro Claver.
- ✓ No padecer de enfermedad física o psicológica incapacitantes (Demencia senil, Alzheimer).
- ✓ Tener disposición para colaborar con la investigación.

### **8.5 Procedimiento para la recolección de los datos**

Para la recolección y análisis de datos se pasó por diferentes fases del trabajo, las cuales se describen a continuación:

En la fase exploratoria se pudo delimitar el problema y se buscó fuentes bibliográficas afines a la temática en distintas instituciones, tales como: Centro de Documentación de la Facultad de Humanidades y Ciencias Jurídicas de la UNAN-Managua, Biblioteca Central “Salomón de la Selva” ubicada en la misma universidad, Biblioteca José Coronel Urtecho de la Universidad Centroamericana (UCA), además de algunas fuentes de Internet.

De igual manera se hicieron revisiones bibliográficas impresas y electrónicas (libros, revistas y artículos científicos), relacionadas con temáticas sobre la conceptualización de las personas adultos/as mayores, su desarrollo fisiológico y psicosocial, como la situación real que vive esta población a nivel de Nicaragua.

Cabe señalar que mediante este proceso de recolección de datos, se logró plantear el problema, también se obtuvo información relevante para la elaboración de antecedentes, marco teórico y los objetivos de investigación.



La fase de planificación tuvo lugar con una visita al Hogar San Pedro Claver para explicar a la encargada de la institución Hermana Silvia Ruíz, el propósito de la investigación y solicitar su autorización e iniciar el acercamiento al contexto de estudio. Una vez obtenido el consentimiento informado, se contactó con algunos expertos, entre ellos: un Médico- Cirujano General y Gerontólogo, un Psiquiatra- Psicoterapeuta y Gerontólogo, con los cuales se compartió el objetivo de la investigación.

Asimismo se diseñaron los instrumentos dirigidos a informantes claves, expertos y sujetos de muestra. En la fase de entrada al escenario, se entrevistó a los informantes claves, mismos que se seleccionaron por su amplia experiencia laboral dentro del contexto; paralelo a ello se identificó a los participantes del estudio, para lo cual se tomó como referencia los criterios de inclusión antes mencionados.

En la fase de recogida y análisis de la información se procedió a aplicar las entrevistas focalizadas de manera individual a los y las protagonistas de este trabajo. Hay que destacar que las mismas se llevaron a cabo en un ambiente natural, contando con las medidas requeridas para propiciar privacidad y seguridad para cada participante, asimismo como para los informantes claves y expertos.

Luego de culminar las entrevistas, el investigador se retiró del escenario para transcribir las entrevistas grabadas en audio y dar inicio al análisis de los datos empíricos. Durante ese proceso se pudo codificar el contenido y extraer unidades de análisis para definir categorías y subcategorías, elaborando algunas matrices de datos. A continuación se presentan las categorías y sub categorías tipificadas:



### MATRIZ DE CATEGORÍAS Y SUB CATEGORÍAS

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	CÓDIGOS
Senectud	Características físicas y psicológicas de la etapa.	<b>CFP</b>
Hogar de adulto mayor	Apreciaciones sobre el hogar Motivos de ingreso	<b>AM</b>
Estado emocional del adulto mayor	Relaciones familiares Relaciones sociales	<b>RFS</b>
Experiencias psicosociales en el hogar de adulto mayor	Positivas Negativas	<b>EPN</b>

De acuerdo a los datos obtenidos se procedió a la triangulación de la información para dar cumplimiento a los objetivos propuestos. En la etapa final de esta investigación se elaboró el informe para efecto de presentar.

#### 8.6 Método

El primer método utilizado en esta investigación fue la **observación**. Es oportuno subrayar que ésta fue no participante y permitió describir e interpretar el lenguaje no verbal de los y las participantes durante el proceso de recolección de datos.

Según Puebla y colaboradores (2010), este tipo de método contribuye a recoger información desde afuera, es decir, el investigador no interfiere en la vida social del grupo o del fenómeno a investigar.

Al respecto Campos y Lule (2012), son de la opinión que la observación no participante permite llevar de forma más sistematizada y lógica el registro visual, de modo que el investigador/a sea capaz de verificar lo que se pretende conocer. En otras palabras, posibilita de manera más objetiva describir, analizar y explicar desde una perspectiva científica el mundo real.



El segundo método utilizado fue la **entrevista**. De acuerdo a Galán (2009), ésta se define como la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio, a fin de obtener respuestas verbales a los interrogantes planteados sobre el problema propuesto.

Por la naturaleza misma del tema en cuestión, se utilizó la entrevista focalizada facilitando información valiosa de los y las participantes como de informantes claves y expertos. Vale comentar que también facilitó la triangulación de datos para efecto de definir las categorías y subcategorías.

Otro elemento relevante es que este tipo de entrevista tiene como principal función centrar la atención del entrevistado sobre la experiencia concreta que se quiere abordar. Según Merton Kiske y Kendal (1956, citado en Molina 2014), se toma como referencia los objetivos de la investigación, las hipótesis de partida, como las características del entrevistado y su relación con el suceso o situación que quiere ser investigado.

## **8.7 Técnica**

La técnica utilizada para analizar y procesar la información obtenida en las entrevistas fue el análisis de contenido, el que contribuyó en la interpretación de resultados y contrastar éstos con los objetivos y preguntas de investigación.

De acuerdo a Andréu (2008), el análisis de contenido cualitativo consiste en un conjunto de técnicas sistemáticas interpretativas del sentido oculto de los textos. Al igual que el análisis de contenido cuantitativo clásico parte de la lectura como medio de producción de datos.

Básicamente se analiza el material dentro de un modelo de comunicación, además el material que es analizado paso a paso crea reglas y procedimientos que permiten dividir el material en unidades de análisis más interpretables. Por lo tanto, las categorías centrales de análisis ayudan a construir las ideas fundamentales del investigador, por último los procedimientos de control de calidad permiten comparar



mediante triangulación los resultados con otros estudios, o propuestas teóricas lo que mejora la posible subjetividad de los análisis puramente cualitativos (Andréu, 2008).

Así pues mediante esta técnica sistemática se extrajo de las diferentes entrevistas toda la información relevante y significativa, la cual se categorizó en unidades de análisis, mismas que fundamentan los resultados finales de esta investigación.

### **8.8 Instrumentos**

Con el objetivo de recolectar información acerca de las vivencias afectivas de los adultos/as mayores del Hogar San Pedro Claver, se hizo uso de grabadora de audio. Cabe señalar que previamente se solicitó el consentimiento de los informantes claves, expertos y participantes, explicándoles que la información sería únicamente utilizada para fines del estudio y que se emplearían pseudónimos para no revelar sus identidades.

### **8.9 Limitantes del estudio**

Hay que destacar que durante el proceso de investigación se presentaron diferentes situaciones que limitaron la realización del estudio, entre éstas las más relevantes fueron:

- Poca disponibilidad de tiempo de los informantes claves para participar en las entrevistas.
- Actividades no programadas (visitas, misas y rezos) al momento de entrevistar a los y las participantes.
- Indisponibilidad de parte de los sujetos en estudio debido a enfermedades.
- Fallecimiento de una de las participantes.



## **IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS**

### **9.1 Antecedentes del contexto**

En el año 1946 la congregación “Hermanitas de los Pobres de San Pedro Claver” inició su obra en Nicaragua, al fundar un Hogar de ancianos en la ciudad de León. Posteriormente, al no existir en el Departamento de Masaya ninguna institución ni dispensario médico que asistiera a los adultos mayores en la localidad de Nindirí, esta comunidad religiosa toma la iniciativa de instaurar otro asilo.

Fue así que esta hermandad con ayuda del Sr. Renato Argüello (dueño de Laboratorios Rarpe) y junto a otras empresas privadas apoyó el proyecto. De manera que en 1970 se logra inaugurar la primera etapa, constituida por dos pabellones del Hogar de Ancianos San Pedro Claver, ubicado en el Km 19.7 carretera a Masaya, Comarca El Raizón perteneciente al municipio de Nindirí.

Es oportuno comentar, que este Hogar también comenzó a funcionar como dispensario médico brindando atención a personas de la comunidad que presentaban algún tipo de asistencia. Luego, se inició la construcción de habitaciones privadas con ayuda de donantes, para tratar de subvencionar a través de ese servicio algunas de las necesidades del centro.

Actualmente en el asilo se encuentran 45 ancianos (23 varones y 22 mujeres), de los cuales 8 están en habitaciones privadas, 4 semiprivado y 4 realizan una colaboración simbólica y el resto pertenecen al área de servicio social.

En cuanto al personal que labora en el asilo está compuesto, por una Lic. en Enfermería, una enfermera auxiliar, un fisioterapeuta que asiste un día a la semana, una terapeuta ocupacional que atiende de lunes a viernes, dos personas que asisten al pabellón de mujeres y dos en el pabellón de varones. Asimismo dos personas en lavandería y dos en cocina, un jardinero y portero, un conductor y un vigilante. También asiste una vez a la semana un médico internista voluntario para brindar atención médica a los ancianos.



Del mismo modo, existen religiosas que están estrictamente relacionadas a las labores del hogar y las demás asisten cuando no están desempeñándose en alguna labor del Colegio como parte del carisma de la congregación y la misión a la que se dedican.

En cuanto a estructura física, el hogar dispone de 8 habitaciones privadas por las cuales se realiza un pago mensual por parte de la familia del anciano, sin embargo no todos logran pagar el precio establecido para dichos dormitorios. Es pertinente destacar que la atención que se brinda a estos ancianos varía en relación a los de servicio social únicamente en la comodidad del espacio en que se encuentran, ya que a todos se les brinda la misma alimentación y asistencia médica.

Cabe agregar que se ha ido acondicionado el hogar y adaptándolo con ampliación de puertas, rampas de accesibilidad de acuerdo a todas las normativas que establece la “Congregación Hermanitas de los Pobres de San Pedro Claver”, de acuerdo a su experiencia profesional y de hogares de ancianos fundados en otros países ya que en Nicaragua el Ministerio de la Familia no hace valer este tipo de normativas.

Desde el punto de vista económico, el asilo subsiste de un esfuerzo de voluntarios sostenido por varios años, entre los que se incluyen donadores particulares y algunas empresas que realizan su labor social, entre ellos: Café Soluble, Organización Americana, Carnes San Martín, Fraccionarios de Occidente y una subvención económica y de granos básicos por parte del Ministerio de la Familia desde el año 2011.

Por otro lado, existe un Reglamento interno que incurre en normas de convivencia y en el horario en que los adultos mayores deben realizar actividades específicas entre ellas: las hora de comer, dormir, bañarse y terapia ocupacional. La asistencia a actividades de índole religiosa se limita a la voluntad del adulto mayor para participar en éstas.



De igual manera, los adultos mayores son partícipes también en diversas actividades recreativas que se realizan con frecuencia por parte de personas voluntarias que visitan el asilo, como almuerzos, piñatas, refrigerios, números culturales y de carácter religioso.

## **9.2 Presentación de las participantes de la investigación**

En este apartado, se darán a conocer algunos datos referidos a los y las participantes del estudio, a fin de conocer más detalles sobre sus vidas dentro del Hogar San Pedro Claver. Cabe agregar que por aspectos éticos se ha omitido su verdadera identidad, por lo que se reconocerán por seudónimos.

### **Eugenia**

Eugenia es una mujer de 71 años, estatura baja, piel color blanca, cabello canoso. La vestimenta que presenta es acorde a su edad, utiliza blusas y pantalones de vestir, denota higiene y cuidado personal. Durante la entrevista mantuvo actitud colaboradora y una atención activa; asimismo evidenció pensamiento coherente, lógico y de curso normal, se ubica en tiempo y espacio.

Por otro lado, aparenta un buen estado de salud y mantiene control de sus citas médicas. Cabe señalar que a pesar de sus problemas óseos, su postura es firme, su marcha es rápida y estable, se conoce que suele realizar ejercicios físicos.

Eugenia comentó que con el aporte económico que recibe de la jubilación puede realizar compras por cuenta propia, en ocasiones visita a su hermano y mantiene su estancia en el hogar. Igualmente goza de beneficios médicos que el seguro social le proporciona.

De acuerdo a lo observado, generalmente se manifiesta tranquila y con estado de ánimo alegre, permanece activa durante el día ya que apoya en el área de lavandería, costura y comedor del hogar. Al mismo tiempo se caracteriza por ser una persona que apoya en la asistencia de los demás miembros del hogar con dificultades para movilizarse.



En cuanto a la relación con la familia, Eugenia posee buena comunicación con sus parientes especialmente con las sobrinas, a pesar que en la mayoría de ellos se encuentran fuera del país; de igual manera mantiene un vínculo cercano con sus coetáneos.

### **Alice**

Alice tiene la edad de 81 años, estatura baja, piel color morena, cabello crespo y canoso. La vestimenta que presenta es acorde a su edad, utiliza vestidos largos floreados, usa sandalias además denota higiene y cuidado personal.

Durante la entrevista se manifestó colaboradora y una atención activa. Asimismo evidenció pensamiento coherente, lógico y de curso normal, también se ubica en tiempo y espacio.

Es importante mencionar que aparenta buen estado de salud, toma los medicamentos que le son proporcionados en el hogar. A pesar de haber sufrido parálisis unilateral del cuerpo y encontrarse en silla de ruedas, constantemente realiza ejercicios que ayudan en la recuperación completa de la movilidad de sus extremidades.

Por lo general manifiesta eutimia, tiene buenas relaciones sociales con los demás adultos mayores, es amable, establece conversaciones con algunos de ellos y expresa alegría al compartir historias de su pasado. Eventualmente espera la visita de sus hijos al igual que las llamadas de sus familiares que viven lejos.

En lo que concierne a sus actividades cotidianas, la mayor parte del tiempo se dedica a realizar crucigramas y a leer revistas, cabe señalar que debido a su condición física poco se moviliza permaneciendo gran parte del día sentada junto a sus demás compañeros la sala principal.

### **Jimena**

Jimena tiene 84 años y formación de Ginecobotetra, de estatura baja, piel color blanca, cabello ondulado, color negro y corto. La vestimenta que presenta es acorde



a su edad, utiliza faldas y blusas, zapatos cerrados y emplea andarivel. Es una persona que denota higiene y cuidado en su alimentación.

En relación a su familia, afirma que tiene una hija que vive fuera del país, con la cual poco se comunica. En cuanto al estado de salud, padece con frecuencia de afecciones en las vías respiratorias, lleva siempre consigo una botella con agua y una toalla ya que sufre de tos constante. Durante la entrevista se mostró colaboradora, con atención activa, pensamiento coherente y lógico generalmente de curso normal, además se ubica en tiempo y espacio.

A nivel de personalidad, Jimena se caracteriza por ser una persona pasiva, alegre, sociable, amable y respetuosa. A pesar de no agradarle muchas de las actividades que desarrollan las hermanas en el hogar, tiende a participar en la mayoría de ellas, sin embargo le gustan los espacios tranquilos y pocas veces realiza ejercicios físicos.

Es oportuno comentar que Jimena expresa inconformidad por la atención brindada en el hogar, a su juicio se necesita mejores servicios en la atención médica y en el tipo de comida que sirven.

## **Pedro**

Pedro es un adulto mayor de 85 años, estatura media, delgado, color de piel blanca, cabello canoso y usa muleta. Viste generalmente de pantalón de tela, camiseta y zapatillas. Al momento de realizar la entrevista fue cooperador, sostuvo la atención, presentó un estado de consciencia lúcido y detallista con cada experiencia narrada. Además se mostró alegre al relatar a manera de bromas ciertas experiencias de su vida pasada.

Al respecto, refiere gratamente su experiencia laboral como contador en el Banco Nacional, además describe la vida de sus hijos con quienes mantiene contacto. Explicó que le han realizado diversas cirugías en su cuerpo de las cuales se ha



recuperado con satisfacción. Mantiene la motivación de regresar a su hogar aunque los hijos no puedan estar con él debido a que viven fuera del país.

Actualmente refiere sentirse a gusto dentro del hogar, es sociable y respetuoso, le gusta ver televisión, acude a las actividades religiosas, lee y platica con los demás ancianos. Aparenta muy buena salud, hace ejercicios por las mañana, camina y realiza estiramientos corporales.

### **Enrique**

Enrique tiene 77 años de edad y aparenta un buen estado de salud, de contextura corporal delgada, color de piel blanco, cabello corto y con canas. Generalmente sonriente y abierto a cualquier conversación, usa pantalones de tela, zapatillas y camisa.

De acuerdo a la entrevista y observaciones, posee un pensamiento concreto, se ubica en tiempo y espacio, le agrada recordar su pasado laboral y amoroso de manera positiva. Cabe señalar que es una persona muy sociable y servicial.

Durante la entrevista expresó cierta inconformidad por estar en el asilo y no en su hogar, desea salir de la institución ya que no fue decisión propia ingresar, extraña a toda la familia aunque siente desilusión de sus hijos debido al abandono emocional en el que le han dejado, pocas veces se comunica con una hija.

Pese a la inconformidad que manifiesta Enrique, es un anciano activo, barre por las mañanas, realiza ejercicios, entre sus actividades favoritas está la lectura de novelas, revistas y la biblia. Acude siempre a actividades religiosas y recreativas, también ayuda a otros compañeros que no pueden caminar.



### 9.3 Discusión de resultados

A continuación se presentan los resultados más significativos a partir del análisis e interpretación de los datos recopilados durante el proceso de entrevistas focalizadas a los y las participantes, expertos e informantes claves para responder a los objetivos y preguntas de investigación. Los mismos fueron analizados en función de cuatro grandes categorías las que a su vez dieron lugar a ciertas subcategorías respectivamente.

#### 9.3.1 Senectud

En el siguiente apartado se presenta la primera categoría de análisis según los hallazgos encontrados durante el proceso de interpretación de resultados, a fin de brindar respuesta al primer objetivo específico de esta investigación. Es válido mencionar, que en este acápite se responde parcialmente a dicho objetivo concluyéndose de explicar el mismo en la segunda categoría.

Con relación a la apreciación que tienen los y las protagonistas del estudio sobre la senectud, una de las participantes describe este período como una fase de la vida dónde aún se siente socialmente útil. Al respecto ella comenta:

*“(...) Me he adaptado y me siento bien porque me siento útil todavía”. (Eugenia, entrevista focalizada, 8 de Julio, 2016).*

En cambio otro colaborador concibe esta etapa como una oportunidad para mejorar condiciones físicas, ser activo y continuar con hábitos que mejoran la salud mental y corporal.

*“(...) Me levanto temprano, me baño, camino empiyamado, hago ejercicio... leo bastante, más que todo la biblia... me gusta mantener mi cuerpo sano.” (Pedro, entrevista focalizada, 1 de Julio, 2016).*



Conviene subrayar que en ambos casos se aprecia que la senectud es un período donde las personas no dejan de ejercer prácticas y/o actividades que efectuaban antes, por el contrario asumen que pueden desarrollar funciones y tareas que les agradan, pese a las diferentes afecciones físicas o mentales que intervienen en este período de desarrollo.

Lo anterior, coincide con lo propuesto por Papalia, Sterns, Feldman y Camp (2009), quienes describen la senectud como el período que va de los 65 años a más, en la cual las personas son físicamente activa, relativamente saludable y en algunos casos independiente. Evidentemente es la concepción ideal que se debe tener de esta etapa, en donde el adulto mayor aparte de disfrutar de la compañía familiar, también goza de independencia y salud.

Es significativo mencionar que muchos de estos elementos que señalan los autores antes referidos, armonizan con algunas expresiones emitidas por expertos e informantes claves, los cuales explican la senectud, como:

*“(...) Etapa de plenitud en el que las personas están gozando de salud, reencuentro con la familia, compartir consejería, ideas, conocimientos y experiencias” (Experto No. 1, entrevista focalizada, 8 de Junio, 2016).*

*“(...) es una etapa de la vida y no por ser viejo es que ya te vas a morir”. (Experto No.2, entrevista focalizada, 7 de Julio, 2016).*

*“(...) Ancianitos que son jóvenes, tienen una actitud bien jovial” (Informante clave No.1, entrevista focalizada, 10 de Junio, 2016).*

*“(...) Etapa muy bonita siempre y cuando se le brinde al adulto mayor buena calidad de vida, la calidad de vida que ellos merecen”. (Informante clave 2, entrevista focalizada, 9 de Junio, 2016)*



Así pues, como se observa los expertos e informantes perciben esta fase como un período donde la persona es vivaz, posee salud y comparte con otros sus experiencias y prácticas. En otras palabras, hacen una descripción de adulto mayor adaptado, nótese que se les identifica como longevos alegres, amables, activos, participativos y satisfechos de su vida pasada y presente.

En contraste con lo anterior, esta apreciación no es compartida de la misma forma por otra de las participantes del estudio, ya que para ella este período representa un paso a la muerte. Muestra de esa valoración es la siguiente expresión:

*“(...) Morirme y qué metas puede tener una persona mayor de edad, ninguna...” (Jimena, entrevista focalizada, 28 de Junio, 2016).*

Vale destacar que Jimena posee una formación médica (Ginecobstetra), sin embargo de acuerdo a lo observado se evidencia que su estado de salud no es tan adecuado y actualmente se moviliza por andarivel. En consecuencia, su apreciación sobre la senectud podría obedecer a sus vivencias personales, de ahí que opina que esta etapa significa un período de declinación de salud, personal, familiar y social donde tiene pocas oportunidades de vida para contar con una vejez activa y saludable.

En consonancia con la representación de Jimena sobre la senectud, conviene destacar una de las subcategorías encontradas durante el análisis del material empírico como son **características físicas y psicológicas** de la etapa.

Al respecto, Eugenia y Pedro, en su momento subrayaron que la senectud abarca un deterioro de vida, donde ocurren cambios físicos y mentales y en algunos casos sobresale el aislamiento de la familia y sociedad. Es así que ambos afirmaron:

*“(...) Apartado por sus propios familiares y a veces se van a la calle a pedir limosna, andar como mendigando.” (Eugenia, entrevista focalizada, 8 de Julio, 2016).*



*“(...) Lleva ochenta y cinco años va llegando a una etapa que no quiere ver ni sombras”. (Pedro, entrevista focalizada, 1 de Julio, 2016).*

Por otro lado, los expertos e informantes claves concuerdan con él y la participante, al punto de asegurar:

*“(...) Una etapa de personas muy enfermas, abandonadas.” (Experto No.1, entrevista focalizada, 8 de Junio, 2016).*

*“(...) Proceso de deterioro progresivo de las funciones del ser humano (...) Persona básicamente abandonada a sí mismo que no acepta su envejecimiento pero que afronta la vida.” (Experto No.2, entrevista focalizada, 7 de Julio, 2016).*

*“(...) es la etapa del adulto mayor que empiezan a perder la memoria, sus capacidades mentales y la física.”(Informante clave No.3, entrevista focalizada, 25 de Junio, 2016).*

De acuerdo con Martínez (2005) en este período se produce un deterioro global, tanto cualitativo como cuantitativo de la función del sistema inmune en el organismo. En consecuencia, caben las posibilidades de infección microbiana debido a que el sistema inmune se hace menos capaz de discriminar entre las sustancias propias y extrañas al organismo. Es decir, estos procesos son característicos de los adultos mayores, por lo tanto las personas se encuentran más vulnerables a las enfermedades propias a la ancianidad.

Por su parte Casanueva y Jean (2004), también concuerdan al igual que los expertos e informantes claves que la senectud es un proceso degenerativo, en efecto las enfermedades en esta etapa son múltiples. Con relación a ello los teóricos en el área de biología humana explican diferentes razones por la cual el cuerpo de un individuo sufre una serie de cambios, siendo lo más innegable el desgaste del organismo.



En la teoría de los radicales libres, la senectud es el resultado de los efectos perjudiciales fortuitos causados por reacciones de radicales libres, las que están implicadas en la producción de los cambios del envejecimiento, asociados con el medio ambiente, enfermedad y con su proceso intrínseco (Pardo, 2003).

Tomando en cuenta lo antes planteado, los expertos e informantes claves del estudio explican:

*“(...) Enfermedades cardiovasculares, hipertensiones, accidentes cerebro vascular, trastornos circulatorios, diabetes, asma bronquial (...) las enfermedades confluyen la mayoría en la etapa de la vejez (...) olvido, trastornos psicóticos, demencias tipo Alzheimer (...) tiene una explicación biológica inmunológica, el cuerpo va cambiando” (Experto No.1, entrevista focalizada, 8 de Junio, 2016).*

*“(...) Las patologías de los viejos son patologías de la edad media (...) Alzheimer podría surgir en la vejez (...) hipertensión, reumatismo, problemas pulmonares, van a repercutir en la vejez, pero no son de la vejez” (Experto No.2, entrevista focalizada, 7 de Julio, 2016).*

*“(...) Al anciano se le van bajando las defensas conforme la edad, cualquier enfermedad, virus se les pega (...) el anciano padece de demencia senil, Alzheimer” (Informante clave No.1, entrevista focalizada, 10 de Junio, 2016).*

*“(...) Demencia senil, Alzheimer (...) diabetes, hipertensión, problemas de artrosis” (Informante clave No.2, entrevista focalizada, 9 de Junio, 2016).*

*“(...) Diabetes, hipertensión, problemas de artrosis (...) problemas óseos, dolores de articulaciones, hipertensión, diabetes, insuficiencia renal” (Informante clave No.3, entrevista focalizada, 10 de Junio, 2016).*



De acuerdo a lo citado, la etapa de la senectud es explicada como el período de vida donde la principal característica es la comorbilidad de múltiples enfermedades propias del mismo período. Hay que mencionar, además que la longevidad aparte de ser apreciada como un proceso de deterioro sistemático es visualizado como una etapa de abandono para algunos adultos/as mayores.

Es así que son muchas las teorías biológicas que explican de cierto modo cómo el organismo del ser humano se debilita al pasar de la etapa adulta a la senectud. Dicho lo anterior, si dentro de esta etapa existen cambios a nivel fisiológico que deterioran el organismo, se debe tener presente que en los adultos mayores también se presentará una afectación a nivel mental que será factor que afectará el bienestar emocional.

De acuerdo a la información facilitada en las entrevistas focalizadas con expertos e informantes claves, las enfermedades de mayor presencia en la población en estudio es la demencia tipo Alzheimer, depresión y ansiedad entre otras. Las siguientes expresiones ejemplifican de forma más clara lo antes descrito:

*“(...) Depresión, olvido, trastornos psicóticos, demencias tipo Alzheimer (...) problemas espirituales, existenciales (...) demencia en cualquiera de sus formas (...) va perdiendo memoria y desconoce a los demás (...) la enfermedad de Parkinson puede provocar depresión” (Experto No.1, entrevista focalizada, 8 de Junio, 2016).*

*“(...) Las patologías más comunes parten de la depresión (...) probablemente la única patología propia de la vejez es el Alzheimer (...) una enfermedad lo que te plantea es que estas cerca de la muerte, da miedo, angustia que puede producir trastorno del sueño, de alimentación” (Experto No.2, entrevista focalizada, 7 de Julio, 2016).*

*“(...) Pérdida de la memoria, desconocer a las personas incluso cercanas, familiares (...) algunos se alteran, hay días más alterados y toca aumentarles el tratamiento*



(...) hay muchos psiquiátricos, demencia senil y Alzheimer, tenemos tres o cuatro de Alzheimer” (Informante clave No.2, entrevista focalizada, 9 de Junio, 2016).

Se debe recordar que según Barroso, Correia y Nieto (2009), existen dos tipos de envejecimiento: el *envejecimiento normal* por el cual pasa la mayoría de la población, donde no existen patologías neurodegenerativas y el deterioro cognitivo es atribuido a las alteraciones fisiológicas esperadas y en segundo lugar, el *envejecimiento patológico*, en el que ocurre una enfermedad neurodegenerativa, ya que la persona sufre deterioro cognitivo de mayor gravedad que el esperable para su edad, por ejemplo la aparición de la demencia senil.

Por su parte, Fernández (2008) señala que: “existen funciones intelectuales que declinan en función de la edad y también, existen otras que se mantienen a lo largo de la vida e incluso, existen ciertas formas de juicio y comprensión que se incrementan en la vejez” (p.8). En efecto, muchas de las aptitudes cognitivas van a experimentar modificaciones con el paso del tiempo a causa de factores propios de la naturaleza, ya sea de deterioro tanto como de mejoramiento.

Como se ha dicho, las afecciones mentales y el deterioro cognitivo es una característica más de la senectud, sin embargo también existen funciones intelectuales que el adulto/a mayor no logra perder y con ello logra consolidar la experiencia de muchos años de vida en una cualidad esencial de todo anciano/a, la sabiduría.

Al respecto Craig y Baucum (2009), menciona que otro punto referido al área cognitiva, es la distinción dada actualmente a la “sabiduría” como proceso propio del desarrollo intelectual del adulto/a mayor, definida como el sistema de conocimientos expertos que se concentra en los aspectos pragmáticos de la vida y que incluye excelentes juicios y consejos sobre problemas trascendentales, entre los que se cuentan el significado de la vida y la condición humana; la sabiduría representa la cúspide de la inteligencia humana.



Ciertamente en los adultos mayores participantes del estudio, se logra observar por medio de su discurso que el nivel cognitivo no está alterado, ya que se pudo apreciar ideas coherentes que se adecúan a la realidad, su discurso tiende a ser lineal y en ocasiones circunstancial por el valor emotivo que dan a las experiencias pasadas. Hay que señalar que les gusta recordar el pasado, posiblemente la memoria a corto plazo falle cotidianamente, en cambio la memoria a largo plazo permanece intacta, en especial con recuerdos positivos y de gran contenido sentimental.

De acuerdo a Craig y Baucum (2009), señalan que no hay una diferencia notable respecto a la capacidad de memoria a corto plazo al comparar adultos mayores con adultos jóvenes, sin embargo, se refleja que durante la tercera edad, se organiza, repasa y codifica en forma menos eficaz, material asociado al aprendizaje. Por otro lado, la memoria terciaria llamada también memoria de hechos muy remotos, permanece relativamente intacta, los adultos/as mayores a diferencia de los jóvenes, recuerdan mejor los detalles de acontecimientos históricos.

En definitiva, se puede observar que existen dos conceptos reales de senectud, por un lado el ideal, donde el anciano/a vive saludable y a plenitud, adaptado al rol familiar y social y por otro, el adulto mayor desvalido, enfermo y apartado del medio socio- familiar. Por lo indicado en párrafos anteriores y según el tema de investigación que nos ocupa, es preciso abordar a continuación la segunda categoría.

### **9.3.2 Hogares para adultos mayores**

Como se afirmó en el marco teórico de esta investigación, en Nicaragua existe un pequeño número de adultos/as mayores institucionalizados (0.3% de la población con 60 años a más, en particular en el norte del país), localizados a nivel nacional 18 hogares privados.

Una primer subcategoría encontrada en las entrevistas focalizadas es la **apreciación de los hogares para adultos/as mayores**. Antes que nada se debe



recordar que estos domicilios, según Goffman (1961, citado en Castro, Brizuela, Gómez y Cabrera 2010) son espacios de residencia o trabajo, habitados por personas que han sido aisladas de la sociedad y participan de una rutina diaria.

Al abordar esta temática con los sujetos de investigación, en general describen el hogar de residencia como un espacio limpio, con temperatura climática agradable y “ambiente alegre”. Sin embargo, en sus expresiones destacan significativamente la incapacidad o minusvalía de las personas que habitan en dicho hogar. Cabe añadir que dichas locuciones fueron acompañadas de expresiones faciales que denotaban en los y las participantes desilusión, incomodidad y preocupación por la realidad que viven ellos y otros residentes.

A continuación se anexan ciertas frases que ejemplifican visiblemente lo antes descrito:

*“(...) fue el único que me llamó la atención miré que era limpio...” (Jimena, entrevista focalizada, 28 de Junio, 2016).*

*“(...) al principio miré un ambiente alegre y me dijo la superiora que cómo me sentía, me siento alegre le dije (...) prefieren pagar o volarlo, así hay muchos aquí...” (Enrique, entrevista focalizada, 30 de Junio, 2016).*

*“(...) Lugar donde vienen las personas que ya no tienen capacidad para vivir su vida activa y tienen deficiencias sean mentales o físicas, otras veces por sus familiares (...) Conocí el lugar, me gustó el clima era más fresco y aseado, estaba aseado no se sentía mal olor...” (Eugenia, entrevista focalizada, 8 de Julio, 2016).*

*“(...) El asilo es para gente que no se pueden cuidar solos, alguien les tiene que ayudar, por ejemplo una persona que inválida necesita ayuda (...) donde estoy en mi cuartito, tengo todo ahí (...) todo ha estado bien, te voy decir la verdad, todo está bien a mí no me incomoda nada” (Alice, entrevista focalizada, 27 de Junio, 2016).*



*“(...) Donde están un sinnúmero de residentes mentales, ancianos (...) es como igual a esto, no vienen personas jóvenes que estén activos” (Pedro, entrevista focalizada, 1 de Julio, 2016).*

Conviene subrayar que para cuatro de los sujetos de la muestra, el hogar para adultos/as mayores, representa un espacio donde las familias ingresan a los ancianos/as porque carecen de capacidades físicas o mentales y no son capaces de valerse por sí mismos, apreciar la expresión de Enrique cuando afirma: “prefieren pagar o volarlo”. Por ende, estas personas no cuentan con autonomía suficiente y requieren ayuda de otros. A propósito de ello una de la protagonista refirió:

*“(...) Necesito ayuda porque esta mano es la que no funciona y esta canilla, porque a mí me dio un parálisis...” (Alice, entrevista focalizada, 27 de Junio, 2016).*

Es interesante observar que en el caso específico de Jimena y Enrique, valoran su lugar de residencia como un espacio adecuado para vivir. Los fragmentos siguientes, lo ejemplifican:

*“(...) Un lugar donde vos consideras que es un descanso, que vas a descansar, que la comida va ser adecuada...” (Jimena, entrevista focalizada, 28 de Junio, 2016).*

*“(...) Aquí es muy bueno, tiene su gimnasio (...) aquí la comida no es mala porque es variada, apropiada para ancianos, eso es bueno...” (Enrique, entrevista focalizada, 30 de Junio, 2016).*

Más adelante se verá que esta concepción sobre el Hogar San Pedro Claver es contradictoria en Jimena ya que su apreciación inicial su modificada por sus vivencias o experiencias psicosociales en dicho centro.

Recapitulando se puede afirmar entonces que, los asilos son obras de beneficencias, a los adultos mayores institucionalizados se les hace difícil elaborar un concepto positivo de éste. En primer lugar porque dicho centro representa para



ellos un “lugar de olvido”, donde viven aislados de sus familias; en segundo lugar porque esta institución como cualquier otra organización, establece normativas que se deben cumplir siempre, independientemente que el anciano/a éste o no de acuerdo.

De acuerdo a Zolotow (2010), los hogares para adultos/as mayores se sustentan en ideas, creencias, normas y sistemas rígidos, elementos que pueden incidir para la pasividad y la despersonalización. Según los expertos e informantes claves, en Nicaragua los hogares para adultos mayores aún no cuentan con las capacidades necesarias para dar una atención integral a los ancianos/as ya que carecen de infraestructura, atención médica y psicológica. Muestra de ello son las siguientes frases:

*“(...) Les hace falta mucho si los comparamos con otros países (...) piensan que los ancianos llegan sólo a dormir, comer y nada más (...) no se fomenta la autonomía, la independencia física y mental (...) les hace falta mucho porque viven de la caridad pública (...) falta mucha medicina, equipos, personal” (Experto No. 1, entrevista focalizada, 8 de Junio, 2016)*

*“(...) Las casas hogares son el último sitio donde debería ir una persona (...) algunos centros tienen mejores condiciones de vida, alimentación, físicas (...) la mayoría del personal son domésticas, personas de las mínimas preparaciones culturales (...) viven ahí hasta que se mueren y hasta entonces hay cupo para otro (...) no hay un apoyo de parte del estado en el desarrollo de los adultos mayores”. (Experto No. 2, entrevista focalizada, 7 de Julio, 2016)*

*“(...) Hay muy poco personal (...) con la situación económica que se vive, es difícil tener un hogar al cien por ciento” (Informante clave No. 1, entrevista focalizada, 10 de Junio, 2016).*

*“(...) A pesar de las limitantes que tal vez tengamos la atención es buena en comparación con otros asilos (...) es muy duro porque hay un sinnúmero de normas propias del centro (...) hay personas que vienen y tal vez nunca han trabajado con*



*adultos mayores y cree que es igual tratar a una persona joven que a un viejito (...) no les dan la higiene necesaria que ellos necesitan (...) los horarios de levantarse, el de la cena a muchos les afecta, cenan a las cuatro de la tarde, acostarse a las cinco de la tarde, para ellos es muy difícil” (Informante clave No. 2, entrevista focalizada, 9 de Junio, 2016)*

*“(...) Los hogares nacieron para los adultos mayores que no tienen familia, que andan en la calle, que son abandonados en los hospitales (...) hay diferentes extractos sociales, la mayoría son gente pobre, gente que trabajó toda su vida y al final vinieron a parar aquí (...) muchas cosas que uno quisiera hacer pero que por falta de recursos no se puede (...) cuatro hermanas solas no podemos, es una obra de iglesia, de sociedad (...) si la gente nos deja solas no podemos. (Informante clave No. 3, entrevista focalizada, 25 de Junio de 2016).*

De acuerdo con el Reglamento de la Ley 720 del Adulto Mayor (2010), estos lugares de residencia proporcionan servicios institucionalizados, creando ambientes sustitutos de forma permanente o temporal cuando no es viable su permanencia en su entorno habitual. Evidentemente, la realidad de los hogares para adultos/as mayores en Nicaragua deja entre ver los múltiples desafíos que tienen las autoridades de estas instituciones para mejorar la calidad de vida del residente mayor.

Sin duda alguna, esta difícil realidad repercute directamente en el bienestar psíquico y físico de los ancianos/as ya que al vivir en un lugar en donde las instalaciones no son adecuadas, la alimentación no es la mejor y los servicios de salud son escasos, el estado de ánimo de cada persona empeora.

Otro punto que hay que destacar de estas instituciones, las cuales son pocas en nuestro país, viven de la caridad social y por lo tanto no todo el personal tiene la preparación profesional para atender a los residentes. Tanto es así que el Estado apenas proporciona una cantidad mínima para alimentación, no hay una protección por parte de éste que englobe cubrir todas las necesidades de los longevos. Por



tanto, aunque las autoridades de estos hogares quisieran brindar un estilo de vida saludable y digna al adulto/a mayor, no existen fondos suficientes para hacerlo, por ende se deben ajustar con lo poco que tienen y que consiguen de la cooperación y sensibilidad de otras personas.

La segunda subcategoría que emergió del análisis de la información es la concerniente a los **motivos** que les llevaron a los y las participantes a convertirse en residentes del Hogar San Pedro Claver. Al interpretar sus expresiones y significados que brindan en el discurso, se logra comprobar la soledad y el desamparo a la que estaban expuestas, a pesar de las condiciones socioeconómicas de sus parientes. Estas manifestaciones se reflejan en los fragmentos siguientes:

*“(...) La familia teniendo posibilidades económicas los traen, por mucho trabajo (...) no hay quien los cuide o se pueden escapar, por ejemplo los que padecen Alzheimer (Eugenia, entrevista focalizada, 8 de Julio, 2016).*

*(...) era solita, vivía solita en una casita (...) vivía sola, con mi hermano al otro lado” (Eugenia, entrevista focalizada, 8 de Julio, 2016).*

*“(...) mi hija trabaja y sale, no me quería dejar sola (...) mi hija, buscó y encontró aquí...” (Alice, entrevista focalizada, 27 de Junio, 2016).*

En efecto, las participantes ilustran haber vivido en sus hogares en condiciones de abandono y soledad, ya que por diversos factores no se encontraban próximas a los demás miembros de la familia. Es necesario recalcar que al hablar de esta situación, la persona reflejó tristeza, la cual se manifestó a través lágrimas, luego guardó por unos instantes silencio, sus extremidades superiores temblaban, el tono de voz fue bajo y hubo agitación respiratoria. Finalmente frunció el ceño como muestra de enojo.



Lo dicho hasta aquí se corresponde con los fundamentos que hacen dos de los informantes claves, respecto a las causas o motivos de ingreso de los ancianos al hogar. Con relación a ello, los mismos mencionan:

*“(...) En la casa son apartados, son maltratados (...) algunos aquí pagan pero la familia sólo se encarga de mandar por agencia el dinero” (Informante clave No. 2, entrevista focalizada, 9 de Junio, 2016).*

*“(...) En casa al viejito lo maltrataban, no comía, lo dejan encerrado, optan por buscar un lugar y pagan (...) hay gente que tienen familia pero eran maltratados y han sido rescatados o ellos solos han buscado (...) Ancianos que los hijos no los quieren ver” (Informante clave No. 3, entrevista focalizada, 25 de Junio, 2016).*

De acuerdo a la opinión de los informantes, se confirma la teoría de Jalinas y Flores (2012), quienes consideran que las causas principales que llevan a los ancianos/as a ingresar a un asilo, son la indigencia, pobreza, violencia, abandono y falta de vivienda, entre otras.

Por otro lado, como se logra apreciar en las frases antes citadas, la palabra que prevalece en el discurso de los informantes claves es “*maltrato*”, valorar que al ejercerse éste se están violando algunos derechos humanos en estos adultos/as mayores, trasgrediendo en particular el derecho a tener una vida adecuada, que garantice “... la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...” (Art. 25, Declaración Universal de Derechos Humanos).

### **9.3.3 Estado emocional del adulto/a mayor**

Como se ha afirmado en el marco teórico de este trabajo, los adultos/as mayores experimentan cambios a nivel físico como cognitivos. No obstante, esa variabilidad también conlleva a modificaciones del estado afectivo o emocional de estas



personas. Es necesario recalcar que Díaz y colaboradores (2009), confirman que estas personas se manifiestan más sensibles a esa edad que cuando eran más jóvenes.

Para efecto de contentar al segundo objetivo de esta investigación, como es conocer el estado emocional de los sujetos en estudio, el autor codificó el contenido de las entrevistas en dos subcategorías **Relaciones familiares y Relaciones sociales**, cabe señalar que no se retoman las relaciones de pareja debido a que en la actualidad ninguno de los participantes posee un vínculo afectivo de este tipo, ya sea porque la persona murió o nunca establecieron una relación de pareja.

### **Relaciones familiares**

Inga y Vara (2006) plantean que para el adulto mayor, la familia sigue siendo la principal fuente de apoyo emocional, de seguridad, cuidado y afecto, ya que constituye un mecanismo natural de atención. No obstante, en las y los nonagenarios que habitan en los asilos u hogares, ese planteamiento no se cumple ya que fueron separados por sus familias para convertirse en residentes.

En ese mismo sentido, es pertinente hacer notar que el haber sido excluido de su núcleo familiar, en algunos casos genera resentimiento y rechazo por aquellas personas que tomaron la decisión de ingresarles. Para ilustrar esto, se anexa la siguiente expresión emitida por una de las participantes:

*“(...) Tengo resentimiento de ella y de repente se aparece, no quisiera verla dicen que uno tiene que perdonar pero yo no (...) me da cólera, nunca le contesto en forma de alegría, de amabilidad, me da cólera más bien me dice: ajá chavala cómo estás, ¿es una forma de saludar?” (Jimena, entrevista focalizada, 28 de Junio, 2016).*

En el segmento anterior, se visualiza un sin número de emociones combinadas en la participante. Por ejemplo, en Jimena se identifica enojo, resentimiento e



inconformidad, por estar aislada de su familia. Mostrando a la vez tristeza, incapacidad e impotencia por no poder cambiar su realidad.

Según los expertos e informantes claves estas personas generalmente viven del pasado, muestran desconfianza hacia los demás, temor a un futuro incierto y enojo por sentirse desamparados en un lugar que para ellos no es su hogar verdadero.

Con relación a lo anterior, éstos describen:

*“(...) Abandonados, pobres, sin familia, sin recursos económicos (...) nunca terminan de aceptar que están en un hogar de ancianos (...) no les gusta, no lo disfrutan (...) necesitan de amor, necesitan de cuidado” (Experto No. 1, entrevista focalizada, 8 de Junio, 2016).*

*“(...) Una cantidad marginados de la sociedad (...) el viejo no se acepta y vive en el pasado (...) son gente muy abandonada, o no tienen familia” (Experto No. 2, entrevista focalizada, 7 de Julio, 2016).*

*“(...) Gente que ya no tienen a sus hijos y por eso están aquí, se les murieron, que sí mi hijo estuviera yo no estuviera aquí” (Informante clave No. 2, entrevista focalizada, 9 de Junio, 2016).*

Como se refleja en el discurso de los expertos e informantes claves entrevistados en este estudio, los adultos/as mayores institucionalizados son personas desatendidas por parte de la familia, situación que les permite reflejar y/o albergar sentimientos de tristeza por no haber culminado su vida dentro del núcleo familiar e inevitablemente con miedo a morir en soledad. Al respecto los entrevistados afirman:

*“(...) Sienten tristeza, porque nosotros aunque uno les tome cariño y todo, no somos su familia (...) ¿sabes por qué estoy hablando tanto?, porque en el fondo estoy triste, vieras que feo me siento que mi hijo me haya traído aquí, no porque el lugar sea feo, yo a ustedes ya les tome cariño, sino por el hecho que mi hijo me trajo” (Informante clave No. 2, entrevista focalizada, 9 de Junio, 2016).*



*“(…) La soledad que viven, muchos no tienen a nadie pero tienen hijos fuera, saben que los tienen pero no se cuenta con ellos (…) doble abandono, no es que no la tenga sino que no se acuerdan de mí (…) saben dónde están, pero se sienten abandonados, aunque sepan que un hijo está fuera del país o está en su casa pero no lo puede tener” (Informante clave No.3, entrevista focalizada, 25 de Junio de 2016).*

Todo esto parece confirmar la postura teórica de Taylor y Lynch (2004), quienes sostienen que la ausencia de apego a miembros de la familia en la senectud estimulan la soledad emocional y depresión en los y las adultas mayores. Máxime cuando estas personas han sido internadas en hogares o asilos, por ende es comprensible que pueden sentir enojo, miedo y tristeza ya que no resulta fácil para ellos interiorizar el hecho de haber sido excluido de su núcleo familiar por sus mismos seres queridos. Para ilustrar mejor lo antes dicho, se anexan los siguientes fragmentos de los expertos entrevistados:

*“(…) Queda en el fondo sentimiento del nido vacío (…) pierden interés por la vida, por salir, por divertirse (…) están enfermos, deprimidos, discapacidad (…) soledad, pérdida de amigos, familiares” (Experto No.1, entrevista focalizada, 8 de Junio, 2016)*

*“(…) Tienden a vivir en el pasado, esto los lleva a la angustia y la depresión (…) pobre, viejo y sin familia, produce una reacción depresiva” (Experto No.2, entrevista focalizada, 7 de Julio, 2016)*

Indudablemente el sentimiento del nido vacío sobresale, así como la melancolía y nostalgia de siempre tener en mente el recuerdo de sus hijos, parejas, padres, sobrinos, nietos o amigos que una vez fueron compañía y que ahora no están por diferentes razones. La verdad es que esa realidad resulta difícil para la mayoría de ancianos/as, ya que el rol más importante de la última etapa de la vida no se cumple,



como es el ser consejero y acompañante sabio, a falta de esto albergan tristeza y dolor.

En consonancia con lo descrito por los teóricos, expertos e informantes claves, se encuentran las vivencias afectivas de los mismos participantes de este estudio, quienes de manera similar y cada uno desde sus experiencias, concuerdan asonante para compartir su realidad familiar. Sirva de ejemplo las expresiones siguientes:

*“(...) Me sentiría bien vivir con mi familia, que me dieran acogida, que sintiera el amor, pero la verdad pienso que soy estorbo” (Eugenia, entrevista focalizada, 8 de Julio, 2016)*

*“(...) Sé que me hace falta estar con mi familia pero así es (...) que otra actividad podría hacer, en primer lugar no puedo usar este brazo” (Alice, entrevista focalizada, 27 de Junio, 2016).*

*“(...) Una vez al año viene mi hija (...) la hija que tuve me salió desamorada” (Jimena, entrevista focalizada, 28 de Junio, 2016).*

*“(...) Lo más que deseara es ver a mi hija, platicar con ella del deseo que tengo (...) me hacen falta mis hijas, las dos mujercitas y el varón (...) los deseara tener cerca y permanente, me crie junto con ellos, la niñez de mis hijos yo la pasé con ellos” (Pedro, entrevista focalizada, 1 de Julio, 2016).*

Como muestra de lo citado en párrafos anteriores, se comprueba que las frases: “...me sentiría bien vivir con mi familia, que me dieran acogida...”, “Lo más que deseara es ver a mi hija...”, “me hacen falta mis hijas...”, revelan el vacío y carencia afectiva que sienten los protagonistas de este estudio, así como la necesidad y petición a gritos de que se les acepte e incorpore nuevamente a sus hogares y familias.



Debemos hacer notar lo que afirma González, Aralí y Marín (2015), sobre la salud física y psicológica en las y los adultos mayores, ya que se ha comprobado que ésta se incrementa cuando predominan vínculos afectivos familiares fuertes y cercanos, en comparación con otros sujetos que por algún motivo tienen que vivir solos o lo que es peor en instituciones para ancianos/as donde no se conservan las relaciones afectivas y en otros casos éstas son escasas o nulas.

Es necesario recalcar que esa perspectiva teórica es recíproca con la experiencia adquirida por uno de los informantes claves, en el cuidado y asistencia de los residentes en el Hogar San Pedro Claver. La siguiente frase explica de manera más precisa lo antes comentado:

*“(...) La única necesidad más grande que siente el anciano a pesar que tiene su comida, su ropa, su medicina, su atención, es la falta de la familia (...) viven con esa angustia de la presencia de la familia (...) algunos lloran, otros cuentan con nostalgia” (Informante clave No.1, entrevista focalizada, 10 de Junio, 2016)*

Precisamente se encontró que la mayoría de los adultos mayores institucionalizados poseen algún familiar, los cuales podrían ser un referente inmediato para ellos, sin embargo el vínculo con éste es casi nulo, por lo cual la primera red de apoyo emocional de las y los nonagenarios son las personas que trabajan en el asilo, al igual que aquellos sujetos que sirven de bienhechores para el hogar o pertenecen a algún grupo religioso o social y les visitan.

Ante dicha realidad, predomina la tristeza y la melancolía en los sujetos de la muestra y tratan de sobrellevar su realidad por medio de “buenos recuerdos” y quizás les alberga la idea que aunque sus seres queridos no estén cerca, éstos se encuentran bien.

### **Relaciones sociales**

De acuerdo al apartado anterior, el anciano institucionalizado sufre del abandono familiar, lo cual le genera una serie de emociones y sentimientos negativos ya que



estas personas han perdido su rol dentro de la familia y también han sido aislados de la interacción social.

En efecto, el longevo poco a poco es relegado de sus roles sociales, entre estos el laboral, siendo uno de los más importantes en su etapa adulta. Por lo tanto, al igual que en la esfera familiar estos adultos/as mayores carecen de protagonismo social necesario para desarrollar un estilo de vida activo y saludable.

Sin duda alguna, varios son los factores que presionan al adulto/a mayor institucionalizado a manifestar inconformidad, tristeza, temor y enojo, además de vivenciar el abandono a nivel familiar y social. Uno de los informantes claves, comentó al respecto:

*“... su rol social se ve afectado porque ellos aunque tengan todo lo que les podamos dar y la gente les ayude, pero muchos saben que éste no debería ser su hogar...”*  
(Informante clave No. 3, entrevista focalizada, 25 de Junio de 2016).

No se puede obviar que las personas que les cuidan en esta institución les brindan amor, consuelo y compañía, aliviando de alguna manera ese vacío familiar y social. Por otro lado, es oportuno señalar que las emociones y sentimientos positivos que estos ancianos/as obtienen del pequeño intercambio social que se efectúa entre trabajadores del hogar y visitante de todas las edades, son vitales para su bienestar físico y psíquico. Al respecto uno de los expertos en la temática comentó:

*“(...) Hay hogares que trabajadores que si tienen verdadero afecto, esos ancianos son más sanos, estables, menos deprimidos, no se desorientan en el tiempo y espacio”* (Experto No.1, entrevista focalizada, 8 de Junio, 2016).

De acuerdo a Barmejo (2010), para lograr superar las dificultades propias a la etapa de la senectud pasiva, deprimente y enferma, lo más importante es llevar ese quietismo psíquico y físico a un envejecimiento activo. En otras palabras, implica



participación continua de las personas en cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas. Asimismo constituye tener la oportunidad de envejecer, siendo protagonista de la vida, es beneficiarse para participar en todo lo que les es propio, no solamente ocio, servicios o entidades para mayores, sino también en cualquier esfera relativa a la comunidad.

En definitiva el acercamiento social juega un papel de suma importancia para brindarle al adulto/a mayor institucionalizado vivencias afectivas positivas, de modo que recuerden aspectos de sus vidas de manera grata, lo que podría favorecer sus estados de salud y disminuir el temor a una muerte en soledad.

También es notorio resaltar la motivación y esperanza que ofrecen las ideas religiosas a esta población, es decir, les alienta el impulso dado por Dios para seguir con vida y dar todo lo que tienen para lograr metas aparentemente inalcanzables, pero reales para ellos. Prueba de ello es lo expresado por los y las protagonistas de este trabajo:

*“(...) Poner una agencia de bolsas plásticas, utensilios, vasitos, platos, y todos sus derivados (...) me gustaría seguir sirviendo aquí en lo que he podido, ser útil (...) Dios me permita morir, el día que me llame termine consciente de mi mente y pueda caminar para no sentirme maltratada” (Eugenia, entrevista focalizada, 8 de Julio, 2016).*

*“(...) Estoy pensando en poner una ventecita, una tiendita con mi hijo, Dios me ayude, en Masaya” (Alice, entrevista focalizada, 27 de Junio, 2016).*

*“(...) La meta mía es estar aquí para caminar, porque en mi casa no tengo las comodidades que hay aquí para hacer ejercicio esa meta tengo, estar bastante aquí hasta que mejore (...) podría irme a mí casa” (Enrique, entrevista focalizada, 30 de Junio, 2016).*



*“(...) Hablar con mi hija y si acepta voy arreglar mis papeles de Estados Unidos porque me jubilé allá” (...) buscar la parte que me dejó mi mamá en Jinotepe e ir a morir allá, pero no estar aquí (...) mi miedo es que voy a morir de un día para otro” (Pedro, entrevista focalizada, 1 de Julio, 2016).*

Como se aprecia los y las participantes, conservan metas, motivación y esperanza de sentirse socialmente útil. Cabe notar en dos de las protagonistas, la necesidad y deseo de incorporarse o estar ligadas de alguna manera al mundo laboral y aún Pedro y Enrique reflejan el deseo por reincorporarse a una familia y vivir dignamente.

Otro hallazgo en esta investigación, son las vivencias afectivas a nivel de relaciones sociales, que destacan los informantes claves quienes están en contacto permanente con los y las residentes. De acuerdo a ellos, estas personas algunas veces muestran alegría y bienestar en la interacción con otros, a pesar de sus enfermedades y nostalgias por no vivir en sus propios hogares. Como ejemplo, se presentan las expresiones siguientes:

*“(...) A veces cantan, cuentan chistes, les gusta enamorar a las muchachas y les piden que se casen con ellos” (Informante clave No.1, entrevista focalizada, 10 de Junio, 2016).*

*“(...) Otras que gozan porque están con Alzheimer entonces ellos viven el momento, se acuerdan del momento en que fueron felices y ahora viven el momento, bailan, ríen y gozan” (Informante clave No. 2, entrevista focalizada, 9 de Junio, 2016).*

*“(...) Hay algunos que siempre están alegres y abiertos (...) muchos “buenos días hermana” verles la sonrisa, uno dice amanecieron bien y están contentos” (Informante clave No. 3, entrevista focalizada, 25 de Junio de 2016).*

Si los adultos/as mayores institucionalizados se sienten útiles y pertenecen a un grupo social en donde comparten tiempo para charlar, realizar actividades



recreativas y sobre todo para convivir y comentar sus experiencias pasadas y presentes, se contribuiría al equilibrio emocional de estas personas ya que tendrían mayor capacidad cognitiva y afectiva para sobre llevar su realidad de vida y por ende gozar de mejor calidad de vida dentro de la institución.

En lo concerniente, Fernández y colaboradores (1992) señalan que contar con relaciones positivas y redes de apoyo, influyen en la mantención de una autoimagen positiva y una autoestima elevada, aspectos centrales del bienestar subjetivo.

Sobre esta misma temática Okun, Stock, Haring y Witter (1984), mencionan que las personas mayores pueden vivir con frecuencia emociones agradables si realizan actividades sociales, lo que les genera un ciclo de retroalimentación positivo, de modo que se mejoran las habilidades para la interacción interpersonal.

Asimismo Mella (2004), entre otros autores confirma que el bienestar subjetivo está determinado principalmente por el grado de apoyo que el adulto/a mayor siente que tiene por parte de su entorno. Así pues, se puede afirmar que el compartimiento social positivo ejerce en este grupo etario una felicidad vital para sobrellevar la tristeza y el abandono familiar que viven.

#### **9.3. 4 Experiencias psicosociales en el Hogar de adulto/a mayor**

De acuerdo a lo que Gonzáles (2010) estipula en la teoría de la actividad, las personas de tercera edad que están inmersos en actividades sociales o son miembro activo de un grupo determinado, al punto de desempeñar roles o funciones en los mismos, logran alcanzar un envejecimiento activo, ya que se promueve en el individuo la reconstrucción de su propia imagen que ha sido deteriorada por las mismas pérdidas.

Ahora bien, si estas personas han logrado permanecer de manera activa dentro de la familia, podrían sin problema alguno ejercer actividades sociales en la etapa de la senectud ya que envejecerían de una forma más saludable a nivel físico y afectivo.



Así pues, según Havighurst (1961, citado por Aguerre y Bouffard, 2008), asegura que las personas más activas se encuentran más satisfechas y mejor adaptadas. Por tanto, si el sujeto que envejece se compromete en nuevas actividades, vivirá esta etapa de forma más apropiadas a su edad.

Por su parte Erikson plantea que el ser humano al llegar a la senectud cree que su vida ha tenido sentido y revisa sus experiencias anteriores con sentimiento de integridad y plenitud, o bien se desespera a causa de su pasado lo que genera en él temor por el futuro. Por tanto, si el adulto/a mayor logra sentirse satisfecho de sus experiencias anteriores, desarrolla un máximo grado de madurez.

De ahí que puede lograr sentirse satisfecho si ha aprendido del pasado, la sabiduría racional que le acompaña puede hacer que éste acepte la realidad de vivir en un asilo, sin embargo no eliminará por completo el sentimiento de tristeza de verse alejado de la familia, pero sí lo podrá sobrellevar siempre y cuando reciba el apoyo emocional de personas allegados: trabajadores del hogar, religiosas y visitantes.

En cuanto a ofrecer respuesta al tercer objetivo de investigación, como es describir las experiencias psicosociales de los sujetos de estudio, la primera subcategoría a desarrollar en este apartado son las **experiencias positivas** de los y las protagonistas en el Hogar San Pedro Claver. En relación a ello, Gonzáles (2010) explica mediante la teoría de la continuidad que el paso a la senectud es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida del pasado.

Por consiguiente, es propicio conocer cuáles son esas experiencias agradables en la población en estudio. Cabe subrayar que los y las participantes evocan como experiencia positiva los espacios de visita con sus parientes o familiares. Lo cual no se debe de entender como contradictorio, ya que tal como se ha argumentado en las páginas anteriores todos añoran ser reincorporados a su seno familiar.

Las siguientes expresiones ejemplifican de forma más comprensible lo antes descrito:



*“(...) Mi sobrina que tengo en Guatemala me quiere muchísimo (...) me comunico, mis dos hermanos uno es más cariñoso que el otro (...) mi hermano que está en los Estados Unidos me llama cada semana o a los quince días, que cómo estoy” (Eugenia, entrevista focalizada, 8 de Julio, 2016).*

*“(...) Mi hija y mi hijo me visitan, las otras dos se comunican conmigo (...) yo me siento tranquila, toda mi familia está bien, siempre conmigo, me llaman, me dicen mamá cómo estas, cómo te sentís” (Alice, entrevista focalizada, 27 de Junio, 2016).*

*“(...) Viene a verme a veces una prima en segundo grado” (Jimena, entrevista focalizada, 28 de Junio, 2016).*

*“(...) Mi nuera viene aquí cada mes, me trae los reales y yo pago (...) con mis hijos me comunico, a través de mi nuera, hablo cada vez que viene (...) tengo una hermana en Chichigalpa, también me comunico” (Enrique, entrevista focalizada, 30 de Junio, 2016).*

*“(...) Me comunico con ella cuando llaman a las madres y pasan el comunicado que llamé, el domingo pasado hablé con ella” (Pedro, entrevista focalizada, 1 de Julio, 2016).*

Otras experiencias positivas destacadas por los sujetos de investigación son las relacionadas con ciertas tareas que de manera voluntaria han asumido dentro del hogar y otras afines con actividades de recreación o convivios. Ejemplo:

*“(...) Me gusta servir a los demás (...) me sentía bien cuando estaba la hermana Tere, me quería mucho como si fuera su hija , me tenía mucho cariño (...) cuando los de San Egidio nos llevan me agrada bastante” (Eugenia, entrevista focalizada, 8 de Julio, 2016).*

*“(...) Me siento tranquila porque a mí me gustan las flores, me gusta ver los árboles, me siento tranquila (...) en las piñatas ha habido alegría, hay alegría, todo ha sido*



*alegre (...) para Semana Santa todos fuimos al mar, gozaron todos se bañaron, alegre, alegre anduvimos, yo no me bañé, los otros sí, gozamos, comimos todos alegres...*” (Alice, entrevista focalizada, 27 de Junio, 2016).

*“(...) Esos que vienen aquí me divierten y me alegro (...) cuando salimos a la calle, cuando una persona sale de aquí toma aire...”* (Enrique, entrevista focalizada, 30 de Junio, 2016).

*“(...) Cuando hay convivio me siento alegre, me pongo a bailar, a quebrar piñatas (...) platicar porque uno debe ser popular con todo mundo, me gusta chilear”* (Pedro, entrevista focalizada, 1 de Julio, 2016).

Los expertos e informantes claves comentaron que las y los nonagenarios, pese a los motivos, condiciones de ingreso al hogar e historias de vidas, cuando conviven con otros y habitan en dicho centro, terminan sintiéndose protegidos y apoyados, lo cual les motiva para agradecer, además de reflejar muestras sencillas de afecto hacia personas desconocidas que al final se convierten en su principal red social y en otros casos les sienten como un familiar. Lo anterior se sustenta con las expresiones siguientes:

*“(...) Dan afectividad y aprecio hacia quienes los cuidan o quieren (...) quieren al hogar donde están viviendo (...) reconocen que los cuidadores son su familia”* (Experto No. 1, entrevista focalizada, 8 de Junio, 2016).

*“(...) Se sienten que “qué bueno que me tienen aquí”* (Experto No. 2, entrevista focalizada, 7 de Julio, 2016).

Algo parecido comentaron los informantes claves:

*“(...) Viven bien, se sienten bien (...) viven tranquilos a pesar de que sienten la necesidad de la familia (...) la mayoría son amables, cariñosos, caritativos (...) quisieran quitarse el bocado de la boca y dárselo al otro, tienen buenos sentimientos...”* (Informante clave No. 1, entrevista focalizada, 10 de Junio, 2016)



*“(...) Algunos se sienten hasta mejores que en su casa (...) exceptuando tal vez algún mínimo porcentaje pienso que ellos son felices (...) para otros es su casa y viven contentos (...) llega un momento donde ellos ya se sienten protegidos...” (Informante clave No. 2, entrevista focalizada, 9 de Junio, 2016).*

*“(...) Adultos mayores alegre, que participan pero que son poquitos (...) ellos expresan gratitud, a veces quieren expresarlo con regalitos...” (Informante clave No. 3, entrevista focalizada, 25 de Junio de 2016).*

En efecto, la realidad refleja que a pesar del sufrimiento que puedan pasar los adultos/as mayores cuando se les extrae de la sociedad y de sus hogares, estas personas pueden lograr conformarse y adecuarse a la vida dentro de una institución, misma que propiciará un estado emocional saludable, en donde las vivencias afectivas más significativas surgen del sentirse útil.

Según Díaz, Márquez, Sancho & Yanguas, (2009) si la persona se siente sana y satisfecha con los cuidados de salud y reconoce la percepción positiva que tienen las demás personas sobre su aspecto saludable, ésta vivenciará emociones de carácter agradable que le pueden permitir adaptarse y sobrellevar de manera adecuada el padecimiento físico y emocional.

Por otra parte, las diversas actividades que realizan los y las participantes a lo interno de la institución, permiten que éstos gocen de experiencias psicosociales positivas. Al respecto los sujetos opinaron:

*“(...) Me duermo temprano y mis ejercicios diarios (...) la gente se admira que en poco tiempo camino con dos bastones...” (Enrique, entrevista focalizada, 30 de Junio, 2016).*

*“(...) Barrer este patio por el ejercicio, para mantenerme sano (...) arreglar mi cama, desde las cuatro de la mañana me levanto a bañarme” (Pedro, entrevista focalizada, 1 de Julio, 2016).*



*“(...) Hago las donas a los abuelos de sillas de ruedas, para los espaldares, hago los baberos (...) puedo limpiar las mesas, levantar los platos (...) doblar ropa y revisarla que el zipper este bien, los ruedos, zurcir, reparo la ropa (...) voy a misa (...) me gusta ir a actividades, porque me distraen la mente (...) después que limpio la mesa la saco a caminar y que haga ejercicios y le doy una sobadita en la espalda”(Eugenia, entrevista focalizada, 8 de Julio, 2016).*

*“(...) A veces participo en el rezo, me pongo a leer, hacer crucigramas” (Alice, entrevista focalizada, 27 de Junio, 2016).*

*“A veces me pongo a caminar cuando veo mis pies” (Jimena, entrevista focalizada, 28 de Junio, 2016).*

Como se observa en los fragmentos, Eugenia es la persona que más se destaca en realizar dentro del hogar actividades de carácter social, ayudando ésta al cuidado de otros y por ende al funcionamiento de la institución. Sin embargo, nótese que en general los y las participantes buscan la manera de permanecer activos, como en el caso de Alice que lee o realiza crucigramas y otros como Jimena, Enrique y Pedro se integran a tareas de auto cuidado.

No obstante para una de las informantes claves, la actitud que denotan algunos adultos/as mayores en los asilos varía ya que según lo referido:

*“(...) Muchos no participan, no quieren ir, son apáticos, ¿qué hay de fondo ahí?, abandono familiar, abandono social, enfermedades, influencia la postguerra (...) demasiadas amarguras, descargan toda esa soledad y amargura en las personas que estamos cerca de ellos todos los días...” (Informante clave No. 3, entrevista focalizada, 25 de Junio de 2016).*

Por otro lado la segunda subcategoría a describir son las **experiencias negativas** señaladas por los y las participantes en el Hogar San Pedro Claver. Sin duda en



cualquier organización social por muy pequeña que sea siempre se presentan dificultades, algunas de las cuales están relacionadas con la convivencia o relaciones interpersonales. Las expresiones que se anexan forman parte del sentir de los actores:

*“(...) Nada es perfecto en la vida, nadie es moneda de oro para caerle bien a todos (...) una vez le dijeron a la hermana (...) que yo en todo me metía”. (Eugenia, entrevista focalizada, 8 de Julio, 2016).*

*“(...) La Chavelita hay veces se pone hablar de toda su familia, le digo yo callate hablas demasiado (...) me aburro últimamente con las mujeres (...) si te pones a platicar con un hombre ya te catalogan de que esos están enamorados (...) no hay una comunicación libre, mía no (...) las cocineras no me llevo con ninguna de ellas (...) les pedís una cosa y te contestan mal (...) me tienen a mí como que soy malcriada, me hace sentir mal” (Jimena, entrevista focalizada, 28 de Junio, 2016).*

*“(...) No tengo una relación mutua porque todos tenemos diferente carácter y defectos (...) todo lo que le dicen a la madre de mí, ella se lo cree, me siento mal, lo que me queda es callarme...” (Pedro, entrevista focalizada, 1 de Julio, 2016).*

Es pertinente comentar que al no existir una comunicación asertiva entre los sujetos del estudio y los demás miembros del asilo (residentes, religiosas, personal de apoyo, entre otros), cabe la posibilidad de que éste experimente enojo y frustración al no poder expresar sus emociones y callar sus conflictos. Es decir, poco a poco podría encerrarse en sí mismo, optando por aislarse socialmente o bien mostrando conducta evasivas o altamente defensivas.

El adulto/a mayor institucionalizado puede percibir en el medio vital una serie de acciones para éstos denominadas “negativas” de parte de las personas que laboran y viven dentro del hogar, lo que les desencadena emociones ligadas a enojo y tristeza. Significa entonces que estas acciones podrían ser interpretadas como



“incomprensión” hacia una persona que se siente débil, cansada y enferma, esperando un trato mejor porque es su derecho y lo merecen.

Sin embargo, muchas de las acciones que perjudican directa o indirectamente al anciano/a, no se dan de forma consciente. Se debe tener en cuenta que en cada hogar para adultos mayores, las personas que necesitan atención sobrepasan a los sujetos encargadas del cuidado de éstas, además hay que recordar que dicho personal en su mayoría no cuenta con el entrenamiento necesario para servir a un adulto/a de la tercera edad.

Según los expertos entrevistados, la presencia del maltrato ya sea físico o emocional está presente no en todos los hogares, pero si existe. De igual manera explican que éste no se brinda conscientemente, sino muchas veces tiene lugar por desconocimiento del cuidado de un anciano/a o por querer sobreproteger al mismo. Los fragmentos siguientes explican de mejor manera lo dicho antes:

*“(...) Ciertas actitudes pueden significar maltrato (...) aunque la persona no lo piense que está maltratando puede ser un maltrato (...) no todos los maltratan (...) esa persona que cuida lo está haciendo por amor pero en un tiempo con rabia, con cierto rechazo...” (Experto No.1, entrevista focalizada, 8 de Junio, 2016).*

*“(...) Unos mejor atendidos que otros (...) los anulan a veces por cuidarlos (...) la infantilización, eso es falta de respeto a una edad, a una persona que ha vivido y se sentiría mejor que se le tratara como persona” (Experto No. 2, entrevista focalizada, 7 de Julio, 2016).*

Es evidente que de una u otra forma sobresale en las expresiones el maltrato hacia el adulto/a mayor, sin embargo como se ha planteado antes, esto puede ocurrir por la falta de preparación o formación del personal que les asisten, quienes además reciben poca remuneración económica.

Por otra parte, se encontraron situaciones que se convierten en experiencias negativas para los y las participantes de esta investigación. Por ejemplo Jimena,



Eugenia y Pedro externaron en algún momento de la entrevista focalizada, molestia, desagrado e incomodidad por querer realizar ciertas actividades y no poder. Además, una de las participantes resalta que el mobiliario de la institución como los servicios higiénicos no reúnen condiciones apropiadas para ellos.

*“(...) Se me ha perdido ropa (...) las piñatas no me gustan me parece que es una burla, los caramelos no me gustan (...) si llevas una cosita o si guardas algo que comer al ratito se te desaparece (...) no es asilo de ancianos, es asilo de locos (...) les pedís una cosa y te contestan mal” (Jimena, entrevista focalizada, 28 de Junio, 2016).*

*“(...) No los ponen en sillas cómodas (...) ni los limpian bien ni los bañan bien” (Eugenia, entrevista focalizada, 8 de Julio, 2016).*

*“(...) Aquí a veces uno si quiere hacer una cosa no puede, está a voluntad de los que me rodean por decir las monjas” (Pedro, entrevista focalizada, 1 de Julio, 2016).*

Efectivamente, se aprecia experiencias negativas en el hogar por los y las participantes. Se distingue el desacuerdo con ciertas acciones del personal encargado del asilo, además de la inconformidad por el cumplimiento de normas dentro de la institución. La verdad que para estas personas, el centro de cierta manera representa un programa de vida reglamentario y de rutina.

Por otro lado, es importante hacer notar que los asilos se perciben socialmente como obras de caridad para ancianos/as enfermos, que requieren de una vivienda, comida y abrigo, es decir, es el reflejo de la caridad cristiana de las diferentes congregaciones religiosas. Por lo tanto, son instituciones que viven de la ayuda económica de entidades públicas, privadas y allegados al hogar.

Recapitulando, los adultos/as mayores sujetos de este trabajo investigativo, logran describir experiencias psicosociales positivas y negativas dentro del Hogar san Pedro Claver. Las primeras las asocian con emociones como la alegría, además del



apoyo emocional de las personas allegadas entre ellas los visitantes, como producto de la participación activa a las diferentes actividades planificadas a lo interno del centro.

Las segundas, las vinculan a conflictos en la comunicación, normas y actitudes de negativas por algunos miembros del hogar, lo que les genera tristeza, angustia, temor y enojo. Por otro lado, si bien es cierto que el asilo muestra deficiencias las cuales son percibidas por los residentes como impedimentos, no es una situación que la controlen las autoridades del centro para ofrecer un estilo de vida digno y saludable para el adulto/a mayor.



## X. CONCLUSIONES

- ✚ En su mayoría los y las participantes del estudio, así como los expertos e informantes claves conciben la senectud como un período de la vida, donde aún pueden ejercer sus actividades cotidianas, se sienten útiles y pueden compartir sus experiencias.
- ✚ Las enfermedades de mayor presencia en la población en estudio son: la Demencia, Alzheimer, Hipertensión, Reumatismo, Problemas pulmonares, Depresión y Ansiedad entre otras.
- ✚ En cuanto al conocimiento de los y las participantes respecto a lo que es un Hogar para adultos/as mayores, éstos aseguran que es el lugar donde las familias prefieren pagar para no cuidarles.
- ✚ Los motivos por el cual los y las participantes del estudio se hallan en este centro es debido a que en sus familias no hay quien les cuide o se encuentran en condiciones de abandono y soledad.
- ✚ El estado emocional que presentan los y las nonagenarios es de resentimiento, tristeza, enojo, miedo y frustración; sobre todo en lo que se refiere a sus relaciones familiares.
- ✚ Las creencias religiosas de los sujetos de la muestra les permite tener esperanza de que pueden lograr el cumplimiento de sus planes a nivel familiar y laboral.



- ✚ Los y las participantes describen como experiencias psicosociales positivas los espacios de visita con sus parientes o familiares, las tareas que asumen de manera voluntaria, así como las actividades de recreación y/o autocuidado.
  
- ✚ Los sujetos de investigación describen como experiencias psicosociales negativas los conflictos en sus relaciones interpersonales con otros miembros y personal de la institución, así como el no poder llevar a cabo ciertas actividades dado el régimen de vida que tienen en el hogar.



## XI. RECOMENDACIONES

Con respecto a los resultados obtenidos en la presente investigación, se recomienda lo siguiente:

### **Al personal religioso que atiende el Hogar para el “Adulto Mayor San Pedro Claver”:**

- Promover la atención psicológica hacia los adultos mayores con el fin de fortalecer la salud mental.
- Establecer vínculos con centros de estudio, organizaciones o instituciones para la realización de actividades recreativas que favorezcan la salud mental de los y las adultos mayores.
- Sensibilizar a los familiares, amigos y visitantes de los residentes del hogar, sobre la importancia del acompañamiento hacia estos.

### **Al Departamento de Psicología de la UNAN- Managua:**

- Estimular investigaciones en la población de la tercera edad.
- Sensibilizar a los estudiantes de la carrera sobre la problemática que presenta este sector poblacional.



## XII. BIBLIOGRAFÍA

Andréu, J. (2012). *Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada*.

Rev. Titular Investigativo (13). Recuperado de [public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf](http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf)

Ahern, M. M., & Hendryx, M. S. (2005). Social capital and risk for chronic illnesses.

*Chronic Illness*, 1(3). Recuperado <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17152181>

Aguerre C., & Bouffard, L. (2008). Envejecimiento exitoso: teorías, investigaciones y aplicaciones clínicas. Rev. Asoc. Colomb. Gerontol. Geriatr. 22 (2).

Recuperado de [www.acgg.org.co/descargas/revista-22-2.pdf](http://www.acgg.org.co/descargas/revista-22-2.pdf)

Asamblea Nacional. (2010). Ley No. 720. Ley del adulto mayor. Publicada en *La Gaceta Diario Oficial* No. 171 del 07 de Septiembre del 2010. Nicaragua.

Barreto, W., López, M., & Linarte, B. (2002). *Desafíos del envejecimiento en Nicaragua*. Managua, Nicaragua: CIES.

Bermejo, L. (2010). *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores*. Editorial Médica Panamericana. Recuperado de [https://books.google.com.ni/books/about/Envejecimiento\\_activo\\_y\\_actividades\\_sociales.html?id=2-Cu\\_FYUQvwC&redir\\_esc=y](https://books.google.com.ni/books/about/Envejecimiento_activo_y_actividades_sociales.html?id=2-Cu_FYUQvwC&redir_esc=y)



- Bordignon, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Rev. lasallista de investigación*, 2 (2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69520210>
- Campos, G., & Lule, N. (2012). *La observación, un método para el estudio de la realidad*". *Rev. Xihmai* (13). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3979972.pdf>
- Carstensen, L.L., Pasupathi, M., Mayr, U. & Nesselroade, J. (2000). Emotional experience in everyday life across the adult life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, (79). Recuperado de <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2001-00438-011>
- Casanueva, M., & Jean, B. (2004). *Conceptos fundamentales en educación para padres*. Editorial Progreso. Recuperado de [https://books.google.com.ni/books?id=LQXAozECMPkC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.ni/books?id=LQXAozECMPkC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
- Cascales, R. F., (2013). *Psicología y ciclo vital*. Recuperado de [http://www.aniorte-nic.net/apunt\\_psicolog\\_salud\\_08\\_13.htm](http://www.aniorte-nic.net/apunt_psicolog_salud_08_13.htm)
- Castellón, A., Gómez, M. & Martos, A. (2004). Análisis de la satisfacción en los mayores de la Universidad de Granada. *Rev. Mult. Gerontol.* 14(5). Recuperado de [http://www.respyn.uanl.mx/xi/3/articulos/calidad\\_dietaria.html](http://www.respyn.uanl.mx/xi/3/articulos/calidad_dietaria.html)



- Castellón, A., & Barraza, L. (2015). *Afectaciones emocionales producto de la violencia intrafamiliar de las personas de la tercera edad que acuden al centro casa hogar del adulto mayor ubicado en el municipio de Ciudad Sandino*. (Tesis inédita de licenciatura). Universidad Centroamericana, Managua, Nicaragua.
- Castro, M., Brizuela, Z., Gómez, M., & Cabrera, J. (2010). Adultos Mayores Institucionalizados en el Hogar de ancianos Fray Mamerto Esquiú. *Margen*, (59), 3-8. Recuperado de <http://www.margen.org/suscri/margen59/cast.pdf>
- Charles, S.T., Reynolds, C.A. & Gatz, M. (2001). Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80 (1). Recuperado de <https://maginationpress.com/pubs/journals/releases/psp801136.pdf>
- Craig, G., & Baucum, D. (2009). *Desarrollo Psicológico* (9na. Ed.). México: Pearson Educación.
- Correia Delgado, R., (2009). *Cambios cognitivos en el envejecimiento normal: influencias de la edad y su relación con el nivel cultural y el sexo* (Tesis inédita de doctorado). Universidad de la Laguna, Tenerife, España.
- Davies, R. M., Sieber, K. O., & Hunt, S. L. (1994). Age-cohort differences in treating symptoms of mental illness: A process approach. *Psychology and Aging*, 9(3). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7999329>



Declaración Universal de Derechos Humanos. Recuperado de <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>

Díaz, P., Márquez, M., Sancho, M., & Yanguas, J. (2009). *Cómo nos ayudan las emociones a envejecer bien*. Barcelona: Fundación Viure y Conviure. Caixa Catalunya/INGEMA. Recuperado de <http://www.fundaciocatalunya-lapedrera.com/sites/default/files/Como%20nos%20ayudan%20las%20emociones%20a%20envejecer%20bien.pdf>

Fernández Ballesteros, R. (2011). *Psicología del envejecimiento*. Lección inaugural del curso académico en la Universidad Autónoma de Madrid, España. Recuperado de <http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistan%C2%BA16/Roc%C3%ADo%20Fernandez%20Ballesteros.pdf>

Fernández, Ballesteros, R., Izal, M., Montorio, I., González, J. & Díaz, P. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Martínez Roca. Recuperado de <https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/geronto/rf.htm>

Forgas, J.P. (2002) Feeling and doing: Affective influences on interpersonal behavior. *Psychological Inquiry*, (28). Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/228079929\\_Feeling\\_and\\_Doing\\_Affective\\_Influences\\_on\\_Interpersonal\\_Behavior](https://www.researchgate.net/publication/228079929_Feeling_and_Doing_Affective_Influences_on_Interpersonal_Behavior)



Galán, M. (2009). *La entrevista en investigación*. Recuperado de <http://manuelgalan.blogspot.com/2009/05/la-entrevista-en-investigacion.html>

Gómez, J. (2000). Envejecimiento. *Rev. de posgrado de la cátedra 6ta medicina*, (100). Recuperado de <http://med.unne.edu.ar/revista/revista100/envejecimiento.htm>

González, L., Aralí, I., Marín, C. (2015). *La vejez*. Recuperado de: <http://vejez.galeon.com/index.html>

González, J. (2010). Teorías de envejecimiento. *Tribunal del investigador*, 11(2). Recuperado de [http://datateca.unad.edu.co/contenidos/301138/Teorias\\_del\\_envejecimiento.pdf](http://datateca.unad.edu.co/contenidos/301138/Teorias_del_envejecimiento.pdf)

Havighurst, R. J. (1961). Successful ageing. *The Gerontologist*, (1). Recuperado de <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/1/1/8>

Iacub, R. (2012). La identidad social en el envejecimiento. En R. R. Iacub & B. Sabatini (As), *Módulo 3 Psicología de la Mediana Edad y Vejez* (p.21). Mar del Plata, Universidad Nacional de Mar del Plata/Ministerio de Desarrollo Social. Recuperado de [http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/psicologia\\_medianaedad.pdf](http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/psicologia_medianaedad.pdf)

Inga, J., & Vara, A. (2006). Factores asociados a la satisfacción de vida en adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. *Univ. Psychol.* 5 (3). Recuperado



de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S165792672006000300004&script=sci\\_arttext&lng=en](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S165792672006000300004&script=sci_arttext&lng=en)

Jalinas, T., & Flores, J. (2012). *Análisis de percepción del bienestar en relación a las condiciones de las necesidades básicas, afectivas y sociales que experimentan los adultos mayores dentro del hogar San Antonio*. (Tesis inédita de licenciatura). Universidad Centroamericana, Managua, Nicaragua.

John, O.P., & Gross, J.J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and lifespan development. *Journal of Personality*, (72). Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.152.105&rep=rep1&type=pdf>

Kunzmann, U., & Grühn, D. (2005). Age differences in emotional reactivity: The sample case of sadness. *Psychology and Aging*, (20). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15769213>

Labouvie-Vief, G., Hakim-Larson, J., DeVoe, M. & Schoeberlein, S. (1989). Emotions and self-regulation: A life span view. *Human Development*, (32). Recuperado de <http://www.karger.com/Article/PDF/276480>

Lang, F. R., & Carstensen, L. L. (1994). Close emotional relationships in late life: Further support for proactive aging in the social domain. *Psychology and Aging*, (9). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8054179>



López Norori, M. (2008). *Evaluación de los Hogares de Ancianos en la región centro-norte de Nicaragua Abril a diciembre del 2006*. (Tesis inédita de especialidad). Universidad Autónoma de Madrid España, Managua, Nicaragua.

Llanes, C. (2013). La sexualidad en el adulto mayor. *Rev. Cubana Enfermer*, (29). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086403192013000300008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192013000300008)

Martin, K. A., Leary, M. R., & Rejeski, W. J. (2000). Self-presentational concerns in older adults: Implications for health and well-being. *Journal of Applied Social Psychology*, (22). Recuperado de <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10413200490260053>

Martin, C. (2004). The rediscovery of family solidarity. En T. Knijn, & A. Komter (Eds.), *Solidarity between the sexes and the generations* (pp. 3-17). Cheltenham, UK: Edward Elgar.

Martínez, M. (2005). Teorías del envejecimiento. Recuperado de [https://www.uam.es/personal\\_pdi/elapaz/mmmartin/2\\_asignatura/temas/unidad1/3/tema3.pdf](https://www.uam.es/personal_pdi/elapaz/mmmartin/2_asignatura/temas/unidad1/3/tema3.pdf)

Martínez Pérez, K., & Mendieta Mendoza, J. (2006). *Técnicas psicoterapéuticas: La psicogerontología como base para la atención psicológica de los adultos mayores en los diferentes centros que coordina el Ministerio de la Familia*.



((Tesis inédita de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua, Nicaragua.

Mella, R., González, L., D'Appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A., & Díaz, A. (2004). Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. *Psyche*, 13 (1). Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-22282004000100007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282004000100007)

Molina, A. (2014). *The Focused Interview*. Glencoe, Ill. Free Press. Recuperado de [http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/6789/1963/Molina\\_Guerrero\\_%20Julia\\_Andrea\\_2014.pdf?sequence=5](http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/6789/1963/Molina_Guerrero_%20Julia_Andrea_2014.pdf?sequence=5)

Murillo, F. (2013). *Métodos de la investigación educativa*. Portal vida. Recuperado de [http://www.uam.es/personal\\_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso\\_10/EstCasos\\_Trabajo.pdf](http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/EstCasos_Trabajo.pdf)

Naciones Unidas & Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2011). *Legislación comparada sobre personas mayores en Centroamérica y la República Dominicana*. Santiago: CEPAL.

Ong, A., & Bergeman, C. S. (2004). Emotional complexity in later life. *Journal of Gerontology*, (59). Recuperado de <http://psychsocgerontology.oxfordjournals.org/content/59/3/P117.full>



Organización Panamericana de La Salud. (1994). Organización Mundial de la Salud. *La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa*. Washington, DC; EE.UU: Autor.

Ortiz, D., (2009). *Perspectiva Sociológica: Teoría de la Continuidad*. Recuperado de <http://www.envejecimientoyvejez.com/2009/08/perspectiva-sociologica-teoria-de-la-7672.html>

Papalia, D., Sterns, H., Duskin, R., & Capm C. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez* (3ra ed.). México, D.F.: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES.

Pardo, G. (2003). Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento. *Rev. Cubana Invest Biomed* 22(1). Recuperado de [https://www.bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol22\\_1\\_03/ibi08103.pdf](https://www.bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol22_1_03/ibi08103.pdf)

Penny, E., Melgar, F. (2012). *Geriatría y gerontología para el médico internista*. Bolivia: La Hoguera.

Pinquart, M. (2001). Age differences in perceived positive affect, negative affect, and affect balance in middle and old age. *Journal of Happiness Studies* (2). Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/23545464\\_Age\\_Differences\\_in\\_Perceived\\_Positive\\_Affect\\_Negative\\_Affect\\_and\\_Affect\\_Balance\\_in\\_Middle\\_and\\_Old\\_Age](https://www.researchgate.net/publication/23545464_Age_Differences_in_Perceived_Positive_Affect_Negative_Affect_and_Affect_Balance_in_Middle_and_Old_Age)

Phillips, D. R., Siu, O. L., Yeh, A. G., & Cheng, K. H. (2008). Informal social support and older persons' psychological well-being in Hong Kong. *Journal of Cross-*



*cultural gerontology*, (23). Recuperado de [http://commons.ln.edu.hk/cgi/viewcontent.cgi?article=1020&context=sw\\_master](http://commons.ln.edu.hk/cgi/viewcontent.cgi?article=1020&context=sw_master)

Pineda, Z. (2008). *Situación actual del adulto mayor en Nicaragua*. Managua, Nicaragua: CNU.

Puebla, S., Alarcón, B. y colaboradores (2010). Métodos de investigación en educación especial. Recuperado de [http://www.uam.es/personal\\_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso\\_10/Observacion\\_trabajo.pdf](http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/Observacion_trabajo.pdf)

Ruiz, J. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. Editorial Universidad de Deusto. Recuperado de <https://esslideshare.net/Climer/libro-metodologia-de-la-investigacion-cualitativa-jose-ruiz>

Stassen, K., Thompson, R. (2001). *Psicología del desarrollo: adultez y vejez* (4ta ed.). Madrid, España: Médica Panamericana.

Sampieri, R., Fernández, C, Baptista, P., (2010) *Metodología de la investigación* (5ta. ed.). D.F., México: McGraw Hill.

Simons, R. L. (1984). Specificity and substitution in the social networks of the elderly. *International Journal of Aging and Human Development*, (18). Recuperado de <https://books.google.com.ni/books?isbn=1489913882>



Taylor, M. G., & Lynch, S. M. (2004). Trajectories of impairment, social support, and depressive symptoms in later life. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, (59). Recuperado de <http://psychsocgerontology.oxfordjournals.org/content/59/4/S238.full>

Torres Olmedo, A. E., (2003). *Comportamiento epidemiológico del adulto mayor según su tipología familiar* (Tesis inédita de especialista). Universidad de Colima, Colima, México.

Urbano, C., & Yuni, J. (2014). *Psicología del desarrollo: enfoques y perspectiva del curso vital*. Argentina: Brujas.

Valle, G & Coll, L. (2011). *Envejecimiento Saludable*. Barcelona: Addenda.

Villar, F., Villamizar., D., López, S. (2005). Componentes de la experiencia amorosa en la vejez: personas mayores y relaciones de pareja de larga duración. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X05748496>

Zolotow, D. (2010). *Transformaciones posibles para un buen envejecer*. Recuperado de <http://www.sociales.uba.ar/wp-signup.php?new=www.trabajosocial.fsoc.uba.ar>



# ANEXOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA**  
**RECINTO UNIVERSITARIO “RUBÉN DARÍO”**  
**FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS JURÍDICAS**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**



**Tema:** Vivencias afectivas en adultos /as mayores del Hogar San Pedro Claver, Municipio de Nindirí, I Semestre 2016.

**Objetivo:** Indagar las vivencias afectivas de los sujetos de la muestra.

**Método:** Entrevista (focalizada)

**Fechas:** 27, 28 y 30 de Junio, 1, 8 de Julio, 2016.

**Duración:** 1 hora.

**Herramientas:** Grabadora, libreta y computadora.

**Nombres y apellidos del entrevistador:** Luis Francisco Sánchez Mora

**Muestra teórica:** Adultos/ as del Hogar San Pedro Claver

**Preguntas directrices:**

- 1) ¿Para usted, qué es la senectud y qué conocimiento tiene sobre los hogares o asilos para adultos/as mayores?
- 2) ¿Qué motivos o circunstancias le llevaron ingresar a este hogar?
- 3) ¿Podría describir su rol o funciones dentro del hogar?
- 4) ¿Cuál es la actividad que más le gusta realizar?
- 5) ¿Cómo es la relación entre usted y los demás miembros del hogar (mujeres, varones, enfermera (o), responsables, cocineras, otros)?



- 6) ¿Tiene amigos (as) en el hogar o fuera de éste?
- 7) ¿Realiza algunas actividades fuera del hogar?
- 8) ¿Cómo es su estado de salud?
- 9) ¿Se comunica con algún familiar?
- 10) ¿Cómo es su relación con ellos?
- 11) ¿Describa las experiencias más agradables dentro del hogar?
- 12) ¿Describa las experiencias menos agradables dentro del hogar?
- 13) ¿Cuáles son sus principales metas?
- 14) ¿Desea agregar algo más a esta entrevista?



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
RECINTO UNIVERSITARIO “RUBÉN DARÍO”  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS JURÍDICAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**



**Tema:** Vivencias afectivas en adultos /as mayores del Hogar San Pedro Claver, Municipio de Nindirí, I Semestre 2016.

**Objetivo:** Indagar las vivencias afectivas de los sujetos de la muestra.

**Método:** Entrevista (focalizada)

**Fechas:** 9, 10 y 25 de Junio, 2016.

**Duración:** 1 hora.

**Herramientas:** Grabadora, libreta y computadora.

**Nombres y apellidos del entrevistador:** Luis Francisco Sánchez Mora

**Muestra teórica:** Adultos/ as del Hogar San Pedro Claver

**Preguntas directrices:**

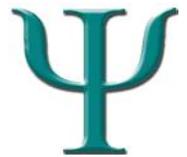
- 1) ¿Qué es para usted la etapa de la senectud?
- 2) ¿Cómo describiría al adulto mayor nicaragüense?
- 3) ¿Qué opinión tiene respecto a los hogares para adultos mayores?
- 4) ¿Cómo describiría a los (as) adultos mayores que viven en estos hogares?
- 5) Tiene conocimiento de algunas vivencias emocionales relacionadas con los (as) adultos mayores en estos hogares.
- 6) ¿Cuáles son las patologías más comunes en esta población?



- 7) De las enfermedades antes mencionadas, ¿cuáles de ellas son propias de ancianos residentes en esos hogares?, ¿cuáles de éstas influyen en el estado de ánimo?
- 8) ¿Cuáles son las afectaciones a nivel mental y social en esta población?
- 9) ¿Qué medidas podrían adoptar los diferentes hogares para garantizar una mejor calidad de vida en la población en estudio?
- 10) ¿Desea agregar algo más a nuestra entrevista?



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
RECINTO UNIVERSITARIO “RUBÉN DARÍO”  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS JURÍDICAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**



**Tema:** Vivencias afectivas en adultos /as mayores del Hogar San Pedro Claver, Municipio de Nindirí, I Semestre 2016.

**Objetivo:** Recopilar información sobre el área biomédica y psicoafectiva en ancianos residentes.

**Método:** Entrevista (focalizada)

**Fechas:** 8 de Junio y 7 de Julio 2016.

**Duración:** 1 hora.

**Herramientas:** Grabadora, libreta y computadora.

**Nombres y apellidos del entrevistador:** Luis Francisco Sánchez Mora

**Muestra teórica:** Adultos/ as del Hogar San Pedro Claver

**Preguntas directrices:**

- 1) ¿Qué es para usted la etapa de la senectud?
- 2) ¿Cómo describiría al adulto mayor nicaragüense?
- 3) ¿Qué opinión tiene respecto a los hogares para adultos mayores?
- 4) ¿Cómo describiría a los (as) adultos mayores que viven en estos hogares?
- 5) Tiene conocimiento de algunas vivencias emocionales relacionadas con los (as) adultos mayores en estos hogares.
- 6) ¿Cuáles son las patologías más comunes en esta población?



- 7) De las enfermedades antes mencionadas, ¿cuáles de ellas son propias de ancianos residentes en esos hogares?, ¿cuáles de éstas influyen en el estado de ánimo?
- 8) ¿Cuáles son las afectaciones a nivel mental y social en esta población?
- 9) ¿Qué medidas podrían adoptar los diferentes hogares para garantizar una mejor calidad de vida en la población en estudio?
- 10) ¿Desea agregar algo más a nuestra entrevista?



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
RECINTO UNIVERSITARIO “RUBÉN DARÍO”  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS JURÍDICAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**



**MATRIZ DE DATOS**

Categorías	Sub categorías	Eugenia	Pedro	Jimena	Enrique	Alice
Senectud	Concepto	“(…) Me he adaptado y siento bien porque siento útil todavía”.	“(…) Me levanto temprano, baño, camino empiyariado, hago ejercicio... leo bastante, más que todo la biblia me gusta mantener mi cuerpo sano.”	“(…) Morirme y qué metas puede tener una persona mayor de edad, ninguna...”		
Hogares para adultos mayores	Apreciación	“(…) Lugar donde vienen las personas que ya no tienen capacidad para vivir su vida activa y tienen deficiencias sean mentales o físicas, otras veces por sus familiares		“(…) fue el único que me llamó la atención miré que era limpio...”	“(…) al principio miré un ambiente alegre y me dijo la superiora que cómo me sentía, me siento alegre le dije (...) prefieren pagar o volarlo, así hay muchos aquí...”	



Categorías	Subcategorías	Experto No. 1	Experto No. 2	Informante No 1	Informante No 2	Informante No 3
<b>Senectud</b>	Concepto	"(...) Etapa de plenitud en el que las personas están gozando de salud, reencuentro con la familia, compartir consejería, ideas, conocimientos y experiencias"	"(...) es una etapa de la vida y no por ser viejo es que ya te vas a morir".	"(...) Ancianitos que son jóvenes, tienen una actitud bien jovial"	"(...) Etapa muy bonita siempre y cuando se le brinde al adulto mayor buena calidad de vida, la calidad de vida que ellos merecen".	"(...) es la etapa del adulto mayor que empiezan a perder la memoria, sus capacidades mentales y la física."
	Características físicas y psicológicas	"(...) Enfermedades cardiovasculares, hipertensiones, accidentes cerebro vascular, trastornos circulatorios, diabetes, asma bronquial (...) las enfermedades confluyen la mayoría en la etapa de la vejez	"(...) Las patologías de los viejos son patologías de la edad media (...) alzheimer podría surgir en la vejez hipertensión, reumatismo, problemas pulmonares, van a repercutir en la vejez, pero no son de la vejez"	"(...) Al anciano se le van bajando las defensas conforme la edad, cualquier enfermedad, virus se les pega (...) el anciano padece de demencia senil, Alzheimer"	"(...) Demencia senil, Alzheimer (...) diabetes, hipertensión, problemas de artrosis"	"(...) Diabetes, hipertensión, problemas de artrosis (...) problemas óseos, dolores de articulaciones, hipertensión, diabetes, insuficiencia renal"



Categorías	Subcategorías	Eugenia	Pedro	Jimena	Enrique	Alice
Estado emocional del adulto/a mayor	Relaciones familiares	“(…) Me sentiría bien vivir con mi familia, que me dieran acogida, que sintiera el amor, pero la verdad pienso que soy estorbo”	“(…) Lo más que deseara es ver a mi hija, platicar con ella del deseo que tengo (…) me hacen falta mis hijas, las dos mujercitas y el varón (…) los deseara tener cerca y permanente, me crie junto con ellos, la niñez de mis hijos yo la pasé con ellos”	“(…) Tengo resentimiento de ella y de repente se aparece, no quisiera verla dicen que uno tiene que perdonar pero yo no (…) me da cólera, nunca le contesto en forma de alegría, de amabilidad, me da cólera más bien me dice: ajá chavala cómo estás, ¿es una forma de saludar?”		“(…) Sé que me hace falta estar con mi familia pero así es (…) que otra actividad podría hacer, en primer lugar no puedo usar este brazo”
	Relaciones sociales		“(…) Hablar con mi hija y si acepta voy arreglar mis papeles de Estados Unidos porque me jubilé allá” (…)		“(…) La meta mía es estar aquí para caminar, porque en mi casa no tengo las comodidades que hay aquí para hacer ejercicio esa meta tengo, estar bastante aquí hasta que mejore (…) podría irme a mí casa”	“(…) Estoy pensando en poner una ventecita, una tiendita con mi hijo, Dios me ayude, en Masaya”



Categorías	Subcategorías	Experto No. 1	Experto No. 2	Informante No 1	Informante No 2	Informante No 3
<b>Estado emocional del adulto/a mayor</b>	Relaciones familiares	Abandonados, pobres, sin familia, sin recursos económicos (...) nunca terminan de aceptar que están en un hogar de ancianos (...) no les gusta, no lo disfrutan (...) necesitan de amor, necesitan de cuidado"	"(...) Una cantidad marginados de la sociedad (...) el viejo no se acepta y vive en el pasado (...) son gente muy abandonada, o no tienen familia"	"(...) La única necesidad más grande que siente el anciano a pesar que tiene su comida, su ropa, su medicina, su atención, es la falta de la familia (...) viven con esa angustia"	"(...) Gente que ya no tienen a sus hijos y por eso están aquí, se les murieron, que si mi hijo estuviera yo no estuviera aquí"	La soledad que viven, muchos no tienen a nadie pero tienen hijos fuera, saben que los tienen pero no se cuenta con ellos (...) doble abandono, no es que no la tenga sino que no se acuerdan de mí (...) saben dónde están, pero se sienten abandonados
	Relaciones sociales			"(...) A veces cantan, cuentan chistes, les gusta enamorar a las muchachas y les piden que se casen con ellos"	"(...) Otras que gozan porque están con Alzheimer entonces ellos viven el momento, se acuerdan del momento en que fueron felices y ahora viven el momento, bailan, ríen y gozan"	"... su rol social se ve afectado porque ellos aunque tengan todo lo que les podamos dar y la gente les ayude, pero muchos saben que éste no debería ser su hogar..."



Categorías	Subcategorías	Eugenia	Pedro	Jimena	Enrique	Alice
Experiencias psicosociales en el Hogar de adulto/a mayor	Experiencias positivas	“(...) Mi sobrina que tengo en Guatemala me quiere muchísimo (...) me comunico, mis dos hermanos uno es más cariñoso que el otro (...) mi hermano que está en los Estados Unidos me llama cada semana o a los quince días, que cómo estoy”	“(...) Me comunico con ella cuando llaman a las madres y pasan el comunicado que llamó, el domingo pasado hablé con ella”  “(...) Barrer este patio por el ejercicio, para mantenerme sano (...) arreglar mi cama, desde las cuatro de la mañana me levanto a bañarme”	“(...) Viene a verme a veces una prima en segundo grado”	“(...) Mi nuera viene aquí cada mes, me trae los reales y yo pago (...) con mis hijos me comunico, a través de mi nuera, hablo cada vez que viene (...) tengo una hermana en Chichigalpa, también me comunico”	“(...) Mi hija y mi hijo me visitan, las otras dos se comunican conmigo (...) yo me siento tranquila, toda mi familia está bien, siempre conmigo, me llaman, me dicen mamá cómo estas, cómo te sentís”  “(...) A veces participo en el rezo, me pongo a leer, hacer crucigramas”
	Experiencias negativas	“(...) Nada es perfecto en la vida, nadie es moneda de oro para caerle bien a todos (...) una vez le dijeron a la hermana (...) que yo en todo me metía”.	“(...) No tengo una relación mutua porque todos tenemos diferente carácter y defectos (...) todo lo que le dicen a la madre de mí, ella se lo cree ...	“(...) La Chavelita hay veces se pone hablar de toda su familia, le digo yo callate hablas demasiado (...) les pedís una cosa y te contestan mal (...) me tienen a mí como que soy malcriada, me hace sentir mal”		



Categorías	Subcategorías	Experto No. 1	Experto No. 2	Informante No 1	Informante No 2	Informante No 3
Experiencias psicosociales en el Hogar de adulto/a mayor	Experiencias positivas	<p>“(…) Dan afectividad y aprecio hacia quienes los cuidan o quieren (…), quieren al hogar donde están viviendo (…), reconocen que los cuidadores son su familia”</p>	<p>“(…) Se sienten que “qué bueno que me tienen aquí”</p>	<p>“(…) Viven bien, se sienten bien (…), viven tranquilos a pesar de que sienten la necesidad de la familia (…), la mayoría son amables, cariñosos, caritativos (…), quisieran quitarse el bocado de la boca y dárselo al otro, tienen buenos sentimientos…”</p>	<p>“(…) Algunos se sienten hasta mejores que en su casa (…), exceptuando tal vez algún mínimo porcentaje pienso que ellos son felices (…), para otros es su casa y viven contentos (…), llega un momento donde ellos ya se sienten protegidos…”</p>	<p>“(…) Adultos mayores alegre, que participan pero que son poquitos (…), ellos expresan gratitud, a veces quieren expresarlo con regalitos…”</p>
	Experiencias negativas	<p>“(…) Ciertas actitudes pueden significar maltrato (…), aunque la persona no lo piense que está maltratando puede ser un maltrato (…), no todos los maltratan (…), esa persona que cuida lo está haciendo por amor pero en un tiempo con rabia, con cierto rechazo…”</p>	<p>“(…) Unos mejor atendidos que otros (…), los anulan a veces por cuidarlos (…), la infantilización, eso es falta de respeto a una edad, a una persona que ha vivido y se sentiría mejor que se le tratara como persona”</p>			