

REFLEXIÓN Y DEBATE

Vivencias afectivas y factores condicionantes en adultos mayores sin relación de pareja

Emotional experiences and conditioning factors in elderly without couple relationship

Dra. Sandra Caridad Laurencio Vallina, Lic. Elena Jiménez Betancourt y Lic. Yailen Sánchez Masó

Policlínico Docente "José Martí Pérez", Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se describen las vivencias afectivas y los factores condicionantes de 2 adultos mayores sin relación de pareja, pertenecientes al Policlínico Docente "José Martí Pérez" de Santiago de Cuba. Ambos manifestaron vivencias afectivo- negativas, dado principalmente por la depresión, la soledad, la frustración y la infelicidad, asociado a sus características personalógicas y agravado por pertenecer a una familia disfuncional. A tales efectos, se propuso una estrategia de intervención con enfoque individual, familiar y comunitario, a fin de contribuir al bienestar emocional de este grupo poblacional.

Palabras clave: adulto mayor, vivencia afectiva, factor condicionante, relación de pareja.

ABSTRACT

The emotional experiences and conditioning factors of 2 elderly without couple relationship, belonging to "José Martí Pérez" Teaching Polyclinic in Santiago de Cuba are described. Both manifested negative emotional experiences, given mainly by depression, loneliness, frustration and unhappiness, associated to their personal characteristics and worsened by belonging to a dysfunctional family. To such effects, an intervention strategy with individual, family and community approach was suggested, in order to contribute to the emotional well-being of this population group.

Key words: elderly, emotional experience, conditioning factor, couple relationship.

INTRODUCCIÓN

En Cuba, la atención al anciano ha alcanzado logros notables, pero a pesar de que no existe un límite preciso para la relación de pareja, aún persisten actitudes retrógradas similares a las de siglos anteriores y que tienden a rechazar, burlarse o, en el mejor de los casos, ignorar la existencia de este tipo de relación en las personas mayores de 60 años.¹

Para alcanzar la adaptación en la vejez, es primordial conservar la buena salud, que depende tanto de lo físico como de lo psicológico.² Así, la vida amorosa es una parte de la subjetividad humana, donde se satisfacen necesidades psicológicas como las de autoestima y realización, de afecto y de aceptación, que de no poder vivenciarlas con plenitud se convierten en fuente de malestar psicológico, capaz de

afectar el crecimiento personal, el desempeño en las restantes esferas, la estabilidad familiar y la integración social. La relación de pareja ayuda a experimentar vivencias afectivas positivas.³

Según Vigotsky, la vivencia afectiva es un estado afectivo emocional prolongado y profundo, directamente relacionado con las necesidades y aspiraciones activas. Esta puede corresponderse con los patrones sociales y reflejar el estado de satisfacción del sujeto en sus relaciones con el medio. Se considera positiva cuando el anciano soltero suscita una vivencia de agrado, que exprese aceptarse, amarse y la satisfacción con su estado actual.⁴

Los factores condicionantes son aquellos pertenecientes al área personal, familiar y/o social, que contribuyen a la expresión de sus vivencias afectivas.^{5,6} Así, las personas infelices, o que así se sienten, tienen una susceptibilidad mucho mayor a enfermedades, y el curso de su afección suele ser más largo y menos satisfactorio.⁷

Como parte del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor, priorizado en Cuba, los diferentes especialistas que brindan atención a la creciente población senescente, observaron que algunos longevos sin relaciones de pareja asistían frecuentemente a consulta y que, al mismo tiempo, eran susceptibles a diversas enfermedades en cuya base existían estados afectivos negativos, lo cual entorpecía su mejoría.

En este sentido, y partiendo de la existencia de varios casos críticos en la mencionada área de salud, los autores se propusieron identificar las vivencias afectivas y sus factores condicionantes en 2 adultos mayores sin relación de pareja pertenecientes al consultorio No. 51 del mencionado centro hospitalario y proponer una estrategia de intervención teniendo en cuenta los resultados, para contribuir así al logro de un adecuado bienestar emocional en este grupo poblacional.

Vivencias afectivas y sus factores condicionantes

- Primer paciente

Se describe a un anciano de 74 años de edad, con tercer grado de escolaridad, jubilado, de procedencia obrera y sin creencias religiosas, que padecía la enfermedad de Hansen, con sus respectivas secuelas (discapacidad en miembros superiores e inferiores), quien refirió como antecedentes patológicos familiares los siguientes: madre fallecida por cardiopatía, padre fallecido por cáncer de colon y hermana viva, con enfermedad de Hansen.

La observación arrojó diferentes características, a saber:

- Porte y aspecto adecuado.
- Buena higiene personal.
- Vestimenta convencional.
- Uso de un bastón de apoyo por su discapacidad.
- Expresión facial algo triste, a veces impresionaba serio e indiferente.
- Lenguaje pausado, claro, sin cambios en el tono de su voz, pero pobre a las interrogantes, incluso, cuando fue mayormente cooperador en el proceso se comportaba tranquilo, lento al caminar, sentarse o pararse, pero activo en todos los actos realizados.
- Actitud muy reservada con los conocidos y los desconocidos, poco comunicativo y se aislaba con facilidad.

- Vivía en un hogar hacinado, sin privacidad, con malas condiciones higienicosanitarias y dificultades en las relaciones familiares (familia disfuncional), puesto que se discutía con frecuencia; asimismo, siempre se encontraba aislado e independiente del resto de la familia. En este marco convivía con 2 hermanas y 8 sobrinas, pero manifestaba sentimientos de soledad, insatisfacción, así como necesidad de afecto y comunicación.

Su vida laboral comenzó a los 12 años de edad, como albañil. Reflejó mayormente vivencias positivas, pues manifestaba que le gustaba su trabajo, que mantenía relaciones favorables con compañeros y superiores, así como una buena trayectoria y disciplina laborales. A los 34 años, por la discapacidad que presentaba, tuvo que abandonar su puesto, lo cual fue un momento muy difícil y luego de esto no volvió a trabajar.

En cuanto a las relaciones interpersonales, antes de enfermar experimentaba vivencias afectivas positivas; se integraba a las actividades laborales, sociales y hogareñas, a la vez que mantenía buena comunicación con todos. Luego comenzó a experimentar miedo al rechazo social y baja autoestima, de ahí su pobre incorporación a las actividades comunitarias.

Inició su vida sexual alrededor de los 12 años de edad y contrajo matrimonio a los 30. Sus vivencias afectivas fueron positivas hasta conocer que estaba enfermo y aparecer la discapacidad, de manera que a partir de entonces terminó su matrimonio por miedo al contagio y a ser rechazado por su esposa. En lo adelante, mantuvo relaciones inestables, limitadas por sus pensamientos negativos. No tuvo hijos y tras 25 años sin pareja, aún siente deseos de tenerla y manifiesta arrepentimiento de su decisión de haberse separado en aquella ocasión, todo lo cual lo lleva a experimentar frustraciones y depresión ocasionalmente.

En general, entre las características psicológicas que muestra figuran: baja autoestima, inseguridad, bajo nivel de afrontamiento a las frustraciones, vivencias negativas y depresivas, especialmente cuando expresa que se siente decaído, deprimido, que no tiene apetito y que nada lo motiva.

Por otra parte, es responsable, reservado, bondadoso; se interesa por el mar, el deporte, la ropa y las mujeres. Aún no acepta su enfermedad y añora su etapa como hombre sano y refiere: "si volviera a ser como antes". Todo lo anterior, unido a sus características psicológicas hacen que perciba como no posible el logro de una relación conyugal, a pesar de mantener el deseo de tenerla.

Los integrantes del equipo básico de salud lo describieron como un paciente con tendencia a la depresión y al aislamiento, relacionado con los problemas familiares, insatisfecho con la vida, con necesidad subjetiva de servicios de salud, que no se ha adaptado a su enfermedad, lo cual lo mantiene al margen de la vida social; mientras que su familia lo considera como poco comunicativo, reservado con sus problemas, aislado, necesitado de una pareja, anímicamente deprimido, independiente y con tendencia a la frustración; igualmente, se reconoce la indiferencia y la falta de atención familiar hacia el paciente.

Por su parte, los líderes comunitarios lo identificaron como una persona triste, retraída, preocupada, con complejos de inferioridad, solitario, poco comunicativo, miembro de una familia disfuncional y con escasos recursos económicos.

El resultado del test de Rother corroboró que el paciente experimentaba vivencias afectivas negativas, tales como: depresión, sufrimiento, soledad, frustración y conflictos relacionados con sus creencias sobre la influencia desfavorable de su enfermedad en su vida personal. En tanto, el de funcionamiento familiar (FF-SIL),

permitió clasificar a esta familia como disfuncional, dada la carencia de afecto y apoyo, los inadecuados estilos comunicativos, así como la falta de armonía y de cohesión familiar.

Mediante la entrevista retest, se obtuvo que las vivencias negativas del anciano estaban relacionadas con 3 problemáticas: estar sin pareja, su padecimiento (con la discapacidad asociada) y pertenecer a una familia disfuncional.

- Segundo paciente

Se describe a una anciana de 64 años de edad, de nivel educacional técnico-medio, jubilada al momento de la investigación, de procedencia obrera y sin creencias religiosas, quien padecía de hipertensión arterial, diabetes *mellitus*, cardiopatía hipertensiva e insuficiencia renal crónica. Como antecedentes patológicos familiares refirió que su madre y padre habían fallecido por diabetes *mellitus* y sepsis respiratoria, respectivamente.

La observación aportó las características siguientes:

- Buen porte y aspecto.
- Higiene adecuada.
- Aunque mayormente se encontraba relajada, en ocasiones se mostraba tensa y contrariada.
- Lenguaje coherente, fluido, con cambios en el tono de su voz, lo cual expresaba mucha tristeza.
- Pobre gesticulación.
- Condiciones regulares de la vivienda, con hacinamiento y un clima sociofamiliar inadecuado, dado por las discusiones frecuentes.

Esta paciente relataba vivencias negativas del pasado, con estados depresivos asociados. En todo momento reconocía el rechazo familiar percibido hacia ella y refería que recordaba muy pocas cosas buenas, solo dolor, angustia, rechazo y poco cariño de su familia, por ejemplo: "mi hermana menor era la preferida de mi madre y eso me deprimía, sentía que no era nada ni nadie".

Su primera relación de pareja fue a los 23 años y de esa unión nació su primer hijo, luego contrajo matrimonio nuevamente y tuvo otros 2. A los 37 años se separó definitivamente y renunció a dichas relaciones, pues con 3 hijos pequeños temía "empezar de nuevo".

Al momento de la investigación existían inadecuados estilos comunicativos y conflictos intrafamiliares. En la esfera familiar-conyugal manifestaba vivencias afectivas negativas, depresión, frustración, infelicidad, insatisfacción, incomprensión, rencor hacia los hombres, rechazo a la relación sentimental, así como sentimientos de culpa relacionados con su baja autoestima. Aparejado a ello, se evidenciaba la influencia desfavorable que ello ejercía sobre su salud.

Cabe destacar que en las esferas laboral y social fue muy activa, ya que a ello dedicaba la mayor parte de su tiempo para suplir las carencias experimentadas. A pesar de que ocupó cargos importantes en las diferentes organizaciones de masa, el trabajo era su principal fuente generadora de vivencias afectivas positivas.

A los 20 años comenzó a trabajar como maestra primaria y bibliotecaria; etapa en la que mantuvo buenas relaciones con sus compañeros y superiores, a pesar de ser dominante y obsesiva, como ella misma lo reconocía.

Se jubiló a los 49 años por las enfermedades que presentaba y, en ese marco, experimentó alegría, añoranza, satisfacción y bienestar emocional, de manera que los consideró como los mejores años de su vida.

Actualmente, el empleo de su tiempo libre resulta inadecuado, puesto que no se incorpora a las actividades sociales comunitarias para adultos mayores y de esparcimiento, solo se refugia en las labores del hogar.

Los familiares evidenciaron la falta de comprensión de esta anciana, a pesar de sus enfermedades y su valoración negativa; igualmente expresaron que era insoportable, hablaba y caminaba mucho, siempre tenía un dolor y manifestaba terror a la muerte; asimismo, la censuraban porque nunca más tuvo una relación de pareja.

Dadas las condiciones que anteceden, los especialistas la caracterizaron como una señora temperamental, que oscilaba de la tristeza a la indiferencia, pocas veces alegre, así como muy habladora, pero servicial y receptiva. Coincidieron en señalar que asistía con frecuencia al consultorio por descompensación de sus enfermedades crónicas, atribuido a los problemas familiares que presentaba, lo cual sugiere que aunque no mostraba interés por la vida, menos en pareja, sí expresaba gran temor a la muerte.

Los líderes comunitarios la valoraron como buena madre, responsable, valiente, reservada con sus estados de ánimo y que le gusta sentirse necesitada, aunque los hijos no la ayudaban, a pesar de ser una mujer enferma.

Según la interpretación del test de Rotter, mostraba vivencias de infelicidad, frustración e insatisfacción y reconocía entre sus peores defectos no perdonar la traición, no cambiar a pesar de los años, ser rencorosa y sentirme frustrada; mientras que los resultados del test FF-SIL confirmaron que se trataba de un hogar disfuncional, donde primaban los estilos comunicativos inadecuados, la dificultad para establecer roles, la carencia de afecto y apoyo, así como la falta de armonía y cohesión familiar.

La entrevista retest reflejó la necesidad de comprensión, felicidad y afecto de esta señora, quien también manifestó inconformidad con la crianza de sus hijos y las enfermedades que padecía, lo cual la deprime y la hace sentir pesimista y frustrada, todo esto asociado también a la incertidumbre con su futuro, pues llevaba una vida monótona.

En ambos pacientes, a pesar de sus particularidades, coinciden muchos aspectos que condicionan sus vivencias y actitudes actuales, las cuales experimentan desde la adultez. Entre las vivencias afectivas negativas predominantes figuraron: depresión, tristeza, infelicidad, insatisfacción, dolor, sufrimiento, soledad y frustración, aunque con relación a las esferas laboral y social mostraron vivencias positivas.

Teniendo en cuenta la correlación muy clara entre vivencias afectivas positivas y placenteras y duración de la vida,⁷ pudiera plantearse que de no modificarse en ellos dichas vivencias, el pronóstico será desfavorable para su estado de salud y su consecuente calidad de vida.

Programa de intervención propuesto

Se propuso un programa de intervención que no solo se hizo extensivo a los pacientes en estudio, sino también a otros con situaciones vivenciales similares. Este, con enfoque personal, familiar y comunitario, se realizó con el objetivo de aumentar los conocimientos de este grupo poblacional, mejorar sus relaciones interpersonales y redes de apoyo.

Contempló una adecuada información sobre el tema lo cual ayudará a restablecer una relación de pareja y disminuir muchos elementos negativos relacionados con su salud.

Brindar atención y orientación psicológica en este sentido favorece los recursos psicológicos que potencian vivencias positivas.^{5,8} En dicha estrategia se orientó a los profesionales de la salud a aconsejar adecuadamente a los ancianos preocupados por su felicidad, con la ayuda de la familia como red esencial de apoyo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Huber L. La relación de pareja como proceso de desarrollo [citado 22 Sep 2015]. Disponible en: <http://www.escuelahuber.org/boletines/bol-65.htm/bol65-02.htm>
2. Fernández Ruis L. Personalidad y relaciones de pareja. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
3. Relaciones de pareja [citado 22 Sep 2015]. Disponible en: http://www.ugr.es/~ve/gpp/files/tripticos/RELACIONES_PAREJA.pdf
4. Elizondo Hernández Y, Caballero Poo CG, Rodríguez Fernández MO. Influencia de la comunicación afectiva en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Rev Med Electrón. 2008 [citado 22 Sep 2015];30(6). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol6%202008/tema12.htm>
5. Núñez de Villavicencio Porro F. Psicología y salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
6. Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera G, Báster Moro JC, García Núñez RD, Louro Bernal I, Céspedes Lantigua LA. Medicina general integral. T1. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
7. Pérez Martínez VT. Sexualidad humana: una mirada desde el adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr. 2008 [citado 22 Sep 2015];24(1). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_1_08/mgi10108.htm
8. Chapela LM. Relación de pareja [citado 22 Sep 2015]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Relacion_de_pareja

Recibido: 8 de marzo de 2016.

Aprobado: 6 de agosto de 2016.

Sandra Caridad Laurencio Vallina. Policlínico Docente "José Martí Pérez", bloque L, Centro Urbano "José Martí", Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: sandra@medired.scu.sld.cu