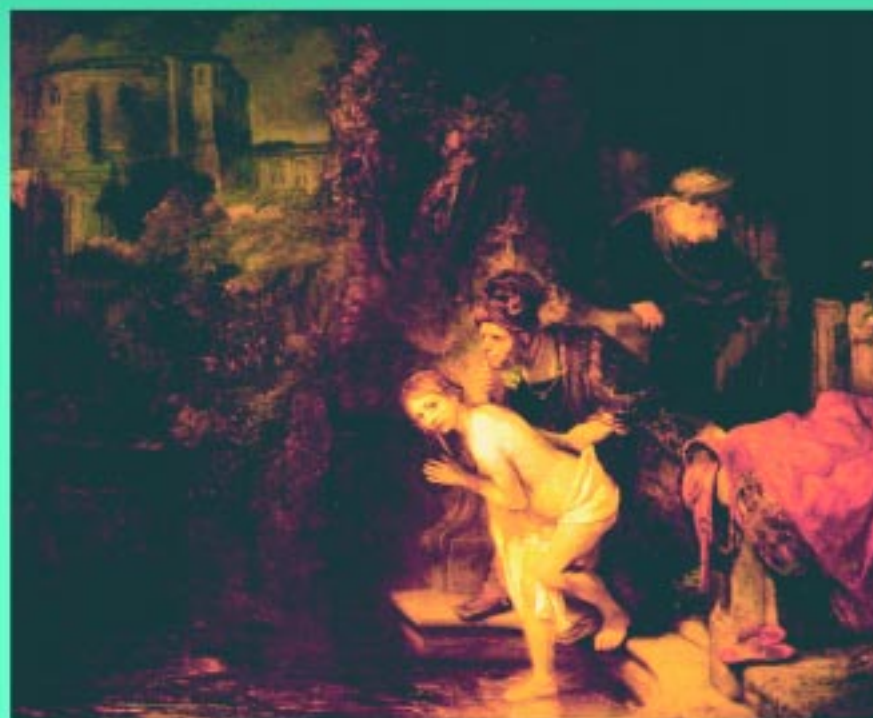




REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

Editorial

Temas en Gerontología
El sentimiento
de soledad
en el adulto mayor



Hans Baldung Grien: Susana en el baño. Óleo sobre lienzo, 1547. Gemäldegalerie, Berlín.

Trabajos originales
Sexualidad y envejecimiento

Actualizaciones
Cien años de... ¡salud!
dieta mediterránea y longevidad:
el papel del aceite de olivas

Presentación de casos
Demencia Multifactorial:
reporte de un caso

Espacio de publicidad



REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

Vol. 20 No. 2 / abril - junio de 2006

CONTENIDO

INDICACIONES A LOS AUTORES _____	V
EDITORIAL _____	VII
TRABAJOS ORIGINALES	
Sexualidad y envejecimiento José Mauricio Ocampo, Adriana Arcila Rivera _____	906
ACTUALIZACIONES	
Cien años de... ¡salud, dieta mediterránea y longevidad: el papel del aceite de olivas Ligia J. Domínguez, Mario Barbagallo, Francisco González López _____	917
PRESENTACIÓN DE CASOS	
Demencia Multifactorial, Reporte de un caso Diego Andrés Osorno Chica, José Fernando Gómez M., Carlos Hoyos _____	925
TEMAS EN GERONTOLOGÍA	
El sentimiento de soledad en el adulto mayor Jairo Cardona Jiménez, María Mercedes Villamil Gallego _____	930



REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

Vol. 20 No. 2 / abril - junio de 2006

Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria Junta Directiva 2004 - 2006

Presidente	Carlos Alberto Cano Gutiérrez
Vicepresidente	Marco Antonio García
Secretaria	Carmen Lucía Curcio B.
Tesorera	Leonilde I. Morelo Negrete
Vocales	René Alejandro Manzur Calderón
	José Fernando Gómez Montes
	Sergio Villamizar Sayago
	Germán Mauricio Guevara Farfán

Comité Editorial

Victoria Eugenia Arango Lopera

Geriatra

José Fernando Gómez Montes

Geriatra

Carmen Lucía Curcio Borrero

Terapeuta Ocupacional

Leonor Luna Torres

Licenciada en Enfermería

Ángela María Botero

Internista

Diana Lucía Matallana Eslava

Neuropsicóloga

Patricia Montañés Ríos

Neuropsicóloga



INDICACIONES A LOS AUTORES

1. La REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA, órgano oficial de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria, publica artículos de las áreas relacionadas con ellas, previa aprobación del Comité Editorial.

2. Los trabajos deben ser inéditos y suministrados exclusivamente a la revista. En algunos casos, y solo por acuerdo con el editor, podrá aceptarse la difusión pública previa de los datos contenidos en el artículo, por ejemplo, para alertar sobre riesgos de salud pública.

La publicación posterior o reproducción total o parcial de un artículo aparecido en la revista, requerirá de la autorización del Comité Editorial.

3. Los trabajos deben ser remitidos a la dirección anotada en CORRESPONDENCIA, en original, copia y disquete de alta densidad (HD). Las copias en papel deben ser en tamaño carta a doble espacio y guardando un margen izquierdo de cuatro cms. El disquete debe grabarse en un PC; evitando traer consigo virus.

El trabajo debe venir acompañado de una carta firmada por todos los autores, en donde se exprese claramente que ha sido leído y aprobado por todos. Igualmente, debe informar si se ha sometido parcial o totalmente a estudio por parte de otra revista.

El autor debe guardar copia de todo el material enviado.

4. Se deben seguir las siguientes secuencias: página del título, resumen, texto, resumen en inglés

(opcional), agradecimientos, referencias, tablas (cada tabla en página separada con su título y notas) y leyendas para las figuras. Cuando se informen experimentos en humanos indique si los procedimientos utilizados siguen las normas del comité de ética de la institución donde se realizaron, de acuerdo con la declaración de Helsinki de 1975. No mencione nombres de pacientes, iniciales o números de historias clínicas.

5. En la primera página se incluye el título, corto y que refleje el contenido del artículo, el nombre del autor y sus colaboradores con los respectivos títulos académicos y el nombre de la institución a la cual pertenecen.

Se señalan los nombres y direcciones del autor responsable de la correspondencia relacionada con el trabajo. Se especifican las fuentes de ayuda para la realización en forma de subvenciones, equipos y medicamentos.

6. El resumen, de no más de 250 palabras, debe enunciar los propósitos del estudio de la investigación, los procedimientos básicos, los hallazgos principales y las conclusiones, de acuerdo con los siguientes títulos: objetivos, métodos, resultados y conclusiones.

7. El texto debe incluir introducción, material y métodos, resultados y discusión. Las abreviaturas deben explicarse y su uso limitarse.

8. Las referencias se enumeran de acuerdo con el orden de aparición de las citas en el texto y se escriben a doble espacio:

a. En caso de revistas: apellidos e iniciales del nombre del autor y sus colaboradores (si son

más de seis puede escribirse, después de los tres primeros, “y cols.”); título completo del artículo; nombre de la revista abreviado según estilo del Index Medicus; año de publicación, volumen, páginas inicial y final. Para el uso de mayúsculas y puntuación, sígase el ejemplo: Jones HR, Siekert RG, Geraci JE. Neurological manifestations of bacterial endocarditis. *Ann Intern Med* 1969; 71:21-28.

- b.** En caso de libros: apellidos e iniciales de todos los autores; título del libro, edición, ciudad, casa editora, año, páginas inicial y final.

Para el uso de mayúsculas y puntuación, sígase el ejemplo:

Fenichel O. Teoría psicoanalítica de las neurosis. 3a. ed. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1966:56.

- c.** En caso de capítulos de libros: apellidos e iniciales de los autores del capítulo, título del capítulo, autores, editores del libro, título del libro, edición, ciudad, casa editora, año, páginas inicial y final.

Para el uso de mayúsculas y puntuación, sígase el ejemplo:

Drayer BP, Poser CM. Enfermedad en inclusión citomegálica del SNC. En: Toro G, Vergara I, Sarabia J, Poser CM, eds. *Infecciones del Sistema Nervioso Central*. Bogotá: Fondo Educativo Interamericano S.A., 1978: 172-175.

- 9.** Las tablas y cuadros se denominarán tablas y deben llevar numeración arábica de acuerdo con el orden de aparición. El título correspondiente debe estar en la parte superior de la hoja y las notas en la parte inferior. Los símbolos para unidades deben aparecer en el encabezamiento de las columnas.

Las fotografías, gráficas, dibujos y esquemas se denominan figuras, se enumeran según el orden de aparición y sus leyendas se escriben en hojas separadas. Los originales de las fotografías deben enviarse en papel y tener nitidez y contraste

suficientes para lograr una buena reproducción. Si son gráficas o dibujos deben identificarse con su número de orden en la parte inferior.

Si una figura o tabla ha sido previamente publicada, se requiere el permiso escrito del editor y debe darse crédito a la publicación original. Si se utilizan fotografías de personas, éstas no deben ser identificables, en caso contrario, debe obtenerse el permiso escrito para emplearlas.

El Comité Editorial se reserva el derecho de limitar el número de figuras y tablas.

- 10.** Los editoriales se publicarán exclusivamente por solicitud del Comité Editorial.
- 11.** Se consideran actualizaciones aquellos trabajos que contienen una completa revisión de los adelantos recientes ocurridos en un campo específico de la Gerontología o Geriatria.
- 12.** Comunicaciones y conceptos son aquellos que presentan la opinión o experiencia del autor sobre un tema que se considera de interés para el área. Puede incluir una revisión del tema.
- 13.** Presentación de casos son los trabajos destinados a describir uno o más casos que el autor considere de interés especial; debe constar de resumen, descripción detallada del caso y discusión. Su extensión no debe ser mayor de 8 páginas a doble espacio y se acepta un máximo de 5 ilustraciones.
- 14.** Las cartas al editor son comentarios cortos sobre algún material previamente publicado por la Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria.
- 15.** La Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria no asume ninguna responsabilidad por las ideas expuestas por los autores.
- 16.** Para citas de referencia la abreviatura de la Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria es:
Asoc. Colomb. Gerontol. Geriatr.

En esta ocasión no voy a discutir ningún tema en especial. Aunque suene a deportista o a reina, quiero agradecerles a todos ustedes.

Durante casi cuatro años tuve el privilegio de dirigir el comité editorial de la Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátrica; tiempo en el cual se trató de continuar con la labor que venían ejecutando estoicamente quienes me precedieron, pues créanme, no es una tarea fácil.

Hubo muchas metas, algunas de las cuales se cumplieron, y por supuesto otras no. Uno de los objetivos claros, y hacia el que todos apuntamos, era indexarla y obtener así el reconocimiento para quienes en ella escribiesen, pero aunque suene idealista, yo preferiría que la revista generara sentimiento de pertenencia entre los miembros. No puede convertirse, o interpretarse, como la publicación personal de unos pocos: tendría que ser el medio a través del cual nos enteremos de esa gran cantidad de labores que cada uno de ustedes está desarrollando en las áreas geriátrica y gerontológica, por supuesto sin dejar de lado la calidad de lo que en ella se publique. Adicionalmente, y para una situación como la nuestra, tendría que llegar a ser un medio de capacitación permanente para todos los que accedemos a ella.

Sería interminable anotar la lista de todos aquellos que participaron y creyeron en la viabilidad de continuar con el proyecto (enviando artículos, distribuyéndola, diagramándola, pautando, etc.), pero especialmente quiero agradecer al Sr. Gonzalo Flórez y al Dr. Francisco González, quienes con su dedicación incondicional permitieron obtener el fruto que todos ustedes vieron.

Sólo me resta darles un “Dios les pague” y reiterarles mi colaboración para todo aquello que de mí necesiten.

¡Muchísimas gracias!

Victoria Eugenia Arango Lopera
Editora

Espacio de publicidad

Espacio de publicidad

Espacio de publicidad

SEXUALIDAD Y ENVEJECIMIENTO

José Mauricio Ocampo
Médico Especialista en Medicina Familiar
Médico Especialista en Medicina Interna-Geriátrica Clínica
Universidad del Valle. Departamento de Medicina Familiar

Adriana Arcila Rivera
Médica Terapeuta Sexual
Docente Universidad de Caldas

Resumen

La sexualidad en la vida de los ancianos hace parte del envejecimiento exitoso teniendo en cuenta sus dimensiones biológica, mental, social y espiritual. El sentimiento de estar satisfecho sexualmente implica tener una integración adecuada de todas estas esferas.

Los cambios asociados con el envejecimiento *per se* independientemente de los ocasionados por la enfermedad, tienen un modesto efecto en la sexualidad de los ancianos, de ahí que es importante hacer la diferenciación entre envejecimiento y enfermedad, lo cual permitiría evitar realizar intervenciones innecesarias.

Por lo tanto, es necesario que el personal de salud al realizar la historia clínica sexual sea conocedor de estos cambios y que tenga una actitud receptiva y abierta que le permita al anciano comunicar sus quejas sobre sexualidad, para así lograr enfocar el diagnóstico y realizar una adecuada asesoría sexual.

Palabras clave: envejecimiento, sexualidad.

Introducción

Las personas en general tienen la creencia de que los ancianos no se interesan por la vida sexual; sumado a esto existe gran desinformación y distintas presiones sociales hacia este grupo poblacional que hacen que este tema se convierta en un tabú.

El envejecimiento exitoso, de acuerdo con las características descritas por Rowe y Kahn, implica tener una baja probabilidad de enfermar y discapacidad asocia-

da a ella, un alto funcionamiento a nivel físico y cognitivo y un compromiso activo con la vida (1). La sexualidad en la vida de los ancianos hace parte del envejecimiento exitoso teniendo en cuenta sus dimensiones biológica, mental, social y espiritual. El sentimiento de estar satisfecho sexualmente implica tener una integración adecuada de todas estas esferas (2).

La sexualidad en los ancianos se transforma en experiencias más calmadas, con menos ímpetu que en la juventud, pero no de menor valor o significado, y continúan siendo altamente placenteras y gratificantes.

Aspectos epidemiológicos sobre funcionamiento y quejas sexuales

Con el crecimiento actual de la población mundial y con el aumento de la esperanza de vida, existe una marcada motivación en el estudio de los aspectos relacionados con el envejecimiento que incluye el área de la sexualidad; este interés se ha visto reflejado en una mayor investigación hacia los temas del hombre y de la mujer, en especial la disfunción eréctil y la menopausia.

Muchos de los estudios que se han realizado tienen limitaciones en su diseño, entre las cuales está el considerar que la principal forma de relación sexual es la penetración vaginal, sin tener en cuenta otros aspectos como son el deseo, las caricias y los juegos sexuales de la pareja. Otra limitación de los estudios es que la mayoría se ha realizado en parejas heterosexuales, lo cual ha permitido conocer que el cese de las actividades sexuales está relacionado en mayor porcentaje

con factores que afectan al hombre en su capacidad y deseo, más que los que afectan a la mujer, pero no ha permitido conocer la dinámica en otro tipo de parejas como en las homosexuales (3).

Una de las primeras referencias que se tienen sobre la sexualidad en los ancianos es la de Krafft-Ebing (1840 - 1902) quien manifestó que el sexo en el anciano era una perversidad.

Alfred Kinsey (1894 - 1956) en sus investigaciones sobre la sexualidad en la sociedad estadounidense publicó hallazgos que resultaron escandalosos para los grupos conservadores de esa época; encontró un alto número de ancianos con vida sexual activa, que lo habían sido desde su juventud, lo cual muestra que la actividad sexual está relacionada con patrones de comportamientos y experiencias de la juventud, de ahí que la edad no es un factor limitante para continuar disfrutando de las experiencias sexuales (4).

Masters y Johnson afirmaban que la vejez es compatible con una rica vida sexual, pero que está frecuentemente afectada por seis aspectos: la monotonía, las preocupaciones profesionales, el cansancio físico y mental, el temor al fracaso, el exceso en alimentos y bebidas alcohólicas y finalmente las enfermedades orgánicas (5).

Un factor que determina el continuar teniendo una vida sexual activa es la disponibilidad de compañero-a, lo cual está en relación directa con la longevidad de las personas. Se ha estimado que existe una diferencia de más o menos cuatro años entre esposos, siendo el hombre el de mayor edad y el que tiene la menor expectativa de vida; por lo cual las mujeres pueden tener un periodo de aproximadamente 5 a 7 años de viudez y es lo que se ha denominado "*El Síndrome de la Viuda*".

Hay diferentes variables que están relacionadas con la frecuencia de las relaciones sexuales en los ancianos, entre las cuales se encuentran: la disponibilidad del compañero-a, las restricciones religiosas o sociales acerca de la actividad sexual y la medida del interés sexual (masturbación, sueños, caricias).

La frecuencia de las relaciones sexuales disminuye con la edad, encontrándose en mujeres casadas que el 55% de las mayores de 60 años y hasta el 24% de las ma-

yores de 76 años tiene actividad sexual (6). Por otro lado, en mujeres ancianas, el estado de salud de su pareja es importante para la actividad sexual, ya que aproximadamente el 57% de los hombres mayores de 60 años presenta disfunción eréctil, y su prevalencia se incrementa a medida que aumenta la edad (7).

Estudios de corte transversal realizados en hombres han mostrado que con la edad disminuye el deseo sexual (8), la frecuencia de erecciones y el número de relaciones sexuales (9). Adicionado a lo anterior, es importante tener en cuenta que con la edad se incrementa la prevalencia de enfermedades crónicas, las cuales pueden contribuir al desarrollo de disfunción sexual, conociéndose que alrededor del 80% de los mayores de 65 años tiene al menos una enfermedad crónica que puede interferir con su actividad sexual (10). Entre las enfermedades crónicas que se presentan con mayor prevalencia en ancianos y que pueden afectar la actividad sexual se encuentran: la hipertensión arterial, la osteoartritis, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus y la enfermedad cerebrovascular (11).

Después de los 50 años, en ambos sexos se experimenta una disminución objetiva en la intensidad del orgasmo, pero hay un aumento subjetivo del disfrute que puede continuar más allá de esta edad.

Mitos sobre sexualidad y envejecimiento

Muchas de las dificultades sexuales se relacionan con mitos, ignorancia, o falta de una adecuada información acerca de la respuesta sexual normal; en este caso, mito se refiere no a la explicación original, rica en significado y cultura, sino al sentido coloquial de lo falso. Con frecuencia las personas se avergüenzan al hablar de su sexualidad, la consideran sucia o pecaminosa, y por esta razón aprenden sobre sexualidad a partir de la información suministrada por amigos, revistas o libros. Algunas investigaciones sobre la actitud de la familia ante la vida sexual de los ancianos, reportan "que no existe, no es importante, está anulada, es peligrosa o vergonzosa; durante el tiempo de la menopausia, la mujer se considera que es asexual y poco deseable, en los hombres la disfunción eréctil se considera como un cambio normal" (12). En la figura 1 se nombran los diferentes mitos que existen sobre la sexualidad en los ancianos.

Cambios en la respuesta sexual humana con el envejecimiento

La respuesta sexual humana es definida como la secuencia ordenada de acontecimientos fisiológicos que

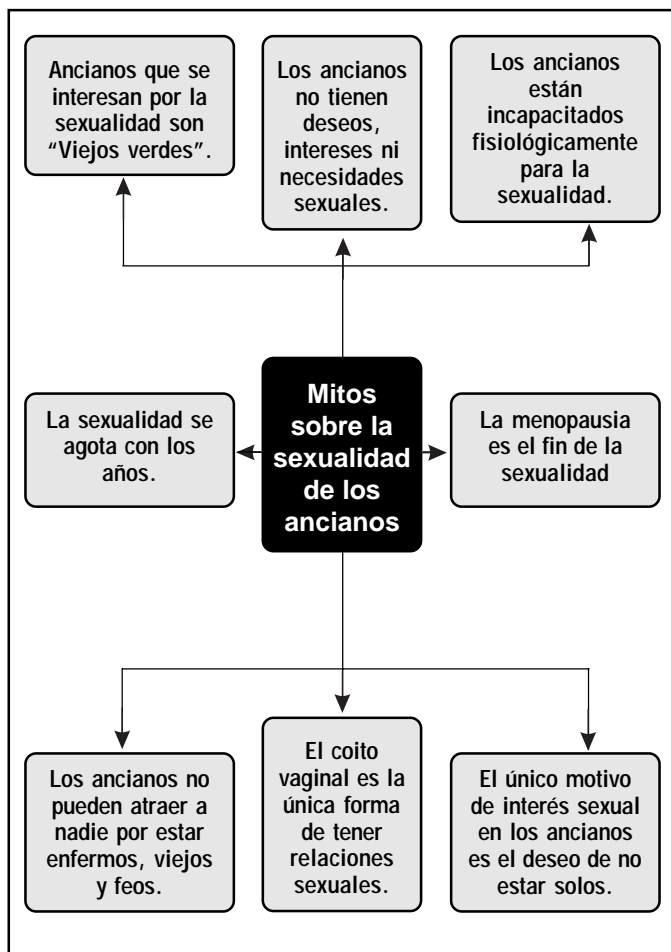


Figura 1. Mitos sobre la sexualidad de los ancianos

preparan al cuerpo para la cópula. El ciclo de esta respuesta de acuerdo con el modelo planteado por Masters y Jhonsons comprende las fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución (5). Luego Helen Kaplan llamó la atención sobre el deseo como un componente importante de este proceso (13). Con la edad se producen cambios fisiológicos en cada una de estas fases que afectan tanto a hombres como a mujeres.

Cambios en el hombre

En el hombre se presenta una disminución gradual de la libido, que a menudo puede presentarse de forma imperceptible. Existen factores que, aunque no hacen

parte del envejecimiento normal, inciden en la disminución del interés sexual entre los que están: la presencia de enfermedad, el uso de medicamentos, las alteraciones en la auto-imagen corporal y el retiro laboral con la consiguiente pérdida de su productividad económica, circunstancias que lo pueden hacer sentir menos atractivo. La causa de la disminución gradual en la libido es multifactorial, pero cursa en asocio con una reducción en la secreción testicular de testosterona, la cual disminuye a partir de los 40 años en un 1% por año, lo que probablemente juegue un papel importante en la disminución de su interés sexual (14).

A nivel testicular se presenta disminución de su volumen con fibrosis y reducción en el número de células de Leydig, las cuales pasan de 700 millones a los 20 años a 200 millones a los 80 años (15).

Con el envejecimiento se necesita un mayor estímulo directo para lograr la erección, lo cual es ocasionado por una disminución en la sensibilidad peneana. La causa de esta reducción es originada por un compromiso en la función nerviosa, debido a cambios asociados con el envejecimiento los cuales producen una disminución gradual en la velocidad de conducción nerviosa y una pérdida de la sensación vibratoria a nivel del pene (16) y a un aumento gradual en la prevalencia de las enfermedades crónicas las cuales afectan la fisiología neuronal (17).

Las enfermedades que con mayor frecuencia se presentan en el hombre anciano, y que pueden comprometer su función sexual incluyen la osteoartritis, la hipertensión arterial sistémica, la enfermedad vascular y la diabetes mellitus (10). También se presenta una disminución en la rigidez del pene, aunque es necesario determinar si esta disminución hace parte de los cambios normales del envejecimiento, ya que hay estudios realizados en hombres donde se encontró una adecuada función eréctil en edades extremas, pero se debe tener en cuenta que estas personas hacen parte de sociedades no industrializadas, las cuales tienen dietas, estilos de vida y expectativas sociales diferentes de las de occidente (18). En general, la mayoría de los hombres desarrolla una disminución progresiva de su función eréctil que se relaciona con una combinación de degeneración neural y enfermedad vascular (19). Para que se produzca una adecuada rigidez del pene se requiere de un flujo arterial aumentado, por lo

cual la enfermedad arterial oclusiva puede alterar la erección (20). Sin embargo, a pesar de un flujo arterial adecuado, las erecciones pueden estar afectadas por la presencia de insuficiencia venosa peneana, ya que el sistema venoso sirve no sólo como drenaje para la sangre arterial peneana, sino también como un mecanismo para promover la rigidez eréctil al ocluirse y atrapar la sangre necesaria para la erección (21).

Con la edad la fuerza eyaculatoria declina, disminución ésta que se relaciona con pérdida del tono en los músculos del periné y de sus estructuras adyacentes (22). De forma adicional hay una reducción del volumen seminal debido al proceso de envejecimiento de los testículos, la próstata, y las glándulas de Cooper, que son las estructuras que lo producen (23).

Con el envejecimiento uno de los cambios sexuales más importantes es la disminución de la urgencia eyaculatoria. En la mayoría de los hombres en su época

urgencia eyaculatoria, lo cual se presenta después de los 30 años de edad. De tal manera que el hombre, además de tener un contacto coital prolongado, puede disfrutar de juegos y caricias que enriquecen la relación y satisfacen a su pareja, sin la urgencia del escape orgásmico (24).

Otro cambio asociado con la edad en la actividad sexual masculina es la prolongación del período refractario. Con el envejecimiento, el período requerido entre coitos se prolonga. Durante la edad media este período refractario puede ser tan largo como 24 horas, y durante la vejez tan largo como una semana (22). Esta prolongación gradual del período refractario es una explicación adicional para la disminución en la frecuencia de las relaciones coitales al envejecer. La figura 2 muestra los principales cambios en la respuesta sexual masculina que se presentan durante el envejecimiento.

Cambios en la mujer

El efecto que tienen los cambios del envejecimiento normal sobre la actividad, la capacidad y el interés sexual varía en las mujeres ancianas. Además, estos están influidos por factores psicológicos, sociales y culturales. El patrón de la respuesta sexual sigue las mismas etapas en las mujeres de todas las edades.

A nivel de la libido, el interés sexual en la mujer sigue un patrón distinto al del hombre. En contraste con los hombres, el pico de interés sexual femenino está entre los 30 y 40 años, y a menudo se mantiene hasta después de los 60 años (25). Los estrógenos tienen un efecto significativo en los cambios fisiológicos de los genitales, pero no hay evidencia de que afecten en forma directa la libido (26).

La menopausia se presenta en la mayoría de las mujeres entre los 40 y 50 años de edad; esto demuestra que la menopausia por sí misma no afecta el interés sexual femenino y de forma contraria al concepto que se tiene sobre ella, un gran número de mujeres postmenopáusicas experimenta un aumento de la libido, que en parte es debido a un incremento en la acción de los andrógenos, favorecido por la deficiencia estrogénica y por la disminución del temor a un embarazo no deseado (27).

El período de transición referido como peri-menopáusico se caracteriza por cambios hormonales múltiples en el eje hipotálamo-hipófisis-ovario. El número de fo-

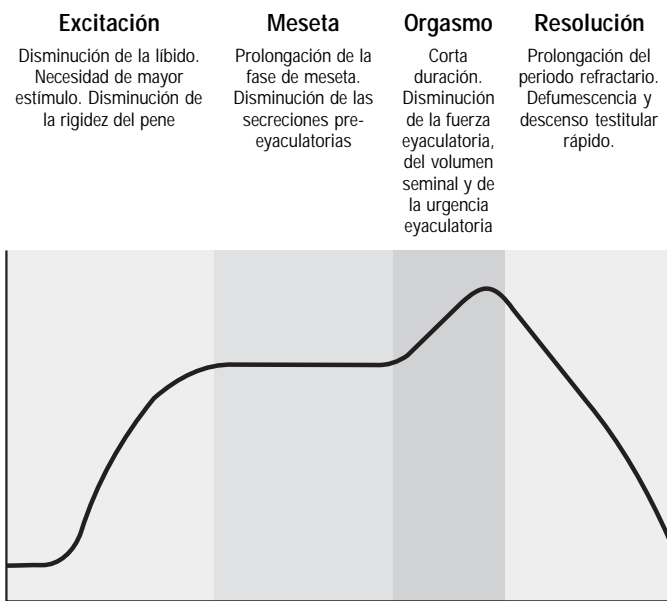


Figura 2. Cambios en la respuesta sexual masculina con el envejecimiento

de juventud, el estímulo sexual se asocia con un fuerte deseo de alcanzar el clímax, cuya incapacidad para controlarlo puede ocasionar eyaculación precoz, problema notorio en la adolescencia y en la adultez temprana, que en contraste con el envejecimiento mejora, ya que al prolongarse la fase de meseta disminuye la

lículos ováricos desciende y el tamaño del ovario disminuye. Los cambios en los ovarios llevan a la ausencia de la ovulación y a la formación del cuerpo lúteo y disminución en la síntesis y secreción de estradiol. Estos cambios hormonales tienen efectos sistémicos, en especial en las estructuras urogenitales (28). Como resultado de lo anterior, hay una pérdida gradual de los tejidos del área genital, sobre todo en la región vulvar lo que produce aplanamiento del monte de Venus y disminución en la firmeza de los labios mayores. El patrón rugoso y grueso de la pared de la vagina disminuye, su revestimiento se hace delgado y menos elástico. La vagina se alarga y su elasticidad disminuye. El meato urinario está menos protegido al envejecer debido a que el tejido adiposo disminuye y hay atrofia de los labios. Esto puede generar incontinencia urinaria, irritación y cistitis. La llamada «*Cistitis de la Luna de Miel*» puede ocurrir a cualquier edad, pero la mujer anciana es más susceptible a ella, debido a los cambios hormonales que se presentan (29).

La lubricación que ocurre de forma rápida durante la fase de excitación sexual en la mujer joven, con el envejecimiento se torna lenta y disminuye en su cantidad; por ejemplo una mujer a los 30 años produce a menudo lubricación adecuada para el coito en 15 a 30 segundos mientras una mujer de 60 años puede necesitar hasta 5 minutos; sin embargo, con juegos sexuales y estímulos adecuados y suaves, la mujer anciana tendrá una lubricación apropiada (30).

Las secreciones vaginales tienden a ser menos ácidas y pueden tornarse alcalinas. Este cambio en la acidez puede alterar la flora vaginal y hacer que la mujer postmenopáusica sea más susceptible a infecciones vaginales. Sin embargo, los cambios fisiológicos y físicos que ocurren en los períodos peri y post-menopáusicos en la mujer sana afectan poco su capacidad para el desarrollo de su actividad sexual (31).

Durante esta época se presentan cambios importantes en la vida de las mujeres. Su papel como madre cambia a medida que los hijos crecen y se independizan del hogar, por lo cual al disponer de mayor tiempo para ellas, puede ser momento para el reencuentro con sus parejas y así experimentar un interés renovado en sus actividades sexuales (32).

A pesar de los varios cambios que tienen lugar en la mujer, los resultados en su funcionamiento sexual no son tan

severos como sí sucede en el hombre. Parece que no hay un tiempo biológico más allá del cual la mujer no pueda experimentar una respuesta sexual completa.

Durante la fase de excitación la erección de los pezones continúan con el mismo patrón que en la mujer joven, a pesar de que hay disminución en la elasticidad mamaria y una menor vasocongestión mamaria. El clítoris disminuye su tamaño pero conserva su sensibilidad, esto hace que requiera de estímulos más directos y suaves que antes.

En la fase de meseta, el clítoris se eleva y el glande debajo de su caperuza en los labios menores se expone de forma semejante como sucede en mujeres jóvenes. La vagina experimenta una expansión de los dos tercios internos, aunque ésta disminuye en la sexta y séptima décadas de vida. Las glándulas de Bartholino producen alguna lubricación adicional en el tercio externo de la vagina sobre todo durante un coito prolongado. Esto se reduce después de los 60 años en la mayoría de las mujeres (33).

La mujer saludable permanece orgásmica y multiorgásmica hasta la vejez avanzada, aunque la experiencia es menos intensa, y con una menor duración. Durante el orgasmo el útero presenta contracciones rítmicas; muchas mujeres al tener relaciones experimentan una presión en el cérvix que es poco placentera; en otras, esta presión produce una intensa excitación que es producida por la presión que ejerce el pene hacia el cerviz y al útero y de estos a los ligamentos anchos y a las membranas peritoneales, constituyéndose en un mecanismo importante para la producción del orgasmo.

Durante la fase de resolución la erección de los pezones disminuye de forma más lenta que en las mujeres jóvenes. El clítoris retorna con rapidez a su posición inicial. Los dos tercios superiores de la vagina se encogen mucho más pronto en la mujer anciana, debido a la disminución de la elasticidad.

La mujer anciana no experimenta ningún cambio en el período refractario, y después de un período de reposo mínimo (minutos), es capaz de repetir el ciclo de la respuesta sexual.

La figura 3 muestra los principales cambios en la respuesta sexual femenina que se presentan durante el envejecimiento.

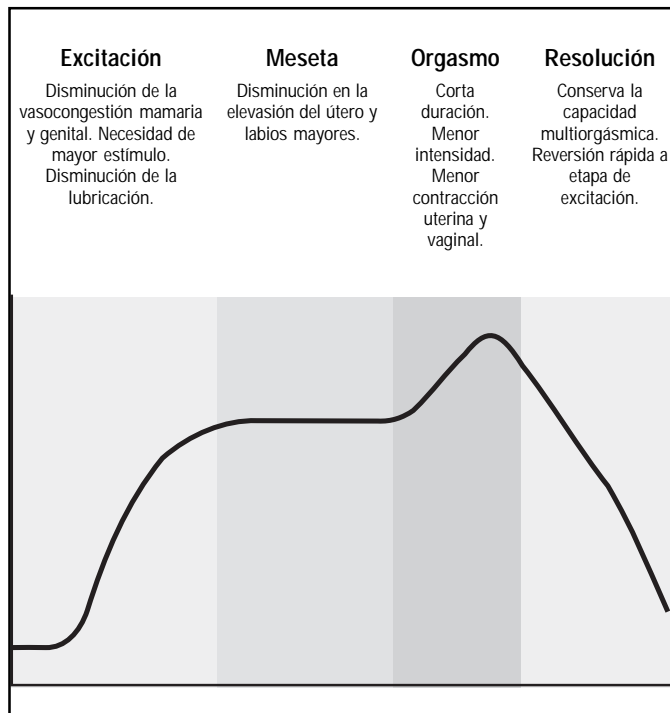


Figura 3.
Cambios en la respuesta sexual femenina
con el envejecimiento

La historia sexual

Los profesionales de la salud están en una posición de privilegio para ayudar a sus pacientes a resolver preocupaciones sexuales, como fue demostrado en una encuesta sobre sexualidad humana donde el médico fue el profesional que con más frecuencia era consultado acerca de quejas sexuales, por encima de sicólogos y de terapeutas sexuales (34).

Durante la práctica médica, en la mayoría de los casos no se lleva a cabo la realización de la historia sexual, debido a varios factores entre los cuales se tienen: presumir que los ancianos no tienen vida sexual; creer que éste no es un tema pertinente para tratar durante la consulta; la vergüenza por parte del paciente para manifestar dificultades en el funcionamiento sexual a su médico o a su propia pareja; y finalmente, porque el médico no cuenta con la suficiente preparación y experiencia para abordar este tópico con sus consultantes (35).

El abordar temas sexuales durante la consulta puede tornarse difícil y laborioso, en especial si no se tiene

una adecuada comunicación y relación médico-paciente. Por otro lado, pueden presentarse dificultades para la obtención de información y la valoración de síntomas sexuales, debido a que muchos profesionales tienen una actitud senilista profundamente arraigada, con un sistema de creencias y prejuicios acerca de la sexualidad de los adultos mayores, donde la actividad sexual es vista como una función no vital en este grupo poblacional (36).

Objetivos en la toma de la historia sexual

El objetivo principal en la realización de la historia sexual es obtener la información necesaria que contribuya de forma positiva al médico para brindar un adecuado manejo al anciano en este campo. Dentro de los objetivos se tienen (37):

- **Lograr el permiso:** el anciano puede sentirse ansioso al discutir temas sobre su sexualidad; para esto, el médico debe “Abrir la Puerta” y así permitir que comunique su problema, aunque el paciente no la abra en ese momento, quedará disponible para que lo realice en un futuro. Lo anterior debe ser llevado a cabo en un ambiente privado y confidencial.
- **Obtener la información:** un adecuado interrogatorio con preguntas abiertas y un buen uso del silencio y del lenguaje no verbal permitirá conocer el estado de salud, la actividad sexual, las relaciones que establece con su compañero-a y familia y el contexto y la red social donde se desenvuelve el paciente, como también el impacto que han tenido las diferentes enfermedades y procedimientos quirúrgicos sobre el funcionamiento sexual.
- **Conocer los mitos:** un adecuado interrogatorio permitirá descubrir las concepciones erradas que el paciente tiene sobre su sexualidad y la manera como podrían ser manejadas.

Técnica para la toma de la historia sexual

Es similar a la que se realiza cuando se toma la historia clínica médica, pero se debe considerar que el tema discutido puede generar ansiedad, por lo cual es importante que ésta cumpla con ciertas condiciones, como son la confidencialidad y privacidad, que se deben establecer al inicio de la entrevista.

Al realizar la historia sexual es importante que el médico se ubique en el contexto de su paciente, teniendo en cuenta su cultura, no juzgarlo, y ser receptivo a la información que está ofreciendo, ya que puede ser diferente a las experiencias previamente aprendidas; también permitir al paciente que se exprese en sus propias palabras, para no interferir en la comunicación.

Durante la entrevista, el médico debe aprender a manejar la transferencia y contra-transferencia que le hace sentir el paciente y así evitar sobre-identificarse o proyectarse con él.

Definición de función y quejas sexuales

La sexualidad se define como un proceso de integración emocional, somático, intelectual y de aspectos sociales en vía de aumentar la mismidad de cada uno; es una energía que es expresada en todos los seres.

La sexualidad necesita tener una mirada más allá de la anatomía, las hormonas, las relaciones coitales y el orgasmo; más bien debe ser considerada como una función que contribuye al desarrollo integral de la persona. La actividad y el funcionamiento sexual saludable comprenden el significado que tiene la proximidad de la otra persona, el tocar, la intimidad emocional y la compañía.

La función sexual normal depende de la interacción entre la libido y la potencia; la libido incluye los deseos, direccionamientos, pensamientos, fantasías, satisfacciones o placeres. Para el hombre la potencia consiste en la capacidad de obtener y mantener una erección y eyaculación; tanto para la mujer como para el hombre la potencia puede incluir la vasocongestión pélvica y las contracciones orgásmicas.

Los ancianos continúan siendo personas sexuadas, pero su actividad puede no ser posible en algunas ocasiones por acumulación de patología orgánica o psicológica, aunque continúan teniendo deseos y necesidades.

La disfunción sexual se define como la incapacidad para realizar o disfrutar de la relación sexual, convirtiéndose en una experiencia insatisfactoria para la propia persona o su compañero-a; por lo general en los ancianos se presenta en la mayoría de los casos como consecuencia de algún proceso patológico más que

por un cambio normal del envejecimiento. Por ejemplo, en el hombre las más frecuentes son la disfunción eréctil y la eyaculación precoz o retardada, en la mujer se presenta la dispareunia, la anorgasmia y el vaginismo, disfunciones que pueden ser primarias, que inician al principio de sus experiencias sexuales, o más frecuentemente secundarias, las cuales ocurren en edad tardía.

Las quejas más frecuentes referidas por los ancianos consisten en cambios en la imagen corporal, rechazo hacia el envejecimiento, disminución de la función, conflictos de pareja, diferencias en la expectativa concernientes con la actividad sexual como el tipo, tiempo, frecuencia y enfermedades de transmisión sexual.

Otra presentación de las quejas incluyen: hipocondriasis o síntomas vagos, abuso sexual, depresión y soledad.

Evaluación de quejas y funcionamiento sexual

Con el crecimiento de la población de ancianos a nivel mundial, se espera que el impacto que tendrán los cambios fisiológicos y psicológicos asociados con el envejecimiento en la función sexual sean más prevalentes.

Los ancianos que presentan dificultades en su funcionamiento sexual con poca frecuencia buscan ayuda por estas quejas y si lo hacen, es probable que consulten de forma inicial a su médico, por lo cual, el médico debe vencer ciertas barreras para que durante su consulta cotidiana pueda incorporar en su esquema de historia clínica la evaluación del funcionamiento sexual de sus pacientes. Para esto es importante que durante el tiempo de su formación se le brinden los conocimientos necesarios sobre los cambios en la respuesta sexual de los ancianos, así como también las quejas que con mayor frecuencia refiere esta población, lo cual le permitirá estar sensibilizado y tener habilidades para hacer una adecuada historia sexual que le permitirá realizar un diagnóstico oportuno y manejo adecuado de las patologías más frecuentes que a nivel sexual puedan ser atendidos en las consultas de nivel primario, ya que se ha encontrado que aproximadamente un 80% de éstas puede ser manejado de forma apropiada a nivel ambulatorio.

El objetivo durante la evaluación de las quejas y el funcionamiento sexual en los ancianos es permitirle que exprese sus inquietudes, dudas y preocupaciones de forma abierta.

Durante la evaluación es importante preguntar sobre el uso de medicamentos, ya que el grupo de ancianos constituye una población con alta prevalencia de enfermedades crónicas, lo cual está asociado con alto uso de medicamentos para su manejo, y por ende, una mayor probabilidad de producción de eventos y reacciones adversas medicamentosas que pueden alterar la función sexual. En la tabla 1 se muestran los medi-

camentos que pueden inducir disfunción sexual en el anciano (38).

El examen físico se debe realizar en presencia de otra persona si el médico o el paciente no se sienten cómodos. Debe incluir una adecuada valoración del sistema de órganos de los sentidos, cardiopulmonar, gastrointestinal, neurológico, piel y el sistema genitourinario, en este último es importante observar signos de privación de estrógenos (vaginitis atrófica o sinequia de labios).

En general, se necesita ordenar pocos laboratorios en la valoración inicial; se sugiere realizar glucosa en ayunas, serología, pruebas tiroideas, hemograma y bioquímica sanguínea. En mujeres con disfunción sexual, un nivel sérico de estradiol menor de 35 pg/ml, es un predictor de baja frecuencia sexual; altos niveles de la hormona folículo estimulante y de la hormona luteinizante nos sugieren inicio de la menopausia. En los hombres, los niveles de testosterona (nivel normal entre 3-10 ng/mL) nos permite realizar una evaluación global de la función testicular; niveles altos de prolactina intervienen con la función de la testosterona y producen disfunción eréctil. Estos altos niveles pueden ser ocasionados por ciertos medicamentos como haloperidol, fenotiazinas, metoclopramida, por enfermedad tiroidea, trauma o cirugía pélvica.

Existen otros estudios más especializados que generalmente son ordenados por urólogos como son: medición de erecciones, doppler (índice pene-brazo menor a 0,75 sugiere causa vascular para disfunción eréctil) y la prueba de la estampilla o sello postal, que se puede llevar a cabo a nivel de la consulta ambulatoria, explicándole al paciente que se coloque una tira de estampillas alrededor de la base del pene al momento de irse a dormir, y si al día siguiente se encuentra rasgada, es evidencia de que presenta erecciones nocturnas.

Conceptos básicos sobre asesoría sexual en adultos mayores

Para realizar un enfoque integral de la sexualidad es necesario tener en cuenta que la sexología tiene diferentes objetivos humanos entre los cuales están: el placer, las relaciones íntimas armónicas y la autodeterminación erótica, además del siempre conocido de

Grupo de medicamentos	Acción sobre la fase de la respuesta sexual		
	Libido	Excitación y erección	Orgasmo y eyaculación
Cardiovasculares			
Diuréticos Tiazídicos	❖	❖	❖
Espironolactona	❖	❖	
βbloqueadores	❖	❖	
αbloqueadores		❖	❖
Bloqueadores de la entrada del Calcio			
Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina			
Antagonistas de los Receptores de Angiotensina II			
Digital	❖	❖	
Hipolipemiantes	❖	❖	
Psicofármacos			
Antipsicóticos	❖	❖	❖
Antidepresivos Tricíclicos	❖	❖	❖
Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina	❖		
Carbonato de Litio	❖	❖	❖
Ansiolíticos	❖		
Otros			
Opioides y Narcóticos	❖	❖	❖
Quimioterapéuticos	❖	❖	
Bloqueantes H2		❖	
Inhibidores de la Bomba de Protones		❖	
Metoclopramida	❖	❖	
Anticonvulsivantes	❖		
Alcohol		❖	
Nicotina		❖	

Tabla 1. Medicamentos y función sexual en el anciano

la reproducción. Por lo anterior es importante percibir a la persona y a la pareja dentro de un marco holístico, no realizar un manejo de forma independiente ni fraccionada. Esto hace necesario ampliar el concepto de sexualidad de un enfoque netamente reproductivo a uno interactivo de mutualidad y de sentido recreativo o placentero, con la participación de los sentidos para estimular y ser estimulado (39).

Los médicos a menudo fallan en el manejo de los temas relacionados con sexualidad en los ancianos; el error más frecuente es no proveer una adecuada información sobre los cambios normales que ocurren durante el envejecimiento, con lo cual se podría prevenir que se presenten algunas disfunciones sexuales y así como también la ansiedad que pueden generar estos cambios (40).

De las modificaciones que ocurren en la respuesta sexual de los hombres con el envejecimiento normal, es importante que comprenda:

- Se requiere de un mayor estímulo directo sobre el pene para obtener la erección.
- Aunque la rigidez y en ángulo del pene disminuyen, no son lo suficientemente importantes para interferir con las relaciones sexuales.
- El tiempo refractario se aumenta, lo cual no debe ser confundido con disfunción eréctil.
- No necesariamente en todas las relaciones que se tengan se va a presentar eyaculación.

De las modificaciones que ocurren en la respuesta sexual en la mujer con el envejecimiento normal, es importante que ella comprenda que:

- Se necesita de un mayor tiempo de estímulo para la excitación.
- Para una adecuada lubricación se requiere de un mayor tiempo lo cual evitará la presentación de dispareunia.

La actividad sexual frecuente mejora los síntomas que traen los cambios normales del envejecimiento a nivel de los órganos genitales, de ahí la frase “*Lo Usa o se Atrofia*”.

En la tabla 2 se muestra el modelo PLISSIT de asesoría sexual. Este se compone de cuatro niveles de intervención, que van desde el más simple al más com-

plejo (41). El modelo permite manejar los diferentes problemas sexuales de acuerdo con su grado de complejidad y el nivel de conocimiento y experiencia del médico. Así algunos realizarán los cuatro niveles de asesoría, mientras que otros sólo animaran al paciente a que comente sus quejas y responderán preguntas

P (Permiso)	LI (Información limitada)	SS (Sugerencias específicas)	IT (Terapia intensiva)
El médico anima al paciente a comentar sus quejas y preguntas sobre su sexualidad	Brindar información sobre el impacto de la enfermedad crónica sobre la sexualidad y el efecto de los tratamientos sobre su función sexual.	Lecturas sobre sexualidad y enfermedad, tomar un analgésico antes de tener relaciones, técnicas y diferentes posiciones.	Manejo especializado por: Terapeuta sexual Siquiatra Psicólogo Trabajador social

Tabla 2. Modelo PLISSIT de asesoría sexual

sencillas y en casos necesarios lo enviaran donde un experto que le pueda ofrecer una adecuada intervención.

Remisión del paciente

Hay un número de situaciones en las cuales el médico necesita remitir su paciente a un especialista (39), estas son:

- Cuando el paciente presenta de base una psicopatología severa, depresión severa o intento de suicidio.
- Cuando el paciente y su compañero-a tienen una disfunción familiar conyugal severa.
- Cuando la asesoría sexual inicial no ha dado resultados.
- Cuando el paciente no es consciente o no puede cooperar con la terapia.
- Cuando el médico no tiene el suficiente tiempo, no se siente adecuadamente entrenado o no tiene interés en el caso.

Puntos claves

La sexualidad en las personas ancianas además de brindar placer, mejora su autoestima, por lo cual continúa siendo una de las actividades importantes a través de sus vidas.

Es necesario diferenciar los cambios asociados con el envejecimiento en la función sexual, de los causados por la enfermedad en los ancianos, para así, evitar realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos no indicados.

El profesional de la salud debe tener una actitud receptiva, abierta y sin prejuicios, de manera que, permita al anciano comunicar sus quejas sobre sexualidad.

Referencias

1. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *Gerontologist* 1997;37:433-440.
2. Barton D, Joubert L. Psychosocial aspects of sexual disorders. *Aust Fam Physician* 2000;29:527-531.
3. Helleger S. Sexuality and aging. *B J Sex Med* 1998;5:16-19.
4. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. Sexual behavior in the human male. Philadelphia: WB Saunders, 1948.
5. Masters W, Johnson V. Human Sexual Response. 1st ed. Boston, MA: Little, Brown & Co; 1966.
6. Marsiglio W, Donnelly D. Sexual relations later in life: a national study of married persons. *J Gerontol* 1991;46:S338-S344.
7. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 1994;151:54-61.
8. Schiavi RC, Schreiner-Engel P, Mandeli J. Healthy aging and male sexual function. *Am J Psychiatry* 1990;147:766-771.
9. Mulligan T, Moss CR. Sexuality and aging in male veterans. A cross-sectional study of interest, ability, and activity. *Arch Sex Behav* 1991;20:17-25.
10. Mulligan T, Retchin SM, Chinchilli VM. The role of aging and chronic disease in sexual dysfunction. *J Am Geriatr Soc* 1988;36:520-524.
11. Gómez JF, Curcio CL. Valoración Integral de la Salud del Anciano. Manizales: Artes gráficas Tizan; 2002.p.20-29.
12. Diokno AC, Brown MB, Herzog AR. Sexual function in the elderly. *Arch Intern Med* 1990;150:197-200.
13. Kaplan H. La nueva terapia sexual. Madrid: Alianza Editorial; 1974.
14. Schiavi RC, Schreiner-Engel P, White D, Mandeli J. The relationship between pituitary-gonadal function and sexual behavior in healthy aging men. *Psychosom Med* 1991;53:363-374.
15. Neaves WB, Johnson L, Parker CR, Petty CS. Leydig cell numbers, sperm production, and serum gonadotropin levels in aging men. *J Clin Endocrinol Metab* 1984;59:756-763.
16. Edwards AE, Husted JR. Penile sensitivity, age, and sexual behavior. *J Clin Psychol* 1976;32:697-700.
17. Mulligan T, Katz G. Erectile failure in the aged. Evaluation and treatment. *J Am Geriatr Soc* 1988;36:54-62.
18. Winn RL, Newton N. Sexuality in aging. A study of 106 cultures. *Arch Sex Behav* 1982;11:283.
19. Mulligan T, Katz PG. Why aged men become impotent. *Arch Intern Med* 1989;149:1365-1366.
20. Godschalk MF, Sison A, Mulligan T. Management of erectile dysfunction by the geriatrician. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:1240-1246.
21. Lue TF, Tanagho EA. Physiology of erection and pharmacological management of impotence. *J Urol* 1987;137: 829-836.
22. Mulligan T. Cambios físicos que afectan la sexualidad en la vejez. *Colombia Med* 1998;29:148-154.
23. Kaiser FE. Sexual Functioning. In: Forciea MA, Schwab EP, Raziano DB, Lavizzo-Mourey R, eds. *Geriatric Secrets*. 3th. Philadelphia: Hanley & Belfus;2004.p.222-225.
24. Kaiser FE. Sexuality in the elderly. *Urol Clin North Am* 1996;23:99-109.
25. Yee LA, Sundquist KJ. Women's Sexuality. *MJA* 2003;178:640-642.
26. Berman JR, Berman LA, Werbin TJ, Goldstein I. Female sexual dysfunction: anatomy, physiology, evaluation and treatment options. *Curr Opin Urol* 1999;9:563-568.
27. Sarrel PM. Psychosexual effects of menopause: role of androgens. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:S319-S324.
28. Henderson VW, Paganini-Hill A, Emanuel CK.

- Estrogen replacement therapy in older women. *Arch Neurol* 1994;51:896-900.
29. Roughan PA, Kaiser FE, Morley JE. Sexuality and the older woman. *Clin Geriatr Med* 1993;9:87– 106.
 30. Berman JR, Bassuk J. Physiology and pathophysiology of female sexual function and dysfunction. *World J Urol* 2002;20:111-118.
 31. Avis NE, Stellato R, Crawford S. Is there an association between menopause status and sexual functioning?. *Menopause* 2000;7:297-309.
 32. Avis NE. Sexual function and aging in men and women: Community and population-based studies. *J Genit Specif Med* 2000;3:37-41.
 33. Pariser SF, Neidermeier JA. Sex and mature women. *J Womens Health* 1998;7:849– 859.
 34. Arias L, Montero JT, Castellanos J. Interacción Humana, Integralidad y Ciclos Vitales: Enfoque Integral de la Sexualidad. En: Arias L, Montero JT, Castellanos J eds. *Medicina Familiar*. Santa Fé de Bogotá. Editorial Maldonado;1995.p.1-15.
 35. Stedman Y, Elstin M. Rethinking sexual health clinics. *BMJ* 1995;310:342–343.
 36. Loehr J, Verma S, Seguin R. Issues of sexuality in older women. *J Womens Health* 1997;6:451-457.
 37. Jones R, Barton S. Introduction to history taking and principles of sexual health. *Postgrad Med J* 2004;80:444–446.
 38. Thomas DR. Medications and sexual function. *Clin Geriatr Med* 2003;19:553– 562.
 39. Szwabo PA. Counseling about sexuality in the older person. *Clin Geriatr Med* 2003;19:595– 604.
 40. Johnson B. Older adults' suggestions for health care providers regarding questions of sex. *Geriatric Nursing* 1997;18:65 – 67.
 41. Annon JS. Behavioural treatment of sexual problems: brief therapy. Hagerstown, Md: Harper & Row, 1976.

CIEN AÑOS DE... ¡SALUD! DIETA MEDITERRÁNEA Y LONGEVIDAD: EL PAPEL DEL ACEITE DE OLIVAS

Ligia J. Domínguez, Mario Barbagallo, Escuela de Especialización en Gerontología y Geriátrica, Unidad Operativa de Geriátrica, Universidad de Palermo, Italia

Francisco González López,
Programa de Geriátrica, Facultad de Ciencias para la Salud.
Universidad de Caldas, Manizales, Colombia

Resumen

La influencia de la alimentación en el estado de salud de los individuos ofrece día a día evidencias incuestionables y en tal sentido, también es cada vez más sólida la certeza de lograr una óptima calidad de vida durante el envejecimiento al modificar algunos factores extrínsecos que influyen en ese proceso; la alimentación, al lado de la actividad física, parece ser uno de los elementos más determinantes del sano envejecimiento, así como en el retardo del desarrollo de las enfermedades asociadas a ese estado de la vida, tales como las alteraciones cardiovasculares, la diabetes mellitus, la aterosclerosis y las enfermedades degenerativas del SNC. En las últimas décadas, las evidencias epidemiológica y experimental han señalado a la dieta tradicional de la cuenca del Mediterráneo como posible factor explícito de la longevidad y de la calidad de vida en los ancianos de esas poblaciones; entre los componentes de este modelo de alimentación, el uso de aceite de olivas extravirgen, en particular, fuente principal de grasas, se ha asociado a la prevención de enfermedades degenerativas en la vejez. El presente artículo se ocupará de la revisión de la literatura que soporta este vínculo y en los posibles mecanismos implicados, especialmente relacionados con el contenido de ácidos grasos monoinsaturados y la disponibilidad de agentes antioxidantes y anti-inflamatorios en este tipo de alimentación.

Palabras clave: Dieta mediterránea, longevidad, aceite de olivas, radicales libres, antioxidantes, envejecimiento, enfermedades degenerativas.

Introducción

Al finalizar la década de los setenta, las comunidades científicas de Europa y de Estados Unidos reconocieron los beneficios de la alimentación de la cuenca del mar Mediterráneo al declararla como el modo óptimo de nutrición; la costumbre milenaria de consumir una dieta basada en pan, pasta, legumbres, aceite de oliva, frutas, verduras frescas y pescado, fue propuesta en los países industrializados como modelo de alimentación ideal, fundamentada en los resultados positivos de numerosos estudios poblacionales de salud (1-13).

El concepto de nutrición balanceada como medicina es relativamente novedoso en los países occidentales; sin embargo, en las culturas orientales se sabe desde hace mucho tiempo que ciertos alimentos procuran beneficios para el mantenimiento de la salud. La medicina tradicional china, al lado de las prácticas de acupuntura y ejercicio, preconiza a la dieta como uno de sus pilares; los japoneses crearon la expresión de «alimento funcional» hace dos décadas, para definir los nutrientes que previenen o curan enfermedades (14). La atención actual sobre estos alimentos funcionales se explica por varias razones: 1) el rápido progreso en los conocimientos científicos a favor del papel crucial de la alimentación en el estado de salud y en la prevención de la enfermedad; 2) el cambio de papel de los alimentos, concebidos no solo como un simple medio de subsistencia; y 3) los costos crecientes en la atención de enfermedades relacionadas con desórdenes nutricionales.

Existen de hecho, pruebas científicas sobre el papel de la "Dieta Mediterránea" en la reducción del riesgo de desarrollar obesidad, aterosclerosis, diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedades del aparato digestivo (1-13). Así, en las últimas décadas ha crecido el interés en conocer y adoptar los sanos hábitos de la mayoría de pobladores de la cuenca mediterránea (Italia, España, Grecia, Francia y África del Norte), no seguidos del todo por la población general en la actualidad, al considerarla como una "vida de pobre", haciendo parte de la tendencia al consumismo importado de las sociedades más industrializadas, responsable del incremento del consumo calórico en un promedio de 1000 kilocalorías por encima de las necesidades diarias en estos países (15).

El nombre de "Dieta Mediterránea" fue acuñado en los años sesenta por Ancel Keys, investigador de la Universidad de Minesota. Keys y sus colaboradores arribaron a Italia al final de la Segunda Guerra Mundial y adelantaron una investigación que se prolongó por cerca de 20 años sobre los efectos benéficos de la alimentación de los individuos de algunas regiones meridionales y sobre su incidencia en ciertas patologías con respecto a los Estados Unidos y a otras naciones. Un análisis posterior, de cerca de 12.000 sujetos entre cuarenta y sesenta años, residentes en diversos países como Japón, EUA, Holanda, Yugoslavia, Finlandia e Italia, demostró que mientras más se distanciara la alimentación del modelo mediterráneo, mayor era la incidencia de las "enfermedades de la abundancia" (16, 17).

La definición de una dieta mediterránea única no es fácil puesto que en la región existen países con diversidades culturales, étnicas, religiosas y económicas; empero, el patrón general es el mismo y el uso de aceite de olivas como fuente principal de grasas es universal en esta región. La ingestión de carbohidratos complejos derivados del trigo (pan y pasta) constituye junto con un mínimo porcentaje de azúcares simples, el 65% de las calorías aportadas por los principios nutritivos de la dieta mediterránea. El consumo de grasas (con base en aceite de olivas) representa el 25% y el de proteínas (carne, pescado y legumbres), el 10% restante. Estos datos contrastan con el clásico modelo de 55% de carbohidratos, 30% de grasas y 15% de proteínas. Las recetas de la tradición mediterránea en las cuales están presentes los productos locales de la «co-

cina pobre» son ejemplo de nutrición sana ya que no aportan un exceso calórico, son fácilmente digeribles y aseguran la sensación de saciedad. Adicionalmente, la gran variedad de plantas aromáticas mediterráneas usadas en la elaboración de los alimentos permiten crear una dieta de gran aceptación, reduciendo la necesidad de utilizar condimentos grasos. Otro elemento integrante de este modelo dietético, usado desde hace milenios es el vino tinto que se consume en modesta cantidad durante las comidas. Cada vez son más numerosas y contundentes las investigaciones que confirman los efectos benéficos del consumo moderado de vino tinto con la dieta (18-22) (ver Figura 1).

Uno de tales estudios, evidenciando los efectos favorables de la dieta pobre en grasas saturadas y rica en frutas, vegetales, aceite de olivas y granos, en el aumento de la expectativa de vida en una población griega, fue publicado en el *New England Journal of Medicine* por el grupo de Trichopoulos (9), quien incluyó a una población de 22.043 adultos que respondieron un cuestionario sobre la frecuencia de alimentos, y en cuyo análisis estableció la relación entre la adherencia al patrón tradicional mediterráneo y la mortalidad total, a la enfermedad coronaria y al cáncer, ajustadas por edad, sexo, índice de masa corporal y nivel de ejercicio físico. Los sujetos que adhirieron en mayor grado a la dieta mediterránea presentaron una reducción en la mortalidad total del 25%, del 33% por enfermedad coronaria y del 24% por cáncer.

Otro estudio reciente demostró los efectos favorables de la dieta mediterránea en la reducción del riesgo cardiovascular: el Lyon Diet Heart Study (13), una observación de carácter aleatorio realizada con el fin de verificar la eficacia de la dieta en cuestión, en la recurrencia de eventos coronarios después de un primer infarto del miocardio. Los sujetos en el grupo experimental participaron de una sesión de una hora de instrucción con respecto a la dieta, mientras que los controles no recibieron ningún tipo de información. En el primer grupo los niveles plasmáticos de ácido oleico, linoléico y eicosapentaenoico fueron más altos y los niveles de ácido esteárico, linoleico y araquidónico fueron menores. Luego de 46 meses de seguimiento el estudio fue suspendido antes de lo previsto debido a los efectos benéficos significativos observados en el grupo de intervención. A pesar de tener un patrón similar de riesgo cardiovascular al inicio, los sujetos que

Espacio de publicidad

Espacio de publicidad

siguieron un modelo de dieta mediterránea exhibieron una reducción del 50-70% de recurrencia de muerte por causa cardíaca o infartos no fatales con o sin angina inestable, ictus, falla cardíaca y embolismo pulmonar o trombosis venosa. Estos resultados ilustran el importante potencial de una dieta adaptada al patrón mediterráneo que puede representar una notable oportunidad de disminuir dramáticamente el impacto del riesgo cardiovascular.

Radicales libres, estrés oxidativo y envejecimiento

El envejecimiento es un proceso multifactorial de carácter progresivo, universal e irreversible, que ocurre en diferentes niveles y que afecta la totalidad de organismos vivos. Tradicionalmente se ha contemplado al envejecimiento como un evento programado, una especie de reloj biológico inmutable; sin embargo, actualmente existen evidencias que soportan la existencia de factores modificables que contribuyen al envejecimiento per se, y a la duración de los individuos en particular. Es general el convencimiento de que la vejez es el resultado de la suma de daños celulares durante el transcurso de la vida, con alteración consecuente del funcionamiento del organismo lo cual favorece el desarrollo de algunas enfermedades de mayor prevalencia en edades avanzadas (23-25). Lo anterior ha llevado a la búsqueda de factores que disminuyan o contrarresten el daño celular o que incrementen los mecanismos de reparación y de esa manera retardar el inicio de las enfermedades y mejorar la calidad de vida en la vejez. Aunque el patrimonio genético es predeterminado y hoy en día no sea posible modificarlo, hay cada vez mayor evidencia sobre la posibilidad de mejorar las condiciones de los ancianos al actuar sobre los factores extrínsecos determinantes del proceso de envejecimiento; tales modificaciones (alimentación, actividad física y mental) junto a los controles ambientales, pueden interactuar con los procesos de envejecimiento y alterar la susceptibilidad individual al desarrollo de las enfermedades típicamente asociadas con los ancianos.

El daño celular que ocurre con el envejecimiento ha sido atribuido a factores oxidantes extrínsecos (exposición a toxinas y radiaciones, entre otros) y a oxidantes liberados durante los procesos metabólicos. Así, la utilización del oxígeno en la respiración celular produ-

ce continuamente cantidades mínimas de moléculas altamente reactivas llamadas radicales libres, potencialmente lesivas de las estructuras celulares; tales moléculas, inestables con uno o más electrones no apareados en su órbita más externa, pueden reaccionar y alterar cualquier compuesto vecino susceptible incluyendo ADN, proteínas, lípidos y carbohidratos; la vida media de los radicales libres es de milisegundos, pero pueden iniciar reacciones en cadena que dan lugar a una extensa oxidación de numerosas partículas a medida que los electrones no apareados son transferidos de una molécula a otra (26, 27). El organismo cuenta con mecanismos de defensa contra el daño producido por los radicales libres o estrés oxidativo, en la forma de sustancias antioxidantes, activas en diferentes sitios celulares y en diferentes estadios del proceso oxidativo, evitando la formación de estos compuestos, neutralizándolos o reparando el daño producido (27-29). El ataque oxidativo y la defensa antioxidante están estrechamente relacionados, pero la defensa es inevitablemente imperfecta y el daño causado por los radicales libres se acumula con el transcurso de la vida; un desequilibrio a favor de la oxidación podría contribuir al proceso de envejecimiento que resultaría de la suma de los cambios producidos por las reacciones de los radicales libres con las diferentes moléculas constituyentes del organismo (26).

Todas las estructuras celulares pueden ser blanco de los radicales libres pero las más susceptibles a ese daño son las membranas celulares (plasmática y de las organelas), particularmente en el centro hidrofóbico de la estructura membranosa, constituido por ácidos grasos, los más susceptibles al estrés oxidativo. La actividad de las mitocondrias depende en gran parte de la integridad de su membrana interna, de gran vulnerabilidad a las modificaciones fisiológicas, nutricionales, farmacológicas o ambientales, que afectan directamente a la actividad de la matriz mitocondrial (ciclo de Krebs) y al transporte de electrones. La actividad mitocondrial produce energía para numerosos procesos metabólicos, incluidos los de detoxificación y de regulación de la muerte celular programada (30). Los radicales libres son producidos inevitablemente con la actividad mitocondrial y a su vez, la acumulación de daño oxidativo durante el envejecimiento puede alterar el ADN, el ARN, las proteínas y los lípidos (27, 30, 31) disminuyendo la función mitocondrial. De hecho, la importancia del daño del ADN mitocondrial en el envejecimiento fue demos-

trada recientemente en modelos de experimentación animal, en los cuales la acumulación de mutaciones en el ADN mitocondrial resultaron en un envejecimiento acelerado y en una reducción de la vida media (32).

Las membranas celulares envejecidas pierden la mayor parte de sus antioxidantes naturales, tales como vitamina E y coenzima Q, con la consecuente alteración de su forma característica, en parte por la pérdida de cerca del 75 al 80% de sus ácidos grasos, especialmente ácido oleico, usualmente ligados a los fosfolípidos de membrana responsables de la forma característica del doble estrato, cuyo daño produce la alteración de su función normal de transferencia de electrones y translocación de protones (27, 31, 32).

Recientemente se han experimentado terapias basadas en la administración de mezclas de ácidos grasos específicos con el objetivo de mejorar las funciones bioquímicas y cognoscitivas, tales como la fosfatidilserina que ha demostrado eficacia en el tratamiento de algunas enfermedades degenerativas (33). Además de los datos experimentales que evidencian la utilidad de los suplementos de ácidos grasos en el mejoramiento de los índices cognoscitivos, también se dispone de referencias epidemiológicas que apuntan en ese mismo sentido. Un reciente análisis del "Italian Longitudinal Study on Aging" en una población de ancianos del sur de Italia seguidores de una típica dieta mediterránea, reveló que los ácidos grasos monoinsaturados parecen tener un efecto protector contra la declinación cognoscitiva asociada al envejecimiento y de paso sugirió que ese efecto podría relacionarse con el papel de los ácidos grasos en el mantenimiento de la integridad estructural de las membranas neuronales (34).

Aceite de olivas: pilar de la dieta mediterránea, ¿contrarresta el estrés oxidativo y la inflamación crónica?

Los cambios en la composición dietética pueden ser válidos para modificar la estructura y la función de las membranas celulares y consecuentemente contrarrestar los trastornos inducidos por los radicales libres. El aceite de olivas es un producto natural particularmente rico en ácidos grasos monoinsaturados, principalmente ácido oleico, constituyente de las membranas biológicas que puede sustituir parcial y gradualmente los ácidos grasos poli-insaturados, y cuyo incremento mantiene una óptima fluidez, disminuyendo la propagación

de la peroxidación lipídica, en un proceso que usualmente requiere de ácidos grasos de dos o más enlaces dobles (35). Otros elementos aportados por el aceite de olivas son las moléculas antioxidantes, tales como el alfa-tocoferol, algunos compuestos fenólicos y la coenzima Q, todos ellos aptos para neutralizar el efecto de los residuos tóxicos del oxígeno y aún más, con capacidad para prevenir su formación en estadios precoces, protegiendo la célula del insulto oxidativo (36). Es cada vez mayor el número de estudios dirigidos a demostrar la eficacia del aceite de olivas en la modificación de la estructura de las membranas celulares y su papel en la reducción de la susceptibilidad a las modificaciones oxidativas (37-40).

En relación con la aterogénesis, décadas de investigación han comprobado contundentemente que la dieta, y en particular el tipo de grasas, influye de manera importante sobre el perfil lipídico; es sabido actualmente que el incremento de las lipoproteínas de baja densidad (LDL), sigue al aumento del consumo de ácidos grasos saturados, por lo cual esta clase de lípidos ha sido sustituida con evidentes beneficios, por ácidos grasos monoinsaturados o ácidos grasos poli-insaturados con efectos en la disminución de las LDL (38, 41). Sin embargo, también se ha observado que al lado de la reducción del nivel de colesterol plasmático, obtenida con dietas ricas en ácidos grasos poli-insaturados, el grado de insaturación en éstos aumenta la susceptibilidad del LDL a sufrir modificaciones oxidativas, haciéndolas más propensas a la peroxidación y en consecuencia, más aterogénicas. Cuando los ácidos grasos saturados son sustituidos por ácidos monoinsaturados, se reducen las concentraciones de colesterol total y de colesterol LDL sin afectar la concentración de lipoproteínas de alta densidad (HDL), contrariamente disminuidas por el uso de ácidos grasos poli-insaturados. Adicionalmente, los ácidos grasos monoinsaturados producen cambios favorables en el perfil lipídico, generando partículas de LDL más resistentes a las modificaciones oxidativas (42).

La oxidación lipídica favorece una reacción en cadena y la formación de varias clases de aldehídos como productos finales que interactúan con las apolipoproteínas B, generando un compuesto que es captado por los macrófagos, a través de receptores "scavenger" o de desechos, que luego son conducidos desde el torrente sanguíneo al espacio subendotelial. Estos recep-

tores inducen a los macrófagos a captar cantidades ilimitadas de LDL, que sufren modificaciones oxidativas para convertirse finalmente en células espumosas, responsables de la formación de las estrías grasas y subsecuentemente, de las placas ateroscleróticas (43).

En 1999, Baroni y colaboradores publicaron los efectos de la dieta con aceite de olivas extravirgen frente a una ingesta rica en ácidos grasos poli-insaturados, sobre la composición de las LDL en pacientes hipercolesterolémicos (44); al exponer las partículas de LDL enriquecidas con ácidos grasos monoinsaturados, a Cu^{2+} se observó una reducción significativa de la producción de dienos conjugados y una menor producción de peróxido de hidrógeno después del estímulo oxidante. Más recientemente, Beauchamp demostró que el aceite de oliva extravirgen contiene un componente químico natural con propiedades anti-inflamatorias similares a las del fármaco ibuprofeno, con lo cual se refuerzan aún más los beneficios señalados para el pilar de la dieta mediterránea (45); tal estudio, efectuado en el Centro de Sentidos Químicos Monell de Filadelfia, recalcó que el picor faríngeo provocado por los aceites de olivas de gran calidad era similar a la irritación producida por el ibuprofeno y al aislar el compuesto responsable de la sensación faríngea, denominado oleocantal, diferente estructuralmente del anti-inflamatorio, se hizo evidente la capacidad de inhibir las ciclooxigenasas COX-1 y COX-2 en la vía de síntesis de prostaglandinas. A pesar de que la cantidad de oleocantal contenida en el aceite de olivas extravirgen es mínima en comparación con la dosis farmacológica del a.i.n.e. (aproximadamente 50 g. de aceite de oliva extra virgen equivalen a un décimo de una dosis de ibuprofeno), esta pequeña cantidad de la sustancia usada regularmente y asociada a los otros componentes de la dieta mediterránea pueden ayudar a explicar los beneficios a largo plazo de esta alimentación. De acuerdo con el posible efecto anti-inflamatorio de la dieta mediterránea, un estudio en 2004 demostró que los individuos que ingerían habitualmente aceite de olivas presentaban una reducción en el nivel de proteína C reactiva y de IL-6, con signos de una mejor función endotelial y de reducción del riesgo de desarrollar un síndrome metabólico (12).

Un hallazgo importante fue publicado por el estudio HALE (Healthy Ageing a Longitudinal Study in Europe) que evaluó la población de 15 centros urbanos y rurales de 10 países europeos, constituido por un total de

3.496 personas nacidas entre 1900 y 1920 examinadas entre 1988 y 1991 y re-evaluadas 5 y 10 años después; el análisis concluyó que los individuos entre 70 y 90 años que seguían una dieta con el patrón mediterráneo tenían una reducción superior al 50% de la mortalidad por cualquier causa y de mortalidad por eventos cardiovasculares y cáncer (1). Del mismo estudio surgen datos concluyentes que demuestran una tendencia a la reducción de la discapacidad en las poblaciones europeas al realizar un seguimiento longitudinal, y aún más, es interesante la observación de que la mayor disminución de la discapacidad motora y de autosuficiencia fue observada en las poblaciones de los países del sur de Europa versus los habitantes del norte de Europa probablemente reflejando patrones de estilo de vida diferentes (46).

Conclusión

Después de 50 años de la primera observación de Keys sobre la diferencia en la incidencia de cardiopatía isquémica en distintas poblaciones del mundo, con una prevalencia marcada en poblaciones industrializadas en contraste con la observada en poblaciones con hábitos de vida tradicionales de la cultura mediterránea, existen hoy numerosas evidencias que confirman los efectos benéficos del estilo de vida de la cuenca mediterránea. Los cambios acelerados en la incidencia de varias enfermedades crónicas en el tiempo y los estudios que demuestran que estas patologías aumentan de manera prominente en poblaciones que migran a culturas con estilo de vida «occidental», hacen pensar que estas enfermedades no se pueden atribuir a diferencias genéticas sino a diversos estilos de vida, a patrones alimentarios y a diversos modelos de actividad física. Las enfermedades crónicas en indiscutible crecimiento, debido en gran parte al envejecimiento de la población mundial, significan altísimos costos para los sistemas sanitarios; empero, la inversión en medidas de promoción de estilos de vida sanos en todas las edades puede traer grandes beneficios. No obstante la investigación sobre la relación entre el patrón de alimentación y sus consecuencias sanitarias seguirá produciendo datos relevantes y la información disponible actualmente es suficiente para empezar a actuar de acuerdo con la evidencia existente. El papel central que puede jugar el uso de aceite de olivas extravirgen por sus efectos antioxidantes y el posible efecto anti-inflamatorio, representa una prometedora respuesta tera-

péutica, pero sobre todo en la prevención de varias enfermedades asociadas al envejecimiento.

Es posible que los resultados de las investigaciones actuales confirmen por qué los griegos, enterrando sus muertos al lado de un olivo y coronando con sus hojas a los vencedores de las Olimpiadas, veían en el olivo el símbolo de la inmortalidad.

El modelo gráfico de la dieta mediterránea se semeja al tradicional de la pirámide nutricional: en la base se resalta la actividad física diaria, seguida del uso de cereales y derivados (pan, pasta, papas) que deben ser consumidos todos los días, junto con frutas, verduras y legumbres que proveen proteínas, carbohidratos, fibra, vitaminas y sales minerales. Al ascender se encuentran la leche y sus derivados que proporcionan calcio, y el aceite de olivas que suministra grasas de calidad óptima y sustancias antioxidantes y que debe ser consumido regularmente sin excesos; le siguen el pescado, el huevo y la carne de aves que aportan proteínas ricas en aminoácidos esenciales. En el vértice de la pirámide, se encuentran las carnes rojas, una importante fuente de proteínas y de hierro, cuyo consumo es infrecuente en este tipo de dieta.



Figura 1.
La pirámide alimentaria de la dieta mediterránea

Bibliografía

1. Knoops KT, Groot de LC, Fidanza F, Alberti-Fidanza A, Kromhout D, van Staveren WA 2006. Comparison of three different dietary scores in relation to 10-year mortality in elderly European subjects: the HALE project. *Eur J Clin Nutr*.
2. Trichopoulou A, Orfanos P, Norat T, et al. 2005. Modified Mediterranean diet and survival: EPIC-elderly prospective cohort study. *Bmj* 330:991.
3. Trichopoulou A, Critselis E 2004. Mediterranean diet and longevity. *Eur J Cancer Prev* 13:453-6.
4. Trichopoulou A 2004. Traditional Mediterranean diet and longevity in the elderly: a review. *Public Health Nutr* 7:943-7.
5. Rimm EB, Stampfer MJ 2004. Diet, lifestyle, and longevity—the next steps? *Jama* 292:1490-2.
6. Psaltopoulou T, Naska A, Orfanos P, Trichopoulos D, Mountokalakis T, Rihopoulou A 2004. Olive oil, the Mediterranean diet, and arterial blood pressure: the Greek European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) study. *Am J Clin Nutr* 80:1012-8.
7. Kok FJ, Kromhout D 2004. Atherosclerosis—epidemiological studies on the health effects of a Mediterranean diet. *Eur J Nutr* 43 Suppl 1:1/2-5.
8. Knoops KT, de Groot LC, Kromhout D, et al. 2004. Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project. *Jama* 292:1433-9.
9. Trichopoulou A, Costacou T, Bamia C, Trichopoulos D 2003. Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population. *N Engl J Med* 348:2599-608.
10. Hu FB 2003. The Mediterranean diet and mortality—olive oil and beyond. *N Engl J Med* 348:2595-6.
11. Covas MI, Marrugat J, Fito M, Elosua R, de la Torre-Boronat C 2002. Scientific aspects that justify the benefits of the Mediterranean diet: mild-to-moderate versus heavy drinking. *Ann N Y Acad Sci* 957:162-73.
12. Esposito K, Marfella R, Ciotola M, et al. 2004. Effect of a Mediterranean-style diet on endothelial dysfunction and markers of vascular inflammation in

- the metabolic syndrome: a randomized trial. *Jama* 292:1440-6.
13. Kris-Etherton P, Eckel RH, Howard BV, St Jeor S, Bazzarre TL 2001. AHA Science Advisory: Lyon Diet Heart Study. Benefits of a Mediterranean-style, National Cholesterol Education Program/American Heart Association Step I Dietary Pattern on Cardiovascular Disease. *Circulation* 103:1823-5.
 14. Agarwal S, Hordvik S, Morar S 2006. Nutritional claims for functional foods and supplements. *Toxicology*.
 15. Trichopoulou A, Naska A, Orfanos P, Trichopoulos D 2005. Mediterranean diet in relation to body mass index and waist-to-hip ratio: the Greek European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition Study. *Am J Clin Nutr* 82:935-40.
 16. Keys A 1995. Mediterranean diet and public health: personal reflections. *Am J Clin Nutr* 61:1321S-1323S.
 17. Keys A, Menotti A, Karvonen MJ, et al. 1986. The diet and 15-year death rate in the seven countries study. *Am J Epidemiol* 124:903-15.
 18. Szmitko PE, Verma S 2005. Antiatherogenic potential of red wine: clinician update. *Am J Physiol Heart Circ Physiol* 288:H2023-30.
 19. de Lange DW, Scholman WL, Kraaijenhagen RJ, Akkerman JW, van de Wiel A 2004. Alcohol and polyphenolic grape extract inhibit platelet adhesion in flowing blood. *Eur J Clin Invest* 34:818-24.
 20. Huxley RR, Neil HA 2003. The relation between dietary flavonol intake and coronary heart disease mortality: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Eur J Clin Nutr* 57:904-8.
 21. Parks DA, Booyse FM 2002. Cardiovascular protection by alcohol and polyphenols: role of nitric oxide. *Ann N Y Acad Sci* 957:115-21.
 22. Rimm EB, Katan MB, Ascherio A, Stampfer MJ, Willett WC 1996. Relation between intake of flavonoids and risk for coronary heart disease in male health professionals. *Ann Intern Med* 125:384-9.
 23. Loeb LA, Wallace DC, Martin GM 2005. The mitochondrial theory of aging and its relationship to reactive oxygen species damage and somatic mtDNA mutations. *Proc Natl Acad Sci U S A* 102:18769-70.
 24. Yu BP 2005. Membrane alteration as a basis of aging and the protective effects of calorie restriction. *Mech Ageing Dev* 126:1003-10.
 25. Bokov A, Chaudhuri A, Richardson A 2004. The role of oxidative damage and stress in aging. *Mech Ageing Dev* 125:811-26.
 26. Harman D 1972. The biologic clock: the mitochondria? *J Am Geriatr Soc* 20:145-7.
 27. Liu J, Head E, Gharib AM, et al. 2002. Memory loss in old rats is associated with brain mitochondrial decay and RNA/DNA oxidation: partial reversal by feeding acetyl-L-carnitine and/or R-alpha-lipoic acid. *Proc Natl Acad Sci U S A* 99:2356-61.
 28. Walston J, Xue Q, Semba RD, et al. 2006. Serum antioxidants, inflammation, and total mortality in older women. *Am J Epidemiol* 163:18-26.
 29. Liu J, Ames BN 2005. Reducing mitochondrial decay with mitochondrial nutrients to delay and treat cognitive dysfunction, Alzheimer's disease, and Parkinson's disease. *Nutr Neurosci* 8:67-89.
 30. Ames BN, Atamna H, Killilea DW 2005. Mineral and vitamin deficiencies can accelerate the mitochondrial decay of aging. *Mol Aspects Med* 26:363-78.
 31. Lee HC, Wei YH 2005. Mitochondrial biogenesis and mitochondrial DNA maintenance of mammalian cells under oxidative stress. *Int J Biochem Cell Biol* 37:822-34.
 32. Trifunovic A, Wredenberg A, Falkenberg M, et al. 2004. Premature ageing in mice expressing defective mitochondrial DNA polymerase. *Nature* 429:417-23.
 33. Yehuda S, Rabinovitz S, Mostofsky DI 2005. Essential fatty acids and the brain: from infancy to aging. *Neurobiol Aging* 26 Suppl 1:98-102.
 34. Solfrizzi V, Colacicco AM, D'Introno A, et al. 2005. Dietary intake of unsaturated fatty acids and age-related cognitive decline: A 8.5-year follow-up of the Italian Longitudinal Study on Aging. *Neurobiol Aging*.
 35. Scislowski V, Bauchart D, Gruffat D, Laplaud PM, Durand D 2005. Effect of dietary n-6 and n-3 polyunsaturated fatty acids on peroxidizability of lipoproteins in steers. *Lipids* 40:1245-56.
 36. Visioli F, Galli C 2002. Biological properties of oli-

- ve oil phytochemicals. *Crit Rev Food Sci Nutr* 42:209-21.
37. Giron MD, Mataix FJ, Suarez MD 1990. Changes in lipid composition and desaturase activities of duodenal mucosa induced by dietary fat. *Biochim Biophys Acta* 1045:69-73.
 38. Mattson FH, Grundy SM 1985. Comparison of effects of dietary saturated, monounsaturated, and polyunsaturated fatty acids on plasma lipids and lipoproteins in man. *J Lipid Res* 26:194-202.
 39. Periago JL, Suarez MD, Pita ML 1990. Effect of dietary olive oil, corn oil and medium-chain triglycerides on the lipid composition of rat red blood cell membranes. *J Nutr* 120:986-94.
 40. Seiquer I, Manas M, Martinez-Victoria E, Huertas JR, Ballesta MC, Mataix FJ 1994. Effects of adaptation to diets enriched with saturated, monounsaturated and polyunsaturated fats on lipid and serum fatty acid levels in miniature swine (*Sus scrofa*). *Comp Biochem Physiol Comp Physiol* 108:377-86.
 41. Mensink RP, Katan MB 1989. Effect of a diet enriched with monounsaturated or polyunsaturated fatty acids on levels of low-density and high-density lipoprotein cholesterol in healthy women and men. *N Engl J Med* 321:436-41.
 42. Parthasarathy S, Khoo JC, Miller E, Barnett J, Witztum JL, Steinberg D 1990. Low density lipoprotein rich in oleic acid is protected against oxidative modification: implications for dietary prevention of atherosclerosis. *Proc Natl Acad Sci U S A* 87:3894-8.
 43. Staprans I, Pan XM, Rapp JH, Feingold KR 2005. The role of dietary oxidized cholesterol and oxidized fatty acids in the development of atherosclerosis. *Mol Nutr Food Res* 49:1075-82.
 44. Baroni SS, Amelio M, Sangiorgi Z, Gaddi A, Battino M 1999. Solid monounsaturated diet lowers LDL unsaturation trait and oxidisability in hypercholesterolemic (type IIb) patients. *Free Radic Res* 30:275-85.
 45. Beauchamp GK, Keast RS, Morel D, et al. 2005. Phytochemistry: ibuprofen-like activity in extra-virgin olive oil. *Nature* 437:45-6.
 46. Aijanseppa S, Notkola IL, Tjshuis M, van Staveren W, Kromhout D, Nissinen A 2005. Physical functioning in elderly Europeans: 10 year changes in the north and south: the HALE project. *J Epidemiol Community Health* 59:413-9.

DEMENCIA MULTIFACTORIAL

REPORTE DE UN CASO

Diego Andrés Osorno Chica
Especialista en Medicina Interna y Geriatría
Profesor Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca.

José Fernando Gómez Móntes
Especialista en Medicina Interna y Geriatría,
Profesor Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Caldas.

Carlos Hoyos
Residente Nivel II Medicina Interna y Geriatría
Universidad de Caldas

Resumen

Hay muchas causas de síndrome demencial y pueden existir varias de manera simultánea por lo que un enfoque diagnóstico acertado es necesario. Las demencias son entidades clínicas de diagnóstico relativamente fácil cuyo abordaje inicial se fundamenta en una adecuada historia clínica, algunas pruebas de laboratorio y el uso de instrumentos de tamizaje que pueden ser utilizados por médicos de atención primaria. El Minimental test de Folstein y el Test de dibujo del reloj son 2 herramientas que sirven como primer abordaje del síndrome de deterioro cognitivo y a partir de ellos se puede ampliar la batería de diagnóstico según la causa que se sospeche de base para establecer un tratamiento lo más específico posible en el contexto de la enfermedad diagnosticada.

Descripción del caso

Mujer de 83 años de edad residente en la ciudad de Manizales con 3 años de evolución de dificultades en la memoria reciente asociadas a inapetencia, somnolencia, estreñimiento y problemas en el reconocimiento de objetos. Los familiares en la consulta, refieren que la paciente tiene dificultades para concentrarse, llanto fácil, cambios en el tono de la voz e irritabilidad, además de lentificación motora y una velocidad de pensamiento muy lenta. Durante la primera consulta se realizaron algunas pruebas de evaluación cognitiva, funcional y del estado afectivo (tabla 1, figuras 1 y 2).

Barthel 90/100
Minimental Test 21/30
Escala de Depresión Geriátrica 8/15

Tabla 1.

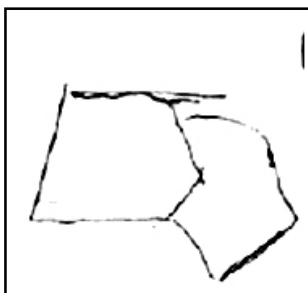


Figura 1.
Figura del Minimental

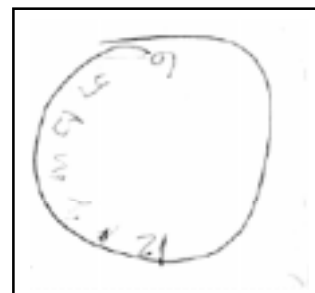


Figura 2.
Test de dibujo del reloj

La paciente tenía una buena autopercepción de salud (¿anosognosia?). Su ocupación han sido las labores domésticas a lo largo de su vida, tiene escolaridad de primaria incompleta y es diestra. Tiene historia de Hipertensión Arterial y de un trastorno distímico de 15 años de evolución al momento de la consulta sin trata-

miento actual, además de una Anemia Megaloblástica por déficit de B12, diagnosticada hace 14 años cuyo esquema de reemplazo vitamínico al momento de la primera consulta se desconocía. Niega trauma craneal. No hay historia de caídas. No ha ingerido alcohol. Hay historia familiar de una tía por línea materna con esquizofrenia.

El examen físico de primera vez mostró como positivo: disminución en la velocidad de la marcha, hiporreflexia simétrica aquiliana y patelar con prolongación de la fase de relajación y se realizó un diagnóstico de impresión inicial de demencia vs. pseudodemencia; se solicitaron paraclínicos y se citó a nueva consulta un mes después.

La paciente continuó con deterioro progresivo de la memoria, deterioro de sus actividades básicas cotidianas y empeoramiento de la función motora; en la nueva consulta no trae los paraclínicos solicitados por lo que se recomienda su realización y nuevo control al siguiente mes.

Tres meses después de la primera consulta la paciente presenta cuadro de deterioro agudo del estado de conciencia, es hospitalizada y se realizan paraclínicos encontrándose una TSH de 204 haciéndose un diagnóstico de coma mixedematoso para lo cual se inicia terapia de reemplazo hormonal con levotiroxina parenteral con mejoría progresiva a niveles séricos de TSH de 18.42, momento en el cual se da de alta con terapia de reemplazo hormonal oral y seguimiento de su función cognitiva y metabólica, con mejoría en los niveles de TSH y en los puntajes del Minimental test (tablas 2 y 3), al igual que en la realización de la prueba de dibujo del reloj (figuras 3 y 4).

TSH Basal post-coma	Al 3 mes tratamiento	Al 6 mes de tratamiento
18.42 mU/L	9 mU/L	1.48 mU/L

Tabla 2. Niveles de TSH durante el tratamiento

MMSF Basal	MMSF al 3 mes	MMSF al 6 mes
21/30	25/30	25/30

Tabla 3. Puntajes del Minimental test de Folstein durante el tratamiento

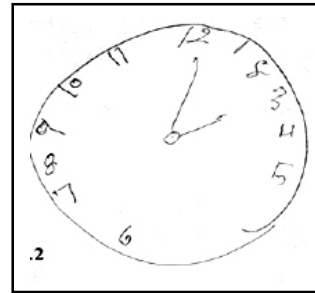


Figura 3.
Para un Minimental de 24/30
al 3er mes de tratamiento

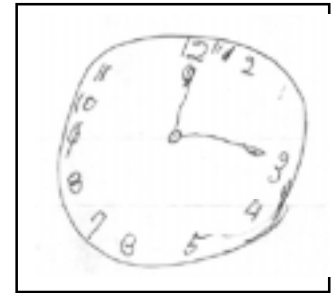


Figura 4.
Para un Minimental de 25/30
al 6º mes de tratamiento

Al sexto mes de tratamiento la paciente hace un episodio de Enfermedad Cerebro Vasculad (ECV) mayor, de recuperación parcial, con exacerbación del compromiso de las funciones cognitivas, por lo que el puntaje del Minimental test se estabilizó en 25/30. Durante dicho episodio se realizó una Tomografía Axial Computarizada simple de cráneo sin evidenciarse lesión sugestiva de ECV aguda (figura 5).

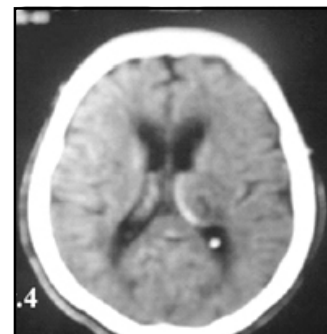


Figura 5

Discusión del caso

Hasta hace pocos años la vejez se consideró como sinónimo de pérdida de las funciones cognitivas. La Neuropsicología moderna demostró que las funciones intelectuales se conservan con el envejecimiento normal. Funciones como la memoria (episódica o de los eventos recientes, semántica o de conocimiento del mundo y procedimental o del saber hacer), el cálculo, las funciones ejecutivas y el lenguaje, no se alteran con la vejez.

El envejecimiento se caracteriza por una lentificación subcortical de la motricidad, los tiempos de reacción, el

pensamiento y la ejecución de respuestas, relacionado con una declinación fisiológica leve de la dopamina y acetilcolina cerebrales. A medida que se envejece, aumenta la prevalencia de enfermedades que pueden interferir con las funciones intelectuales y producir demencia.

El diagnóstico del síndrome demencial se basa en los criterios: DSM-IV-TR, CIE-10 y modificados de la Mayo Clinic (2003) siendo relativamente fácil. Lo difícil es establecer la causa (única, múltiple, degenerativa, vascular, mixta, metabólica o infecciosa) y si es reversible o no.

El motivo de consulta del caso descrito, es una queja de memoria corroborada por los acompañantes, asociada a un componente agnóstico; un déficit en el cálculo, función visuo-espacial y síndrome disejecutivo evidenciados con la realización del Minimental y el test de dibujo del reloj los cuales orientan a enfermedad cortical cerebral.

El interrogatorio obtuvo historia de trastornos del ánimo, enlentecimiento motor y déficit atencional que son funciones que tienen un sustrato subcortical (frontosubcortical, límbico, entorhinal, gangliobasal y sistema reticular ascendente). Las entidades que comprometen el córtex, subcórtex y aquellas que comprometen simultáneamente ambos, son múltiples. El objetivo de este caso es considerar aquellas que subyacen a una demencia en una anciana con manifestaciones corticosubcorticales y un deterioro cognitivo y funcional importante.

La edad es el principal factor de riesgo para una demencia cortical de tipo Alzheimer. Dicha enfermedad es la principal causa de compromiso de la memoria reciente y de demencia cortical, siendo el 65% de todas las demencias. La prevalencia de la Enfermedad de Alzheimer se incrementa con la edad (70 a 100% a los 100 años). Desde su primera descripción a comienzos del siglo XX, el diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer se ha optimizado diferenciando cada uno de sus estadios, empezando desde los más tempranos (como es el caso del llamado actualmente Deterioro Cognitivo Leve -DCL-) a los intermedios y avanzados o terminales.

Hasta el año 2003, el déficit de memoria era criterio *sine qua non* para hacer diagnóstico de demencia. La

descripción clínica de las enfermedades demenciantes demostró que existen entidades que no deterioran la memoria hasta estadios avanzados y el diagnóstico se hace con otros criterios (Ej.: Afasia Primaria Progresiva, Demencia Semántica etc.).

En el caso descrito en este artículo, muchos de los dominios alterados son corticales, lo que con relación a la edad y al tiempo de evolución, es consistente con una Demencia Tipo Alzheimer de comienzo tardío y por evaluación funcional podría corresponder a un puntaje de deterioro en la escala de Reisberg (GDS) de 4. Lo anterior es reforzado por el hecho de que a pesar de tener una enfermedad exacerbante de déficit cognitivo y de haber sido corregida (Hipotiroidismo), el puntaje del Minimental se estabilizó en 25/30 y la prueba del reloj continuó mostrando dificultades en la organización y planeación, señalando persistencia de alteraciones en la función visuoespacial y de las funciones ejecutivas.

El déficit de vitamina B12 establece un perfil típico subcortical en las personas que lo padecen y dependiendo de la severidad del cuadro, el parkinsonismo es inevitable. La reversibilidad y las secuelas estarán definidas por la duración del déficit y el esquema de reemplazo que se haya establecido. La demencia subcortical asociada a déficit de vitamina B12 es más frecuente de lo que se reporta y no necesariamente cursa con alteraciones hematológicas. Los niveles séricos altos de metilmalonato y homocisteína son marcadores tempranos de la carencia de vitamina B12 y ácido fólico y suelen elevarse antes de que aparezcan la enfermedad hematológica y la neurológica.

La paciente descrita tiene historia de déficit de B12 y no llevó a las consultas los resultados de niveles de B12 solicitados dentro del esquema de tamizaje paraclinico de las demencias, desconociéndose el tiempo de duración, severidad de la carencia y el esquema de reemplazo utilizado, por lo que debe ser considerada su persistencia ante un cuadro de demencia con características subcorticales.

Se diagnosticó en ella un hipotiroidismo al presentarse una urgencia metabólica asociada, con niveles severamente elevados de TSH, correlacionados con algunos de los síntomas referidos por la paciente durante la primera consulta, sugestivos de un hipotiroidismo de vieja data. La cronificación de la insuficiencia tiroidea permite la aparición de compromiso cognitivo, pasan-

do de un enlentecimiento en las funciones del pensamiento y un compromiso del estado afectivo, a una alteración de las funciones superiores subcorticales con posterior compromiso de la memoria y aparición de parkinsonismo.

La demencia por hipotiroidismo es la única demencia verdaderamente reversible dado que está definida por una pérdida del efecto trófico de la tiroides sobre el sistema nervioso central. El 5% de los pacientes con hipotiroidismo desarrolla demencia, la cual resuelve totalmente con una adecuada terapia de reemplazo sin quedar secuelas luego de su corrección (siempre y cuando no existan otras enfermedades asociadas).

En el caso discutido en este artículo, se hizo terapia de reemplazo hormonal y se corrigió el déficit aunque persistieron las secuelas cognitivas, que no es lo típico en una demencia por hipotiroidismo.

La paciente experimentó un episodio de ECV mayor de resolución parcial con exacerbación de los déficits cognitivos confirmados con una imagenología craneal tipo Tomografía Axial Computada (TAC) reportada como normal. En el estudio de las demencias la TAC tiene poco valor dado que no muestra en muchas ocasiones la presencia y extensión de algunas lesiones, como las lagunas o isquemias tempranas y las leucoencefalopatías, como sí lo hace la Resonancia Nuclear Magnética (RNM). La TAC puede ayudar a definir algunas lesiones que pueden explicar casos de demencia como el hidrocéfalo normotensivo, los hematomas intracraneales y algunos tumores de fosa anterior o incluso lesiones isquémicas extensas fácilmente evidenciables.

Un componente vascular asociado no es descartable en el caso de la paciente discutida dado que las lesiones isquémicas pueden generar un componente cortical o subcortical puro o mixto.

En la actualidad existe mucha controversia con relación a la existencia de demencias vasculares puras, dado que la participación de una enfermedad vascular es componente integral de todas las enfermedades degenerativas incluyendo la Enfermedad de Alzheimer.

La coexistencia de varias patologías y algunos antecedentes son claros en el caso clínico discutido; el perfil cognitivo de la demencia presentada por la paciente; el déficit residual luego de la terapia de reemplazo hor-

monal y la corrección de la causa de base, obligan a considerar una demencia de etiología multifactorial de tipo corticosubcortical en un puntaje de Reisberg (GDS) 4 y un puntaje de Hughes (CDR) 1, en la cual hay un componente degenerativo dado por una demencia tipo Alzheimer probable de aparición tardía, un componente vascular asociado, un agregado metabólico definido por un déficit de vitamina B 12 y un hipotiroidismo de vieja data. El síndrome demencial corticosubcortical está caracterizado por la concomitancia de déficits de la memoria reciente, disfunción ejecutiva, discalculia, inatención, alteraciones en la forma, curso y contenido del pensamiento, fenómenos motores de tipo parkinsonismo (bradikinesia, abulia motora) y alteraciones afectivas predominando la depresión.

El diagnóstico obligado es eminentemente clínico y de sospecha, utilizando algunos paraclínicos sugeridos por los consorcios y protocolos utilizados por grandes grupos de investigación, como: **NINCDS-ADRDA**, **NINDS-AIREN**, **CERAD**, **LUND-MANCHESTER** y **MAYO CLINIC**, de la mano con los criterios clínicos de clasificación establecidos por ellos y por el DSM-IV-TR y la CIE-10 (tabla 4).

Hemograma
VDRL
B12 sérica y folatos
TSH
Resonancia nuclear magnética cerebral

Tabla 4

Las pruebas neuropsicológicas son fundamentales para establecer el perfil cognitivo de las demencias; ellas son extensas, tediosas y poco prácticas, lo que hace necesario familiarizarse con elementos sencillos de tamizaje para deterioro cognitivo como el Minimental Test de Folstein, el Minimental Test de Lobo, el Test de Solomon, el Cuestionario rápido de Pfeiffer y el NEUROPSI.

El uso de herramientas simples tiene utilidad para evaluar de manera gruesa el deterioro y mejoría de algunas funciones cognitivas con relación al establecimiento de una terapia adecuada.

El Minimental Test de Folstein (MMSF) evalúa orientación, atención, cálculo, memoria episódica y de traba-

jo, lecto-escritura y función visuoespacial. Es una de las primeras herramientas validadas para realizar tamizaje en demencias en el consultorio de atención primaria y sigue siendo un elemento de gran valor en muchos de los estudios realizados sobre demencias, para evaluar seguimiento longitudinal de la evolución de la historia natural de la enfermedad y de evaluación del tratamiento farmacológico específico (anticolinérgicos y memantina).

El test de dibujo del reloj es un sub-test de la prueba de 5 minutos o test de Solomon y de la Batería de Luria y Nebraska, que evalúa la función visuoespacial, las funciones ejecutivas y las praxias constructivas; éste ha sido modificado para ser empleado como elemento de tamizaje y existen 3 versiones diferentes que evalúan de manera específica la capacidad de planear, ejecutar y secuenciar una función e igualmente la función visuoespacial y la praxia constructiva y motora. En conjunto con el MMSF puede servir con un entrenamiento básico sobre sus propiedades y bondades, como herramientas de tamizaje, evaluación y seguimiento longitudinal de los pacientes con síndromes demenciales, dado lo fácil, rápido y simple de su aplicación.

Tanto el Minimental test como el test de dibujo de reloj (clock drawing test), tienen una propiedad importante y es que son sensibles al cambio; esto quiere decir que pueden evidenciar, con el seguimiento longitudinal, deterioro asociado a la historia natural de la enfermedad o mejoría relacionada al establecimiento de un tratamiento adecuado de la patología o de la corrección de factores exacerbantes del deterioro cognitivo como ocurrió en el caso descrito anteriormente. A pesar de sus detractores, que los juzgan como elementos predictores individuales, y su pobre sensibilidad y especificidad, siguen teniendo importancia para la valoración gruesa en el consultorio de las funciones cognitivas y ayudan a establecer puntos de corte de normalidad y anormalidad en muchos de los estudios a nivel mundial sobre demencias.

La aplicación de pruebas de tamizaje como el MMSF y el test del dibujo del reloj, son solo una parte de un todo que es la evaluación multidimensional del paciente con demencia. La evaluación clínica y paraclínica en el contexto de las demencias debe seguir un orden preestablecido con el fin de ir descartando de manera progresiva las distintas entidades nosológicas causales de las demencias.

Un enfoque práctico y útil para no omitir situaciones es presentado por el grupo de la clínica de la memoria de la Universidad Javeriana y se resume a continuación en la figura 6.

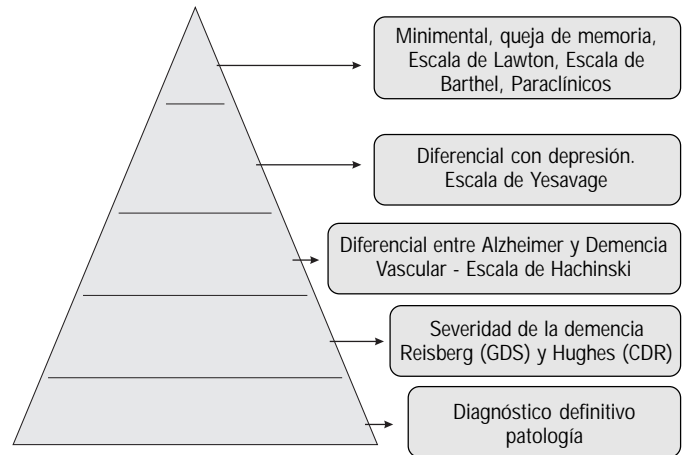


Figura 6.

Bibliografía

1. Knopman David S, Boeve Bradley F, Petersen Ronald F. Essentials of the proper diagnosis of mild cognitive impairment, dementia and major subtypes of dementia. *Mayo Clin Proc* 2003; 78: 1290-1308.
2. Ross Webster G, Bowen James D. The Diagnosis and differential diagnosis of Dementia. *Med Clin N Am* 2002; 86: 455-476.
3. Ritchie Karen, Lovestone Simon. The dementias. *The Lancet* 2002; 360: 1759-1766.
4. Geldmacher David S, Whitehouse Peter J. Evaluation of dementia. *N Engl J Med* 1996;335:330-336.
5. Ponds Rudolf W. Age related changes in subjective cognitive functioning. *Educational Gerontology* 2000; 26: 67-81.
6. Moreno A, Montañés P, Cano C, Plata S, Gámez A. Comparación de perfiles Neuropsicológicos del viejo-joven y el viejo-viejo. *Rev Asoc Colomb Gerontol Geriatr* 2005; 19; 2:776-796.

EL SENTIMIENTO DE SOLEDAD EN EL ADULTO MAYOR

Jairo Cardona Jiménez, María Mercedes Villamil Gallego
Corporación Universitaria Remington

Resumen

La soledad es un tema de gran controversia en la actualidad. En este texto se toman algunos conceptos y tipos de soledad, luego se centra en la soledad que experimenta el adulto mayor mostrando que las vivencias propias de su ciclo vital se entrelazan con el lugar en que la sociedad lo ha ubicado. Frente a esto, se dan sugerencias expresadas por diversos autores para afrontar dicha situación. De la bibliografía revisada se resalta la manera negativa en que aparece el sentimiento de soledad, la tendencia a explicar las causas y soluciones como aspectos externos, relegando lo individual a un segundo plano. Por tanto es necesario profundizar más en el tema y en especial en Colombia se requiere conocer la manera en que los adultos mayores perciben y viven la soledad y los factores asociados a ella.

Palabras clave: soledad, adulto mayor, conceptos de soledad, tipos de soledad.

Introducción

Se hace necesario y a la vez urgente conocer más sobre el adulto mayor, no solamente las circunstancias sociales que lo rodean, sino también lo que siente y piensa; para ello es necesario hablar del sentimiento de soledad.

En este artículo se muestra cómo la soledad se enlaza con conceptos tales como privacidad, sentimiento frustrado, experiencias aversivas, carencia de sostén afectivo, de compañía y aislamiento.

Estos conceptos son enfocados de manera distinta por cada autor, mostrando que la forma en que se asimila es generalmente negativa. Los autores consultados hablan de dos tipos de soledad: una interna (subjetiva) y otra externa (objetiva), enunciando otras categorías de acuerdo a las relaciones que se establecen con el medio.

En Iberoamérica no se ha estudiado ampliamente este tema, pero en España se encontraron artículos de la soledad en el adulto mayor. En Colombia no se hallaron estudios que enfocaran el tema de la soledad, aunque existe multiplicidad de artículos que aluden al tema.

En la vejez convergen factores como las pérdidas biológicas, familiares y sociales de la mano con la exclusión social, situaciones que implican mayor vulnerabilidad de la población en mención. Se refieren las condiciones externas que rodean al adulto mayor cuando experimenta ese sentimiento de soledad y muy poco los aspectos internos que lo condicionan y que de algún modo, él ha elegido.

Frente a las sugerencias sobre cómo enfrentar la soledad, se menciona el autocuidado, la responsabilidad personal, se invita a la sociedad a mejorar las condiciones básicas de esta población, y a ampliar la red familiar y social.

En nuestro país se hace necesario investigar acerca de la soledad en el adulto mayor, como condición básica para fortalecer las intervenciones que se realicen a este grupo poblacional.

Conceptos

Para abordar el término “soledad» se mostrará primero cómo lo han referenciado diversas áreas del conocimiento y luego los conceptos que algunos autores plantean.

Según la Psicología, se argumenta que desde su nacimiento el infante experimenta momentos de soledad y también de integralidad, jugando un papel relevante la presencia de figuras significativas y los espacios en que nadie lo acompaña.

Por su parte la Antropología y la Sociología nos demuestran que el hombre ha sido un ser gregario por excelencia y que durante su proceso de socialización ha frecuentado diversos grupos que le han permitido fortalecer su identidad, compartir y crear; mas las influencias del mundo moderno, la era de las máquinas y la influencia del capitalismo, ha fomentado la individualidad, la privacidad, resquebrajando la solidaridad y los vínculos, llevando al individuo a sentirse cada vez más solo e incomprendido.

En cuanto a la Filosofía, ésta nos dice que el hombre, en búsqueda del sentido hacia la vida, se ha encontrado con su soledad y, la forma de afrontarla, le permite obtener seguridad y conciencia de sí. Se argumenta igualmente que al hombre le cuesta estar solo por temor a la pregunta, a la confrontación consigo mismo y a lo que pueda significar estar solo socialmente (exclusión, dolor, molestia, etc.).

La Literatura a través de sus narraciones, nos muestra que en las vivencias de los sujetos, mientras ellos construyen su mundo, se encuentran con ese sentimiento y asumen una postura frente a la vida bien sea de negación o aceptación.

Respecto al adulto mayor, se habla de diversos modelos de socialización que tocan con su soledad. La teoría de la desvinculación, por ejemplo, nos menciona que el adulto mayor es propenso al aislamiento social y que la sociedad de algún modo lo va relegando a un segundo plano.

La teoría de la actividad por su parte refiere que los continuos cambios sociales y las exigencias de productividad, desplazan al anciano por considerarlo poco apto para los requerimientos del medio.

Por su parte la teoría del retraimiento sostiene que el mismo individuo (adulto mayor) se aísla, lo que implica que hay una postura subjetiva por parte del anciano, pero igualmente la sociedad al modelar los sujetos, idealiza a algunos y rechaza a aquellos que están por fuera de los modelos productivos.

Estas teorías además, están sustentadas en el ciclo evolutivo por el que atraviesa el adulto mayor, donde vemos cómo la disminución de autoeficiencia determinada por la pérdida de la autonomía, adaptabilidad y disfuncionalidad motriz, lleva a una menor oportunidad de comunicación e intercambio social con sus semejantes. Igualmente, la pérdida de sus contemporáneos y su pareja, hacen del adulto mayor un grupo poblacional especialmente vulnerable a la soledad.

En cuanto al concepto como tal, encontramos que para Gonzalo Canal Ramírez la soledad es una exigencia para que el hombre se interiorice y se relacione con su ser, o en oportunidades, el resultado de un vacío doloroso. Para John G McGraw, “La soledad es un sentimiento de insatisfacción e inquietud frente a un vacío profundo. El vacío está cargado de negatividad”. Para Peplau y Perlman, la soledad es una respuesta al choque entre la relación deseada con el otro y la real. Es una vivencia en la cual existe rechazo, similar a sentimientos como la depresión y la ansiedad. Young, citado en el artículo “¿De dónde viene la soledad?” define la soledad como la ausencia o sensación de ausencia de relaciones sociales gratas.

En la revista mundo cristiano, se afirma que la soledad implica la ausencia de un vínculo afectivo y se demuestra mediante un sentimiento de miedo ante lo que se desconoce; la soledad va estableciendo una posición de tristeza, con diversos matices de acuerdo a la posición que el individuo adopta frente al medio: ansiedad o inhibición, inseguridad o agresividad, creciente languidez para las actividades intelectuales, falta de energía, rechazo para asumir las situaciones del presente, inclinación a exagerar las situaciones más sencillas, nostalgia excesiva por el pasado, mayor incredulidad, susceptibilidad paranoide, entre otras. La soledad persigue al hombre y lo pone de frente con su realidad, con sus incapacidades, con las recriminaciones frente a lo vivido, con la vivencia actual molesta y con un futuro incierto.

Pérez Marín afirma “la soledad es la carencia de compañía”, que puede ser voluntaria cuando el individuo

desea separarse de todo y encontrarse consigo mismo, por ejemplo; o impuesta, que se puede presentar en cualquier etapa de la vida, pero que es más dolorosa en la vejez.

La revista *Dirección general de promoción y prevención de la salud* menciona: "la soledad es la opción de quedarse a solas con uno mismo para reflexionar y meditar y la ausencia de otro a quien importo y quien está presto a acudir a mi encuentro si lo necesito o lo busco". Ramona Rubio y Manuel Aleixandre afirman que para comprender el concepto de soledad, se debe iniciar por entender los términos "sentir" y "estar"; el primero hace referencia al sentimiento que genera la pena, tristeza o nostalgia, aunque materialmente se esté acompañado de personas. El segundo se refiere al aislamiento social, la carencia de redes sociales, la marginación y el desarraigo. En el contexto de la soledad se habla de dos términos, el estar solo y el sentirse solo. En esta línea y referenciados por los autores anteriores, Tunstall J. (*Old and Alone: a sociological study of old people*. Londres, 1996), hace diferencia entre aislamiento y soledad: mientras que el primer concepto hace referencia a la objetividad, a la carencia de contactos sociales, el segundo alude a las vivencias subjetivas de la estructura de las interacciones sociales.

La *Revista Colombiana de Psiquiatría*, refiere que la conceptualización que el hombre ha realizado frente a su soledad depende del momento histórico y del desarrollo social. Hace una referencia a la soledad, la vida y la muerte como una evolución estrechamente ligada a los procesos socio históricos del hombre, señala la existencia de un paralelismo entre la estructura del yo individual y la sociedad y, por consiguiente, del concepto muerte y soledad. Además, con la ayuda de la Antropología, la Sociología, la Historia y la Filosofía se ha observado que el hombre recorre siete fases en su proceso de soledad y de muerte. Cada una de ellas está demarcada por características propias bien delimitadas por la cultura de la época y los rituales que el hombre ha construido para mitigar el dolor ante el hecho de no ser, para aceptar o rechazar el vacío que deja la no presencia.

En la revista *Sesenta y más*, se menciona que la concepción que tienen los adultos mayores con respecto a la soledad es diferente de acuerdo a su estado civil. Las personas separadas y divorciadas son las que en mayor medida refieren sentimientos de soledad y tris-

teza y/o incompreensión de su pareja; las solteras destacan la ausencia de alguien a quien acudir, las viudas son más sensibles a la pérdida de seres queridos y a la ausencia de una pareja estable.

Tipos de soledad

A partir de los 80, se comenzó a hablar del sentimiento de soledad y se crearon escalas de medición tales como la UCLA (escala que muestra variables cognitivas y emotivas). El aspecto cognitivo es la percepción del individuo frente a las relaciones, y el componente emotivo es el sentimiento adverso que puede ir desde la molestia al dolor profundo. Saturdino Álvarez Turienzo, en su libro nos hace un recorrido profundo de diversos autores que hablan de la soledad y nos demuestra que es un sentimiento que el individuo debe experimentar, que forma parte de su existencia y del que huye, refugiándose en la cultura. La sociedad rechaza y vende modelos que impiden al hombre encontrarse, conocerse y crear. Para este autor, existen dos tipos de soledad: la interior y la exterior. La primera, se relaciona con la intimidad del ser y la exterior, con el funcionamiento social. Existen además dos formas de soledad: la de las pasivas muchedumbres solitarias y la de los testigos lúcidos que se sienten impregnados de ella. Sin embargo, muchas veces se está solo sin saber el porqué ni el para qué de esa soledad. John G. McGraw nos habla de muchas soledades: metafísica, relacionada con la falta de solidaridad y solidez íntima y significativa con otros seres; epistemológica, donde el conocimiento propio de otras personas es superficial; comunicativa, donde el diálogo es escaso con el otro; ontológica, es la falta de presencia del ser en uno mismo, sentimiento de división o divisibilidad del ser; étnica, la soledad que se experimenta de acuerdo a la raza, las costumbres, la identidad; existencial, soledad inherente a la libertad, selección y responsabilidad al igual que la formación de valores, decretos y compromisos. Vincula la faena de encarar la soledad en todas sus formas: emocional, vinculada al aspecto afectivo; social, vinculada a la amistad; cultural, hace alusión a grupos y sociedades que se consideran excluidas; cósmica, sentimiento de estar solo en un universo impersonal. Para Weiss existen dos tipos de soledad: la emocional y la social. La primera es la falta de vínculo afectivo fuerte, la social está ligada con la poca o esporádica relación del individuo con los otros. Este autor distinguió entre teorías situacionales y caracterológicas para explicar la soledad. La primera enfatiza acerca del as-

pecto externo como factor favorable para que se vivencie la soledad; asuntos como la muerte, el cambio de vivienda y el aislamiento. La segunda se refiere a las diferencias individuales, donde ciertas personas estarían más dispuestas a la soledad, siendo la personalidad un factor relevante. Julio Iglesias, en su investigación cualitativa, distingue dos tipos de soledad: objetiva y subjetiva. La primera, relacionada con la falta de compañía que no necesariamente implica una vivencia desagradable, y la subjetiva que tiene que ver con un sentimiento doloroso y temido. Se resaltan sentimientos negativos como la tristeza y la sensación de vacío.

Alfonso Aver distingue entre “aislamiento y soledad”: mientras que aislamiento se refiere al campo objetivo de los contactos sociales, el concepto de “soledad” alude a las vivencias subjetivas de la estructura de las interacciones sociales.

El sentimiento subjetivo de la soledad no está determinado en modo alguno por la frecuencia objetiva de los contactos. Algunas personas se sienten solitarias pero nunca aisladas a juzgar por la cantidad y la índole de contactos sociales comprobables objetivamente.

En la revista española *Sesenta y más*, se habla de que la soledad objetiva es referida a la falta de compañía permanente o temporal, aunque se afirma que este tipo de soledad no siempre implica una vivencia desagradable, sino que puede ser una experiencia buscada y enriquecedora. En relación a la soledad subjetiva, la padecen las personas que se sienten solas, no es nunca una situación buscada, sino impuesta por la situación de la persona que la sufre.

Por su parte, Ramona Rubio y Manuel Aleixandre”, muestran los análisis realizados para diseñar un instrumento que permitiese obtener una puntuación objetiva de la soledad. Los ítems que componen el instrumento proceden de escalas objetivas y de probada eficiencia tales como la UCLA, la ESLI, la SELSA y la escala de satisfacción vital de Philadelphia, las cuales fueron seleccionadas con base en su capacidad para explicar la varianza de una serie de indicadores subjetivos de soledad como son la auto-percepción del nivel de soledad, la percepción del nivel de apoyo social recibido y el nivel de satisfacción con los contactos sociales. La escala consta de 36 ítems que según el análisis factorial de componentes principales realizados, se

agrupan en cuatro factores que hacen referencia a la “soledad familiar”, la soledad conyugal”, “la soledad social” y la “soledad existencial”. Se ha denominado la escala ESTE de soledad.

Investigaciones y artículos

Enfocándonos en el sentimiento de soledad en el adulto mayor encontramos necesario revisar algunas investigaciones y artículos que nos dan luces sobre el tema. Juan López Doblas realizó una investigación que habla particularmente del sentimiento de soledad en las personas que viven solas. Menciona que entre las razones más propensas para la aparición del sentimiento, sobresalen los problemas personales de adaptación a la viudez y muestra cómo dicho sentimiento se entrelaza con la depresión.

En Cuba, en un estudio exploratorio de corte transversal en un área del municipio Primero de octubre, de la Ciudad de la Habana, se describen aspectos externos en el adulto mayor tales como el lugar ocupado en la sociedad, la necesidad de diálogo, el poco apoyo, los choques intergeneracionales, la dependencia, la poca participación en actividades y aspectos internos como el sentimiento de soledad y de exclusión, la poca adaptabilidad a la jubilación, miedo frente a las enfermedades, inquietud por pérdida de personas queridas, la preocupación constante, poco sentido de vida y negatividad.

Julio Iglesias, en su investigación, nos habla de que el primer acontecimiento importante que suelen enfrentar las personas mayores es el abandono del hogar por parte de los hijos, la muerte del cónyuge y la salida del mercado laboral donde sobreviene el aislamiento social.

En Argentina, al hablar del suicidio en el anciano, mencionan aspectos que se relacionan con esta conducta tales como la soledad, el aislamiento, la enfermedad somática y la depresión. El sentimiento de exclusión, la tristeza, los problemas orgánicos y la idea de sentirse no apto, conllevan a un sentimiento de vergüenza y favorecen el sentimiento de minusvalía y el suicidio. Estos factores psicosociales pesan más en el anciano que en las personas más jóvenes.

En Colombia se realizó un estudio sobre la calidad de vida del adulto mayor y entre las conclusiones se resal-

ta que si bien la vejez tiene características propias, las estructuras culturales, sociales y económicas limitan su participación, argumentando su inferioridad física y el deseo de descansar y aislarse de los demás.

Se señala el aislamiento social en la vejez causado por el declive de las capacidades físicas y mentales. La comunicación con los miembros de la familia, los amigos, los vecinos, los compañeros y los grupos comunitarios son fundamentales para la salud en todas las edades, ya que es probable que las personas mayores pierdan a sus seres queridos y amigos y sean más vulnerables a la soledad, el aislamiento social y a un grupo social más reducido.

Se demuestra que a nuestra sociedad le falta trabajar mucho por el anciano empezando por brindar las condiciones básicas para su existencia tales como alimentación, salud, vestido y vivienda.

En “buena salud”, psicólogos especializados en el tema sostienen que existen múltiples características para que esta porción de la sociedad esté actualmente aislada. El concepto capitalista de la sociedad, según el cual “lo que no sirve se tira” se llevó a la práctica con los más viejos. Son rechazados de los puestos de trabajo, aislados de las familias y en algunos casos, con matrimonios que terminan en la viudez. Según Tetamanti, el aspecto individualista de las sociedades contemporáneas deja solos a los ancianos, el grupo humano con mayores índices de desempleo. De la misma forma, agrega la experta, el cambio físico y de su entorno familiar, los lleva a sufrir de depresión y a ser el grupo humano con mayores tasas de suicidios.

La soledad, explica el Dr. Kabbabe, es una situación terrible para un anciano: puede llegar a padecer enfermedades psicosomáticas producidas por la depresión, en busca de llamar la atención cree tener enfermedades que no tiene realmente (hipocondría), pueden presentarse problemas de memoria “olvidos benignos propios de la edad” y puede desembocar en un mal de Alzheimer. La muerte neuronal produce cambios en la personalidad, se presentan ideas paranoicas como consecuencia de la pérdida de la memoria lo que genera conflictos familiares. Los ancianos que no pueden valerse por sí mismos, entran en una etapa casi infantil de dependencia que, sumada al hecho de no tener a alguien que les ofrezca el cariño que necesitan, puede llevar a profundas depresiones.

Según la Dirección de promoción y prevención de salud en España, varios son los factores que contribuyen a que los ancianos se queden aislados. Estos son: la muerte o ausencia de sus congéneres, dificultades motoras y de desplazamiento, limitaciones perceptivas (sordera, ceguera) que marcan barreras con los otros, diferentes ritmos de vida con las generaciones más jóvenes, insuficiencias económicas que les impide alternar, además la disminución de su capacidad adquisitiva, la inversión de papeles en la relación parentofamiliar pasando de ser líderes a ocupar puestos de dependencia, y la ausencia de tareas útiles, lleva a muchos adultos mayores a sentirse profundamente devaluados e inútiles e incapaces de aportar nada a los demás y una carga molesta en una sociedad donde prima la productividad, el rendimiento de la eficacia y lo novedoso, desembocando en una pérdida de la autoestima.

Pérez Marín Observa cómo el papel de los ancianos se va devaluando, “ya no son los sabios, ya no son los respetados. Han perdido su lugar en la vida” y refiere a David Riesman en su libro “la muchedumbre solitaria” quien afirma: “las abuelas como autoridades están tan pasadas de moda como las gobernantas” o “los extraños en el hogar resultan cada vez más intolerables”. La eliminación de la abuela de su rol central en el hogar es un símbolo de la rapidez con que se están produciendo los cambios en la sociedad.

Igualmente considera una pérdida de valores para la sociedad la poca comunicación entre los abuelos y los nietos “no poder transmitir a las nuevas generaciones los conocimientos adquiridos en la más sabia de las universidades que es la universidad de la vida”, “cuando somos más pacientes y cariñosos no podemos transmitir a los nuestros los sentimientos más profundos”.

Pablo García menciona que el aumento de la esperanza de vida especialmente en las mujeres y la disminución de grupos etáreos más jóvenes, afecta la asistencia a quienes necesitan más cuidados en la etapa final de sus vidas. Enuncia que no es ya la familia la unidad económica básica de la sociedad, pues actualmente la unidad primaria es el individuo y después la empresa, agente de los intercambios mercantiles que van colonizando otras esferas de la relación social por lo que los vínculos familiares y comunitarios se hacen cada vez más privados, menos relevantes para la identidad social de las personas. Los que más sufren la soledad

son los divorciados y son los que menos recursos tienen para afrontarla.

En la revista *Sesenta y más*, se dice que el primer acontecimiento importante que puede precipitar la soledad en el adulto mayor es el abandono del hogar por parte de los hijos (síndrome del nido vacío). La muerte de uno de los cónyuges es el acontecimiento más traumático; cuanto más unida esté la pareja, mayor será el impacto emocional por parte de uno de ellos. Las circunstancias que precipitan la soledad en los adultos mayores son: el deterioro de las relaciones familiares, el aislamiento social y la menor participación en actividades agradables. Desde los ámbitos sociales se debe luchar contra la soledad. "Si no se palia a tiempo puede acabar en enfermedades limitativas e incluso en una demencia progresiva de la persona que la padece".

Estadísticas

La OMS (Organización Mundial de la Salud) revela que el grupo de edad que tiene las más altas tasas de crecimiento en el mundo está entre los 65 y 85 años, ligado al mejoramiento de la alimentación y al crecimiento en la cobertura de servicios de salud pública. América Latina y el Caribe tienen más de 32 millones de personas por lo menos con 60 años y está aumentando a una tasa anual del 3% en comparación al 1.9% de la población total. En Colombia se estimaba en 1991 que el 6.7% de los hombres y el 8% de las mujeres tenían esta edad y se proyecta que para el año 2020 sean 6.850.000 personas de ambos sexos.

Pablo Ruiz, por su parte, menciona que en España existen tres millones de personas que viven solas y que el 20% de los hogares está ocupado por una sola persona. En Alemania el 36%, en Francia el 31%, en París sube al 40%, en el norte de Europa más de una tercera parte de la población vive sola; en Italia, Grecia y Portugal, las cifras son menores.

Por otra parte, la desigualdad económica y los problemas de salud mental como depresión, ansiedad, trastornos sicóticos y suicidios se incrementan con la edad según la OMS. Para Colombia se encontró una prevalencia de 25.2% de depresión en los adultos mayores frente a un 19.6% de la población total.

En Colombia no se hallaron estudios que nos muestren la soledad que experimentan nuestros adultos mayores.

Sugerencias para afrontar la soledad

Jhon Fredy Rodríguez analiza en su tesis que la soledad es un sentimiento propio del ser, pero que se agudiza en el adulto mayor con la pérdida de personas significativas. Sin embargo, este tipo de acontecimiento no significa que el adulto mayor le pierda totalmente el sentido a la vida y pierda las esperanzas. Incluso, en ocasiones se elabora el duelo mediante la diversión, la verbalización y la oración.

Pablo García muestra recomendaciones que van desde el nivel nacional al particular. Por ejemplo, en Alemania se proponen dedicar el 1.7% del salario bruto a la creación de un fondo cuyos cotizantes serían los beneficiarios, no según el nivel de aportes sino su nivel de necesidades cuando sean adultos mayores. Además de fortalecer las organizaciones, asociaciones y redes de apoyo ciudadano que tienen como función brindar atención al adulto mayor, el Estado debe garantizar un mínimo de independencia económica en forma de pensiones a quienes lo necesitan.

La Dirección General de Promoción y Prevención de la Salud de España, sugiere que el anciano debe integrarse a la vida con los demás, realizar tareas y participar día a día con sus congéneres. Facilitar que el adulto mayor ocupe su tiempo en actividades útiles con sentido y no limitarse únicamente a entretenerlo, respetar su búsqueda de tiempos propios para reconocimiento y dirección, a cambio él devolverá su experiencia y sabiduría a las personas que le rodean, quienes deben aprovechar sus mensajes y ofertas para no desaprovechar la riqueza de los mismos. Es necesario que la sociedad y todas sus células (comunidad, colectivos, vecindario y familia) no ignoren que nuestros ancianos siguen siendo ciudadanos con plenos derechos y obligaciones.

A nivel comunitario el personal que comparte con los adultos mayores debe tener en cuenta los tres niveles potenciales en los que se debe establecer la comunicación con ellos: una comunicación operativa que deberá evitar distorsiones como las producidas por problemas en la recepción, por lo que resulta fundamental vigilar el correcto funcionamiento de los audífonos y gafas, así como extremar la pronunciación y el volumen de la voz. En segundo lugar, la comunicación debe ser individualizada y humana, que se transmita al vivo la vivencia de ser uno más que es aceptado y

valorado, que vive con otros y que pertenece a un grupo humano en el que juega un papel activo. Para esto es necesario aprovechar sus habilidades y tratarlo como a un ser con personalidad propia. En tercer lugar, una comunicación íntima y personal que busque un encuentro profundo con el adulto mayor, compartir sus deseos y angustias, conocer sus aspiraciones y rechazos, que se nos revele como alguien significativo, importante, que nos interesa como ser humano, único e irreplicable. Cualquier acción que induzca la comunicación, representa una ayuda invaluable para la persona anciana que padece de aislamiento y soledad.

A nivel personal se le recomienda al anciano: mantenerse informado (televisión, radio, prensa, etc.), ayudar y responsabilizarse de algunas tareas domésticas, colaborar en las actividades del vecindario, cultivar las reuniones de amigos, de familiares o conocidos, mantener correspondencia con personas cercanas, participar en actividades sociales, estudiar o prepararse para ocupaciones alternativas, desarrollar actividad física en grupo, ofrecerse para tareas altruistas.

Pérez Marín recomienda para remediar la soledad “no aislarse, buscar relaciones estimulantes y de cariño dentro y fuera de la familia”, además, “tenemos la obligación ineludible de ser felices” ocupándonos de otras personas, asistir a los centros día o asociaciones barriales, las salidas y los bailes que devuelven la alegría de la juventud y son un complemento físico para los adultos mayores, sobre todo para los hombres que han perdido su pareja en quienes la vida parece hacerse imposible; es un error continuar solos, “hay que buscarse una compañera”.

Para Julio Iglesias dicho sentimiento se previene o se supera cuando se realizan actividades que favorecen el cultivo de relaciones familiares y sociales.

El psiquiatra venezolano Rubén Hernández afirma: “la soledad es el peor enemigo de una persona que se encuentre en la tercera y cuarta edad (50 a 100 años) y cada persona debe asumir su responsabilidad; si nuestros padres nos dieron la oportunidad de formarnos y educarnos, pues al final de la vida de ellos, nosotros tenemos la obligación de cuidarlos. La mejor terapia para la soledad es la integración familiar.

Análisis

El sentimiento de soledad es nombrado por multiplicidad de autores, es universal. Lo universal nos muestra que hay identidad y que pese a las diferencias culturales, está intrínseco en la humanidad.

Se relaciona con una situación que puede generar enfermedad y muerte (suicidio, enfermedades psicósomáticas, depresión, hipocondría) lo cual nos lleva a preguntarnos ¿será necesario tomarla como un problema de salud pública?

Además se entrelaza con aspectos sociales, con la insatisfacción de necesidades básicas, la exclusión del anciano en el mercado, la percepción cultural de inútil, entre otros. A nivel familiar se relaciona con las pérdidas, el poco apoyo y la indiferencia.

E igualmente se apunta el sentimiento de soledad como algo negativo, una sensación de vacío molesto que “hay que atacar” porque resulta en ocasiones amenazante debido a las consecuencias que trae consigo. Esto nos lleva a hacernos preguntas como ¿qué implica tomarlo como algo negativo? ¿Hasta qué punto la situación cambiaría si el adulto mayor dejara de sentirse solo? Ahora, ¿Qué más debemos saber de dicho sentimiento? ¿El problema es erradicar un sentimiento que acompaña al individuo a lo largo de su vida? ¿Será posible que un adulto mayor pueda realizarse pese a su soledad? ¿Cuáles esferas de su vida son las más afectadas por este sentimiento?

Estas preguntas nos abren un nuevo panorama no solo hacia el concepto de soledad sino hacia la multiplicidad de significados que pueden encontrarse de acuerdo a la vivencia del individuo.

Por ende, no es posible establecer estrategias de intervención internas cuando de entrada se estipula que es el sentimiento el que hay que “acabar” y ¿cómo desde la intervención externa se puede abordar eso interno que pesa?

Por tanto, creemos que el concepto de soledad debe revisarse y profundizar sobre todo en los aspectos internos que condicionan dicho sentir. Y si bien se tienen datos del adulto mayor, la realidad que se experimenta desde allí, aún está confusa, no sabemos si en su vivencia pesa más lo familiar, lo social, las frustraciones o en sí la forma en que percibe su mundo y lo construye.

Conclusiones

Tanto en otros países como en el nuestro, el tema aparece siempre presente e incluso muchos Estados brindan al adulto mayor las condiciones básicas para mejorar su calidad de vida; pero esto sigue siendo insuficiente ya que día a día ha aumentado el número de personas solas que se sienten agobiadas y enfrentan situaciones como la depresión, el suicidio y las enfermedades, entre otras, mostrándonos así la gran conexión que tiene la soledad con el sentido de vida.

Encontramos pocas investigaciones en Colombia que hablen de la soledad del adulto mayor y esto nos lleva a preguntarnos muchas cosas como por ejemplo: ¿No hay quién se interese por el sentimiento de soledad en el adulto mayor? ¿Es algo tan normal que pasa desapercibido? ¿Qué importancia tiene el tema en nuestro contexto? ¿Realmente sí nos estamos preocupando por la calidad de vida de esta población? ¿Se hace necesario buscar nuevos indicadores que midan efectivamente la calidad de vida en el adulto mayor? Se habla del adulto mayor pero poco de su sentir y de las condiciones internas que de algún modo lo invaden.

Pero es que el tema de la soledad en sí, es complejo. Si observamos los conceptos, nos encontramos ante un universo, ante realidades que abarcan el plano personal, familiar y social, siendo clave que es una realidad que toca a todos y cuya vivencia es amarga y se entrelaza con experiencias frustrantes, pasadas, con pérdidas irreparables. También se muestra que la soledad es un sentimiento que toca con el ser, que lo acompaña, que en determinados momentos se hace más palpable, momentos que se entrelazan con situaciones exteriores como crisis inesperadas, de maduración o desvalimiento. Se percibe que en ocasiones la soledad es más agobiante dependiendo además de la personalidad, de la historia e igualmente del acompañamiento social y familiar que en ese momento se vivencie.

Estar solo, según la tendencia de los autores, es doloroso y, en momentos, insoportable; al parecer, nuestra cultura no está preparada para que cada individuo aprenda de su soledad, la disfrute y construya nuevas alternativas frente a su vivencia. Por otro lado, se observa que la sociedad es excluyente, maquinizada, envuelta en una cultura del tener y por ende, ignora la soledad, busca negarla y vende ideales de ser.

Aunque se plantean sugerencias para enfrentar la soledad, éstas son superficiales e insuficientes haciéndose necesario profundizar en el tema, incluyendo tanto los factores internos, como los externos que permean la vivencia del adulto mayor. Un abordaje más profundo implicaría acciones reales en pro de la calidad de vida de una manera integral. La sociedad no puede seguir excluyendo al adulto mayor, negando su realidad, poniendo máscaras, ignorando la existencia de vacíos, negando la soledad, pero para poder trabajar en esto, hay que conocer cómo es esta realidad y también qué está haciendo el adulto mayor para enfrentarla.

Bibliografía

1. Canal Ramírez, Gonzalo. Envejecer no es deteriorarse, Bogotá, 1981.
2. McGrawn John. Revista de filosofía, México. Vol. 30. No. 88 Enero-abril/97.
3. Peplau. Perlman. La soledad (artículo de Internet) www.enplenitud.com/nota (Consulta: 13 febrero de 2005).
4. Saldaña Lozano Adriana. Molina Pérez Gloria. "¿De dónde viene la soledad?" (artículo de Internet) www.enplenitud.com/nota. (Consulta: 13 febrero de 2005).
5. Revista mundo cristiano. No. 460. Madrid. Enero de 2000.
6. Pérez Marín, C, "La Soledad", Rev. Geriátrica, Vol. 13(5) Madrid 1997 . pp. 233-236.
7. DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD. Rev.: "El anciano en su casa" Guía de cuidados para familiares, auxiliares a domicilio, voluntariado y ancianos solos. Madrid 1994. pp. 75-80.
8. Rubio R, Aleixandre M. Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre el estar solo y el sentirse solo. U. de Granada. Rev. Mult Gerontol 2001; 11(1). pp23-28.
9. Los procesos de la soledad y la muerte a través de la historia En la revista Colombiana de Psiquiatría vol. 25 No. 3 Septiembre1996. Pág.167-175.

10. La soledad de las personas mayores. Rev. Sesenta y más. Publicación Nº 194, Junio 2001. Madrid.
11. Álvarez T, Saturdino. El hombre y su soledad, Salamanca, 1983. [Mc GRAW12] Op cit.
12. Weiss la soledad (artículo de Internet) www.enplenitud.com/nota (consulta: 13 febrero de 2005).
13. Iglesias Julio. La soledad como consecuencia de la jubilación y la viudez, Universidad de Granada, Facultad de sociología, España. 2003.
14. Aver Alfonso. Envejecer bien, un estímulo ético. Barcelona 1995.
15. Rubio R. y Aleixandre M.: Un Estudio sobre la soledad. En Revista Geriatrika. Granada. Vol. 15 (9), 1999.
16. López D, Juan. "El fenómeno de la soledad residencial en la vejez". 4º Congreso de Antropología, Universidad de Granada, España: 2003.
17. Fernández B, Sonia et al. Factores psicosociales presentes en la tercera edad. Rev. Cubana de Epidemiología, 2001. 39 (2). Pág. 77-81.
18. Revista Argentina de Clínica neuropsiquiátrica: Factores de riesgo suicida en el anciano. Vol. 8, No. 2. Octubre/99. Pág. 103-112.
19. Cardona A, Doris, Estrada R, Alejandro, Agudelo G, Héctor. Envejecer nos toca a todos. Caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor Medellín, 2002. Facultad Nacional de Salud Pública." Héctor Abad Gómez". Medellín. 2003.
20. La soledad, implacable verdugo de ancianos. En: www.buenasalud.com.
21. García Ruiz, Pablo. Solitario en REV. Nuestro tiempo. Nº 593, Noviembre 2003. Pamplona. Pág. 15-21.
22. OPS Publicación científica Nº 546. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Washington D.C. 1994. 488 p.
23. Rodríguez J. El sentido de vida y la elaboración del duelo en el adulto frente a la soledad causada por la muerte súbita de un ser querido. Medellín, Universidad de San Buenaventura, Facultad de Psicología, 1992.

Espacio de publicidad

Espacio de publicidad

Espacio de publicidad