

Nuestros@Mayores

Abril 2022 | # 05

Revista de  Fundación Astur para las personas mayores



Anemia en el adulto mayor

Un viejo conocido, un diagnóstico subvalorado



Alberto Calcagno

El sueño de cambiar vidas



Glaucoma

El enemigo silencioso de la visión



El cuidador

¿Qué lugar ocupa en el bienestar de las personas mayores?



Staff

Consejo de Administración

Enrique V. Iglesias. Presidente
Carlos Steneri. Vicepresidente
Magalí Mauad. Secretaria
Hernán Caamaño
Graciela Catañy
Adolfo Garcé
Guillermo Iglesias
Héctor A. Luisi
Ricardo Pascale
Gunther Rotzinger
María Magdalena Secco
Juan José Taccone

Consejo Asesor

Juan José Taccone. Presidente
José César Iglesias. Vicepresidente

Consejo Editor Asesor

José María Puppo
Juan José Taccone
Mercedes Inciarte
Virginia González



Editor Asesor del Área Científica:

Dr. Aldo Sgaravatti, representante de la SUGG.
Sociedad Uruguaya de Gerontología y Geriatría

Colaboradores:

Rosario Collazo

Contenidos a cargo de:

Dr. Oscar López | Lic. Ana Algaré | Lic. Noelia Perazza |
Lic. Noelia Ramírez | Lic. Carol Viera | Dra. Noelia Riveron
| Dr. Marcel Bouvier | Dr. Santiago Cedrés | Dr. Gerardo
Amilivia Sánchez

Periodistas: Carolina Notalgiovanni

Diseño y diagramación: Antwork

Fotos: Fundación Astur | Fundappas | Marita Perdomo |
pixabay.com | Freepik.es

Agradecimientos: Alberto Calcagno, Marita Perdomo.

Impresión:

Dirección, producción y coordinación general:



Tel.: 2487 5513 • www.pandora.com.uy

Nuestros Mayores

- 02** **SALUD** | ANEMIA EN EL ADULTO MAYOR. UN VIEJO CONOCIDO, UN DIAGNÓSTICO SUBVALORADO
- 06** **SALUD Y SOCIEDAD** | EL CUIDADOR. ¿QUÉ LUGAR OCUPA EN EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS MAYORES?
- 10** **SALUD** | DIABETES MELLITUS EN EL ADULTO MAYOR
- 16** **SALUD** | GLAUCOMA. EL ENEMIGO SILENCIOSO DE LA VISIÓN
- 22** **ENTREVISTA** | ALBERTO CALCAGNO. EL SUEÑO DE CAMBIAR VIDAS
- 29** **PASATIEMPOS** | ¿TE ACORDÁS? / SOPA DE LETRAS
- 30** **ENTREVISTA** | MARITA PERDOMO. MUJER DE VANGUARDIA
- 34** **SALUD** | SEXUALIDAD EN EL DUELO. CUANDO LA SEXUALIDAD SE VE AFECTADA. QUÉ LUGAR DAR AL PLACER Y LA COMUNICACIÓN SEXUAL
- 40** **SALUD** | REHABILITACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA

Pandora y Fundación Astur velan por la coherencia y seriedad de las notas, pero no se responsabilizan ni se identifican necesariamente con las opiniones expresadas en ellas. Se prohíbe la reproducción total o parcial del material publicado, sin previa autorización.

Anemia en el adulto mayor

Un viejo conocido, un diagnóstico subvalorado



De acuerdo con la definición de anemia de la OMS, más del 10 % de los adultos mayores procedentes de la comunidad tienen anemia, porcentaje que se duplica en los pacientes institucionalizados. A su vez, la prevalencia de anemia aumenta con la edad avanzada alcanzando un 20 % en los mayores de 85 años.

Importancia del tema

La anemia en el adulto mayor es frecuentemente leve, con niveles de hemoglobina entre 10 - 12 g/dl en hasta un 90 % de los individuos con anemia.

El impacto clínico de la anemia leve en las personas mayores, se encuentra subvalorado. Recientes reportes de personas mayores con anemia leve -procedentes tanto de la comunidad como institucionalizadas- encontraron que la anemia es un predictor pronóstico independiente de aumento de la mortalidad a cinco años, con significancia estadística.

Asimismo la anemia se correlaciona con un aumento significativo en la morbilidad, incluyendo declinación en la capacidad física, aumento de las caídas, del deterioro cognitivo y hospitalizaciones.

Definición

Las cifras de hemoglobina presentan una variabilidad dependiente de la edad, sexo, raza y del ambiente. Las cifras propuestas por la OMS contemplan parcialmente esta

variabilidad conocida, ya que fueron establecidas de acuerdo con estudios poblacionales que, a modo de ejemplo, no incluían población mayor a 65 años.

Criterios diagnósticos en adultos según la OMS

Cifras de hemoglobina menores a:

Mujeres no embarazadas: 12 g/dl.

Hombres: 13 g/dl.

Afrodescendientes: 0,5-0,6 g/dl menos.

Reciente información ha demostrado que niveles levemente descendidos o normales de hemoglobina (Hg), según los puntos de corte definidos por la OMS para el diagnóstico de anemia, se relacionaron a un aumento en la morbilidad según la evaluación a través de distintos test de funcionalidad en los adultos mayores procedentes de la comunidad.

Evidencia epidemiológica procedente de trabajos observacionales mostró una reducción en la discapacidad relativa a la pérdida de funcionalidad e incluso de la



mortalidad en mujeres mayores de 65 años procedentes de la comunidad con cifras de Hg de 14 g/dl comparativamente con niveles normales bajos (Hg: 12 g/dl).

A pesar de los resultados obtenidos en trabajos observacionales, a la fecha sigue siendo controvertido el hecho de cambiar el punto de corte para el diagnóstico de anemia en el adulto mayor a un valor superior.

Caracterización de la anemia en el adulto mayor

De acuerdo con investigaciones epidemiológicas recientes, se estima que la etiología subyacente de la anemia en el adulto mayor podría inicialmente caracterizarse de la siguiente forma: 1/3 secundarias a carencia de metabolitos (hierro, vitamina B12, ácido fólico), principalmente hierro; 1/3 inflamatorias crónicas o en el contexto de enfermedad renal crónica (ERC), y 1/3 anemia de causa inexplicable.

Evaluación y manejo inicial de pacientes adulto mayor con anemia

Una vez hecho el diagnóstico de anemia la evaluación comienza por valorar los niveles plasmáticos de hierro fundamentalmente a través de la ferritina y la saturación de transferrina. Cuando los niveles de ferritina y/o saturación de transferrina descartan la carencia de hierro, el estudio de la función renal se hace necesario.

El déficit de hierro nos debe sugerir las pérdidas de sangre crónica a lo largo del tubo digestivo, con los estudios correspondientes si ameritan. Otra causa de déficit de hierro a tener presente en el adulto mayor es la enfermedad celíaca, infradiagnosticada en esta población. El diagnóstico puede ser dificultoso debido a que los síntomas son sutiles, existe un bajo índice de sospecha de dicha enfermedad en personas de edad avanzada y generalmente el diagnóstico se desvía hacia otras condiciones clínicas.

Medidas terapéuticas

El tratamiento dependerá de la causa subyacente. En este sentido es necesario el estudio de la causa de la anemia para realizar el tratamiento adecuado; no es aconsejable por ejemplo tomar hierro sin haber definido si no tiene carencia del mismo.

Impacto de la anemia en el adulto mayor

Anemia e impacto funcional

La existencia de anemia se asocia a menor resistencia física y mayor riesgo de discapacidad en las personas mayores, siendo uno de los objetivos fundamentales en este grupo etario mantener o mejorar la función.

En un estudio realizado en mujeres mayores a 70 años procedentes de la comunidad se observó objetivamente, mediante la evaluación de la movilidad a través de la escala SPS (Summary Performance Score: deambulación a trayectos cortos, paso de sedestación a bipedestación y equilibrio en bipedestación), mejores puntuaciones en los pacientes con Hg alrededor de 14 g/dl que con cifras de Hg tanto por encima o por debajo de 14 g/dl. En el análisis demostró que la anemia leve se asoció con un incremento del riesgo de dificultad en la movilidad.

Otro estudio realizado en 1.744 personas mayores (edad promedio 77±5 años) demostró que aquellas con anemia al inicio del estudio presentaban un mayor deterioro del estado funcional en un seguimiento a 4 años, respecto a los pacientes no anémicos.

Se ha demostrado asimismo que la anemia multiplica por 3 el riesgo de padecer una caída y que ésta suele ser más grave.

Anemia y alteraciones cognitivas

Varios estudios evaluaron la relación entre anemia leve en una cohorte de 364 mujeres de entre 70-80, y se observó que las pacientes anémicas tenían un riesgo 4 veces ma-



yor de obtener peor rendimiento cognitivo. Otro estudio observó que aquellos pacientes anémicos al inicio del seguimiento tenían un deterioro cognitivo mayor a los 4 años, evaluado por escalas de evaluación cognitiva.

Por otro lado, se ha constatado que la anemia es un factor predisponente para el desarrollo de síndrome confusional agudo en los pacientes hospitalizados, y que su corrección contribuye a la normalización de las alteraciones cognitivas.

Anemia y mortalidad

Distintos estudios han demostrado que la anemia es un factor predictivo de mortalidad a mediano y largo plazo en pacientes adultos mayores. Un estudio realizado en 5.888 pacientes mayores a 65 años procedentes de la comunidad con un período de seguimiento de 11 años observó que la mortalidad global y de origen cardiovascular fue de forma significativa estadísticamente mayor en aquellos a quienes, de

acuerdo con los criterios diagnósticos de la OMS, se les había diagnosticado anemia, respecto a los no anémicos. Datos similares se obtuvieron al evaluar a personas mayores frágiles procedentes de la comunidad o institucionalizadas.

Conclusión

La anemia es común en los adultos mayores y es un factor de riesgo independiente para aumento de la morbi-mortalidad. La morbilidad-mortalidad se expresa por: discapacidad, dependencia, caídas, hospitalizaciones y sus consecuencias. Dichos efectos deletéreos se observan incluso con leves descensos en el valor de la hemoglobina, lo que le otorga especial relevancia clínica a la anemia leve en este rango etario. Una aproximación diagnóstica etiológica oportuna permitirá realizar intervenciones terapéuticas dirigidas a la corrección de la anemia y al tratamiento de la causa subyacente.

El cuidador

¿Qué lugar ocupa en el bienestar de las personas mayores?



Uruguay como todos los países ha atravesado por múltiples cambios económicos, culturales y socio-demográficos, entre otros. En cuanto a los cambios demográficos, actualmente prevalece una población envejecida, que conlleva un aumento de las situaciones de dependencia y también de las demandas de cuidados.

Este artículo tiene como objetivo introducir algunos aspectos generales del rol del cuidador de las personas adultas mayores, así como la importancia del mismo cuando, por diferentes circunstancias de la vida, se requiere de cuidados.

Necesitar de cuidados en un momento puntual de la vida, ya sea de forma transitoria o permanente, no necesariamente implica la pérdida de autonomía y/o independencia.

Cuando se habla de autonomía, se está haciendo referencia a la capacidad que tiene una persona para hacer sus propias elecciones, es decir, tomar sus propias decisiones con respecto a su vida. La independencia es la capacidad funcional para realizar alguna actividad, por ejemplo vestirse o comer, entre otras.

De esta forma, la figura del cuidador aparece cuando la persona necesita ser asistida debido a un deterioro parcial o total de los aspectos tanto motrices como sensoriales, cognitivos o psíquicos. Es en este contexto cuando el cuidador asume como facilitador en la realización de las actividades básicas y/o instrumentales en la cotidianidad. A su vez, es fundamental el comportamiento de la persona que cuida, el compromiso de fomentar la autonomía en las personas adultas dependientes, garantizando así los derechos de las personas.

Desde este paradigma ejercer el lugar de cuidador es comprender a la persona de forma integral, es decir, ver más allá de las dificultades, del déficit, de la pérdida de función de las tareas. No implica únicamente garantizar las necesidades básicas como la higiene, la comida, etc., sino conocer las características singulares de la persona que requiere cuidados; es decir, comprender la situación de salud, dificultades, religión, opinión, respetar sus valores, gustos, creencias y deseos. Implica un reconocimiento como sujeto de derechos de la persona a cuidar.

Muchas veces, la necesidad de contar con un cuidador surge imprevistamente. Los cuidados pueden darse en diferentes escenarios, por ejemplo, a nivel intra-hospitalario, en un Establecimiento de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM) o en el domicilio.

Cuando se transita por alguna circunstancia en la cual se debe estar hospitalizado y se requiere de rehabilitación, el volver a casa necesita de una organización en los cuidados y algunas veces de una adaptación del domicilio, teniendo en cuenta que éste es el lugar donde las personas pasan mayor parte del tiempo y hay otras necesidades de accesibilidad.

Esto implica cambios en la existencia cotidiana de una familia, que muchas veces se ve afectada en el aspecto emocional, ya que se producen modificaciones en la vida donde el cuidador -a veces sin darse cuenta- pasa a cumplir un rol fundamental en la vida de las personas y de sus familias. Por ello es importante organizar los cuidados y determinar cuándo se necesitan.





Al organizar los cuidados se debe evitar lo que se denomina “síndrome del cuidador desgastado”. Cuando se llega a esta instancia se ve un agotamiento emocional y físico, se tienen actitudes negativas hacia la persona que se está cuidando; el cuidador siente insatisfacción con su rol, se frustra. Pueden aparecer elementos de depresión, ansiedad, e incluso consumos problemáticos. Se debe entonces elaborar estrategias preventivas para “cuidar al cuidador”.

Frecuentemente las prácticas de cuidado se dan de forma constante por un cuidador principal, quien asume la totalidad o mayor parte de las actividades y responsabilidades que implica el cuidado de una persona.

Otro aspecto que se evidencia es que las personas adultas mayores no sólo son receptoras de cuidado, sino que a veces pueden tener el rol de ser proveedoras de cuidados, es decir, también cuidan a otras personas.

Si bien existen tres esferas para procurar el bienestar de las personas: el Estado, el mercado y la familia, se visualiza que socialmente se le ha atribuido a la familia un peso mayor en la atención de los cuidados.

Estos cuidados, a su vez pueden ser de tipo formal -como aquellos que brinda el Estado, el sistema de salud y los que ofrecen los servicios de cuidados contratados-; o de tipo informal, como aquellos en los que la familia se hace cargo, como trabajo no remunerado.

Socialmente se ha considerado a las mujeres como las principales proveedoras del bienestar y cuidado, tanto dentro del ámbito familiar como cuando se realiza una prestación de servicios. Suele asociarse esta acción como respuesta a un vínculo de afecto a la persona que necesita ayuda. Sin embargo, hay quienes se dedican a esta labor y reciben una remuneración por realizarlo, a estos se les denomina cuidadores formales. Esta inequidad de género debe tender a superarse, compartiendo dichas tareas.

Es importante resaltar, que toda persona adulta mayor tiene derecho a decidir quién la cuida, y cómo se brindan esos cuidados.

Está comprobado que cuando existen vínculos familiares que acompañan en los procesos de rehabilitación, ya sea colabo-



rando con los cuidados u organizando en el proceso la evolución de los mismos, es más favorable. El componente psicológico del cuidado es sumamente importante, como el desarrollo del vínculo afectivo con las personas cuidadas.

Dado el rol tan importante que tiene el cuidador, es fundamental promover e incentivar la capacitación para los cuidadores, ya que cada una de las personas va a requerir de cuidados diferentes según por la situación que esté transitando en su vida.

Cuando se está evaluando la necesidad de cuidados y se valora el nivel de dependencia de la persona adulta mayor, también es fundamental valorar la idoneidad de la persona que cuida, para que pueda hacerlo de forma correcta.

En algunos casos se detecta que la familia no es la mejor alternativa como proveedora de cuidados.

Generalmente son las mujeres las que más cuidan, presentando un alto grado de feminización pese a las estrategias estatales. Las familias que cuentan con recursos econó-

micos pueden resolver la necesidades de cuidados a través de la contratación de servicios privados tales como servicios de empresas de acompañantes para el domicilio, o empleados o empleadas domésticas; mientras que en los requerimientos de cuidados de los que cuentan con menos recursos económicos, la carga del cuidado cae generalmente sobre la familia, especialmente sobre las mujeres.

La participación activa en la vida familiar y comunitaria resulta un aspecto relevante en la calidad de vida del adulto mayor, esto implica dejar de lado ciertos prejuicios sobre la vejez y romper con las connotaciones negativas que se le atribuye, como ser la pérdida de acción y decisión.

Se destaca la importancia de fomentar la interacción social y participación en redes sociales del individuo cuidado, con la finalidad de evitar el desarrollo de una actitud pasiva, ya que en esta etapa de la vida se suele reducir fácilmente lo que respecta a lo vincular. Fomentar la participación social activa permite generar un intercambio de ideas, experiencias, tener apoyo y adquirir un sentido de pertenencia.

Diabetes mellitus en el adulto mayor



Cada día en el mundo aumenta más la prevalencia de personas con diabetes, asociado esto, sobre todo, al aumento de sobrepeso y obesidad sumados al sedentarismo. En nuestro país, en 2008, el 8,2 % de los uruguayos eran diabéticos, y de estos se estimaba que el 20 % desconocía su enfermedad.

En EE. UU. más de la cuarta parte de los adultos mayores tiene diabetes, y la mitad de los mayores de 65 años se encuentra en rango de prediabetes. Estas personas tienen, según los estudios de la Asociación Americana de Diabetes (ADA, por su sigla en inglés), mayores riesgos de muerte prematura, discapacidad funcional y pérdida muscular acelerada. En estos pacientes coexisten además con mayor frecuencia múltiples enfermedades crónicas como hipertensión, enfermedad coronaria y un riesgo mayor de accidente cerebrovascular que en quienes no tienen diabetes.

Pero, ¿qué es la diabetes?

Es una enfermedad en la que el cuerpo no puede controlar la glicemia en la sangre e introducirla en las células, ya sea porque no tenemos insulina suficiente o presentamos una resistencia a esta que no lo permite.

La insulina es la encargada de introducir en todas las células del cuerpo el azúcar para que estas puedan utilizarla. Si no hay insulina, las células no pueden utilizar el azúcar como energía, y esta se comienza a acumular en la sangre, generando lesiones en múltiples órganos.

Hay dos tipos de diabetes: en el tipo uno, que se da habitualmente en pacientes jóvenes, se destruyen las células del páncreas que forman la insulina, no pudiendo generarla, causando una ausencia total de ésta en el torrente sanguíneo.

El tipo dos es más común en los adultos mayores; se comienza a generar una resistencia a la insulina, haciendo que el páncreas deba trabajar más para generar mayor cantidad, llevando a una lesión en las células que la liberan, terminando también en ausencia de secreción de esta hormona.

¿Cómo nos damos cuenta de que somos diabéticos?

No siempre se dan síntomas que nos muestren que el cuerpo no está logrando utilizar la glucosa de la sangre, por lo que muchas veces es un hallazgo en los análisis anuales.

Otras personas comienzan a adelgazar a pesar de alimentarse bien o incluso más de lo habitual, además de tener mucha sed y orinar mucho, al ser esta la forma que tiene el cuerpo de liberar el exceso de azúcar que no se logra utilizar.

¿Qué nos confirma que somos diabéticos?

Para saber si somos diabéticos, se nos debe realizar un análisis de sangre. Los

resultados nos van a hablar de nuestro estado frente a esta enfermedad. Para eso se estudia la glicemia en ayunas (la más utilizada al comienzo del diagnóstico) o aislada; la HB glicosilada, que nos habla cómo estuvo manejando nuestro organismo la glicemia en los últimos tres meses; y la curva de glicemia o prueba de tolerancia a la glucosa. Cuál será la ideal para hacer el diagnóstico dependerá de las preferencias del paciente y el médico.

¿Qué daños genera tener elevada la glicemia en sangre a lo largo de los años?

Esta enfermedad afecta múltiples órganos.

La llamada retinopatía diabética es la afectación que se genera a nivel de la vista, disminuyendo la agudeza visual lentamente a medida que van pasando los años y el paciente va teniendo valores inadecuados de glicemia.



Junto a esta, habitualmente, también se afecta la función del riñón, que causa una disminución en su funcionamiento y lleva a una enfermedad renal crónica, que predispone a mayores efectos adversos de los diferentes fármacos, sobre todo en esta población que se caracteriza por consumirlos en gran número.

La neuropatía diabética se da por la lesión que se genera sobre los nervios periféricos. Esto no solo puede causar dolor, sino que habitualmente genera pérdida en la sensi-



bilidad al caminar, aumentando el riesgo de caídas y de complicaciones graves por esta razón.

Cuando a esta alteración nerviosa se le suma el daño vascular, comienza una de las patologías más temidas: el llamado Pie Diabético. En este se generan lesiones en los tejidos, se abren úlceras que muchas veces se infectan, y resulta más difícil que estas se curen y cierren, lo que lleva en algunos pacientes a la gangrena -que es la muerte del tejido- y a la necesidad de amputación en algunos casos.

Con la progresión de esta enfermedad crónica también se comienza a afectar el corazón, pudiendo causar grandes lesiones en este órgano, siendo el infarto una de sus consecuencias. Destacar esto es muy importante, dado que la enfermedad cardiovascular es la causa de muerte más frecuente en estos pacientes.

Además, la diabetes mellitus (DM) se asocia a la demencia, tanto a la que es cau-

sada por daño vascular (infarto cerebral) así como a la enfermedad de Alzheimer, no solo por los altos niveles de glicemia, sino también por el daño que causa cuando ésta baja mucho en sangre, causando las llamadas hipoglicemias que ponen en riesgo la vida del paciente.

Estas son algunas de las consecuencias que causa el descontrol de la diabetes, habiendo múltiples afectaciones en todos los órganos y sistemas del cuerpo. Así, podemos afirmar que la diabetes predispone al adulto mayor a ser frágil, generando una declinación funcional por las diferentes patologías, la pérdida de masa muscular y la peoría de la calidad de vida.

La fragilidad vuelve al paciente vulnerable a los diferentes estresores, generando mayores efectos adversos en diferentes situaciones, que pueden llevar a un continuo de discapacidad, dependencia y muerte, haciendo más difícil para el paciente que se dé una mejoría total al estado previo.

Basados en esto, los controles de la glicemia no son los mismos en todas las personas mayores, debiendo valorar las diferentes áreas que componen a la persona (mental, funcional, social y biomédica), siendo un equipo multidisciplinario que incluya geriatra el más indicado para esto. De esta forma se podrá valorar integralmente al paciente para poder decidir cuál es el mejor tratamiento y objetivo que el mismo debe tener con respecto a sus valores glicémicos habituales, tratando así no solo de prevenir las complicaciones agudas, sino también las crónicas que fueron antes detalladas.

Recomendaciones para el paciente con diabetes:

- Recibir educación sobre la enfermedad y el auto monitoreo de los niveles de glicemia, no solo el paciente sino también la familia, que debe acompañar y muchas veces es la encargada de los cuidados del adulto mayor y de hacer que los tratamientos se cumplan correctamente.

- Seguir un plan nutricional individualizado guiado por nutricionista, tratando de prevenir la obesidad y el sobrepeso, buscando el mejor estado nutricional adaptado al paciente.

- Realizar ejercicio físico adaptado, con un objetivo de 150 minutos, de ser viable, dividido en 3 veces por semana, fomentando en lo posible la incorporación del ejercicio con resistencia.

- Cese de tabaquismo.

- Cuidado de los pies, con continuo control de su estado y de ser posible con seguimiento por equipo específico.

Por último, es importante resaltar la importancia de la supervisión por un equipo multidisciplinario, para de esta forma generar un plan de seguimiento y tratamiento dinámico, adaptado a cada etapa del adulto mayor, modificando los objetivos a alcanzar según el momento en el cual se encuentre el paciente.



INTENDENCIA DE MONTEVIDEO

Secretaría de las Personas Mayores

Actividades para un envejecimiento saludable y activo 2022

Talleres de Coro/Murga: En estos espacios se prioriza la idea de que “todos y todas podemos cantar” si “queremos cantar”, y no en condiciones o capacidades o formaciones especiales, asociado a tener una voz privilegiada o una correcta entonación o armonía musical. Se pretende que los mayores vivencien la libertad de usar y disfrutar de la voz y la música, dejando de lado prejuicios o condicionamientos sociales. El sentido integrador es el objetivo central en estas actividades.

ActivaMENTE: Talleres lúdico-expresivo-recreativos, que incluyen dinámicas teatrales, mu-

sicales, corporales, plásticas, literarias, juegos y paseos grupales. Promueve la integración, el intercambio y la consolidación de redes sociales.

Gerontopsicomotricidad: Talleres que buscan poner en relación lo psíquico y lo motriz, teniendo como objetivo favorecer un envejecimiento saludable y activo. Cada taller realiza distintas propuestas lúdico - recreativas de trabajo corporal y de estimulación cognitiva, promoviendo así vivencias de bienestar corporal y emocional. Un espacio grupal de narración sobre la protección, la promoción y la prevención de la salud.

No necesitan inscripción

TALLER	LUGAR	MUN	DÍA HORA
Coro	Centro Comunitario CCZ 18 Tomkinson 2465 esq. Cibils	A	Lunes 14:30 a 16:30
Coro	Centro Comunal Zonal 14 Cno. Castro esq. Santa Lucía	A	Martes 13:30 a 15:30
Murga	Salón de Red de Personas Mayores Parque Bellán	A	Martes 10:00 a 12:00
ActivaMENTE	Salón de Red de Personas Mayores Parque Bellán	A	Miércoles 10:00 a 12:00
ActivaMENTE	Cerro - CCZ 17 Haití 1606 esq Pedro Castellino	A	Viernes 14:00 a 16:00
ActivaMENTE	Tres Ombúes Centro Cívico Tres Ombúes	A	Viernes 14:00 a 16:00
Coro	Comisión Larrañaga Altamirano entre T. Gomensoro y Settembrino Pereda	C	Martes 16:30 a 18:30
Coro	Biblioteca José Batlle y Ordóñez Avda. J. Belloni 4370 esq Matilde Pacheco	D	Miércoles 16:00 a 18:00
ActivaMENTE	Cedel Casavalle Enrique Amorín y Julio Suárez	D	Lunes 10:00 a 12:00
ActivaMENTE	Centro Cultural Guyunusa San Martín 3949 esq. León Pérez	D	Miércoles 13:00 a 15:00
ActivaMENTE	Comuna Mujer CCZ 10 Capitán Tula 4135 y Avda. J. Belloni (Piedras Blancas)	D	Jueves 15:00 a 17:00
Coro	Club La Virgen José de Freitas 4802 esq. Carlos M. Prando	E	Jueves 16:00 a 18:00
Coro	Villa García Daniel García Acevedo 1592 entre Selene y Helios	F	Viernes 14:00 a 16:00
Gerontopsicomotricidad	Crece Flor de Maroñas Manuel Acuña 3061 esq. Del Fuerte	F	Miércoles 09:30 a 11:30
Murga	Centro Juvenil Salesiano José Batlle y Ordoñez y Av. Sayago	G	Lunes 13:30 a 15:30
Coro	Biblioteca Villa Colón Avda. Lezica 6231 esq. Niña	G	Jueves 14:00 a 16:00
Coro	Centro Juvenil Salesiano José Batlle y Ordoñez y Av. Sayago	G	Viernes 10:00 a 12:00

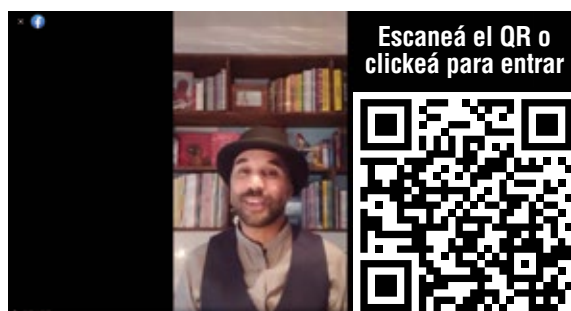


**Intendencia
Montevideo**

Talleres virtuales de envejecimiento saludable y activo para personas mayores

Se realizan a través de la **página de Facebook de la Secretaría de Personas Mayores de la Intendencia de Montevideo**.

TALLER	DÍA /HORA
ActivaMENTE	Martes 16:00
Literario	Jueves 16:00



Talleres para personas mayores en Centro Diurno 8

El centro Diurno 8, ubicado en el Parque Rivera (Av. Italia y Av. Bolivia), reanuda sus actividades para el envejecimiento saludable y activo en el 2022.

Ubicado en el Parque Rivera, en el local de CEDEL (Ex Hotel del Lago) el Centro Diurno 8 promueve la inclusión social de personas mayores de 60 años a través del entretenimiento, aprendizaje y disfrute, facilitando el contacto con pares.

Las actividades, que se realizan de forma presencial, están dirigidas a personas mayores ya inscriptas en el centro.

Se ofrecen talleres de gerontopsicomotricidad, artes plásticas, gimnasia, canto y espacio lúdico.

Inscripciones:

Las personas interesadas en participar deben solicitar una entrevista técnica por teléfono o por mail.



Talleres:

TALLER	DÍA /HORA
Gerontopsicomotricidad	Martes 14:00 a 16:00
Artes Plásticas	Miércoles 14:00 a 16:00
Gimnasia	Viernes 13:45 a 14:30
Canto	Viernes 14:30 a 16:00



Glaucoma

El enemigo silencioso de la visión

En Uruguay, el glaucoma es la primera causa de ceguera irreversible. Se estima que un 3 % a 5 % de la población tiene la enfermedad y que hasta un 60 % lo desconoce.

Según cálculos a partir de proyecciones del INE (Instituto Nacional de Estadísticas),

Dr. Marcel Bouvier
Oftalmólogo

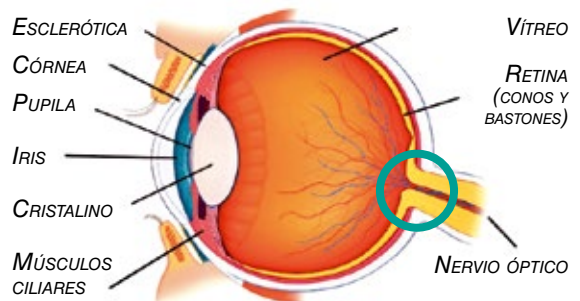
entre 21.655 y 36.091 personas sufren de glaucoma en Uruguay. Y hay entre 12.993 y 21.654 personas que tienen glaucoma y no han sido diagnosticadas aún.

El diagnóstico precoz es la única forma de evitar la pérdida de la visión. Por lo tanto, los controles con el oftalmólogo son fundamentales.



El glaucoma no es evitable pero si prevenible y tratable; y para ello el diagnóstico precoz es el primer paso.

ANATOMÍA DEL OJO



- El círculo verde indica la zona del nervio óptico que el glaucoma afecta. Esta puede ser examinada por el oftalmólogo durante la realización del fondo de ojo.

¿Qué es el glaucoma?

El glaucoma es una enfermedad del nervio óptico en la cual se produce un aumento de la presión dentro del ojo. Este aumento de presión va dañando lentamente y *en forma irreversible* dicho nervio. El nervio óptico, que se ubica en la parte posterior del ojo, es el “cable” que conecta el ojo con nuestro cerebro, donde se procesa la información visual. Si el nervio óptico está dañado, la información hacia el cerebro llega mal o no llega. Esto se traduce en pérdida de visión.

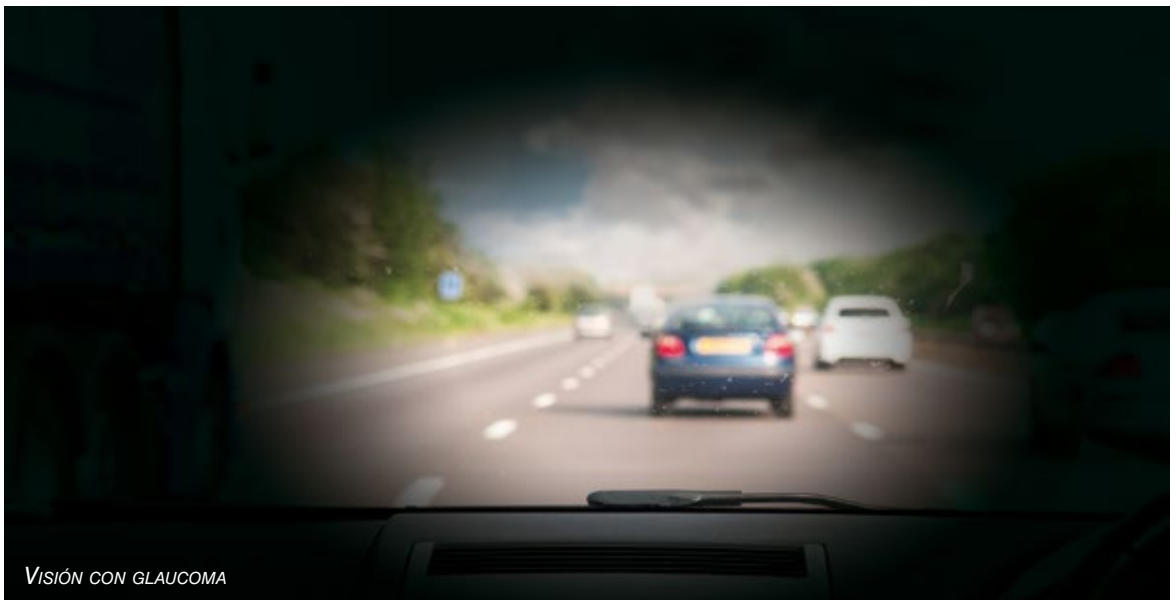
No se conoce exactamente que causa el glaucoma. Existen factores hereditarios, factores raciales, traumatismos oculares importantes, etc.

¿Se puede hacer algo para evitar tener glaucoma?

No podemos evitar que un paciente tenga glaucoma. Cambios en la alimentación, ejercicios, etc., no son efectivos. El glaucoma *no es evitable pero si prevenible y tratable*; y para ello el diagnóstico precoz es el primer paso. Debe tenerse claro que es una enfermedad que deberá tratarse durante toda la vida; es una enfermedad crónica.

¿Existen diferentes tipos de glaucoma?

Podríamos dividir al glaucoma en dos grandes categorías: el glaucoma crónico de ángulo abierto y el glaucoma de ángulo cerrado.



La forma más frecuente es el glaucoma crónico de ángulo abierto.

¿Qué síntomas da?

Ninguno, en las etapas iniciales. El paciente no puede darse cuenta que tiene la presión ocular aumentada; no da dolor ni otros síntomas. Puede tener un glaucoma en etapa avanzada, con daño severo del nervio óptico y no tener ningún síntoma. La pérdida del campo visual suele ser lenta y progresa desde afuera hacia el centro de la visión. Cuando se afecta la parte central de la visión es cuando suele ser percibido por el

• En la segunda imagen el glaucoma ha afectado la visión periférica del conductor. Observe como no percibe el camión a su izquierda.

paciente. Entonces estaremos ante un diagnóstico tardío. De allí que al glaucoma se lo llame “el enemigo silencioso de la visión.”

Cuando el paciente nota que ha perdido visión, nos encontramos frente a un daño irreversible y avanzado. Sin embargo, es posible, en gran número de casos, detener la progresión del daño al nervio óptico y



FONDO DE OJO NORMAL



FONDO DE OJO CON GLAUCOMA

preservar, de este modo, la visión con que se cuenta en el momento del diagnóstico.

En los casos menos comunes de *glaucoma de ángulo cerrado*, se producirán subidas bruscas y muy altas de la presión ocular. En un ataque de glaucoma agudo el dolor será muy intenso, el ojo se pondrá rojo y la agudeza visual bajará severamente en segundos. El paciente requerirá tratamiento en forma urgente.

¿Quiénes tienen mayor riesgo de padecer glaucoma?

Las personas con familiares directos con glaucoma, los afro descendientes, miopes,

- *Nervio óptico con daño glaucomatoso severo. Observe como la parte central, de color blanco, es mucho más extensa. Esto se debe a que han dejado de funcionar una enorme cantidad de fibras del nervio. Daño irreversible.*

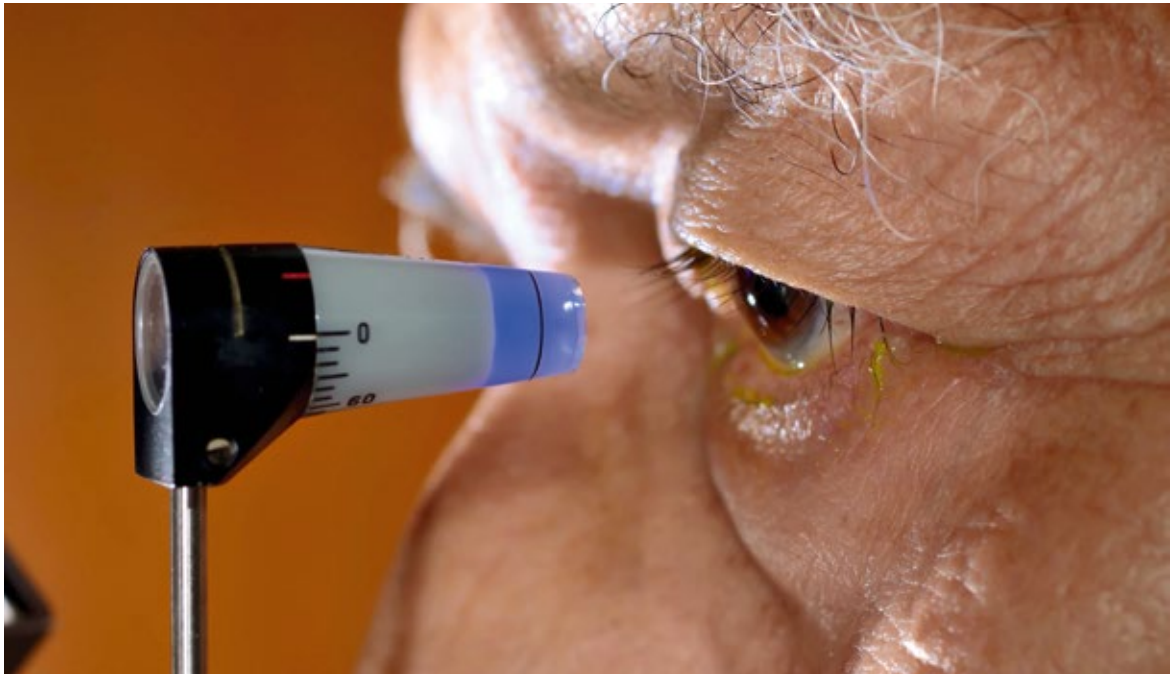
TODAS LAS LUPAS ESTÁN EN
ÓPTICA
Lamaison
BAJA VISIÓN



📍 **Cordón:** 18 de julio 1550 **Parque Battle:** Morales 2560bis
TEL +598 2409 2407 TEL +598 2487 8297

🌐 www.opticalamaison.com

☎ 098 630 848



personas con antecedentes de traumatismos oculares importantes, procesos inflamatorios oculares crónicos.

¿Cuándo debo controlarme?

La incidencia aumenta por encima de los 40 años y sobre todo si hay alguno de los factores de riesgo señalados. El control deberá realizarse 1 vez por año y durante toda la vida.

El glaucoma puede presentarse en cualquier etapa de la vida, incluso también en recién nacidos y en niños, si bien en forma muy poco frecuente.

Me dijeron que tengo glaucoma, ¿me voy a quedar ciego?

La gran mayoría de los pacientes con glaucoma nunca llegan a la ceguera. Hoy contamos con variadas opciones de tratamiento para evitar la ceguera. En los últimos años se han producido grandes avances en los tratamientos.

Que el glaucoma sea nuestra primera causa de ceguera irreversible se relaciona con el diagnóstico tardío. De allí la necesidad

de realizarse el control de la presión ocular en forma periódica.

¿Qué presión ocular debo tener?

Para medir la presión ocular se utilizan como unidades los milímetros de Mercurio (mmHg). Estadísticamente, la presión ocular normal es hasta 21 mm Hg como máximo. Por encima de este valor aumenta el riesgo de padecer glaucoma.

Sin embargo, debemos decir que la presión ocular normal para un paciente es aquella que no daña su nervio óptico. Hay pacientes que tienen su nervio óptico menos resistente a la presión ocular. Puede haber daño glaucomatoso del nervio óptico con presión ocular de 16 mmHg, por ejemplo. Así mismo, otros pacientes tienen nervios ópticos más resistentes. Y no tendrán glaucoma con presiones de 21 mm Hg. El médico, durante el examen, deberá determinar cuál es la presión ocular para mantener saludable su ojo. Para saber si un paciente tiene glaucoma, medir la presión ocular es el primer paso. Pero luego deberá realizarse una valoración completa con la ayuda de diversos estudios y pruebas.

Tengo glaucoma: ¿por qué no me han operado aún?

Solo se operan los glaucomas en los cuales no es posible controlar la presión ocular con la utilización de colirios (gotas) o láser. Si con la colocación de gotas o con la aplicación de láser se logra bajar la presión ocular, no se requerirá la cirugía. Los procedimientos quirúrgicos son invasivos y no están libres de riesgos.

¿Cómo se trata el glaucoma?

Actualmente no hay tratamiento alguno que permita restituir la función de un nervio óptico dañado ni recuperar el campo visual y la visión perdida. Sin embargo, en la mayoría de los casos, si es posible detener el daño y conservar la visión que se posee en el momento del diagnóstico. Los objetivos del tratamiento se centrarán en bajar la presión ocular y conservar la visión existente.

El oftalmólogo le indicará el tratamiento más apropiado de acuerdo a la etapa en que se encuentra el glaucoma. Si bien se prefiere ir de lo menos invasivo (utilización de gotas) a lo más invasivo (cirugía), en ocasiones el glaucoma debe operarse (ci-

rugía) como primera opción.

Las gotas o *colirios anti-glaucomatosos* es el tratamiento más comúnmente elegido por el médico. No es invasivo y es bien tolerado. Recordemos que el apego al tratamiento es la clave del éxito. Se sabe que hasta la mitad de los pacientes abandonan el tratamiento durante el primer año de iniciado. Esto se debe a que el paciente no percibe ningún síntoma y colocarse gotas en forma crónica requiere un cambio en la rutina diaria. Por lo tanto el oftalmólogo insistirá en explicar al paciente la importancia del tratamiento y su cumplimiento.

El *láser* se utiliza para eliminar la necesidad de utilizar colirios o para ayudar a la acción de los colirios, bajando la presión ocular.

Las cirugías, de las que existen diversas técnicas, por ser los procedimientos más invasivos, se reservan solo para los casos donde no se logra controlar la presión ocular o cuando las gotas o el láser están contraindicados o no han funcionado.

Puede usarse una de estas opciones o la combinación de ellas.





Alberto Calcagno

El sueño de cambiar vidas



La historia de vida de Alberto Calcagno y su incansable búsqueda para acceder a un perro guía, derivó en la creación de FUNDAPPAS (Fundación de Apoyo y Promoción del Perro de Asistencia), y en el sueño de crear la primera escuela del país que entrega, de forma totalmente gratuita, perros guía y perros de asistencia para niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA).

Alberto Calcagno, uno de los fundadores y actual presidente de la organización sin fines de lucro, FUNDAPPAS, fue la primera persona en acceder a un perro guía en Uru-

guay. Sunny, una labradora que en ese entonces tenía 19 meses se convirtió, a su vez, en la primera perra guía de nuestro país.

Durante muchos años de su vida Alberto fue criador de perros. Quedó en situación de discapacidad visual en la década del 2000, pero sabía que en otros países se entrenaban perros guías como instrumento de apoyo para las personas en esa situación.

“Tengo contacto con los perros desde que tengo uso de razón. En determinado momento conecté bien con la raza ovejero alemán y los crié durante muchos años. El perro era una especie de apéndice mío. Quería tener un perro guía e iba a ir a buscarlo adonde fuera”, recuerda.

Y así comenzó la larga peripecia en busca de Sunny. Previamente, debió realizar el entrenamiento en movilidad, que impli-



ca aprender las técnicas de uso del bastón dado que es uno de los requisitos para acceder a un perro guía.

En este proceso lo acompañó Adriana Antognazza, quien hoy es directora de la Escuela Integral de Perros Guía, Alexa MacKern, que funciona en FUNDAPPAS.

“El proceso de orientación y movilidad fue muy divertido, porque él en la calle seguía personas, perfumes... Se paraba frente al estadio de Peñarol y celebraba”, recuerda Adriana.

Pero antes de iniciar el proceso Alberto le puso una condición: “cuando yo termine la movilidad, usted me va a ayudar a armar una escuela”, a lo que Adriana contestó que sí, aunque sin comprender exactamente lo que le estaba proponiendo.

Así fue que, desde el día en que terminó la orientación empezó a generar la Funda-

ción, acompañado por “los porfiados, tercos y locos soñadores”, como él llama al grupo de personas que se embarcaron en la odisea con él.

El 12 de marzo de 2006 se realizó el primer taller del perro guía en Uruguay a cargo de un instructor de Fundación ONCE de España, y es considerada la fecha de fundación de FUNDAPPAS.

Por ese entonces el Cr. José María Puppo, director General de Fundación Astur, mantuvo una entrevista con Alberto ya que en FUNDAPPAS estaban en busca de recomendaciones para presentar ante Fundación ONCE.

Fue así que gracias a la intermediación de Puppo y, posteriormente, del presidente de Fundación Astur, Cr. Enrique Iglesias, comenzó a gestarse un convenio que está en miras de firmarse, mediante el cual FUN-

DAPPAS proveerá de perros guía a ONCE para que sean entregados a personas usuarias españolas.

Conociéndose entre la nieve

Una vez que pudo moverse de forma independiente con el bastón, y ya habiendo creado la Fundación, Alberto se contactó con un usuario de perro guía argentino, Esteban Caballero, quien lo orientó en el proceso para acceder a su perro guía.

Fue así que presentó la solicitud en Leader Dogs For the Blind, una escuela de perros guía en la ciudad de Rochester, en el Estado de Michigan (EE.UU).

Para ello debió completar decenas de formularios, grabar un video utilizando el bastón blan-

co en distintas situaciones de calle: bajando escaleras, subiendo a los ómnibus, cruzando la calle con semáforos, sin semáforos, etc.

En marzo de 2008 realizó su postulación y en noviembre de ese año recibió un correo electrónico indicando que lo esperaban en el aeropuerto de Detroit el 10 de enero de 2009, para hacer el acoplamiento con un perro de ellos. Esto es, un período de trabajo que hace el entrenador con el perro y el usuario, para que ambos se desempeñen juntos de la mejor manera.

“Durante los primeros tres días tuve estudios permanentes de mis movimientos, carácter, reflejos, largo de paso, velocidad, orientación, etc. Al tercer día la instructora me informa que habían elegido un ejemplar para mí”, comenta Alberto.



Y así completó los 26 días de trabajo con Sunny, entre la nieve y a 25 grados bajo cero.

En febrero del año 2009 ambos estaban en Uruguay. Ella fue su perra guía durante casi ocho años, hasta 2016, cuando se jubiló. Como es habitual tanto en el caso de los perros guía como de asistencia, Sunny permaneció como mascota en el hogar de Alberto una vez que se retiró de sus funciones.

Un puzzle complejo, pero posible

El proceso para entrenar a un perro de asistencia para niños con TEA o como perro guía, es riguroso y toma unos dos años.

En primer lugar, se selecciona a los progenitores de esa cachorrada. Esto implica “realizar un estudio que se lleva hasta la cuarta generación hacia atrás, es decir, hasta los tatarabuelos del cachorro que va a nacer”, explica Alberto.

De esta forma “se excluye a todos los perros que puedan arrastrar enfermedades hereditarias, como la displasia de cadera, en codos y hombros”, narra.

A las cuatro semanas de nacer comienza la estimulación temprana y los primeros movimientos de socialización, que implica “retirar al cachorro poco a poco de la madre, comenzar a tocarlo, que conozca texturas de suelo, sonidos, el frío, el calor, la música, etc.”, relata Alberto.

A los dos meses inicia la socialización propiamente dicha, momento en que se entrega el cachorro a los voluntarios que lo tendrán en su casa, al menos hasta el año de vida.

“Los socializadores son quienes le darán al perro el conocimiento del mundo que los rodea”, acota Adriana. Serán responsables de enseñarle la obediencia y hábitos de comportamiento básicos, a la vez de ayudarlos a que vivan la mayor cantidad de experiencias humanas posible; todas aquellas que seguramente vivirán con su usuario cuando

se transforme en perro guía o de asistencia. Para ello se firma un contrato con cada socializador donde se establecen las pautas y responsabilidades respecto de los perros.

Es relevante saber que al día de hoy, los usuarios y los socializadores con el perro guía o de asistencia, están amparados legalmente para ingresar a cualquier espacio público o privado de uso público, incluyendo medios de transporte públicos (Leyes N°18.471, 18.651, 18.875, reglamentación del Poder Ejecutivo 297/2013 y su norma complementaria).

Uno de los requisitos para ser socializador es asistir durante cinco sábados, y luego en fines de semana alternados, “a las clases donde las instructoras les enseñan los comandos básicos, para que los perros puedan ir aprendiendo en esa casa cómo va a ser su comportamiento a futuro”, agrega Adriana.

A los 12 meses los perros son devueltos a la escuela para iniciar su entrenamiento, lo que toma aproximadamente seis meses. Durante esa etapa se identifica quiénes se muestran como potenciales perros guía y quienes serán mejores perros de asistencia, y se les da el entrenamiento específico a cada función.

“Se necesitan diferentes comportamientos. Hay cosas que un perro de asistencia para niños con TEA es aceptable que haga, pero no un perro guía”, explica.

Un perro que va a destinarse a una familia con niños o niñas con TEA, no se puede subir a una cama o un sillón, por ejemplo.

Tampoco sería adecuado un perro que “transcurrido ese año, sigue tironeando y tironeando de un juguete, o te tira un tarascón”, sostiene.

Luego de definir cuál será el rol del animal, se elige el mejor “match”, es decir, qué perro asignar a un usuario de acuerdo a varias ca-



racterísticas de ambos, para lograr el mejor equipo posible.

Posteriormente viene el proceso de acooplamiento, que en el caso de familias con niños con TEA es de una semana o incluso un poco más, y finalmente el seguimiento. El vínculo afectivo del equipo de FUNDAPPAS sigue existiendo con el usuario y sus familias para siempre y si fuera necesario, se ayuda a solucionar algún problema o a reforzar algún aspecto del entrenamiento.

Instrumento terapéutico para niños con TEA

“El perro de asistencia cambia la vida de los niños con autismo y de sus familias. Ellos suelen tener momentos de crisis muy importantes, falta de control de las emociones, y el perro en su vínculo calma esas situaciones”, explica Adriana.

Por ejemplo, cuando se da una crisis “el perro se acerca al niño o niña, se le refriega, lo toca con la patita, le lame la cara, establece un vínculo afectivo que los lleva a otro nivel de serenidad”, agrega.

Incluso, muchas veces se coloca una correa que une al perro con el niño. En caso de que el pequeño salga corriendo de forma abrupta, el perro se echa firme en el lugar y el niño no puede avanzar ni llegar a cruzar la calle.

En algunos casos han aprendido a ir al baño, observando los hábitos de higiene del animal, y gran parte de esto “va en el ingenio de los padres”, comenta Alberto.

“Algunos lograron incluso que el niño se deje atender por el dentista. Hubo un caso que en la séptima visita la perra se subió al sillón, abrió la boca y la dentista le acertó el torno. La perra se bajó del sillón y el niño se subió”, relata.

Adriana aclara que, así como no todas las personas con discapacidad visual pueden tener un perro guía por diferentes razones, tampoco todas las familias pueden llegar a tener un perro de asistencia para un niño con TEA.

“Esto no es un perrito para que acompañe a las familias, es un instrumento terapéutico, que implica una responsabilidad, pero en el entrenamiento se tiene que dar ese lazo, esa unión entre esa dupla, que es lo que la instructora va observando”, añade.

Cuando se decide que se va a unir esa dupla, desde el primer día del acople el perro ya se queda en la casa, y la instructora sigue yendo todos los días para trabajar con todos los integrantes de la familia.

Proceso de postulación y selección

Las postulaciones, sea para acceder a un perro guía o de asistencia, son mediante la página web de la Fundación: www.fundappas.org.uy.

Al ingresar la persona debe completar un formulario básico y luego la organización se comunica para solicitar la información adicional.

Las familias con niños o niñas con TEA, pueden postularlos hasta los 9 años de edad.

“Tenemos una preselección bastante estricta. Interviene una psicóloga que habla con la familia, si es posible observa al niño, se reúne el equipo, se diagnostica, y luego se hace el acople”, relata Adriana.

En el caso de la persona con discapacidad visual se requiere un buen uso del bastón, sea blanco (nula visión) o verde (baja visión), y que presente los estudios que certifican que puede moverse con independencia. Es decir, “que tenga una vida activa”, resume.



En el caso de perro guía también se hace una entrevista con la persona usuaria y se visita su casa.

El acceso a un perro guía o de asistencia es gratuito, y no implica costo para los usuarios. Objetivo más que titánico si se considera que en cada perro la Fundación debe invertir unos USD 15.000.

Precisamente el factor económico hace que de momento, solo se esté brindando el servicio en Montevideo.

Existen varias formas de colaborar con la Fundación que se encuentran detalladas en la página web, tales como aportes económicos mediante transferencia bancaria, donaciones telefónicas que se facturan directamente a través de la cuenta de ANTEL, etc.

Al día de hoy lo más urgente es adquirir un auto o camioneta para el traslado de perros e instructores, lo que permitiría continuar cumpliendo de forma óptima y segura con el servicio.

¿Te acordás?

En este juego te proponemos completar una docena de muy conocidos refranes, y no te apures, que «No por mucho madrugar se amanece más temprano».

MÁS VALE PÁJARO EN MANO...	
MEJOR SOLO...	
DIME CON QUIEN ANDAS...	
NO ES MÁS RICO EL QUE MÁS TIENE...	
A QUIEN MADRUGA...	
QUIEN A BUEN ÁRBOL SE ARRIMA...	
MÁS VALE PREVENIR...	
HAZ BIEN...	
EL QUE CALLA...	
DEL DICHO AL HECHO...	
QUIEN MUCHO ABARCA...	
EN CASA DE HERRERO...	

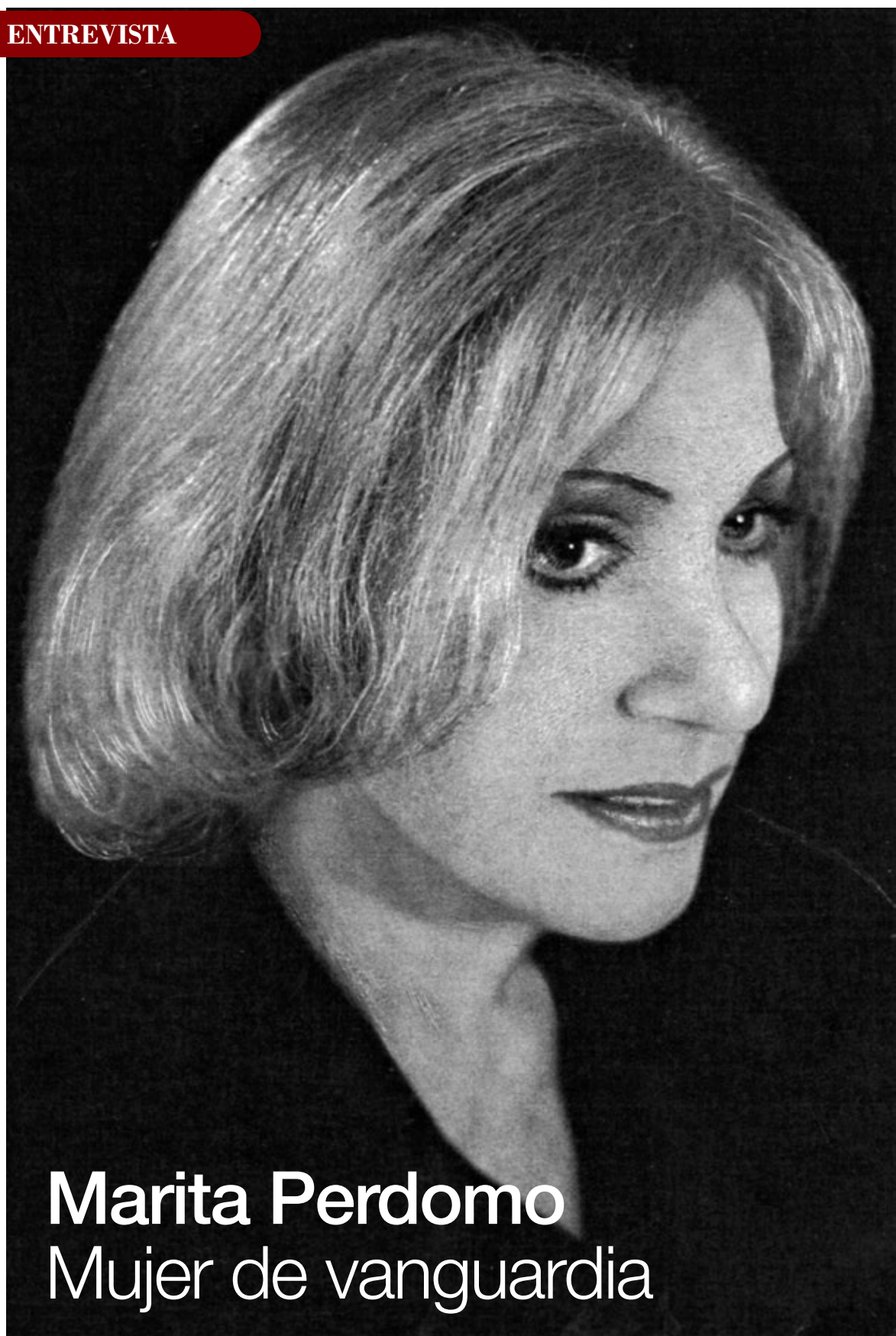
Sopa de letras

Le proponemos en esta sopa que encuentre 30 nombres, correspondientes a 15 parejas formadas por capitales del mundo y sus correspondientes países.

D I N A R R E T A L G N I S L E D	● ROMA	●	
E L O S T U R F C A S Y T E O M I	● PARÍS	●	
L A C R A E I X P A R I S E N A R	● MADRID	●	
A G E U R O N E C T U M E O D G D	● BOGOTÁ	●	
C E D A I C N A R F J S L N R U A	● CARACAS	●	
R N E I A R R O S E A S T A E I M	● LONDRES	●	
C E I L O A Z B O G O T A R S I N	● ATENAS	●	
E S P A C I O S E R A Q L E I D J	● BERLÍN	●	
A U S T R A L I A E N C E Ñ D A L	● VIENA	●	
N D E I H J U L O C A S M A P Ñ A	● TOKIO	●	
I A B I V I E N A I P M A O N D G	● DAKAR	●	
H K A B L U N O B A E A N B M I U	● PEKÍN	●	
C A D I Z E S M Ñ E K D I E F R T	● OSLO	●	
F R A E P I O A L O I E A R D O R	● CANBERRA	●	
S A N F R L E W H D N I C L K M O	● LISBOA	●	
G E H D O M I N I V S C H I N A P			
V S E C A N B E R R A U O N T E Y			

Si necesitas ayuda, las soluciones para ambos pasatiempos están en la última página (44).

ENTREVISTA



Marita Perdomo
Mujer de vanguardia

El amor por la música nació en su infancia, y pocos años después, el amor por quien sería su esposo y compañero de vida. Pionera y rupturista para su época, fue madre y esposa a la vez que se dedicó profesionalmente a la música, viajó, estudió idiomas y dos carreras universitarias. En este número de Nuestr@s Mayores conocemos la historia de vida de la soprano y compositora uruguaya, Marita Perdomo.

Su vínculo con la música se remonta casi al momento en que empezó a tener uso de memoria. Cuando en la escuela República Argentina, donde asistía, se formó un club de niños, comenzó a cantar en los festivales. Su memoria prodigiosa aún conserva el recuerdo de aquellas primeras interpretaciones: *El Idilio de las Luciérnagas*, de Paul Linke, y la canción *Amapola*.

“Hay grandes cantantes que lo son porque tienen una voz privilegiada, y hay cantantes que además de tener una gran voz, tienen una escuela muy buena”, reflexiona Marita. Sin dudas ella es de estas últimas.

A los ocho años ya había hecho un curso en un conservatorio, y desde entonces, toda su vida ha estado dedicada a estudiar y perfeccionarse.

Cada vez que algún referente la escuchaba cantar siendo una niña, destacaba las condiciones de su voz. Fue así que junto a su madre, compañera incondicional en su carrera musical, llegó al Club Municipal, en ese entonces dirigido por el Maestro Juan Protasi, quien le dio un papel de solista en una obra con 13 años.

A los 15 debutó en el Sodre cantando un aria del tercer acto de la Ópera *Tosca* de Puccini, y se formó durante cuatro años en la escuela de Comprimarios de esa institución.

También estudió piano, armonía, composición y orquestación. Tomó clases en la Escuela de Ópera y en la Escuela Municipal de Arte Dramático, que en ese entonces era dirigida por la actriz Margarita Xirgu, quien además, fue su fundadora.

Para un mejor ejercicio de su profesión de cantante, estudió varios idiomas, Alemán, Inglés e Italiano, y fue profesora de canto.

Entre las muchas obras que interpretó durante su carrera se encuentran: *La Bohème*, *Don Giovanni*, *La Traviata*, *El Canto de Miriam* de Schubert y *Sueño de una Noche de Verano*.

Por ese entonces, conoció a China Zorrilla, quien le pidió tomar clases con ella.

“En ese momento ella tenía 37 años. Yo ya no estaba dando clases, pero ella quería alguna orientación porque se quedaba afónica muy seguido. Y así estuvimos trabajando en el tema de la respiración”, recuerda.

Entre los años 1986 y 1988 después de oír las canciones de *La Belle Époque*, la embaajada francesa invitó a Marita a cantar la ópera «*La Voz Humana*». Una ópera de un solo acto para un solo personaje, con música de Francis Poulenc y libreto en francés de Jean Cocteau, basado en su obra de teatro homónima de 1930. La escenografía se realizó siguiendo las indicaciones del director de cine, guionista y actor francés, Jean Renoir. La presentación fue de tal magnitud y destaque que el diario *El País* la calificó como la mejor presentación del año por su dicción y pronunciación.

En el año 1993, además de cantar, lo que continuó haciendo hasta los 75 años, comenzó a componer. Como compositora trabajó con algunos de los más grandes referentes como Víctor Damiani, José Soler y Virginia Castro.

Recibió varios galardones, entre ellos el de ganadora del concurso Don Giovanni de Mozart, otorgado por el Centro Cultural de Música.

Sus composiciones fueron interpretadas no solo en Uruguay, sino también en España y en Italia, y ella misma viajó a actuar en Río de Janeiro, donde recibió un reconocimiento.

Como la mujer vanguardista que fue para su época, ocupó el cargo de vicepresidenta de Mujeres en Música en la década del 2000 durante casi ocho años.

A sus 90 años conserva una memoria prodigiosa que le permite recordar fechas y nombres con un nivel de detalle envidiable, sin embargo, su visión le ha jugado una mala pasada y esto le dificulta continuar componiendo en la actualidad. No obstante, estuvo activa en la música hasta hace muy poco tiempo. La última interpretación de sus composiciones fue en agosto de 2021 cuando la Filarmónica de Montevideo interpretó *Fantasia 2019*.

Amores de toda la vida

Como era habitual a mediados del S. XX, las jovencitas asistían a los bailes acompañadas de sus padres. En una de esas ocasiones, Marita conoció a Luis Javier Perdomo, quien posteriormente se convertiría en su esposo y padre de su hijo.

Cuando se conocieron ella tenía 15 años, y él 33. Hasta el día de hoy recuerda la regla de oro de sus padres: “a las ocho de la noche en casa”.

Poco antes de que ella cumpliera 17 años, se casaron, y permanecieron juntos hasta que él falleció, con 89 años.

“Conmigo canto, no,” sentenció él, y fue así que ella suspendió sus actividades públicas, aunque continuó cantando en su casa mientras hacía los quehaceres.

Pero, claro, junto a una mujer de mente amplia y personalidad polifacética como Marita, solo podía haber un hombre con amplitud similar. Unos años más tarde, él se retractó y le confesó: “con esa voz, es un crimen que no cantes.” Y ella volvió al ruedo de la música.

De hecho, cuando Marita tuvo hipertiroidismo debió someterse a una cirugía. Al salir de la operación, el doctor le dijo a su esposo: “quédese tranquilo que no le tocamos las cuerdas vocales”.

A pesar de su resistencia inicial, “iba a todas mis actuaciones de ópera, mis conciertos, a todo,” recuerda.

Incluso la apoyó cuando estudió otras dos carreras, que también ejerció. La de Dietista Universitaria, lo que hoy sería Nutricionista; y la de Promotor Familiar Social, actualmente denominada Asistente Social.

“Siempre me gustó mucho la ayuda social, y por eso también fui directora de una escuela para padres,” comenta.

Mientras ella trabajaba, viajaba o se dedicaba a estudiar, su hijo quedaba con una empleada o con su padre.

Hasta el día de hoy recuerda cuando fue becada a Puerto Rico, y la empleada dejó la bolsa de agua caliente mal cerrada.

“Cuando Javier llegó del trabajo estaba la cama toda mojada. Y cuando yo volví del viaje me dijo: nunca más vas a ningún lado, ¡me divorcio!”; recuerda entre risas.

Advertencia que, por suerte, no se cumplió ya que permanecieron juntos hasta su partida hace 20 años.

Al igual que con la música, el amor entre ambos es algo que la ha acompañado durante toda su vida, y seguramente lo seguirá haciendo, aunque de otras formas.

MARITA PERDOMO

Compone música desde 1993.

Estudios musicales: Maestros Antonio Domeneghini, Eduardo Alonso y Daniel López

Armonía: Daniel López y Gerardo Stezzano.

Piano: Maestros Eduardo Alfonso y Daniel López.

Guitarra: Maestro Oscar Cáceres.

Interpretación Musical: Maestros John Wustman, Concepción Badía, María Caniglia (en Río de Janeiro)

Composición y orquestación: Maestros Daniel López, Diego Legrand, Álvaro Martínez. Canto: Escuela de Comprimarios y Escuela de Ópera (Sodre). Además estudios con Maestros Ercilia Quiroga, Raquel Satre, Giorgio Algorta, Alma Reyles, Virginia Castro, Wilfried Jochims (Instituto Gothe), Noemí Perugia y otros.

Títulos profesionales universitarios: Dietista Universitaria, Asistente Social y Trainer of Trainers.

Estudios complementarios: Escuela Municipal de Arte Dramático (3 años).

Actuaciones con orquesta Ossodre y Municipal, con dirección de los Maestros Alexander Kranhalls, John Kerewe, Nino Stinco, Juan Emilio Martini, Domingo Dente, Juan Protasi, Paolo Rigolln, Carlos Estrada, Guido Santórsola, Nilda Müller, Miguel Patrón Marchand, Mercedes Olivera, y otros.

Obas interpretadas: (Concursos o selección): *Sueño de una Noche de Verano*, *La Bohème*, *Don Giovanni*, *Ernani*, *Rigoletto*, *La Traviata*, *Il Trovatore*, *Gianni Schicchi*, *El caballero de la rosa*, *Il filosofo di campagna*, *La viuda alegre*, *Canto de victoria de Miriam* (Schubert), *Cantata 204* (J. S. Bach), *9º Sinfonía* (Beethoven), *La del Soto del Parral*, *La Voz Humana*, *El Murciélago*, *La Médium*, y otras.

Hitos

Plaqueta de plata de la Asoc. Artística Matilde Bayly en Río de Janeiro.

1986, el diario "El País" la seleccionó, entre lo mejor del año por su actuación en *La Voz Humana* y *La Bohème* algunos años atrás.

1994 Ganadora del concurso Cluzeau Mortet de la Universidad de Montevideo. Cantó como obra de compositor inédita *Lo inefable*, de Marita Perdomo. Texto de Delmira Agustini.

1998 Tiempos Mundo conjuntamente con el SODRE grabaron interpretaciones de Marita Perdomo en las óperas *La Bohème* y *Gianni Schicchi*.

2000 El FONAM la seleccionó para la subvención de un CD conteniendo 19 canciones con textos de poetisas y poetass uruguayos de hoy y de ayer, como Juana Ibarbourou, Delmira Agustini, María Eugenia

Vaz Ferreira, Iris Bombet Franco, J. J. Morosoli, etc.

2003 El quinteto del SODRE interpreta *Montevideo, hora 0*.

2005 Desde esa fecha se cantan sus canciones en varias ciudades de España.

2007 Su *Miniconcierto para piano y cuerdas Montevideo, hora 0* es finalista en Bari (Italia).

2001-2007 Vicepresidenta de *Donne in Música*, filial Uruguay, de la que es una de sus fundadoras.

2009 Premiada en Roma por ser ganadora por Uruguay de la *Chiamata* internacional de la Fundación Adkins Chiti.

2009 - 2010 Se realizaron 13 conciertos en Roma incluyendo el *Cuarteto de flautas* dirigido por Wilma Campitelli que fue premiado en noviembre 2009.

2011 El quinteto del Sodre interpretó *Prometeo*.

La mezzosoprano Nancy Fabiola Herrera graba *El cantar del destino* y *la soledad* de Marita Perdomo, acompañada por el Maestro Eduardo Alfonso en piano.

2011 CD con 13 obras de Marita Perdomo y como final un aria de *La Bohème*, con la Orquesta del Sodre.

2012 El FONAM selecciona su proyecto para editar sus obras para orquesta sinfónica, para orquesta de cuerdas y versiones nuevas de dos de sus canciones.

2013 Versiones nuevas de *Prometeo* para orquesta de cuerdas, y *Sueños*, para orquesta sinfónica.

2013 El FONAM selecciona su proyecto.

2013 La Orquesta Juvenil del MEC con dirección del Maestro Carlos Weiske interpreta en el Espacio Cultural de La Spezia, su obra para orquesta de cuerdas *Prometeo* presentada por Mujeres en Música.

2014 La Maestra Lucrecia Basaldúa interpreta *Muerte en Nueva Palmira*, en la Facultad de Artes, Escuela Universitaria de Música.

2015 Se estrena en el Teatro Solís *Fantasia para oboe y piano*, por Julián Bello Sande y Federico Curti, con el auspicio de Mujeres en Música.

2016 Es premiada en Roma por la Fundación Adkins Chiti por una obra para solo de oboe que se interpretan en siete conciertos entre octubre y diciembre del mismo año.

2016 Se interpretan en el Teatro Solís dos de sus canciones en la Semana del Sonido.

2016 Instituto Italiano di Cultura *Balada de las dulces perlas* con texto de María Eugenia Vaz Ferreira.-

2016 Es seleccionada por el SODRE *Sueños 3 para orquesta sinfónica*.

2017 Se interpreta en el Teatro Solís *Balada de las dulces perlas*.

2019 En el Teatro de la Facultad de Artes se interpreta *Muerte en Nueva Palmira*.

Sexualidad en el duelo

Cuando la sexualidad se ve afectada. Qué lugar dar al placer y la comunicación sexual



“Síndrome del Viudo” es el nombre que se le da a una serie de signos y síntomas que presentan mujeres y varones que a causa de estar en un proceso de duelo no consiguen una sexualidad acorde a sus expectativas. Se trata de un estado de anestesia emocional que permite negar la pérdida, encontrando un lugar de resguardo y evitando así el dolor.

El ser humano no tolera el dolor, huye del mismo mediante mecanismos que lo “liberan” momentáneamente. Es claro que nadie quiere sufrir o pasar malos momentos, y estos mecanismos en cierto grado actúan protegiendo a la persona, pero cuando se instalan en forma permanente pueden generar más complicaciones que aquellas que tratan de evitar.

Es frecuente en la consulta clínica sexológica que sea este tipo de pacientes quienes relatan no poder lograr un encuentro sexual satisfactorio, a pesar de estar, según su relato, “todo en orden”. En general estos pacientes plantean no saber el origen de



su dificultad y quieren encontrar una causa biológica que dé respuesta a su malestar. De alguna manera tienen el dolor aparentemente lejos de sí, no lo registran, en cuanto al duelo verbalizan: “eso es algo que ya pasó...” o consideran que “así está bien, que hay cosas de las que no me voy a poder olvidar...” De esta manera en lugar de transitar el duelo de forma adecuada se aferran a determinados aspectos de quien ya no está, confundiendo el soltar con olvidar.

Rápidamente en el cuestionario que se les aplica en la primera entrevista el diagnóstico se hace presente: están atravesando un proceso de duelo –normal o patológico-. Con asombro comentan que no les parece que ello interfiera, aunque no lo descartan ya que saben que algo no anda bien, son conscientes de cómo extrañan al fallecido/a y en algún lugar debe estar la causa. Por lo general se muestran interesados a hablar sobre ello y si el clínico observa cuidadosamente la presentación del paciente en este momento algo cambia en el tono de la voz,

en la forma, en la mirada, la postura corporal, tornándose más suave, entrecortada y pausada, e incluso produciéndose silencios acompañados de una mirada perdida. En esos momentos intervenir con empatía desde una simple pregunta “¿Qué pasó?” puede ser de gran valor, se habilita al tiempo que se muestra interés en acompañar esa emoción que se hizo presente.

Es difícil en estas primeras sesiones que el paciente comprenda lo que le ocurre. Sugirió realizar análisis para descartar algún desajuste hormonal, algo que implique una solución externa a ellos. Sienten que ya han sufrido suficiente, y ello es cierto sobre todo porque no han concluido el trabajo de duelo. El clínico puede realizar los análisis correspondientes que si bien pueden mostrar algún déficit, también contribuyen a que el paciente tome contacto con la verdadera causa de la disfunción y muchas veces en su proceso es importante hacer este recorrido para ayudarlos a comprender.



¿Es adecuado hablar de disfunción en un proceso de duelo?

La disfunción implica que la función esté alterada, y en el síndrome del viudo la misma se encuentra modificada. Hay muchas cosas que se desajustan cuando se atraviesa el duelo de una pareja, sin que se piense en conductas disfuncionales, más bien se entienden como respuestas acordes a la situación que se atraviesa.

Se podría plantear que la función está a disposición de cómo está viviendo su vida el/la viudo/a. Se vuelve fundamental tener presente esta manera de ver “lo disfuncional” ya que implica una denuncia de algo que no se está viendo, o que se está manifestando a través de esta “disfunción”. Ver la disfunción como tal es no ver al paciente en su totalidad. Cobra vital importancia el respeto por la disfunción y cualquier acción contra la misma podría generar mayor resistencia y angustia en quien lo padece. Dicho de otra manera, la disfunción que trae al paciente a la consulta es la cara visible de algo que él mismo no puede ver. Fundamental como profesionales de la salud tener esto presente. En estos casos la disfunción no es lo importante a tratar, aunque

como vimos nos muestra el camino, el tratamiento adecuado.

Si el paciente no puede ver otra cosa que no sea la disfunción, debemos acompañarlo, darle tiempo. Se puede recetar alguna medicación que calme al paciente, desde mejorar niveles hormonales, lubricantes, proerectógenos, ansiolíticos, etc. En este punto entra en juego la destreza del terapeuta en escuchar al paciente y escuchar al síntoma. El paciente merece tiempo y respeto. Generar confianza en el vínculo es el primer acto terapéutico.

Presentación del/ la paciente

El proceso de duelo tiñe toda la vida de quien lo transita. Si bien en un duelo no patológico se espera que el tiempo colabore en la aceptación del mismo, tal mejoría no es siempre ascendente, sino que la gráfica muestra un ascenso con picos hacia arriba y hacia abajo.

El síndrome del viudo puede manifestarse a través de diferentes tipos de disfunciones sexuales. Los varones consultan principalmente por disfunción eréctil. Si bien relatan tener deseo, no consiguen la erección, o la

misma no es total o de lograrla no consiguen sostenerla. Otros si bien consiguen la erección, no logran el orgasmo. En las mujeres sucede algo similar. Sienten dificultades para excitarse lo que se evidencia en dolor en la penetración y también se les dificulta el orgasmo.

Se hace necesario encarar un trabajo más amplio: la disfunción –que es el motivo de consulta- en el marco de un proceso de duelo. Muchas veces el duelo se transita de forma natural, de una manera adecuada, sin interrupciones. Pero cuando un paciente llega a la consulta diciendo que no logra entender qué sucede con su sexualidad sin reparar en el duelo, ya nos está diciendo que no le está dando al duelo el lugar que necesita en su vida. Por tal motivo se hace necesario abrir un espacio para ver qué sucede con el duelo de esa persona querida. Una vez reparado el duelo, la disfunción remite.

¿Qué se duela?

El duelo incluye la totalidad de la persona que ya no está, o sea, en todas sus dimensiones: momentos compartidos, todo tipo de recuerdos desde comidas, música, dichos, complicidades, desencuentros, etc. También el cuerpo y la sexualidad de quien ya no está. Ello implica que el doliente pase primero por un esperable estado de disminución del deseo sexual, luego en caso de entablar un vínculo afectivo sexual también tendrá sus repercusiones. La anestesia afectiva que acompaña el período de duelo puede anteponerse como una especie de capa entre el doliente y la nueva pareja, interrumpiendo cualquier manifestación afectiva, conduciendo a una disfunción sexual: deseo sexual hipoactivo, problemas con la excitación o el orgasmo. Es fundamental tener presente y saber transmitir que la sexualidad va a ser diferente, nueva. Se trata de una nueva pareja, de un nuevo cuerpo, de reconocerse frente a otros estímulos, de entregarse a los mismos, aceptando la nueva situación. Todo ello lleva un tiempo. La fisiología dice que la función hace al órgano, es por ello que

es recomendable no pasar largos períodos sin respuesta sexual –auto o alterodirigida-. Dentro del campo de la terapia sexual existen ejercicios que pueden colaborar en tal sentido, así como la consulta psicológica hace lo suyo en relación al proceso de duelo cuando este se aplaza en el tiempo.

¿En qué consiste el proceso?

Duelo proviene del latín *dolus* que significa dolor. Es el proceso que atraviesa una persona ante la muerte de un ser querido, aunque también se experimenta duelo ante cualquier pérdida y no necesariamente una muerte.

Al ser un proceso implica que se atraviesen una serie de etapas hasta la superación del mismo. Es un proceso de ajuste emocional. Los teóricos de las etapas del duelo plantean que el atravesar dichas reacciones emocionales permite protegerse de la amenaza de las pérdidas inminentes.

El tiempo del proceso depende de la persona, de su historia personal, de cómo ha sabido transitar otros procesos de pérdidas. Elaborar un duelo implica estar en contacto con el vacío que se produce luego de la pérdida, valorar su importancia y soportar el sufrimiento y frustración.

Hay autores que plantean una serie de manifestaciones que se presentan simultáneas o se suceden en el tiempo. Sentimientos de tristeza, rabia, irritabilidad, culpa; sensaciones somáticas: digestivas, deglutorias, opresión precordial, disnea; cognitivas: dificultades de memoria, atención y concentración; alteraciones perceptivas: ilusiones, alucinaciones auditivas y visuales, fenómenos de presencia; conductuales: hiperfagia o anorexia, alteraciones del sueño, atesoramientos de objetos del fallecido.

Según los diferentes autores se plantean una serie de fases, aunque las mismas no tienen que estar siempre presentes y algunas pueden presentarse de forma solapada.

Un primer momento de aturdimiento, incredulidad o shock, negación de la realidad. Imposibilidad de reconocer el hecho como verdadero, al cual se le atribuye como falso, erróneo.

Una serie de estados intermedios en donde nos podemos encontrar con desorganización, desesperanza, depresión, sentimientos de ira hacia los que se consideran responsables de la muerte, contra sí mismo, o contra aquellos que intentan consolar.

Otra etapa es la negociación, o pacto. Es una forma de afrontar la culpa muchas veces de forma imaginaria hacia quienes se dirigió la ira. Se abandonan las conductas autodestructivas.

La depresión es un sentimiento de vacío y profundo dolor, de claudicar ante el hecho que se duela. Muchas veces el paciente abandona el tratamiento en esta fase.

La aceptación es el reconocimiento de lo sucedido y las limitaciones que conlleva sin buscar culpables ni estar con una situación de derrota.

Y por último una etapa final de reorganización o aceptación de la pérdida.

La superación del duelo de forma normal es lo que se ha denominado “trabajo de duelo”. El mismo lleva de 6 meses donde comienzan a remitir los sentimientos más agudos, a uno o dos años. Este proceso no se considera anómalo siempre que la persona pueda adaptarse a la vida diaria reorganizando su vida y reintegrándose a su rutina.

Elementos como una fecha (fallecimiento, navidad, etc) un lugar, una canción, pueden influir reactivando el duelo una vez desaparecido. Con el paso del tiempo la intensidad de lo emocional se va haciendo cada vez menos influyente.

En la resolución normal del duelo intervienen una serie de factores como: recursos

personales de afrontamiento y adaptación a las crisis; circunstancias de la muerte (resulta más difícil si es repentina); recursos de apoyo (familiar, amigos, vecinos), quienes cuentan con redes de apoyo cuentan con más posibilidades de superar situaciones de estrés.

Cuando el duelo es patológico

El duelo es una reacción normal, una respuesta esperable ante una situación de pérdida. El duelo pasa a ser patológico cuando se extienden las repercusiones emocionales en el tiempo o las mismas son más intensas de lo esperable.

También se consideran duelos patológicos el duelo reprimido (el sujeto no se aflige por la pérdida); duelo aplazado (no manifiesta en el momento y sí lo hace frente a otro tipo de pérdida como ser la muerte de una mascota); duelo crónico donde el sujeto no logra reorganizar su vida, se puede combinar con la “momificación” donde el sujeto deja las cosas del difunto tal y como estaban cuando vivía, también puede aparecer la conmemoración en donde el sujeto hace algún tipo de homenaje o ritual diario en relación al difunto. Identificación, cuando el sujeto muestra actitudes similares al difunto; idealización, cuando se recuerda solo lo positivo y establezca comparaciones con otros sujetos donde el difunto aparece tan idealizado que no logra entablar relaciones con otras personas.

Objetivos de la intervención

Los objetivos de la intervención deben conducir a la realización del trabajo de duelo. Para ello se recomienda: facilitar la aceptación de la realidad de la pérdida así como la expresión y el manejo de los sentimientos ligados a ella. Acompañar en la resolución de los problemas prácticos suscitados por la falta de lo perdido. Facilitar una despedida y la posibilidad de volver a encontrar sentido y satisfacción en la vida. Así también respetar el silencio, los tiempos, las

resistencias. Escuchar anécdotas sobre el fallecido, detalles de la muerte, sentimientos relacionados con ese ser querido. Compartir información sobre el proceso de duelo normal para que se permitan transitarlo. Además de lo esperable, informar de que cada organismo es único y reacciona de acuerdo a su historia y es fundamental respetar los tiempos. Informar sobre la duración del duelo. Hay personas en las que la ansiedad complica tales procesos. Informar sobre lo que se llama reacciones de aniversario que son las fechas en que puede empeorar debido a que generan recuerdos. Promover una comunicación abierta dentro del sistema familiar. Como profesionales debemos estar atentos a las formas de defensa que presenta el paciente y poder aconsejar una derivación oportuna en caso necesario.

Es fundamental que los profesionales tengan presente esta etapa, la reconozcan, la respeten y la acompañen. Una etapa inevitable, esperable y saludable. El pro-

fesional sabrá detectar anomalías y tomar acciones al respecto.

Conclusiones

La sexualidad es inherente al ser humano y por lo tanto está presente aún en un proceso de duelo. Es un instinto primario que conecta con la vida. Solo quien atraviesa un proceso de duelo sabrá darle el lugar que amerite siempre que logre escuchar honestamente a su cuerpo, sus sensaciones, emociones, sus necesidades y sus dolencias.

Como profesionales de la salud para poder colaborar con el paciente debemos tomar en cuenta la totalidad del ser, integrando los diferentes planos del ser humano, lo biológico, lo psicológico, lo vincular, lo cultural. No es tarea fácil para quien está en medio de un proceso de dolor. Pero es fundamental que el terapeuta, el médico, el sexólogo, logre conquistar una mirada amplia, integradora del ser, sanadora.



Rehabilitación y actividad física



Cambios funcionales en las personas mayores

Las personas mayores reducen paulatinamente su actividad física con un incremento significativo del riesgo de discapacidad y dependencia.

El aumento de la edad se expresa en diversos sistemas biológicos con disminución de la masa ósea y muscular, aumento de la grasa corporal, reducción de la capacidad cognitiva y reserva cardiorrespiratoria, trastornos del sueño, ansiedad y depresión, y cambios en los hábitos alimentarios que conducen a la malnutrición o desnutrición.

Progresivamente la afectación articular, tendinosa y músculoesquelética incrementa el dolor y la rigidez sumado a reducción en la activación e impulso nervioso en los nervios periféricos.

Estos cambios, multifactoriales en su génesis, se asocian fuertemente al nivel de actividad física.

Una característica resaltable de estos procesos al provocar niveles de actividad reducida, incluido el sedentarismo, la inactividad y/o la inmovilización, es su bidireccionalidad.

La intervención a través de la rehabilitación,

con un impacto en la salud y niveles de participación basados en la “plasticidad” determinan la posibilidad de revertir los mismos.

Por ejemplo, alguien que es hospitalizado, con inamovilidad y reducción importante de la actividad física, siempre tendrá la oportunidad de restaurar la función y recuperar diferentes niveles de independencia.

La actividad física admite su modificación a diversos niveles, contemplando las vinculadas al trabajo y recreativas, verificándose un cambio positivo a través de programas sistematizados con ejercicios más estructurados.

Las intervenciones que asocian la actividad y soporte nutricional apropiado logran beneficios, al mejorar la capacidad funcional, aún en adultos mayores con elevados niveles de fragilidad.

Conexo a lo anterior, existe una correlación entre el mayor nivel de actividad física (tiempo libre, recreativo, ocupacional) y la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles: cardiovasculares, diferentes tipos de cáncer, salud mental (depresión, deterioro cognitivo), etc.

El aumento de la edad determina progresivamente menor participación en actividad física, no llegando por lo tanto a obtener

los niveles recomendables para impactar beneficiosamente en la actividad.

Se debe conseguir una actividad moderada de 150 minutos a la semana, consistente en actividad aeróbica (caminar, cinta, bicicleta, hidrogimnasia) combinada con 2 días a la semana de ejercicios de fortalecimiento muscular, y si nos referimos a actividad física intensa, 75 minutos a la semana con 2 días de ejercicios de fortalecimiento muscular.

A partir de lo anterior, surge un concepto importante referido al incremento en todas las etapas y escenarios de la actividad física, desde las internaciones (aún en cuidados críticos) en forma precoz, en institucionalizaciones transitorias o permanentes, y en el retorno al domicilio.

Hay otros factores que determinan obstáculos en la actividad física del adulto mayor, destacándose la polifarmacia (prescripción creciente de fármacos), comorbilidades (mayor número de enfermedades asociadas) que no alcancen control y estabilización resaltando el dolor, dificultad en la accesibilidad a sitios seguros para su desarrollo, falta de productos de apoyo de requerirse, desinterés de la persona y escaso nivel de respaldo de su entorno, situación socioeconómica desfavorable y falta de políticas de asistencia, entre otros.



Rehabilitación Geriátrica

La rehabilitación de esta población abarca un continuo que se extiende desde la atención durante la hospitalización aguda hasta la atención en la comunidad.

El cuidado del Adulto mayor requiere integrar la biología y neurociología del envejecimiento. Las condicionantes y enfermedades prevalentes del mismo y la forma como estos elementos afectan la función, impiden metas del paciente y generan discapacidad.

El médico fisiatra es crítico en el paradigma de la atención geriátrica por su formación, integrando equipos interdisciplinarios, ocupándose del tratamiento de condiciones complejas, y teniendo la capacidad de centrarse en los objetivos tanto del paciente como de la función.

Existe una posible mirada en el abordaje en rehabilitación geriátrica meramente funcional, que evalúe mecanismos, función e incapacidad. Por ejemplo, una persona que

no eleva su pie por un déficit muscular puede alterar su marcha, disminuir su velocidad al punto de no poder cruzar la calle en un semáforo que lo habilita.

Otra mirada más interpelante y compleja es envejecer con discapacidad, que signifique un deterioro previo sostenido que afecte la reserva de afrontamiento y compensación frente al envejecimiento con cambios en el estado de salud y/o el apoyo sicosocial, deteriorando la movilidad, autocuidado e independencia.

Este amplia constelación de problemas, además del componente individual, afecta globalmente a la sociedad (cuando un individuo ya no puede cuidar de sí mismo). El aumento de la longevidad y el envejecimiento de la población mundial tendrá un impacto significativo en la sociedad durante el siglo XXI.

Complejiza aún más esta temática la existencia de diferentes subgrupos de adultos mayores con particularidades en los estados de salud, esperanza de vida y metas



(individuos entre 65 y 75 años en algunos casos con actividad laboral, personas mayores de 85 años y personas por encima de 90 años), con longevidad creciente.

Actividad Física. Ejercicio. Fitness o Aptitud Física

No debería sorprender que parte de la solución al deterioro funcional y la disfunción muscular asociada con la edad adulta avanzada sea un aumento en actividad y/o ejercicio físico. Muchas intervenciones de rehabilitación se caracterizan por aumentos en uno u otro y a veces en ambos.

Sin embargo, es importante hacer una distinción entre estos dos conceptos relacionados pero diferentes.

La actividad física se define como cualquier movimiento producido por los músculos esqueléticos que resultan en el gasto de energía.

Puede subdividirse según las características asociadas, por ejemplo, en actividades domésticas (por ej. limpieza), de ocio o recreativas (por ej. bicicleta), ocupacionales (por ej. cargar un camión en el trabajo) o relacionadas con los deportes (un partido de basquetbol con compañeros de trabajo).

El ejercicio, por su parte, se considera como un subconjunto de la actividad física planificada, estructurada y repetitiva con el objetivo de la mejora o mantenimiento de la forma física. Finalmente, el fitness es un conjunto de atributos que están relacionados con la salud (por ejemplo fuerza muscular, cardiorrespiratorio, resistencia, composición corporal, flexibilidad) o relacionados con la habilidad (agilidad, equilibrio, coordinación) y se pueden medir con pruebas específicas.

Ejercicio Físico

El ejercicio requiere de una prescripción adecuada, como lo hacemos con los fármacos, para potenciar sus efectos beneficiosos



disminuyendo sus efectos secundarios e inconvenientes.

Dentro del ejercicio distinguimos dos modalidades: de resistencia (baja carga y alto estímulo repetitivo) y de fuerza (alta carga y bajo estímulo repetitivo). Estas dos modalidades representan los extremos de un continuo de opciones con muchas variables que afectan la carga, la duración, la frecuencia, el descanso y el modo de contracción.

Frecuencia

Se recomiendan al menos 2 (de 2 a 4) días a la semana 2 sesiones de ejercicios de resistencia y dos sesiones de fuerza.

Duración

En términos generales, la duración de una sola sesión de entrenamiento no debe exceder los 60', con rango de descanso entre series variable entre 1 y 3 minutos.

Ejercicios

Los ejercicios de resistencia podrán involucrar una o varias articulaciones.

Número de Repeticiones y series

El número de repeticiones está ligado principalmente a la carga y al objetivo del ejercicio. Más altas cargas manejadas significan menos repeticiones realizadas y más lento el movimiento.

El rango de repeticiones para lograr más masa muscular se definió entre 6 y 10 repeticiones, con una mediana de 8.

Telemedicina

El uso de la telemedicina en rehabilitación geriátrica mostró un gran desafío frente a las restricciones de la movilidad como las provocadas por la pandemia por COVID-19. El creciente uso de dispositivos electrónicos (celulares, tablets, etc.) ha generado una base sobre las cuales desarrollar políticas sanitarias de asistencia no presencial. Es interesante mencionar algunas experiencias con aplicaciones (Apps) entre 2018 y la fecha, como la nueva aplicación basada en la web llamada MyPath to Home, que se puede utilizar para gestionar las necesidades personalizadas de los pacientes de

rehabilitación geriátrica durante su transición del hospital al hogar, desarrollada en Bruyère (Ottawa, Canadá).

Conclusiones

La Rehabilitación Geriátrica es un recurso terapéutico esencial, aplicable en todas las etapas evolutivas del adulto mayor, multimodal en cuanto a sus intervenciones y adaptable a las realidades de los diferentes subgrupos de adultos mayores.

La integración de diferentes disciplinas determinará un mayor beneficio en el abordaje holístico del paciente.

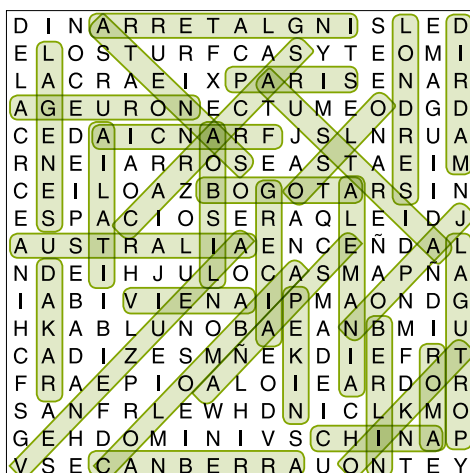
Se destaca el beneficio que otorga al paciente adulto mayor la actividad física, el fitness y el ejercicio físico como estrategias de tratamiento, siendo este último una potente herramienta fármaco-símil que requiere de una correcta prescripción.

Fuentes bibliográficas consultadas

Braddom's Physical Medicine and Rehabilitation, 6th Edition. David X. Cifu. Date of Publication: 10/2020.

Rehabilitation Medicine for Elderly Patients - Practical Issues in Geriatrics. Stefano Masiero (editor), Ugo Carraro (editor). Hardback (20 Sep 2017).

PASATIEMPOS



- ROMA
- ITALIA
- PARÍS
- FRANCIA
- MADRID
- ESPAÑA
- BOGOTÁ
- COLOMBIA
- CARACAS
- VENEZUELA
- LONDRES
- INGLATERRA
- ATENAS
- GRECIA
- BERLÍN
- ALEMANIA
- VIENA
- AUSTRIA
- TOKIO
- JAPÓN
- DAKAR
- SENEGAL
- PEKÍN
- CHINA
- OSLO
- NORUEGA
- CANBERRA
- AUSTRALIA
- LISBOA
- PORTUGAL

¿TE ACUERDAS?

MÁS VALE PÁJARO EN MANO QUE CIEN VOLANDO. • MEJOR SOLO QUE MAL ACOMPAÑADO. • DIME CON QUIÉN ANDAS Y TE DIRÉ QUIÉN ERES. • NO ES MÁS RICO EL QUE MÁS TIENE, SINO EL QUE MENOS NECESITA. • A QUIEN MADRUGA DIOS LE AYUDA. • QUIEN A BUEN ÁRBOL SE ARRIMA, BUENA SOMBRILLA LE COBIJA. • MÁS VALE PREVENIR QUE CURAR. • HAZ BIEN SIN MIRAR A QUIÉN. • EL QUE CALLA, OTORGA. • DEL DICHO AL HECHO HAY UN GRAN TRECHO. • QUIEN MUCHO ABARCA POCO APRIETA. • EN CASA DE HERREIRO, CUCHILLO DE PALO.

Tresvit D CB

Vitamina D₃ (Colecalciferol) | CÁPSULAS BLANDAS

La cápsula de Vitamina D₃

Nueva presentación
en cápsulas blandas



Aporta 100.000 UI de
vitamina D₃ por dosis

- Prevención y tratamiento de la deficiencia de vitamina D.
- Asegura niveles deseables de vitamina D.
- Rápida corrección del déficit vitamínico.
- Cómoda posología que asegura la adherencia.



FÓRMULA:
Cada cápsula blanda contiene
Vitamina D₃ (Colecalciferol) 100.000 UI.

PRESENTACIÓN:
Envase con 1 cápsula blanda.

Tresvit D

Vitamina D₃ (Colecalciferol)

La opción más efectiva
de Vitamina D



FÓRMULA:
Cada frasco monodosis contiene:
Vitamina D₃ (Colecalciferol)
100.000 UI (2,5 mg).

PRESENTACIÓN:
1 frasco ampolla.



Baliarda

— 50 —
años

www.baliarda.com.uy

SUSCRÍBETE GRATIS A

NuestrosMayores

Revista de  Fundación astur para las personas mayores



Solicita tu ejemplar físico por correo electrónico a nuestrosmayores@fundacionastur.org indicándonos tu nombre, apellido y dirección postal. Si prefieres recibir solamente un ejemplar digital de la revista por favor indicanos la dirección de correo electrónico a la cual debemos enviarlo.