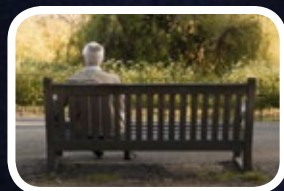




José María Puppo Riveiro

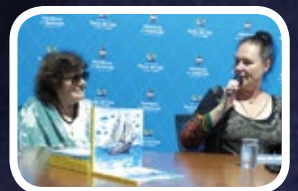
Una vida dedicada al compromiso social



La soledad en las personas mayores



Polifarmacia:
cuando los medicamentos empiezan a enfermarnos



Zunilda Borsani:
La vida en palabras y colores



Staff

Consejo de Administración

Enrique V. Iglesias. Presidente
Gunther Rotzinger. Vicepresidente
Graciela Catañy. Secretaria
Nicolás Albertoni
Juan José Arteaga
Elvira Domínguez
Adolfo Garcé
Guillermo Iglesias
Ricardo Lema
Héctor E. Luisi
Magalí Mauad
Juan José Taccone

Consejo Editor Asesor

Graciela Catañy
Juan José Taccone
Virginia González
Luisina Porto
Mercedes Inciarte



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:

Dra Noelia Riverón | Dra. Soad Ayul | Lic. Gabriela Ferraro | Dra. Licet Almansa

Periodistas: Carolina Notalgiovanni

Fotos: Fundación Astur | pixabay.com | Freepik.es

Agradecimientos: Dra. Ana María Mamberto | Dr. Ricardo Iacub | Zunilda Borsani

Impresión: Gráfica Mosca. D.I.: 371.933.

Dirección, producción y coordinación general:



PANDORA
PROYECTOS CON VALOR AGREGADO

Tel.: 2487 5513 • www.pandora.com.uy

Nuestros Mayores

- 02** **IN MEMORIAM** | JOSÉ MARÍA PUPPO RIVEIRO: UNA VIDA DEDICADA AL COMPROMISO SOCIAL
- 04** **SOCIEDAD** | FISCOCULTURISTAS EN JAPÓN: UN NUEVO ENFOQUE EN EL CUIDADO DE ADULTOS MAYORES
- 06** **ENTREVISTA** | ANA MARÍA MAMBERTO: NUNCA ES TARDE PARA VOLVER A EMPEZAR
- 10** **ENVEJECIMIENTO ACTIVO** | DR. RICARDO IACUB | ENVEJECER TAMBIÉN ES SENTIR: SOBRE AFECTO, INTIMIDAD Y BIENESTAR
- 14** **SALUD** | CAÍDAS: ¿A QUIÉNES AFECTA?
- 16** **PSICOGERONTOLOGÍA** | LA SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES
- 22** **ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA** ANÁLISIS DE LA ENTREVISTA AL DIRECTOR DEL INSTITUTO CONNECTACP: “LA ACP DEBE SENTIRSE Y DESEARSE ANTES QUE APRENDERSE”
- 25** **PASATIEMPOS** | CRUCIGRAMA
- 26** **SALUD** | POLIFARMACIA: CUANDO LOS MEDICAMENTOS EMPIEZAN A ENFERMARNOS
- 32** **SALUD** | TRASTORNOS INTESTINALES EN EL ADULTO MAYOR: COLOPATÍA DIVERTICULAR, ESTREÑIMIENTO Y DIARREA CRÓNICA
- 36** **ENTREVISTA** | ZUNILDA BORSANI | LA VIDA EN PALABRAS Y COLORES

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.

José María Puppo Riveiro: Una vida dedicada al compromiso social

(1936-2026)



El lunes 9 de febrero de 2026 falleció nuestro Director General de la Fundación Astur, nuestro leal compañero y amigo José María Puppo. Pepe, para todos los que tuvimos el honor de conocerlo y trabajar codo a codo con él durante muchos años, condujo, junto al liderazgo de nuestro Presidente, Enrique V. Iglesias, la Fundación Astur de manera magistral, posicionando a la institución como referente a nivel nacional y regional en pos del mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores, principalmente aquellas en condiciones de vulnerabilidad.

Además de su trayectoria en la Fundación, José María fue Presidente del Banco Central del Uruguay, y acompañó al Cr. Enrique V. Iglesias en numerosos cargos ejecutivos en la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Al recordar a Pepe, no recordamos solamente a un jefe, a un colega o a un referente profesional, recordamos a una persona que, de muchas maneras, dejó una marca profunda en nuestras vidas. Una marca que no se mide solo en proyectos, resultados o logros, sino en recuerdos, en aprendizajes y en la forma en que cambió nuestra manera de ver el trabajo.

Hay personas que pasan por nuestras vidas y otras que dejan huella; José María, Pepe, sin duda, dejó huella.

Para él, contar bien las cosas era casi tan importante como hacerlas. Porque entendía que detrás de cada logro había esfuerzo, había equipo y había una historia que merecía ser contada. Nos enseñó también que el trabajo no es solamente ejecución. No es solamente cumplir con una tarea o alcanzar un resultado. El trabajo, cuando se hace de verdad, implica emoción, compromiso, orgullo por lo que se construye junto a y para otros.

José María nos empujó a ser mejores de lo que pensábamos que podíamos ser y nos enseñó a sostener nuestras decisiones; a argumentar con fundamentos; a defender nuestras ideas con respeto, pero también con firmeza.

Muchos de nosotros somos hoy mejores profesionales gracias a esos años compartidos con Puppo, pero quizá lo más importante es que también somos mejores personas. Nos enseñó el valor del esfuerzo, de la responsabilidad, del compromiso.

Es imposible no sentir que algo muy importante se va con él, pero también es cierto que algo muy valioso se queda. Porque el



verdadero legado de una persona no está solo en lo que hizo... sino en lo que dejó en los demás. El legado de José María vive en los equipos que formó, en la cultura de trabajo que impulsó, y en la forma en que hoy enfrentamos los desafíos.

Nuestro presidente, el contador Enrique V. Iglesias, despide a su compañero y amigo Pepe de toda la vida, y el resto de los integrantes del Consejo de Administración y del staff de Astur, acompañamos con cariño y emoción sus sentimientos que son los nuestros y expresamos nuestras sinceras condolencias a sus seres queridos.

José María, Pepe, Puppo te vamos a extrañar mucho. Pero también vamos a recordarte siempre. La senda futura de nuestra institución estará marcada por tu inspiración, dedicación y sabiduría. Gracias por todo lo que nos dejaste.



Fisicoculturistas en Japón: un nuevo enfoque en el cuidado de adultos mayores



Japón, con la segunda población de mayor edad del mundo, enfrenta un desafío crítico en el sector de cuidados: se estima que por cada candidato hay cerca de cuatro puestos vacantes. La creciente necesidad de cuidadores ha llevado a la empresa Visionary, con sede en Nagoya, a implementar una solución innovadora: contratar fisicoculturistas para suplir la escasez de personal en hogares de cuidados.

Un trabajo atractivo para hombres jóvenes

Tradicionalmente, el sector del cuidado ha sido visto como un trabajo femenino, con más del 70% de los puestos ocupados por mujeres mayores de 40 años. Sin embargo, la empresa Visionary ha encontrado una forma original de atraer a hombres jóvenes, a menudo desalentados por salarios bajos y estereotipos de género. Al ofrecer empleos que permiten a los fisicoculturistas usar sus habilidades físicas, han logrado cambiar la percepción del trabajo de cuidador.

Takuya Usui, un exentrenador deportivo y uno de los cuidadores musculosos, comparte: “Antes, este trabajo no me atraía para

nada. Pero cuando me dijeron que podía dar uso a mis músculos, me dije: ¿Por qué no?”. Su trabajo implica ayudar a residentes como Madoka Yamaguchi, de 65 años, a realizar actividades cotidianas. “Está tan musculado que nunca me da miedo que pueda dejarme caer”, dice ella sonriente.

Crisis de cuidadores en Japón

Con el pronóstico del Ministerio de Trabajo que anticipa un déficit de 570.000 cuidadores para 2040, la situación es alarmante. Cada año, aproximadamente 100.000 japoneses abandonan sus trabajos para cuidar de familiares dependientes, lo que representa una pérdida significativa de potencial humano y un costo económico considerable, estimado en alrededor de 58.900 millones de dólares.

Yusuke Niwa, director de Visionary, destaca la importancia de hacer que el trabajo de cuidador sea más atractivo para los hombres. “Los culturistas son extremadamente fotogénicos y encarnan el trabajo incansable”, afirma, señalando que la campaña para atraer cuidadores musculosos ha tenido un éxito notable. Desde su implementación en 2018, la empresa ha visto un aumento significativo en la contratación, proyectando un ingreso de 2.200 millones de yenes (14,4 millones de dólares) para el presente ejercicio, diez veces más que en 2018.

Un ambiente ideal para culturistas

Para los fisicoculturistas, trabajar en el sector de cuidados no solo ofrece un ingreso, sino también la oportunidad de integrar su pasión por el *fitness* en su rutina diaria. Hokuto Tatsumi, un exmilitar de 27 años y uno de los cuidadores destacados, menciona que el ambiente de trabajo es ideal para quienes aman la musculación. Además, los cuidadores profesionales disfrutan de beneficios como horas remuneradas para el entrenamiento y subsidios para proteínas.



Más que un trabajo

A pesar de que muchos llegaron al sector por la oportunidad de usar su fuerza, han descubierto que el cuidado de los demás va más allá de la fuerza física. Takuya Usui, por ejemplo, ha desarrollado una relación especial con su paciente, Madoka Yamaguchi, quien, a pesar de no poder usar sus manos, pinta con la boca. Esta experiencia ha cambiado su perspectiva sobre el cuidado, dándole un significado mucho más profundo.

En conclusión, el enfoque innovador de Visionary para atraer a fisicoculturistas al sector de cuidados no solo está ayudando a cubrir una creciente demanda, sino que también está desafiando estereotipos y transformando la forma en que se percibe el trabajo de cuidar a los adultos mayores en Japón. A medida que el país enfrenta retos demográficos, estas iniciativas podrían ser clave para reinventar el sector del cuidado.

Fuente:

Sports Illustrated México

<https://www.si.com/mx/mas-deporte/japon-fisicoculturistas-usan-fuerza-cuidados-adultos-mayores>

Nunca es tarde para volver a empezar

Odontóloga, docente, actriz y buscadora incansable. La vida de Ana María Mamberto es la prueba de que reinventarse no tiene edad: entre el consultorio, escenarios y nuevos proyectos, sigue apostando al movimiento, la curiosidad y el deseo.

Entre sacrificios y vocación: el camino hacia la odontología

La historia de Ana María Mamberto comienza en un hogar de trabajo y esfuerzo. Su padre era comerciante, dueño de una zapatería de calzado fino, y su madre ama de casa. Durante años, la estabilidad familiar parecía firme, pero un giro inesperado cambió el rumbo.

A finales de los años 50, una serie de inundaciones afectó profundamente el negocio familiar. Su padre, que se había asociado en una fábrica de helados, tuvo pérdidas importantes: la producción se derretía, la zapatería quedó desatendida y sufrió una estafa por parte de una empleada.

La caída fue dura, pero no logró detener el impulso de Ana María. Con esfuerzo, continuó sus estudios en el colegio privado Adoratrices, Inmaculado Corazón de María. Al llegar a preparatoria, ingresó al Instituto Batlle y Ordóñez (IBO). Allí comenzó a definir su camino.

La vocación por la odontología, en realidad, venía de antes. “Cuando llegues a dentista”, le escribían sus compañeras en el liceo. Aunque ella no recuerda haber hecho comentarios sobre el tema en su adolescencia, evidentemente había algo que ya lo anticipaba.



Antes de decidirse, exploró otras opciones. Pasó por la Facultad de Veterinaria, pero no se sintió identificada. Luego probó acercarse a Medicina. Recuerda esas imágenes con claridad: estudiantes rodeando mesas de mármol con cuerpos en disección.

Ahí entendió algo importante sobre sí misma: le interesaba la salud, pero no quería convivir con la muerte.

Eligió odontología y no se arrepintió nunca. Desde el inicio mostró una determinación poco común. Se levantaba temprano, organizaba sus tiempos con precisión, y hacía lo necesario para avanzar. “Siempre fui muy trabajadora,” resume.

La exigencia académica también marcó su carácter. En tercer año, un profesor la obligó a repetir un trabajo siete veces, convencido de que alguien más lo hacía por ella. La situación fue desgastante.

“Yo vivía llorando,” recuerda.

Sin embargo, perseveró. Y el tiempo dio una vuelta inesperada: tiempo más tarde, ese mismo docente la convocó para integrar su cátedra.

Ana María se presentó a concurso y obtuvo el cargo con felicitaciones del tribunal. Ese fue el inicio de una extensa carrera docente en la Facultad de Odontología, que se prolongó durante casi medio siglo (48 años).

Con el tiempo fue ascendiendo: de grado 2 a grado 3, primero interina y luego titular. Recuerda con emoción el momento en que recibió la confirmación.

La alegría fue tan grande que salió corriendo a agradecer, abrazando al decano.

Ese logro no solo fue profesional: también le permitió jubilarse con el grado más alto que había alcanzado.

Exigente como docente —una característica que ella misma reconoce— dejó huella



en generaciones de estudiantes. Para algunos fue dura; para otros, inolvidable.

Amores, cambios y nuevas etapas

La vida afectiva de Ana María estuvo marcada por decisiones valientes y una fuerte necesidad de libertad.



Se casó en dos oportunidades. No tuvo hijos, pero eso no la alejó de construir vínculos profundos.

Más adelante vivió una relación de más de veinte años con un compañero que recuerda con cariño. Era comerciante, y sobre todo, alguien que respetaba su independencia.

Esa libertad fue clave en su vida. Porque hay una pasión que siempre la acompañó, aunque durante mucho tiempo quedó postergada: el teatro.

El interés por la actuación nació temprano, a los 18 años, impulsado por un profesor de literatura. Comenzó a formarse, pero en ese momento su familia no veía con buenos ojos ese camino.

“Mis padres no querían que me metiera en el mundo del teatro. No sé qué pensaban, era mal mirado”, recuerda.

La carrera universitaria terminó ocupando todo su tiempo y el teatro quedó en pausa, como un deseo guardado. Pero no olvidado. Durante años sostuvo una promesa silenciosa: cuando tuviera la libertad suficiente, volvería. Y así fue.

Volver a empezar, a cualquier edad

El reencuentro con el teatro llegó cuando la vida le dio el espacio que antes no tenía. Se formó en la escuela de teatro de la Asociación Cristiana, donde cursó el primer y segundo año, con la disciplina de quien encara una carrera formal. En ese momento su vida era intensa: trabajaba, daba clases y dormía apenas cuatro horas por día.

Más adelante se sumó a la academia de Nacho Cardoso durante seis años, donde siguió perfeccionándose.





Hoy, a sus 81, asiste desde hace cuatro años a los talleres del Teatro El Tinglado, donde ha participado en distintas obras. Una de las experiencias más desafiantes fue interpretar un papel protagonista muy particular: el de Yiya Murano, la famosa envenenadora argentina.

Un personaje oscuro, complejo y real, que llevó a escena con compromiso y entrega.

Actuar, para ella, no es un pasatiempo: es una forma de estar en el mundo.



Pero no es lo único. En paralelo, retomó el piano —instrumento que había abandonado durante dos décadas— y comenzó un curso de bijouterie, donde crea collares y piezas propias.

Su vida hoy está llena de pequeñas rutinas que la mantienen activa: actividades, aprendizajes, encuentros. Y también proyectos.

Siente que aún hay algo más por hacer. Por eso, tiene en mente comenzar actividad física en breve.

“Algo me falta hacer”, dice, con esa inquietud que no se apaga.

Ana María Mamberto no habla de edad como límite, sino como experiencia. Su historia no es la de alguien que se quedó en lo que fue, sino la de una mujer que sigue eligiendo, probando, equivocándose y volviendo a empezar.

Porque, como demuestra con cada paso, la vitalidad no es una cuestión de años, sino de actitud.

Envejecer también es sentir: sobre afecto, intimidad y bienestar



El psicólogo argentino Ricardo Iacub, especialista en envejecimiento y sexualidad, participó del X Congreso Uruguayo de Gerontología y Geriátrica y compartió una reflexión profunda sobre cómo la cultura condiciona la manera en que pensamos el cuerpo y el deseo en la vejez. Con una mirada empática y fundamentada, propone derribar prejuicios y recuperar la intimidad, el afecto y el disfrute como dimensiones esenciales del bienestar en todas las etapas de la vida.

“Existen muchísimos mecanismos en la cultura occidental que inciden a nivel psicológico y social, y que nos impiden ver, no solamente a los viejos como seres sexuados, sino parti-

cularmente a los viejos con discapacidad”, explica el psicólogo Ricardo Iacub, Licenciado y Doctor en Psicología, profesor titular de Psicología de la Tercera Edad y Vejez, y director



del Posgrado en Psicología del Envejecimiento en la Universidad de Buenos Aires.

En su exposición titulada “La sexualidad en la vejez, con discapacidad y enfermedad”, Iacub distingue tres dimensiones clave: sexualidad, erotismo e intimidad.

“La sexualidad —define— es el resultado dinámico de la capacidad física, la motivación, las actitudes, la oportunidad de encuentro, la conducta sexual y, obviamente, siempre en marcos culturales en los cuales se da sentido a estas prácticas.”

“El erotismo”, continúa, “tiene que ver con todas las voces sensoriales, internas y externas, los relatos eróticos, las prácticas que activan el deseo sensual y la respuesta sexual física.”

Y finalmente, la intimidad “que describe una cualidad o condición de cercanía, calidez, familiaridad”, expresa Iacub.

“En realidad, lo que nos cuenta la gente cuando uno hace investigación es que los besos, los abrazos, siguen haciendo un clima erótico dentro de una pareja, dentro de una relación del tipo que fuese”, agrega.

El especialista ilustra esta idea con una anécdota: “Me acuerdo de una señora que me decía: ‘yo pasé mucho tiempo con dolores, pero desde que conocí a Juan, me di cuenta de que mis hormonas eran de jóvenes’. ¿Por qué? Porque me tocaba, y yo sentía. Descubrir que ese cuerpo que solamente te duele, de repente lo tocan y siente, es una experiencia de apropiación del cuerpo. Es como una experiencia de autonomización máxima.”

Sin embargo, advierte que persisten fuertes prejuicios, como lo que denomina “la lógica de la capacidad”.

“Pareciera que toda la sexualidad dependiera de si hay una erección o no, o si la mujer puede estimularse o no. Esto inhibe toda otra posibilidad vinculada a lo íntimo o a otras formas de erotismo”, sostiene.

A esto se suma el rechazo estético, dice: “La estética no es una banalidad. Es una construcción social que organiza lo deseable y lo repulsivo. Uno de los efectos más resonantes por los cuales no concebimos la sexualidad en la vejez, es porque no nos parecen lindos los viejos.”

El “pragmatismo sanitario”: hablar del deseo también es salud

Para Iacub, uno de los grandes obstáculos es lo que denomina pragmatismo sanitario. “¿Para qué vamos a pensar en la sexualidad si esa persona tiene una enfermedad o una dificultad? Pero cuando hablamos hoy de longevidad –plantea–, una de las grandes preguntas es: ¿para qué seguimos viviendo? Todo lo que nos reconecte con el deseo tiene un valor enorme.”

La pérdida de autonomía, el dolor o la dependencia pueden afectar la identidad sexual, y “esto produce ira, vergüenza, culpa, agresividad, miedo, depresión, y muchas veces la abstinencia sexual tiene que ver con un duelo mal realizado.”

El psicólogo señala que los problemas de autoestima y de imagen corporal también pesan: “¿Cuántas mujeres no se animan a presentarse ante un hombre porque no se ven lindas?” –pregunta–, mostrando cómo el desánimo o la inseguridad pueden limitar la vida afectiva.

La falta de diálogo agrava la situación. “Muchas veces esa pregunta que no hacemos en la consulta, es lo que impide que el paciente pueda expresar lo que siente y encontrar un espacio de validación.”

“Encontramos parejas que han dejado de tener relaciones sexuales, cuando la organización cardiológica americana dice que no deben hacerlo, porque los varones pueden desarrollar depresión, y esa depresión puede generar más problemas cardiológicos.”, agrega.

Por eso insiste: “A veces no se habla porque parece poco importante –mirá si voy a hablar de esto cuando tiene un cáncer–, pero sí, es importante, especialmente para las mujeres. Cuando hay un cáncer de pecho, cuando hubo una operación, volver a sen-

tirse deseadas es absolutamente importante. Hay muchísima evidencia al respecto.”

Iacub resume: “Encontramos una correlación positiva entre la actividad sexual, la salud física y mental, y la calidad de vida. A mayor salud y calidad de vida, más sexualidad.”

Recuperar el cuerpo, embellecer la sexualidad

En una investigación reciente, Iacub observó un dato revelador: quienes más mostraban que embellecían el acto sexual eran los viejos. “Le daban un valor especial: la cena, el encuentro, toda una serie de cuestiones que hacían que el momento tuviera más importancia.”, dice.

Cuando la salud limita ciertas prácticas sexuales, surgen otras formas de intimidad, dice el psicólogo, y la sexualidad se produce



a través de otras vías: los abrazos, el tocarse, el incremento de la cercanía, el afecto.

“Las mujeres valoran mucho más los besos, los abrazos, el contacto físico, los masajes. Las relaciones genitales —aclara— se vuelven más opcionales con la edad, y eso no significa que sean menos sexuales, sino que tienen otros objetivos. Los varones todavía tenemos un objetivo muy fijo en relación a lo genital”, sostiene.

El desafío, dice, es recuperar el cuerpo: “buscar alternativas en un momento de la vida donde las cosas se ponen más difíciles. Cuando hay dolor o molestias, poder recuperar el cuerpo es esencial.”

Desde el entorno familiar y social también hay un papel importante. “La gran tarea cultural a la que apelo —señala— es a que rompamos con el sentido común de

que una persona enferma o con alguna discapacidad ya no tiene deseo sexual. Nos impresiona, pero tenemos que cambiar esa mirada.”

Su mensaje final apela a un cambio cultural, donde “la enfermedad y la discapacidad en la vejez pueden conducir a la innovación y a la ampliación de las definiciones de placer.”

Y concluye: “Creo que nosotros, los profesionales, tenemos la obligación de dejar de sorprendernos, para invitar a nuestros pacientes a seguir deseando la vida.”



Trayectoria

Ricardo Iacub (argentino) es Licenciado y Doctor en Psicología por la Universidad de Buenos Aires (UBA), profesor titular de Psicología de la 3ra Edad y Vejez (UBA) y de Psicología Evolutiva III en la Universidad del Museo Social Argentino (UMSA).

Es director del Posgrado en Psicología del Envejecimiento (UBA), ha sido profesor Invitado en universidades americanas y europeas, autor de libros y artículos científicos sobre la temática.

Caídas: ¿A quiénes afecta?



Las caídas son un gran problema de salud en las personas mayores, generando consecuencias físicas, afectivas y además sociales, dado que no sólo afecta al individuo que la sufre, sino a su entorno.

En muchas familias se genera una sobreprotección hacia la persona que se cae, comenzando a preocuparse al extremo en muchas oportunidades, llevando por esto a discusiones familiares, enfrentamientos, y dificultando los vínculos entre todos los integrantes. Así, muchas veces en las consultas, se suele escuchar “no me hace caso” o “ya no sé qué hacer para que se

quede quieto”, como si la persona hiciera a propósito las cosas, o sacándole su autonomía como si fuera un niño. Algunos familiares pueden preocuparse tanto que los lleva a una sobrecarga en el cuidado de la persona, generando enfermedades en el cuidador como ansiedad o depresión.

Otras veces, por el contrario, lleva a subestimar esas caídas como un simple accidente, no consultando a un profesional de la salud, y de esta forma, no pudiendo generar intervenciones adecuadas para que no vuelva a suceder; porque debemos saber que caerse una sola vez ya aumenta el riesgo al doble para volverse a caer, siendo un suceso fundamental en la vida de la persona mayor, marcando un antes y un después para la mayoría.

Particularmente en la persona que cae, se generan en muchas ocasiones alteraciones en su ánimo. Aunque no sufran ninguna consecuencia física, muchos comienzan a tener miedo a volver a caerse, llevándolos en muchas ocasiones a dejar de salir del domicilio, y en casos más severos, todavía a no querer caminar.



Debemos saber que esto no lo hacen a propósito, sino que es algo que no pueden controlar; les genera un miedo tan intenso que, aunque quieran, no lo pueden hacer. Esto lleva a depresiones en muchos individuos, generando frustración en la familia al no entender la enfermedad y creyendo que simplemente no quieren hacer cosas, o generando comentarios como, “se hace el vivo”.

Lo bueno es que para todo esto existen tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, que podrán ayudar tanto a la persona como a su familia.

Con respecto a las complicaciones físicas, lo más habitual es que no sean graves, con lesiones en tejidos blandos y dolor. No debemos subestimar este último, porque

puede perpetuarse en el tiempo, llevando a que la persona deje de hacer sus actividades habituales y se deprima.

En la minoría de los casos, se dan las lesiones graves, como traumatismos en la cabeza, que generan sangrados, o incluso fracturas, siendo la más preocupante la fractura de cadera, por sus consecuencias en el individuo y en todo su entorno.

Por momentos, la preocupación, junto con la frustración a la que conducen las múltiples caídas, hace pensar a su entorno en la institucionalización del adulto mayor. Esto no solo afecta a la propia persona, sino que también provoca, en muchos familiares, un sentimiento de culpa por esta decisión.



Esperamos que este artículo sea realmente útil para todas aquellas familias que están atravesando situaciones similares, y que puedan comprender que el trabajo conjunto con especialistas no solo ayudará a disminuir las caídas, sino también a fortalecer el vínculo, entendiendo que la sobreprotección no es beneficiosa para ninguna de las partes.

La soledad en las personas mayores



La vejez como ciclo vital conlleva una serie de cambios de paradigmas existenciales que generan internamente movimientos afectivos, los que condicionan nuestra realidad, los vínculos y la manera de interactuar con el entorno. Lograr comprenderlo posibilita vivir plenamente esa etapa, estimulando un envejecimiento activo como sujetos de derecho.

En este artículo consideraremos a la soledad como una elección consciente o inconsciente que va construyendo nuestra realidad interna, la que se proyecta en la manera en que nos relacionamos con lo que nos rodea. El desafío más grande es comprender las similitudes y diferencias existentes entre la experiencia subjetiva del encuentro con el otro y el sentimiento de “ser” en el mundo.

La Organización Mundial de la Salud en 2025 advierte: *“Soledad y aislamiento: la amenaza oculta para la salud mundial que ya no podemos desoir”*. Esto pone de manifiesto la importancia de la interacción so-

cial a lo largo de la vida, principalmente en la vejez, y el impacto en la calidad de vida de la población repercutiendo en su salud y bienestar.

En el censo del año 2023 de nuestro país, las personas mayores de 65 años representan 1 de cada 6 habitantes. Según la Encuesta Continua de Hogares del Instituto de Estadística de Uruguay 2021 y 2023, el 20% de personas mayores de 65 años viven solas, con una feminización en la vejez del 60%.

En este último tiempo, y luego de la pandemia, se ha puesto la mirada en la soledad como una de las cosas que más ha impactado a las personas mayores en la salud física y mental. Este relato se manifiesta de forma recurrente en la consulta, refiriendo al costo de volver a realizar actividades de la misma manera, ya que implicó vencer los miedos propios y de sus familiares, los que muchas veces eran potenciados por la infodemia que los retroalimentaba. En otros casos, procesos de duelos por pérdidas importantes, hoy en día los llevan a retomar su vida en otras condiciones y con la soledad como compañera, convirtiéndose en personas más resilientes, resignificando su vida al atravesar estos procesos.

Comencemos por analizar las diferencias entre soledad sentida y soledad vivida.

La soledad sentida

Citando a Carl Jung, 1961: *“La soledad no proviene de no tener gente a tu alrededor, sino de ser incapaz de comunicar las cosas que te parecen importantes”*. Me gustaría remarcar las cosas que nos parecen importantes para nosotros, porque muchas veces no tienen que serlo necesariamente para el resto, por eso nos podemos sentir extremadamente solos y estar rodeados de personas. La clave es poder disfrutar la presencia del otro, poder sentirnos escuchados, intentando comprender una realidad

que no es la propia. Hablando con una paciente, ella me decía: “Me pueden cuidar y acompañar, pero mi sentimiento de soledad, de las cosas que viví y que perdí, muchas veces no las llegan a comprender. Siendo como soy, una persona positiva, a veces me siento sola estando acompañada”.



Este relato, como tantos otros, refiere a la disonancia cognitiva con el entorno. Nos referimos a una percepción subjetiva que impacta en las emociones de las personas, independientemente de estar en compañía. A medida que pasan los años muchos roles se invierten, y al no tener herramientas para manejar estos cambios, se toman decisiones por el bien de la persona mayor. Esto surge cuando la familia piensa qué es lo que beneficiaría a su familiar, o lo que a este le haría bien, sin escuchar qué es lo que realmente quiere o necesita, lo cual no pasa necesariamente por lo material sino por el tiempo de calidad. En la vejez los ritmos y tiempos van de la mano de cambios a nivel cognitivo y funcional, por lo tanto,



las necesidades varían, cambian, al igual que el disfrute, teniendo que prestar atención y cuidar los diferentes entornos.

La soledad sentida se combate con la escucha, comprendiendo o intentando entender el mundo del otro, desde su mirada, no desde nuestro lugar, con empatía, respetando sus pausas y tiempos con paciencia y amor.

La soledad vivida

“Tengo necesidad de soledad, es decir, de cura, de retorno a mí mismo, de respirar un aire libre, ligero, juguetón”.

Nietzsche, (1888).

La soledad es muchas veces una necesidad para poder realizar actividades de introspección (crear, pensar, analizar y transitar procesos internos). En otras ocasiones es una forma de vida, elegida o no.

Conozco personas que han decidido vivir en soledad → algunas veces la soledad se elige-, y mantienen una vida social muy activa, pero prefieren no compartir su intimidad con nadie. Por otra parte, hay que considerar los

cambios físicos que conlleva el vivir más, adecuando las necesidades y cuidados en todas las áreas, incluida la salud mental, minimizando los riesgos al invisibilizar situaciones que, de naturalizarse, pasarían inadvertidas afectando el diario vivir.

A pesar de eso, podemos decir que no hay ninguna persona completamente sola en este mundo; sí diferentes formas de relacionarse que hacen que esa persona se encuentre en un posible riesgo, pudiendo dar lugar a la vulneración de derechos, incrementando de esta manera problemas en su salud, en su estado de ánimo y en su calidad de vida.

La soledad suele potenciar varios elementos, entre los que podemos considerar: dificultad para detectar cambios en los hábitos de alimentación, rutinas de sueño, problemas de memoria, por nombrar algunos de ellos.

Un factor que oficia de desencadenante y que lleva a la soledad, son los duelos en todas sus dimensiones. Nos referimos al fallecimiento de cónyuges o pérdidas de familiares referentes con quienes convi-

vían; es decir, a cambios existenciales que sacuden los proyectos de vida. En mi experiencia, luego de la crisis y elaborados los duelos, muchas mujeres deciden vivir solas, realizando actividades fuera de su hogar, estando activas. Estas mujeres, en su gran mayoría viudas con muchos años de matrimonio, se han acostumbrado a la soledad, la que se vuelve adictiva y, sin perjuicio de que socialicen con sus pares y el entorno, deciden vivir solas. También he observado que a los hombres viudos les cuesta integrarse a grupos nuevos, ya que ellos de una manera u otra tienen otros ámbitos de pertenencia y referencia; pero al participar en nuevas instancias, muchas veces impulsados por familiares, logran establecer vínculos afectivos que les sirven de sostén emocional.

La soledad vivida deviene en otras ocasiones con el síndrome del nido vacío, y se potencia dependiendo del vínculo con sus hijos y sus respectivas parejas. Es en este punto para algunos cuando comienza a instaurarse fuertemente el sentimiento de soledad, replanteándose nuevas estrategias. Lo que condiciona estas soledades vividas son los proyectos de vida de las personas mayores, quienes no quieren interferir en la relación con sus hijos ni depender del cuidado.

Algunas de ellas, como forma de evitar la soledad, eligen ingresar a un ELEPEM con la finalidad de tener resuelta el área de hostelería y de cuidado.

En otras ocasiones concurrir a Centros Diurnos, ha impactado de forma muy positiva en el combate a la soledad y en ser acompañados durante los procesos de duelo. El compartir con el otro, y poder poner en palabras lo que se encuentran viviendo, resulta sanador; trasladar la experiencia personal permite muchas veces resignificar la situación que se encuentra atravesando. Sentir que otras personas vivieron lo mismo y lo superaron, hace una gran diferencia. La sinergia del grupo posibilita un impacto en

la autoestima. La mirada del otro condiciona muchas veces y hace de refuerzo positivo para instaurar hábitos, cuidados e higiene, impulsando a permanecer en actividad integrado a un colectivo.



La reducción de la interacción social puede también darse cuando llega la jubilación, y si no se planifica, puede ocasionar un síndrome denominado jubilopatía, con consecuencias en la afectación del estado de ánimo. En este tipo de situaciones se pueden ver las dos soledades antes desarrolladas.

Por lo tanto, podemos decir que la presencia del otro se convierte entonces en un factor protector, porque permite notar cambios de conducta, prestar atención cuando una persona mayor se aísla, deja de participar, cambia su forma de relacionarse. Ahí es cuando se pueden inferir disonancias afectivas relacionadas con sentimientos de depresión, ansiedad u otra situación psicoafectiva.



Entonces surge la interrogante: ¿Cómo podemos intervenir desde nuestro lugar para combatir la soledad en las personas mayores?

Algunas sugerencias en forma de tips:

- Favorecer la denominada **caricia paraverbal**, prestando atención a la forma en que nos comunicamos, tanto en el tono de voz como en el volumen, los tiempos de respuesta y la manera en que nos dirigimos, sosteniendo la mirada al hablar, buscando la conexión. Si es pertinente, establecer contacto tomando las manos, dando un abrazo, o simplemente quedándose al lado en silencio, siendo esta la mejor compañía.
- Apoyarse en equipos interdisciplinarios que comparten una mirada Geriátrico-Gerontológica cuando se les dificulte manejar las emociones y las rutinas, para evitar caer en depresión y aislamiento.
- Desarrollar cualquier tipo de voluntariado. En mi experiencia las personas mayores que lo realizan, generan nuevos vínculos positivos. Muchas veces me plantean

que sienten que reciben mucho más de lo que dan. Es, sin lugar a dudas, un círculo de solidaridad que se retroalimenta.

- Perder el miedo de comenzar a participar en espacios y actividades de socialización, ya que a cualquier edad se puede hacer teatro, murga, canto, baile, pintura, o escritura, y a realizar una variedad de proyectos que generen bienestar.
- Incorporar nuevas tecnologías que permitan un encuentro desde un nuevo lenguaje, acortando distancias, posibilitando el diálogo, la compañía y el compartir espacios gratificantes.

La soledad es un sentimiento, una percepción subjetiva que parte del pensamiento y se manifiesta en la emoción, puedes intervenir en el proceso y lograr que esa experiencia sea enriquecedora. A lo largo de nuestra vida pasamos o pasaremos por momentos de soledad sentida o vivida, está en ti qué hacer con ella: cronificar la experiencia o salir más fortalecido, con posibilidad de apoyar a otros a lo largo del camino.



Paseos Plateados

Una comunidad de personas mayores que disfrutan de la vida

Paseos Plateados nace en 2022 de la mano de Carolina dos Santos. Desde sus inicios, el proyecto propone generar bienestar en personas mayores a través del disfrute, el entretenimiento y la socialización. En ese camino, promueve la autonomía, busca transformar la soledad no deseada y acompaña una vejez activa.

La propuesta ofrece una variada agenda de actividades: paseos al cine, teatro, ballet y conciertos, espectáculos culturales, museos, salidas campestres, visitas a bodegas, así como meriendas y degustaciones.

Uno de sus diferenciales es la organización integral en cada experiencia. Todo se planifica previamente para que los participantes solo tengan que disfrutar: traslado puerta a puerta, reserva y compra de entradas, selección de lugares para comer o merendar, seguridad y un acompañamiento cuidadoso y amoroso, durante todo el paseo.

El impacto de la propuesta se refleja en los emotivos testimonios de quienes participan. Compartimos las palabras de uno de sus miembros, Carlos Fernández, de 86 años, en el cierre del Programa **Pensar en Grande**, en la Sala Hugo Balzo: “Realmente para



*mi **Paseos Plateados** ha sido una experiencia muy positiva; lo dicen mis familiares, que ha cambiado mi vida radicalmente. Me siento muy feliz de poder compartir con el resto de los ‘plateados’, con la ‘directora técnica’, es muy bueno, excelente. Todo el que quiera integrarse, va a tener muy buenos resultados: anímicos y físicos. Yo me siento integrante de una gran familia.”*

Para ser parte de la comunidad y comenzar a disfrutar de **Paseos Plateados**, pueden comunicarse con:

Carolina dos Santos: 099 66 88 70
Instagram: @paseos_plateados



Análisis de la entrevista al director del Instituto ConnectACP:

“La ACP debe sentirse y desearse antes que aprenderse”

En los últimos años, la forma de cuidar a las personas mayores está cambiando de manera profunda. Cada vez se habla más de respetar la autonomía, la historia de vida y las decisiones individuales, incluso en contextos de dependencia. Este enfoque, conocido como Atención Centrada en la Persona (ACP), se ha convertido en un eje clave para mejorar la calidad de vida. En este contexto, resulta especialmente interesante la profunda entrevista publicada por Dependencia.info a Carlos Mirete, impulsor y director del Instituto ConnectACP, donde se reflexiona sobre cómo llevar este modelo a la práctica real en el sector de la dependencia y las residencias. A continuación, repasamos y analizamos sus principales ideas.

A lo largo del texto, se pone de manifiesto que la ACP ha dejado de ser un concepto teórico o aspiracional para consolidarse como un criterio esencial de calidad, tanto en la atención a las personas como en la gestión de los centros y la formación de los profesionales.

Uno de los principales valores del artículo es que no se limita a definir qué es la Atención Centrada en la Persona, sino que explora su aplicación real, sus dificultades y sus implicaciones éticas, organizativas y culturales. A través de las respuestas de Mirete, se construye una visión clara de la ACP como un modelo profundamente transformador, que cuestiona el asisten-



cialismo tradicional y propone una forma distinta de entender el cuidado, basada en la autonomía, los derechos y las relaciones de calidad.

El vínculo personal del entrevistado con la ACP aporta credibilidad y profundidad al planteo. Mirete explica cómo su acercamiento inicial, hace más de quince años, se vio reforzado al conocer de primera mano la realidad cotidiana de los centros residenciales. Esta experiencia directa le permitió comprender las carencias del modelo tradicional y la necesidad de un cambio de mirada hacia las personas mayores y dependientes: dejar de verlas como sujetos pasivos de cuidados para reconocerlas como protagonistas de su propia vida.

El artículo destaca que la integración de la formación y la tecnología para facilitar la implantación real de la ACP genera sinergias capaces de provocar cambios profundos y sostenibles. Esta propuesta resulta especialmente relevante en un contexto en el que muchas iniciativas formativas fracasan por quedarse en lo teórico, o por no ir acompañadas de herramientas prácticas que faciliten su aplicación diaria.

Resulta especialmente interesante la concepción de la formación que se defiende. Mirete insiste en que innovar en formación no consiste en introducir novedades superficiales, sino en escuchar activamente a los centros y adaptar los procesos pedagógicos a sus realidades concretas. En coherencia con la filosofía de la ACP, la formación también debe ser personalizada, teniendo en cuenta las necesidades reales —tanto individuales como grupales— de quienes cuidan y de quienes reciben los apoyos. Esta coherencia entre el discurso y la práctica refuerza la solidez del enfoque.

La metodología formativa del Instituto se diferencia claramente de los enfoques tradicionales. La secuencia “enamorar—comprender—conocer” que propone Mirete in-



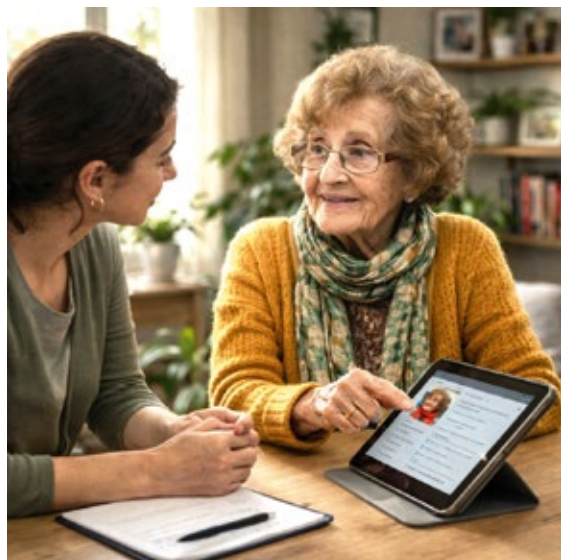
vierte el orden habitual de la enseñanza, priorizando la conexión emocional y el deseo de cambio por sobre la transmisión de contenidos teóricos. Según el artículo, este enfoque favorece una adopción más auténtica del modelo ACP, ya que los profesionales no se limitan a aplicar protocolos aprendidos, sino que desarrollan una capacidad reflexiva y creativa para responder a situaciones complejas y cambiantes. Esta idea resulta especialmente relevante en el ámbito de los cuidados, donde cada persona presenta necesidades únicas.

El texto se enriquece con ejemplos concretos de experiencias de éxito, que permiten visualizar el impacto real de la ACP en los centros. La descripción de un centro que logró transformar su cultura, aumentar las actividades significativas y generar un clima de alegría ilustra con claridad los beneficios del modelo. Al mismo tiempo, se advierte que el cambio no es sencillo ni inmediato, sino que implica un proceso exi-

gente, descrito metafóricamente como un “tránsito por el desierto.” Este reconocimiento de las dificultades evita una visión idealizada y aporta realismo al planteo.

Otro elemento clave es la importancia que se otorga a la experiencia directa como base del acompañamiento formativo. Se subraya que cada centro y cada equipo profesional presentan complejidades únicas, lo que exige itinerarios de cambio personalizados y coherentes con los valores de la ACP. Esta idea refuerza la noción de que no existen recetas universales y que la personalización debe impregnar todos los niveles del sistema, desde la atención directa hasta la organización y la formación.

La relación entre formación y digitalización constituye otro de los ejes centrales del texto. Lejos de presentar la tecnología como un fin en sí mismo, Mirete defiende su uso crítico y ético, al servicio de las personas. Se advierte del riesgo de caer en una estandarización excesiva, pero al mismo tiempo se destaca el potencial de la tecnología para liberar tiempo, mejorar la gestión de la información y apoyar una personalización de mayor calidad. Esta visión equilibrada resulta especialmente pertinente en un sector que avanza rápidamente hacia la digitalización.



En cuanto a los retos del sector, se los enmarca dentro de una “crisis del sistema de cuidados”, caracterizada por la dificultad de traducir el consenso teórico en cambios reales. Se señala el peligro de adoptar visiones reducidas de la ACP, que desvirtúan su sentido profundo. Frente a ello, se reivindica la atención centrada en la persona como una apuesta integral por la autonomía, los derechos y la gobernanza de la propia vida, sostenida por una práctica profesional ética y de calidad.

Finalmente, se aborda uno de los problemas más acuciantes del sector: la alta rotación de profesionales. La propuesta del Instituto ConnectACP se basa en fortalecer liderazgos internos estables, agilizar el cambio cultural y apoyarse en la tecnología para optimizar la gestión de los apoyos personalizados. Esta estrategia se presenta como una respuesta pragmática a una realidad compleja, orientada a mejorar tanto la calidad de la atención como las condiciones laborales.

En conclusión, se ofrece una visión profunda, coherente y realista de la Atención Centrada en la Persona y del papel que puede desempeñar el Instituto ConnectACP en su implantación. A través de una entrevista bien estructurada, se combinan reflexión ética, experiencia práctica y propuestas concretas, lo que convierte este enfoque en una aportación valiosa para comprender los desafíos actuales del sector de los cuidados y la necesidad de avanzar hacia un modelo verdaderamente humano.

Ir al artículo



Fuente:

Dependencia.info

<https://dependencia.info/noticia/8612/innovacion/la-acp-debe-sentirse-y-desearse-antes-que-aprenderse-en-trevista-con-el-impulsor-del-instituto-connectacp.html>



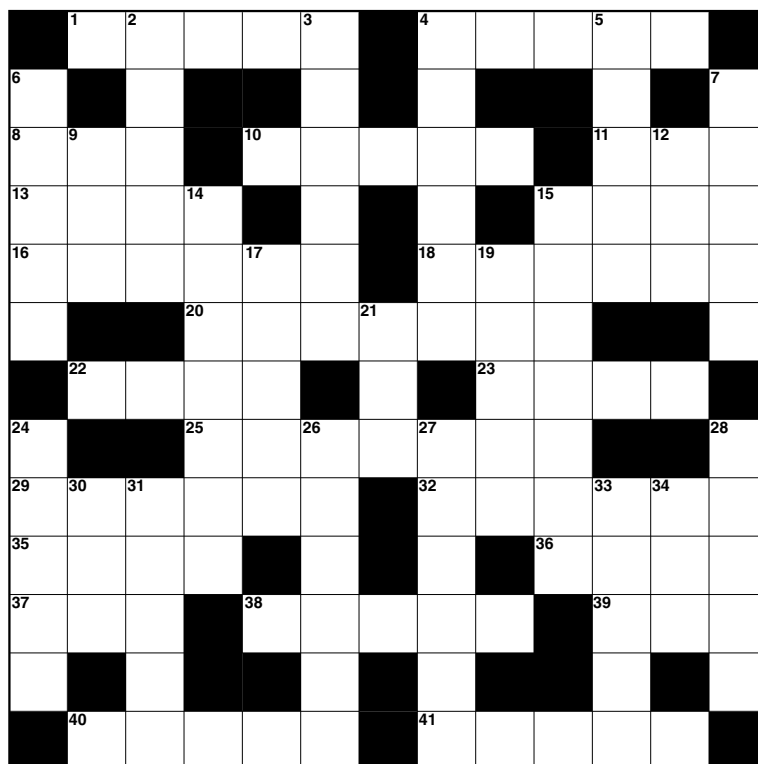
Crucigrama

HORIZONTALES

1 • Hurto, saqueo (pl.). **4** • De gran estatura (pl.). **8** • Una, junte, sujete. **10** • De estilo afroamericano (pl.). **11** • Plural de letra "A" **13** • Caña de los cereales, seca y separada del grano. **15** • Elevación que se forma al perturbar la superficie de un líquido. **16** • Asar ligeramente. **18** • Relativo a la cara. **20** • Resumen o compendio de una obra extensa. **22** • Fuerza con que la Tierra atrae a un cuerpo. **23** • Instrumento musical de cuerda. **25** • Pensarán, creerán. **29** • Mantener, guardar u observar algo. **32** • Perfumar. **35** • Ceremonia mediante la cual se unen en matrimonio dos personas. **36** • Aquello que de concierto está determinado entre dos o más personas para entenderse. **37** • Obras Sanitarias del Estado. **38** • Viviendas para esquimales. **39** • Número natural que sigue al uno. **40** • Costado izquierdo de la embarcación mirando de popa a proa. **41** • Sienta estima o afecto en grado sumo por alguien.

VERTICALES

2 • Hembra del carnero. **3** • Excursión de caza mayor, que se realiza en algunas regiones de África. **4** • Sin



forma regular o bien determinada (masc.). **5** • Nativo/a de Omán o relativo a este país árabe. **6** • Tiempo entre dos límites. **7** • Empléala, utilízala. **9** • Filosofía china representada por el Yin y el Yang. **12** • Enfermedad Diarreica Aguda. **14** • Mata a alguien con premeditación, alevosía. **15** • Masa de agua que cubre la mayor parte de la superficie terrestre (pl). **17** • De un seudónimo. **19** • Piedra semipreciosa compuesta de resina vegetal fosilizada. **21** • Hermana de uno de los padres de una persona. **24** • Dicho de un animal: Que tiene el rabo más corto de lo que es normal en su especie, o que no lo tiene. **26** • Distribuir, repartir bienes o caudales. **27** • Canal estrecho y largo que se abre en un madero, piedra u otro material. **28** • Pingüe, mantecoso y que tiene gordura. **30** • Movimiento convulsivo y sonoro del aparato respiratorio. **31** • Hinchazón blanda de una parte del cuerpo, que cede a la presión y es ocasionada por la serosidad infiltrada en el tejido celular. **33** • Comparar una cantidad con su respectiva unidad. **34** • Tiempo que tarda la Tierra en dar una vuelta alrededor del Sol.

Soluciones en la página 31

Polifarmacia: cuando los medicamentos empiezan a enfermarnos



El uso de múltiples medicamentos es cada vez más frecuente en las personas mayores. Aunque muchos tratamientos son necesarios para controlar enfermedades crónicas, la combinación de varios fármacos puede generar riesgos si no se revisa periódicamente. Comprender qué es la polifarmacia y cómo prevenir sus efectos adversos es fundamental para proteger la salud y la calidad de vida de los adultos mayores.

Envejecer es un proceso natural de la vida que suele venir acompañado de nuevos desafíos para la salud. Con el paso de los años aumentan las probabilidades de padecer enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes, problemas cardíacos, artrosis, insomnio o trastornos digestivos. Para controlar estas condiciones, muchas personas mayores necesitan tomar medicamentos de forma regular.

En muchos casos, una persona puede recibir un fármaco para la presión arterial, otro para el colesterol, uno más para el dolor, quizás otro para dormir o para proteger el estómago. Así, poco a poco, el número de medicamentos va aumentando. Cuando una persona toma varios medicamentos al mismo tiempo hablamos de **polifarmacia**, un fenómeno cada vez más frecuente en la población adulta mayor.

Generalmente se considera polifarmacia al uso simultáneo de cinco o más medicamentos. Aunque en muchos casos esta combinación es necesaria y está correctamente indicada por los profesionales de la salud, también puede traer riesgos si no se controla adecuadamente. Lo que comienza como un tratamiento destinado a mejorar la salud puede terminar generando nuevos problemas si no se revisa periódicamente.

El desafío no es eliminar medicamentos que realmente son necesarios, sino asegurar que cada uno de ellos tenga un beneficio claro para la persona.

Cuando el medicamento deja de ayudar

El organismo cambia con el envejecimiento. A medida que pasan los años, el cuerpo procesa los medicamentos de forma diferente. El hígado y los riñones —los principales órganos encargados de metabolizar y eliminar los fármacos— pueden trabajar más lentamente. Esto significa que algunos medicamentos permanecen

más tiempo en el organismo o producen efectos más intensos.

También cambian otros aspectos del cuerpo, como la proporción de grasa y agua, la sensibilidad del sistema nervioso o el funcionamiento del aparato digestivo. Todos estos factores influyen en la manera en que los medicamentos actúan.

Por eso, un fármaco que en una persona joven puede ser seguro, en un adulto mayor puede producir efectos inesperados.

Cuando se combinan muchos medicamentos pueden aparecer diferentes problemas:

- **Interacciones entre medicamentos**, donde un fármaco modifica el efecto de otro.
- **Aumento de efectos secundarios**, como somnolencia, mareos o debilidad.
- **Mayor riesgo de caídas**, especialmente cuando se afectan el equilibrio o la presión arterial.
- **Problemas de memoria o confusión**, asociados a algunos medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso.
- **Molestias digestivas**, como náuseas, estreñimiento o pérdida de apetito.
- **Dificultad para cumplir correctamente el tratamiento**, debido a la complejidad de horarios y dosis.

Un aspecto especialmente preocupante es que algunos efectos adversos pueden confundirse con síntomas de una nueva enfermedad. Por ejemplo, un medicamento puede provocar mareos o cansancio, y esos síntomas pueden interpretarse como otro problema de salud. En consecuencia, se prescribe un nuevo medicamento para tratar ese síntoma.

Así comienza lo que se conoce como “**casca de prescripción**”, una cadena en la que un medicamento genera un efecto adverso que termina siendo tratado con otro fármaco, aumentando aún más la cantidad de medicamentos.

Un fenómeno cada vez más frecuente

La polifarmacia no es un problema aislado. A medida que la población envejece, el uso simultáneo de múltiples medicamentos se ha vuelto cada vez más común en todo el mundo.

Se estima que **entre el 40 % y el 60 % de los adultos mayores que viven en la comunidad toman cinco o más medicamentos de manera habitual**. En personas que viven en residencias o instituciones de larga estadía, esta cifra puede ser incluso mayor.

Además, alrededor del **20 % de los adultos mayores consume diez o más medicamentos**, situación que se conoce como hiperpolifarmacia y que se asocia con un mayor riesgo de interacciones medicamentosas y efectos adversos.

Este fenómeno se explica por varios factores. Por un lado, la medicina dispone hoy de tratamientos eficaces para muchas enfermedades crónicas, lo que permite que las personas vivan más tiempo y con mejor calidad de vida. Sin embargo, cada enfermedad puede requerir uno o varios medicamentos.

Por otro lado, muchas personas mayores consultan con diferentes especialistas. Cada profesional puede indicar tratamientos necesarios, pero no siempre se revisa el conjunto completo de medicamentos.

A esto se suma el uso de medicamentos de venta libre, suplementos o productos naturales, que en algunos casos también pueden interactuar con los tratamientos recetados.

Medicamentos que requieren especial cuidado

Algunos medicamentos requieren especial precaución en las personas mayores porque pueden aumentar el riesgo de efectos adversos.

Entre ellos se encuentran:

- **Sedantes o medicamentos para dormir**, que pueden provocar somnolencia o caídas.
- **Medicamentos para la ansiedad o el dolor**, que pueden afectar la memoria o la concentración.
- **Antiinflamatorios**, que pueden generar problemas digestivos o afectar la función renal si se utilizan de manera prolongada.
- **Medicamentos para la presión arterial**, que en ciertas circunstancias pueden producir mareos al ponerse de pie.

Esto no significa que estos medicamentos deban evitarse siempre, sino que deben utilizarse con precaución y bajo seguimiento médico.

El riesgo de las caídas

Uno de los problemas más importantes asociados a la polifarmacia es el aumento del riesgo de caídas.

Las caídas pueden ocurrir por diferentes motivos, como mareos, disminución de la presión arterial, debilidad muscular o somnolencia. Muchos medicamentos pueden contribuir a estos factores, especialmente cuando se combinan entre sí.

Una caída puede tener consecuencias graves en la vida de un adulto mayor, como fracturas, pérdida de independencia o temor a volver a caminar con seguridad. Por eso, revisar los medicamentos que puedan afectar el equilibrio o la presión arterial es una medida fundamental para prevenir este tipo de accidentes.

Polifarmacia y hospitalizaciones

Otro aspecto importante relacionado con la polifarmacia es el aumento del riesgo de hospitalizaciones. Diversos estudios han demostrado que una proporción significativa de ingresos hospitalarios en personas mayores está relacionada con efectos adversos de medicamentos.

Estos problemas pueden incluir reacciones inesperadas, interacciones entre fármacos o errores en la forma de tomar la medicación. En algunos casos, los síntomas que llevan a una persona al hospital —como confusión, debilidad, deshidratación o caídas— pueden estar directamente vinculados al uso de medicamentos.

El riesgo aumenta especialmente cuando se combinan muchos fármacos, o cuando existen enfermedades crónicas que afectan órganos como el hígado o los riñones, responsables de eliminar los medicamentos del organismo.

Por esta razón, cada hospitalización también debe ser vista como una oportunidad para revisar los tratamientos y simplificar la medicación cuando sea posible.

La importancia de revisar los tratamientos

Una de las estrategias más importantes para evitar los riesgos de la polifarmacia es la **revisión periódica de los medicamentos**.

Durante la **valoración geriátrica integral**, revisamos sistemáticamente la medicación que utiliza la persona mayor. Este proceso permite analizar todos los medicamentos que está tomando para evaluar:

- Si cada medicamento sigue siendo necesario.
- Si la dosis es la adecuada.
- Si existen interacciones entre ellos.
- Si algún medicamento puede suspenderse o reemplazarse.

Esta revisión debe realizarse de forma individualizada, teniendo en cuenta la situación funcional y cognitiva de cada persona, sus enfermedades y su calidad de vida.

El rol del cuidador

En muchas situaciones, las personas mayores cuentan con el apoyo de un familiar o cuidador para organizar sus tratamientos.

El rol del cuidador puede ser fundamental para prevenir errores en la medicación y detectar posibles efectos adversos.



Los cuidadores suelen ayudar a recordar los horarios de toma, preparar los medicamentos o acompañar a la persona a las consultas médicas. También pueden notar cambios en el estado general, como somnolencia excesiva, mareos o confusión, que a veces pueden estar relacionados con los medicamentos.

Cuando existe una buena comunicación entre el cuidador y los profesionales de la salud, es más fácil mantener un tratamiento seguro y adecuado.

Herramientas para organizar la medicación

Cuando una persona toma varios medicamentos, mantener una buena organización es fundamental. Existen herramientas simples que pueden ayudar a evitar errores.

Los **pastilleros semanales** permiten distribuir los medicamentos según el día y el horario de toma. También puede ser útil mantener una **lista escrita con todos los medicamentos**, sus dosis y horarios.



Las alarmas en el teléfono o recordatorios son otra estrategia sencilla que puede ayudar a cumplir correctamente el tratamiento.

Estas herramientas no reemplazan la supervisión médica, pero sí facilitan la adherencia y reducen el riesgo de olvidos o confusiones.



Menos puede ser más

En los últimos años se ha comenzado a hablar cada vez más de un concepto llamado **desprescripción**, que consiste en reducir o suspender medicamentos cuando



ya no son necesarios o cuando sus riesgos superan los beneficios.

El objetivo no es dejar de tratar enfermedades, sino **optimizar los tratamientos** para que cada medicamento tenga un propósito claro.

En muchos casos, simplificar la medicación puede mejorar la calidad de vida, reducir efectos adversos y facilitar el cumplimiento del tratamiento.

Un enfoque centrado en la persona

Cuando se trata de la salud de los adultos mayores, el objetivo no es solamente tratar enfermedades, sino **cuidar a la persona en su totalidad**.

Cada individuo tiene una historia, una situación de salud y prioridades diferentes. Por eso, las decisiones sobre los tratamientos deben considerar no solo los diagnósticos médicos, sino también la situación funcional, cognitiva y la calidad de vida.



Un mensaje para reflexionar

Los medicamentos han permitido avances extraordinarios en la medicina moderna. Gracias a ellos es posible controlar enfermedades, aliviar síntomas y mejorar la esperanza de vida.

Sin embargo, en las personas mayores, es fundamental revisar periódicamente los tratamientos para asegurarse de que cada medicamento siga siendo necesario.

Hablar con los profesionales de la salud, evitar la automedicación y mantener una lista actualizada de medicamentos son medidas simples que pueden ayudar a prevenir problemas.

Porque en la medicina, especialmente en la vejez, **no se trata de tomar más medicamentos, sino de tomar los adecuados**.

Y muchas veces, cuando los tratamientos se revisan con cuidado, se descubre que **menos medicamentos pueden significar más bienestar**.

PASATIEMPOS

Soluciones de la página 25

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|----|---|---|----|----|----|---|---|----|----|----|----|---|----|----|---|---|
| | 1 | R | O | B | O | S | | 4 | A | L | T | O | S | | | | | |
| 6 | L | | V | | | A | | | M | | M | | 7 | U | | | | |
| 8 | A | 9 | T | E | | 10 | A | F | R | O | S | | 11 | A | E | S | | |
| 13 | P | A | J | A | | 14 | A | | | R | | 15 | O | N | D | A | | |
| 16 | S | O | A | S | | 17 | A | R | | 18 | F | A | C | I | A | L | | |
| | O | | | | 20 | E | P | I | T | O | M | E | | | | A | | |
| | | 22 | P | E | S | O | | | | 23 | B | A | J | O | | | | |
| 24 | R | | | | 25 | I | D | E | | 26 | A | R | A | N | | 28 | G | |
| 29 | A | T | E | N | E | R | | | | 32 | A | R | O | M | A | R | | |
| 35 | B | O | D | A | | | O | N | | | 36 | S | E | Ñ | A | | | |
| 37 | O | S | E | | | | 38 | I | G | L | U | S | | | 39 | D | O | S |
| | N | M | | | | | A | | | | R | | | | | I | | O |
| | | 40 | B | A | B | O | R | | | | 41 | A | D | O | R | E | | |

Trastornos intestinales en el adulto mayor: colopatía diverticular, estreñimiento y diarrea crónica



A medida que envejecemos, el aparato digestivo experimenta cambios fisiológicos que pueden predisponer a diversos trastornos intestinales. Entre las consultas más frecuentes en la práctica geriátrica se encuentran el estreñimiento, la colopatía diverticular y la diarrea crónica, tres condiciones que, si bien tienen causas y manifestaciones distintas, comparten un impacto importante en la calidad de vida del adulto mayor así como en su funcionalidad.

Estos trastornos, cabe destacar, pueden tener un origen multifactorial: alteraciones en la motilidad intestinal, efectos de medicamentos, cambios en la dieta, disminución de la movilidad, o patologías subyacentes. Además, los síntomas digestivos muchas veces se subestiman o se atribuyen al “envejecimiento normal”, lo que puede retrasar el diagnóstico y tratamiento adecuado.

A continuación se describen las principales características clínicas, factores de riesgo y estrategias terapéuticas relacionadas con estas tres condiciones digestivas frecuentes en la vejez.

Colopatía diverticular

La colopatía diverticular se refiere a un trastorno del colon causado por la presencia de divertículos, que son protrusiones en forma de saco de la mucosa colónica a través de puntos débiles en la pared muscular (herniación), generalmente en su parte izquierda.

Cuando uno o varios de estos sacos se inflaman, se produce lo que se conoce como diverticulitis, una complicación que puede causar dolor intenso y requerir tratamiento específico por sus posibles complicaciones.

Principales factores de riesgo

- Edad avanzada (el número y tamaño de los divertículos aumentan con la edad).
- Sexo masculino.
- Tabaquismo.
- Sobrepeso u obesidad.

- Dieta baja en fibra.
- Sedentarismo.

Síntomas

- Dolor o molestia en la parte baja del abdomen (especialmente lado izquierdo).
- Distensión abdominal.
- Meteorismo (gases).
- Cambios en el ritmo defecatorio: estreñimiento y/o diarrea.

Tratamiento

- Diverticulosis sin inflamación: ajustes en dieta y estilo de vida.
- Diverticulitis leve: antibióticos, reposo digestivo, seguimiento.
- Casos graves o recurrentes: hospitalización o cirugía (poco frecuentes).

Dieta

- Recomendada: rica en fibra (frutas, verduras, cereales integrales).
- Evitar o moderar: alimentos ultraprocesados, carnes rojas y embutidos en exceso.



Importante: No se recomienda restringir el consumo de nueces, semillas ni maíz, ya que no hay evidencia científica de que estos alimentos causen diverticulitis.

Estreñimiento

Se debe tener en cuenta que es un síntoma y no una enfermedad por sí sola, por lo que siempre se debe investigar su etiología. Se define por la defecación infrecuente y/o la dificultad para la evacuación que puede estar dada por un esfuerzo defecatorio, sensación de dificultad en el pasaje de la materia, heces de consistencia dura, evacuación escasa o incompleta, así como un tiempo prolongado en la evacuación.

Afecta entre un 20% y un 30% de adultos mayores que viven en sus hogares, y hasta un 70% de quienes residen en establecimientos de larga estadía.

Factores asociados

- Dieta pobre en fibra y bajo consumo de agua
- Polifarmacia (analgésicos, antiácidos, hierro, fármacos para la incontinencia urinaria).
- Inmovilidad.
- Ciertas enfermedades (Enfermedad de Parkinson, hipotiroidismo, etc.).

Tratamiento

Se basa en 3 pilares:

- Dieta rica en fibra.
- Correcta hidratación.
- Promoción de la movilidad.

Diarrea crónica

Se define por disminución de la consistencia de las heces o aumento en el número de deposiciones (3 o más por día) durante más de 4 semanas.

Es un síntoma que puede tener muchas causas. Algunas de las más frecuentes son:

- Medicamentos: Algunos fármacos comunes en personas mayores (como antibióticos, antiácidos con magnesio, metformina o ciertos laxantes) pueden causar diarrea como efecto secundario.
- Intolerancias alimentarias: A veces aparecen nuevas intolerancias, como la dificultad para digerir la lactosa o el gluten.
- Enfermedades del intestino: Algunas patologías como la colitis microscópica





o el síndrome de intestino irritable pueden manifestarse con diarrea crónica.

Se debe prestar atención a las características de las deposiciones (explosivas, persistente a pesar del ayuno, presencia excesiva de grasa, sangre, moco, pus) así como si se acompaña de dolor abdominal o fiebre, ya que esto orienta sobre la etiología de la misma.

Es importante destacar las complicaciones que puede acarrear esta disfunción, como la deshidratación, la alteración en los iones y la malnutrición, entre otras.

Tratamiento

El tratamiento será específico de cada etiología, por lo que no hay un abordaje general para la diarrea crónica. Como recomendación general, es importante asegurar una adecuada hidratación.

En conclusión, los trastornos intestinales en la vejez son frecuentes; sin embargo, con medidas preventivas sencillas y una consulta médica oportuna, pueden manejarse eficazmente.

Bibliografía:

- Strate L, Friedman LS, Chen W. *Colonic diverticulosis and diverticular disease: Epidemiology, risk factors, and pathogenesis*. UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2024 [citado 2025 may 18]. Disponible en: <https://www.up-to-date.com>
- Strate LL, Liu YL, Syngal S, Aldoori WH, Giovannucci EL. *Nut, corn, and popcorn consumption and the incidence of diverticular disease*. JAMA. 2008 Aug 27;300(8):907–14. doi:10.1001/jama.300.8.907.
- Peery AF, Shaukat A, Strate LL. *AGA Clinical Practice Update on Medical Management of Colonic Diverticulitis: Expert Review*. Gastroenterology. 2021 Mar;160(3):906–11. doi:10.1053/j.gastro.2020.12.061.
- Tursi A, Scarpignato C, Strate LL, Lanas A, Kruis W, Lahat A, Danese S. *Colonic diverticular disease*. Nat Rev Dis Primers. 2020 Mar 26;6(1):20. doi:10.1038/s41572-020-0153-5.
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG). *Guía de buena práctica clínica en Geriátría: Estreñimiento en el anciano* [Internet]. Madrid: SEGG; [citado 2025 may 18]. Disponible en: <https://www.segg.es>
- Gutiérrez A, Domínguez-Castellano A, Rodríguez-López M. *Diarrea crónica: definición, clasificación y diagnóstico*. Gastroenterol Hepatol. 2015 Dec;38(10):595–603. doi:10.1016/j.gastrohep.2015.09.018.

La vida en palabras y colores

A sus 84 años, Zunilda Borsani sigue escribiendo, recordando y mirando el mundo con la misma sensibilidad que la acompañó desde niña. Entre libros, pinturas y recuerdos de familia, repasa una vida marcada por la creatividad, la naturaleza y la certeza de que una palabra —o un gesto— puede cambiar la vida de alguien.

Zunilda Borsani nació en el departamento de Florida, aunque su historia en la capital comenzó muy pronto. “Cuando tenía tres meses mis padres vinieron para Montevideo, y la verdad mi madre vio tal descubrimiento acá que resolvió quedarse por los estudios nuestros”, relata.

Creció en una familia numerosa —eran cinco hermanos: tres mujeres y dos varones— y su infancia estuvo atravesada por cambios tempranos. Sus padres se separaron cuando ella tenía menos de cinco años, algo poco habitual en aquella época.

Una experiencia escolar que no fue sencilla. “La sufrí mucho, fui al colegio de las capuchinas, y otra chica y yo éramos las únicas hijas de padres separados. En ese momento no era habitual. Hoy es al revés, pero en aquel momento sufrí muchísimo porque había cierta discriminación”, comenta.

Finalmente, en quinto año pidió cambiar de escuela. Su madre aceptó y pasó a una escuela pública. Allí, recuerda, todo fue distinto.



“Para mí fue una experiencia divina, clases de portugués, aprendimos francés también. Los sábados teníamos un divertimento, llevábamos torta, lo que sea, escuchábamos música, hacíamos teatro... y disfrutábamos lo que nunca en mi vida había disfrutado”, recuerda.

Pero si hay un territorio que marcó su sensibilidad fue el de las vacaciones en la chacra de sus abuelos en Florida. Allí descu-



bió el vínculo profundo con la naturaleza. Como no le gustaba dormir la siesta, mientras la familia descansaba, ella se acompañaba de un portafolio donde tenía libros, hojas de dibujo, cuadernos para escribir.

Los días transcurrían entre primos, árboles y aprendizajes silenciosos. Su abuelo, recuerda, tenía una manera especial de enseñarle a mirar el mundo.

“Una vez que yo estaba rascando un árbol, me empezó a explicar... me hizo escuchar el tronco del árbol y decirme que los árboles sufrían. Eso lo plasmé después en un cuento que escribí”, relata.

A los 19 años la vida dio otro giro importante. Tras la muerte de su padre —uno de los fundadores de Conaprole— el directorio la llamó para trabajar allí, donde permaneció por 39 años, hasta jubilarse.

En paralelo intentó estudiar Magisterio, pero los programas le resultaban demasiado rígidos. La vocación por enseñar y estimular la creatividad encontraría más tarde otros caminos.

Crear desde cero: arte, amor y compañerismo

Si hay una persona clave en la vida de Zunilda fue su esposo, con quien se casó en 1966.

“Conocí a la persona más exquisita que pueda imaginar. Yo siempre le decía que si no existiera habría que clonarlo, porque era un ser humano divino”, expresa.

Su apellido, Borsani, nació precisamente de ese vínculo. Ante los debates familiares sobre si debía usar el apellido paterno o materno, tomó una decisión muy personal. “Yo soy Angelero Regussi. Como mis hermanos me pedían que me pusiera Angelero, del lado de mi madre que me pusiera Regussi... dije, me pongo Borsani, que es realmente quien me está ayudando”, comenta.



Durante décadas trabajaron juntos. Él fue su gran apoyo, su compañero logístico y emocional. “Era mi mano derecha. Me llevaba, me traía, recorriamos todo”, relata.

La creatividad siempre estuvo presente en su vida, impulsada desde muy temprano por su madre, quien le “transmitió una sensibilidad impresionante” y siempre le decía “tenés que editar un libro”.

“Cada vez que salía me traía pinturas, libros... Tuve el primer libro de poesía universal cuando tenía siete años”, menciona con nostalgia.

Zunilda también se formó en Bellas Artes. Pero allí vivió una experiencia reveladora. Durante años el aprendizaje había sido académico: copiar modelos, estudiar formas, reproducir.

Hasta que un día, cuando reabrió la escuela después de estar muchos años cerrada, el director propuso algo distinto.

“Puso una cantidad de *bowls* con diferentes colores y dijo: hoy vamos a crear. Y ahí se me vino la oscuridad”, recuerda.

Crear desde cero resultaba mucho más difícil que copiar.

“Veníamos de lo académico... copiábamos desnudos, hacíamos retratos. No era lo mismo crear de la nada”, expresa.

Esa experiencia la llevó a seguir buscando caminos propios.

Muchos años después, otro momento marcaría su relación con el arte: la enfermedad de su hija menor en 1999, hoy fallecida.

“Me empezaron a venir imágenes. Trabajaba hasta de noche porque tenía que plasmar aquello en algún lugar”, cuenta.

Hoy Zunilda vive sola, muy cerca de su otra hija. Mantiene una rutina activa y organizada. “Por la mañana, después de realizar mis ejercicios, preparo algo para almorzar y reviso mis correos, pago las cuentas por transferencias y escribo. En la tarde me dedico a pintar”, describe.

Los domingos, sin embargo, siguen siendo un ritual familiar. “Siempre los domingos nos reunimos todos. Somos muy unidos”.



Abstracto en homenaje a su hija

Cuando una palabra puede cambiar una vida

En 2019 entró en contacto con Fundación Astur, con motivo de la publicación de su libro *Haina y los lobos del desierto*. Pero la

escritura de Zunilda empezó con un objeto pequeño y muy especial: una cajita japonesa con llave.

“Unos amigos de mi madre me habían regalado una cajita japonesa con llave... me decían: esto es para el día que tengas un enamorado y guardes las cartitas”, relata.

Pero ella la usó de otra manera: “escribía cosas que me surgían y las metía allí cerradas, como tener un diario”.

A los ocho años escribió una redacción y la guardó allí. A los 16 volvió a abrir la caja. “Empiezo a sacar y a tirar... y encuentro eso. Y me gustó. Le puse *Quimeras* y lo convertí en una prosa poética”.

Y así, nació su primer libro. Con el tiempo comenzó a escribir para niños, buscando una forma distinta de comunicación.

El libro *Remolinos de Canela y Miel* fue uno de los primeros. Para probar sus textos, envió poemas a amigas maestras para que los leyeran en clase.

La respuesta la sorprendió: “Me empezaron a llover las cartas”. Hoy guarda cajas enteras con correspondencia de niños.

Esas visitas a escuelas dejaron historias que nunca olvidará. Una de ellas ocurrió en una escuela muy carenciada cerca de Camino Maldonado. La maestra le advirtió sobre un niño llamado Ramón, que venía de



un contexto de violencia. Durante la lectura en clase, el niño empezó a empujar compañeros y a comportarse incorrectamente. Entonces Zunilda lo interpelló.

“Esos ojos de inteligente que tú tenés me van a demostrar muchísimo: ¿Qué estaba diciendo yo?”, le preguntó, indagando si el niño había escuchado lo que ella acababa de decir. El niño respondió correctamente. “Entonces cambió como el día a la noche”, recuerda.

Días después llegó una carta. La directora la llamó para contarle lo que había ocurrido. “Zunilda, no sabe lo que fue Ramón. Corría con la carta por todo el patio y pidió que leyera la carta por el micrófono”, cuenta.

En un rincón de la hoja, el niño había escrito una frase que todavía la conmueve: “yo hago lo mismo que Paquito”. Paquito era el protagonista de uno de sus poemas, un niño que recogía papeles en la calle: “¿Te das cuenta que él estaba así porque fue visible? Nadie lo había visto”, reflexiona.

El pasado mes de marzo presentó su libro *El Capitán Miranda recorriendo los mares del mundo*, ilustrado por Agó Páez Vilaró, en la Junta Departamental de Montevideo. Aunque la vida le ha traído pérdidas, su impulso creativo sigue vivo: entre recuerdos, pinturas, libros y esa sensibilidad que comenzó hace décadas, cuando una niña guardaba sus pensamientos en una pequeña cajita japonesa.



Trayectoria, publicaciones y reconocimientos:

Concurrió a cursos, cursillos y talleres sobre Literatura Infantil y Juvenil. Escribe para niños y jóvenes desde varias décadas trabajando en forma interactiva con talleres en escuelas y liceos privados y públicos de la capital e interior del país.

Se desempeñó como jurado en algunos concursos literarios.

Asistió a la Escuela Nacional de Bellas Artes y también concurrió al Instituto de Bellas Artes de los Padres Conventuales, a cargo del profesor-pintor Jorge Damiani y cursó hasta tercer año de Magisterio.

Participó de teatros estudiantiles bajo la dirección de la profesora y actriz Mary Vázquez.

En 1997 inauguró junto a su hija menor Rosana Borsani, y a la ceramista Marina Serralta, un taller que apuntaba al desarrollo personal del niño, con actividades tales como plástica, cerámica, música, literatura, etc.

Ha realizado publicaciones de literatura juvenil e infantil, poesía, y divulgación cultural y patrimonio, entre ellas:

- *El Capitán Miranda, recorriendo los mares del mundo* (2025).
- *Haina y los lobos del desierto* (2019): Una novela que aborda el tema de la guerra desde la perspectiva de una niña.
- *La princesa de los pies alados* (2015): Novela juvenil publicada en Colombia.
- *El viejo de los relojes* (2016).
- *Los sonidos del alma* (2016).
- *El hombrecito que no sabía reír*.
- *El vuelo de las mariposas* (2014): Antología de cuentos infantiles.
- *Dialogando con el bronce*: Libro donde las estatuas “hablan” (2024)
- *Un paseo por mi ciudad* (2007/2012): Serie que recorre lugares emblemáticos como la Rambla Portuaria, el Cerro y la Ciudad Vieja.
- Serie de libros “*Conociendo a los artistas de la mano de sus hijos*”, integrada por estos títulos, entre otros:



- *Conociendo a José Gurvich de la mano de Martín*.
- *Conociendo a Carlos Páez Vilaró de la mano de Agó*.
- *Conociendo a Alfredo Testoni de la mano de Julio*.

Entre otros premios y reconocimientos ha recibido:

- Primer premio en poemas en el Club de Leones Montevideo
- Concurso Internacional de Poesía – Perfiles de Salto
- 5º Premio. Encuentro Latinoamericano de Cultura, Arte, Ciencia y Educación – Salta – Argentina * 3er. Premio Poesía
- Premiación de la Cámara Uruguaya del Libro
- Mención de Literatura Infantil “*Remolinos de Canela y Miel*”
- Concurso Internacional de Poesía “*Hermana Cecilia*” Distinción de Honor.
- Concurso de cuentos cortos Fundación Lolita Rubial
- Certamen Internacional de Literatura Infantil, cuento “*El vuelo de las mariposas*” Distinción Especial, editado en el Libro “*Travesuras Cuentos*” Editorial, Mis escritos, Argentina 2014. Certamen Internacional de Poesía Infantil

Recorré Uruguay con anda

HASTA
24
cuotas
SIN RECARGO



Coordinadores
acompañantes



Salidas
grupales



Planificá tus próximas vacaciones en:
turismo.anda.com.uy

Financiación sujeta al valor de la compra y a aprobación crediticia.

Dirox[®]Dúo

UC-II[™] + Carnipure[™]



Innovación tecnológica



UC II

El colágeno tipo II es componente proteico esencial del tejido conectivo y en especial de la matriz cartilaginosa de las articulaciones

Carnipure

Se trata de un aminoácido, constituyente natural de las células el cual posee un rol fundamental en la producción de energía en la musculatura esquelética y cardíaca

1 dosis | **2 CÁPSULAS**
30 min. antes del desayuno



Presentación **60 cápsulas = 1 mes de tratamiento**