

Nuestros@Mayores

Octubre 2023 | # 08

Revista de  Fundación astur para las personas mayores



Osteoporosis
Una epidemia silenciosa



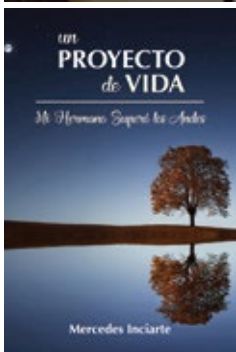
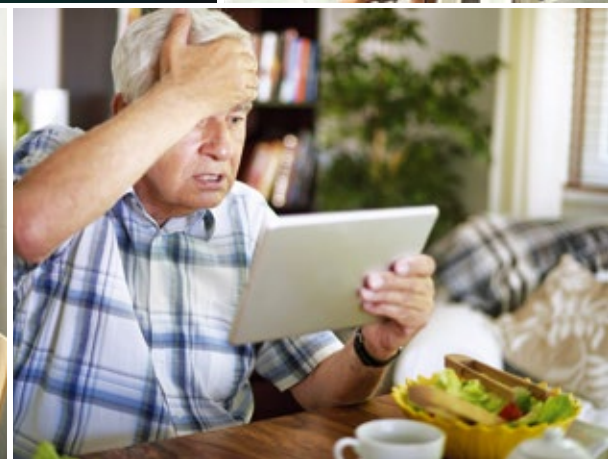
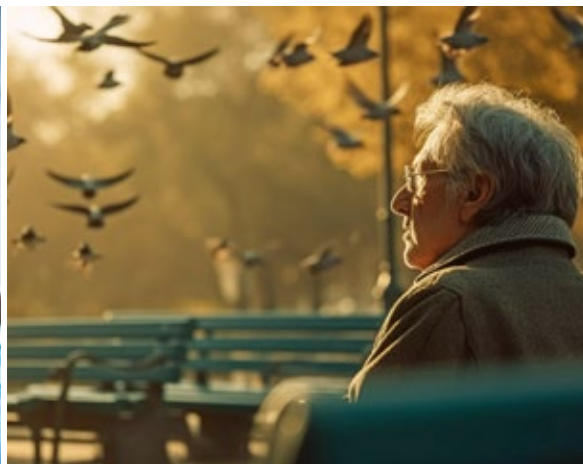
Las brechas de las vejeces en la actualidad



Entrevista a Valentina Baracco,
Directora de la película «Ese soplo»



Día Internacional de las Personas Mayores
Cumplir las promesas sobre sus derechos entre todas las generaciones



Staff

Consejo de Administración

Enrique V. Iglesias. Presidente
Carlos Steneri. Vicepresidente
Magalí Mauad. Secretaria
Hernán Caamaño
Graciela Catañi
Adolfo Garcé
Guillermo Iglesias
Héctor Luisi
Ricardo Pascale
Gunther Rotzinger
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 Geriátrica

Colaboradores:

Rosario Collazo

Contenidos a cargo de:

Lic. Romina Farolini | Dra. Magdalena Otazú | Dr. Aldo Fierro | Dr. Aldo Sgaravatti | Dra. Soad Ayul Toma | Lic. Soledad Vázquez

Periodistas: Carolina Notalgiovanni

Diseño y diagramación: Antwork

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

Agradecimientos: Valentina Barocco

Impresión: Gráfica Mosca.

Dirección, producción y coordinación general:



PANDORA
PROYECTOS CON VALOR AGREGADO

Tel.: 2487 5513 • www.pandora.com.uy

Nuestros Mayores

- 02 SOCIEDAD** | LAS BRECHAS DE LAS VEJECES EN LA ACTUALIDAD
- 05 PASATIEMPOS** | CRUCIGRAMA Y SUDOKUS
- 06 SALUD** | OSTEOPOROSIS UNA EPIDEMIA SILENTE
- 12 SOCIEDAD** | CIBERSEGURIDAD: UN DESAFÍO PARA TODOS
- 16 CONMEMORACIÓN** | 1 DE OCTUBRE. DÍA INTERNACIONAL DE LAS PERSONAS MAYORES
- 19 SALUD** | CIRUGÍAS EN ADULTOS MAYORES
- 24 ENTREVISTA** | VALENTINA BARACCO. DIRECTORA DE LA PELÍCULA «ESE SOPLO»
- 28 SALUD** | TRASTORNOS DE MEMORIA. CAMBIOS COGNITIVOS ASOCIADOS A LA EDAD
- 34 PROTAGONISTAS** | CRISTINA MORÁN: UNA PORCIÓN DE HISTORIA VIVA
- 38 LIBROS** | «UN PROYECTO DE VIDA MI HERMANO SUPERÓ LOS ANDES»
- 40 SALUD** | LA REHABILITACIÓN EN GERONTOPSIKOMOTRICIDAD

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.

Las brechas de las vejezes en la actualidad



Mi nombre es Romina, soy licenciada en Trabajo Social y desde hace algunos años trabajo con personas mayores, tanto en Montevideo como en el interior del país. Durante estos años de trabajo pude observar similitudes y diferencias entre la población que habita en Montevideo en comparación con la que lo hace en el interior, motivo que me llevó a realizar mi tesis de grado estableciendo una comparación entre las personas mayores de Montevideo y las del interior.

Lic. Romina Farolini
Licenciada en Trabajo Social
Colaboradora de la Fundación Astur



Una gran cantidad de personas que atravesaba esta etapa de la vida, incluso antes de la pandemia se encontraba en situaciones donde su autonomía estaba debilitada, definiendo como autonomía a la posibilidad de actuar y desarrollarse como seres libres e independientes en base a lo que cada uno considere. Generalmente las personas mayores, por el simple hecho de tener determinada edad, carecen de dicho poder, limitado a veces ya sea por la familia, por el Estado, o por la institución que integran.

Es una realidad que se relaciona a esta población con estigmas y prenociones negativas. Si bien en la actualidad se trabaja para romper con estos estigmas, aún quedan «brechas» que perjudican y alejan a esta población.

En la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores se hace énfasis en la igualdad de derechos, afirmando que las personas mayores no deben ser sometidas, y deben poder ser dueñas de sus acciones.

Dadas las noticias que llegan a todos los uruguayos cotidianamente, considero que es un punto que aún no se logra controlar, y que un gran número de personas mayores sufren en la actualidad algún tipo de sometimiento y vulneración de sus derechos. Por otro lado, están quienes atraviesan esta etapa de su vida en situación de soledad, y entre ellos quienes lo hacen por voluntad propia, pero también quienes atraviesan una soledad no voluntaria, acompañada de sometimientos.

Al realizar una comparación entre la población que habita en el interior del país y la de Montevideo, se observa que en el interior hay muy pocas opciones en cuanto a actividades, centros recreativos y espacios de intercambios entre ellos, lo que genera que la mayoría de la población se encuentre atravesando una soledad no deseada, en tanto que en Montevideo el abanico de



propuestas es significativamente mayor, por lo que la población genera vínculos en dichos espacios.

En ambos casos las personas mayores suelen atravesar cierto abandono por parte de su familia, y han sufrido algún tipo de vulneración de sus derechos por parte de sus propios familiares.

En mi caso realizo talleres de estimulación cognitiva en un Centro de Referencia para el Envejecimiento Activo (CREA). Dicho centro tiene como finalidad proporcionar herramientas y opciones a las personas mayores en situación de vulnerabilidad con el principal objetivo de que las mismas tengan un envejecimiento activo. Se dictan talleres, tienen un espacio donde pueden socializar entre ellos y así también combatir la soledad que gran parte de los participantes atraviesan.

El compartir semanalmente actividades y tener comunicación a diario con los participantes del Centro me permite observar la evolución que tienen constantemente. Fue una de las poblaciones que se vio más perjudicada con la pandemia, enfrentando

mucho tiempo en soledad, inactividad en los aspectos cognitivos, y volviéndose más desconfiados.

El espacio de los Centros CREA permite que ellos compartan sus alegrías y sus tristezas. Se genera un ámbito en el que varias personas atraviesan generalmente una misma situación, y compartirla les permite apoyarse mutuamente.

Pero aún existen vacíos en diversos aspectos en lo que refiere a esta última etapa de la vida. Se debe velar por sus necesidades e intereses, brindar apoyo, así como también romper con el estigma de percibir a la vejez como un sufrimiento o algo negativo.

En este punto es de gran relevancia comprender los cambios socioculturales que se han suscitado en las últimas décadas en nuestro país, brindar herramientas, centros de escucha, especialmente a las personas mayores del interior del país, población que considero la más olvidada en la actualidad.



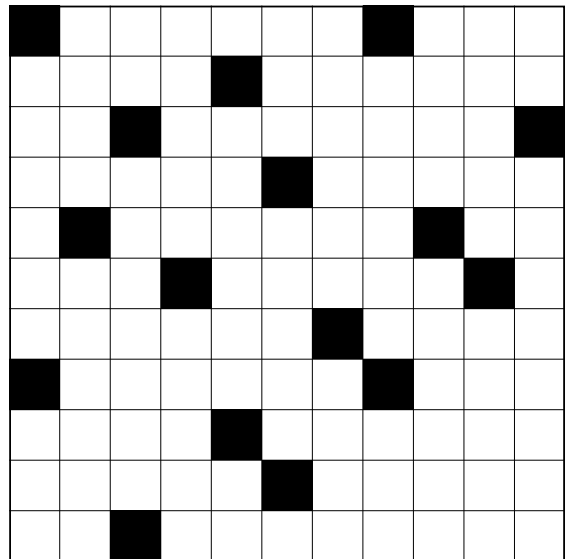
Crucigrama

Los crucigramas consisten en cuadrículas a rellenar con palabras, en respuesta a definiciones dadas, numeradas en función de su ubicación vertical u horizontal en la grilla. Sirven para ejercitar nuestras habilidades lingüísticas, memoria y flexibilidad mental. A continuación las definiciones:

HORIZONTALES: 1 • Lado de una embarcación o de una tropa. Nombre de consonante en plural. 2 • Canto del pájaro cuco. Hombre que tomaba parte en los antiguos juegos públicos de Grecia y Roma. 3 • Índice glucémico. Persona que llora con frecuencia y por cualquier motivo. 4 • Alambre. Natural de Omán. 5 • Consonante. Suplicaré. Expresión inglesa muy utilizada en aparatos electrónicos para expresar encendido o activado. 6 • Mamífero plantígrado. Trabajáis con el arado. Don. 7 • Me daba cuenta. Pecho, mama. 8 • Grupo de animales domésticos o salvajes de una misma especie. Contrario al bien. 9 • Cerebro. Montado. 10 • Pendiente en forma de aro. Brotar, fluir. 11 • En Uruguay, «de acuerdo». Destruído, asolado.

VERTICALES: 1 • Borrasca. Servicio de asistencia técnica. 2 • Escape, salida accidental de un gas o líquido. Ligera, superficial. 3 • Abreviatura de 'en el lugar citado' (loco citado). Manase. 4 • Aullido. Toma notas. 5 • Símbolo del newton. Dejaba en testamento. Terminación de infinitivo.

6 • Fórmula química de la cal (óxido de calcio). Labrada con el arado. Decimonovena letra del abecedario español. 7 • En otro tiempo. Instrumento, medio o máquina destinados a atacar o a defenderse. 8 • Aliséis con la lima. Signo positivo. 9 • Mancha parda o rojiza que aparece en el cutis, sobre todo por efecto del sol o el aire. Periodo de tiempo de lunes a domingo. 10 • Gas hidrocarburo formado por dos átomos de carbono y seis de hidrógeno y se encuentra en el gas natural y en el petróleo. Avanzad sobre el agua moviendo el cuerpo. 11 • Sociedad anónima. Que no causa dolor.



Sudoku

Los sudoku son un pasatiempo basado en números cuyo objetivo es rellenar una cuadrícula de 9×9 celdas (81 casillas) dividida en subcuadrículas de 3×3 con las cifras del 1 al 9 partiendo de algunos números ya dispuestos en algunas de las celdas. Se consideran beneficiosos en personas mayores para la estimulación cognitiva de la atención y la concentración. A continuación, le dejamos dos sencillos.

9		3				1		
	8	5		1	2	7		
	1		8		3		6	
6	7		1				2	
			4	6	7			
	9				8		1	7
	4		5		6		7	
		1	3	8		9	5	
		6				2		3

3	1		5				7	4
8	2		1		3	6		
		9			2			8
4						8	1	
9			7		8			3
	5	8						7
1			2			4		
			2	4		1		5
6	3				5		2	1

Si necesitas ayuda, las soluciones para los pasatiempos están al pie de la página 44.

Osteoporosis

Una epidemia silente



La Osteoporosis (OP) es la epidemia silente del siglo XXI, la padecen más de 200 millones de personas a nivel mundial.

Es una enfermedad de todo el esqueleto, caracterizada por una masa ósea baja y una alteración de la micro-arquitectura ósea, lo que condiciona un hueso frágil y un consecuente aumento del riesgo de fracturas.

¿Qué es una fractura osteoporótica o por fragilidad?

Es aquella fractura causada por un trauma

que resulta de una fuerza o torsión que se ejerce sobre el hueso y que sería insuficiente para fracturar un hueso normal, denominado trauma mínimo, por ejemplo una caída de su altura. Dichas fracturas pueden ser vertebrales o no vertebrales (antebrazo, húmero, costilla, pelvis y fémur).

Epidemiología

La prevalencia de la osteoporosis viene en aumento debido al envejecimiento de la población; 1 de cada 3 mujeres y 1 de cada 5 hombres mayores a 50 años presenta una fractura por fragilidad. Sin embargo, solo el 50 % de las mismas se tratan.

En Uruguay en el 2019 se reporta una incidencia de fracturas de cadera entre 235 y 391 cada 100.000 habitantes en mayores de 50 años. El gasto se aproxima a U\$S 20.000.000 al año.

¿Cuáles son las causas?

La base etiopatogénica de la OP se debe

a un desbalance entre la formación y resorción (degradación) ósea, existe predominio de esta última.

Además, hay varios factores de riesgo modificables y no modificables que generan un aumento en el riesgo de tener osteoporosis o fracturas por fragilidad. Son ejemplos los siguientes:

Factores de riesgo asociados con fracturas por fragilidad

CATEGORÍA DEL RIESGO	FACTOR CAUSAL
Factores de riesgo no modificables	<ul style="list-style-type: none"> • Fractura previa • Antecedentes familiares de osteoporosis • Menopausia precoz (antes de los 45 años)
Factores de riesgo modificables	<ul style="list-style-type: none"> • IMC ⁽¹⁾ <20 kg/m² • Consumo de tabaco • Baja DMO ⁽²⁾ • Consumo de alcohol
Enfermedades coexistentes	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes • Enfermedades reumáticas inflamatorias (artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico) • Enfermedad inflamatoria intestinal o malabsorción • Pacientes institucionalizados con epilepsia • Infección por VIH • Hiperparatiroidismo primario y otras enfermedades endocrinas • Enfermedad hepática crónica • Enfermedades neurológicas (incluyendo enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple e ictus) • Enfermedad renal crónica de moderada a grave • Asma
Tratamientos farmacológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Antidepresivos a largo plazo • Antiepilépticos • Inhibidores de la aromatasas • Acetato de medroxiprogesterona depot a largo plazo • Agonistas de GnRH ⁽³⁾ (en hombres con cáncer largo de próstata) • Inhibidores de la bomba de protones • Glucocorticoides orales • Antidiabéticos tiazolidindionas

⁽¹⁾ IMC: Índice de masa corporal; ⁽²⁾ DMO: Densidad mineral ósea; GnRH: ⁽³⁾ Hormona liberadora de gonadotropina

La tasa de fracturas osteoporóticas comienza a aumentar en las mujeres después de los 44 años cuando entran en la menopausia (descenso brusco de estrógenos) y en los hombres después de los 74 años (descenso lento de los andrógenos).

Cuadro clínico y diagnóstico

La OP es una enfermedad asintomática, erróneamente se le atribuyen dolores óseos u otros dolores músculo-esqueléticos. Su principal complicación es una fractura por fragilidad, la misma sí puede producir o no síntomas y signos como dolor, disminución significativa de la talla (> 4 cm), cifosis dorsal (columna dorsal encorvada), disminución de la calidad de vida.

La fractura de muñeca es la que puede aparecer más tempranamente y es más frecuente en las mujeres. La fractura vertebral

es la más frecuente de todas, es relevante que un 60 % de ellas pueden no generar síntomas. La fractura de cadera aumenta de forma exponencial con la edad, y aparece aproximadamente 15 años después de las vertebrales y de muñeca. Es de destacar que en el varón tiene una mortalidad mayor que en la mujer.

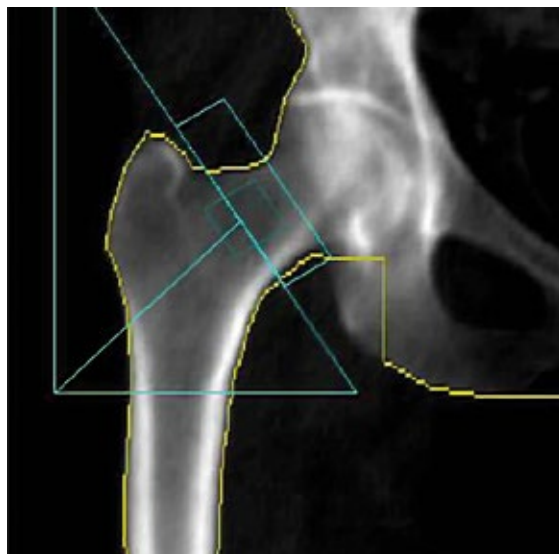
El diagnóstico de osteoporosis se realiza mediante la densitometría ósea (Dxa), es el gold standard, mide el contenido mineral óseo de la zona del hueso explorado (gramo/cm²). Es un estudio que también se utiliza para valorar el riesgo de fractura de una persona, el tratamiento y respuesta al mismo.

Es de destacar que cuando un individuo presenta una fractura por fragilidad, podemos hacer diagnóstico de osteoporosis clínica independientemente de la Dxa.

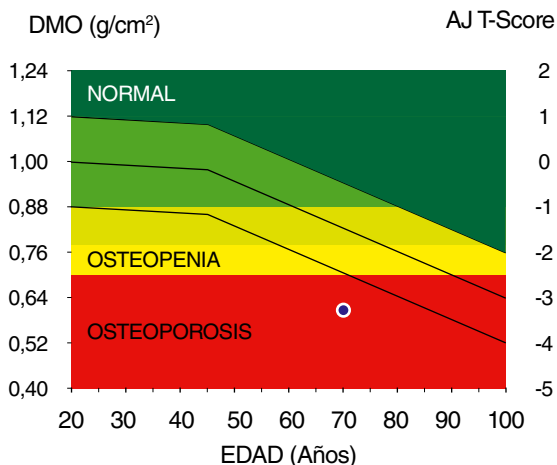


La Dxa es un procedimiento radiológico de muy baja irradiación y habitualmente se realiza en la columna lumbar y cadera. Se debe solicitar a toda mujer ≥ 65 años y hombre ≥ 70 años. En aquellos casos que existan fracturas por fragilidad o factores de riesgo como los mencionados anteriormente, el estudio se solicitará antes.

Se define osteoporosis cuando se observa un T-score $\leq -2,5$ en las zonas estudiadas; osteopenia o baja masa ósea un T-score entre -1 y $-2,4$, y cuando el valor es < -1 es un estudio normal. A continuación se visualiza un ejemplo de Dxa en una persona con osteoporosis en cadera.



Referencia Densitométrica Fémur derecho total



Región	DMO (g/cm ²)	Adulto Joven		Ajuste a edad	
		(%)	Puntuación	(%)	Puntuación
CUELLO	0,649	66	-2,8	86	-0,9
WARDS	0,378	42	-4,1	62	-1,8
TROC.	0,464	59	-3,0	71	-1,8
TOTAL	0,608	61	-3,3	74	-1,7

¿Cuál es el tratamiento?

Los objetivos del mismo son prevenir fracturas y aumentar la densidad mineral ósea. Las medidas no medicamentosas consisten en realizar ejercicio físico; adecuada ingesta de alimentos con calcio al menos 3 porciones (leche, yogurt, queso, espinaca, acelga, almendras), vitamina D (leche, yogurt, yema de huevo, salmón, 15-20 minutos diarios de exposición solar en horas no perjudiciales para la piel), y proteínas (carne, huevo, legumbres); evitar hábitos tóxicos como el tabaquismo o alcohol; prevenir caídas no utilizando alfombras en la casa, utilizando auxiliar de marcha cuando esté indicado y barandas en el baño, entre otros.



Respecto al tratamiento medicamentoso está indicado en toda persona con osteoporosis o con riesgo de fracturas la suplementación con vitamina D, ya que no es suficiente el aporte con los alimentos y por la poca exposición solar sin uso de protector solar. Se recomienda una dosis mínima diaria de 2000 UI, que generalmente se administra como comprimidos. La vitamina D se debe dosificar en sangre al menos una vez, y si el valor es < 30 , se deben indicar dosis más altas. Además, se recomienda la suplementación con calcio a aquellas personas que no toleran los lácteos o tienen una baja ingesta de los mismos, y el aporte sugerido es de 1,2 a 1,5 gramos de calcio diarios. Se utiliza carbonato o citrato de calcio en forma de comprimidos.

Por otra parte, el tratamiento farmacológico más específico de la OP son los bifosfonatos, medicamentos que disminuyen la resorción ósea y aumentan la densidad mineral ósea, disminuyendo por consiguiente el riesgo de fracturas. Se deben administrar cuando no

haya contraindicaciones y son ejemplos de los mismos el alendronato, risedronato y ácido zoledrónico. Los dos primeros son comprimidos, administrados cada semana o en forma mensual respectivamente; mientras que el último -el más potente- se administra de forma intravenosa anualmente.

Otros medicamentos más nuevos y eficientes para esta enfermedad son el denosumab o teriparatide, ambos son formadores de hueso y se indican en pacientes seleccionados como con osteoporosis severa o con fracturas. Sin embargo, tienen la desventaja de ser muy costosos.

Seguimiento

Se realiza mediante un equipo multidisciplinario conformado por endocrinólogo o reumatólogo, nutricionista y deportólogo en algunos casos. Se controlará la respuesta y tolerancia al tratamiento clínicamente cada 6-12 meses, y se solicitará densitometría ósea de control anualmente.



Importancia de la vitamina D en el adulto mayor

Dr. Aldo Sgaravatti
Médico Geriatra

La vitamina D es un nutriente fundamental para la salud humana. Cumple múltiples funciones entre las cuales se destaca el mantenimiento de la fortaleza de músculos y huesos. Además de esas propiedades, el mantener niveles adecuados de esta vitamina se asocia a una mejor calidad de vida y menor riesgo de presentar algunos problemas de salud y enfermedades frecuentes en los adultos mayores.

A principios del siglo XIX se produjo el descubrimiento de la vitamina D, la cual era útil para prevenir el raquitismo. Se la llamó vitamina porque se pensó que era un nutriente que debía ser aportado con la dieta. El aceite de hígado de bacalao era la forma que tenían nuestros antepasados de aportar los requerimientos necesarios de vitaminas A y D.

La carencia de esta vitamina se asocia a una peor calidad de vida, lo que si bien puede afectar a todos los grupos etáreos, es especialmente notorio en la población de adultos mayores.

Vitamina D y envejecimiento

Algunos estudios han evidenciado que hasta 9 de cada 10 mayores de 90 años tienen deficiencia de esta vitamina, en especial aquellos con mayor dependencia o que viven en residencias para ancianos. Existe una asociación entre los niveles bajos de vitamina D en el adulto mayor, con pérdida de equilibrio, menor velocidad al caminar, menor fuerza muscular, mayor número de caídas y peor rendimiento físico. Esto hace

que indirectamente, los niveles adecuados de vitamina D tengan un efecto beneficioso sobre su calidad de vida, y que se asocie su déficit a un mayor riesgo de dependencia y mayor mortalidad.

Numerosos factores contribuyen a la deficiencia de esta vitamina en el anciano. La ingesta dietética de esta vitamina es insuficiente, y su absorción intestinal disminuye. Además, presenta una menor exposición al sol y una capacidad para sintetizar vitamina D en la piel notoriamente disminuida (a los 75 años esta capacidad es de un 25% comparada con un adulto joven).

Los niveles de esta vitamina en sangre pueden dosificarse, luego de lo cual, en caso de carencia, puede suplementarse. Este aporte que busca normalizar los niveles ha demostrado mejorar la funcionalidad, disminuir las caídas y las fracturas de cadera.

El aporte de vitamina D es bien tolerado por vía oral. Existen diferentes esquemas de suplementación, desde la administración diaria de 1000 a 5000 unidades (siempre y cuando sea indicada y supervisada por médicos) hasta dosis de 50.000 - 100.000 unidades mensuales.

Más allá de las cualidades ya demostradas de esta vitamina, múltiples estudios deberán valorar otros beneficios en la salud. Hasta el momento, y en base a la evidencia científica, constituye un importante «factor natural» para mantener una adecuada calidad de vida en el adulto mayor.

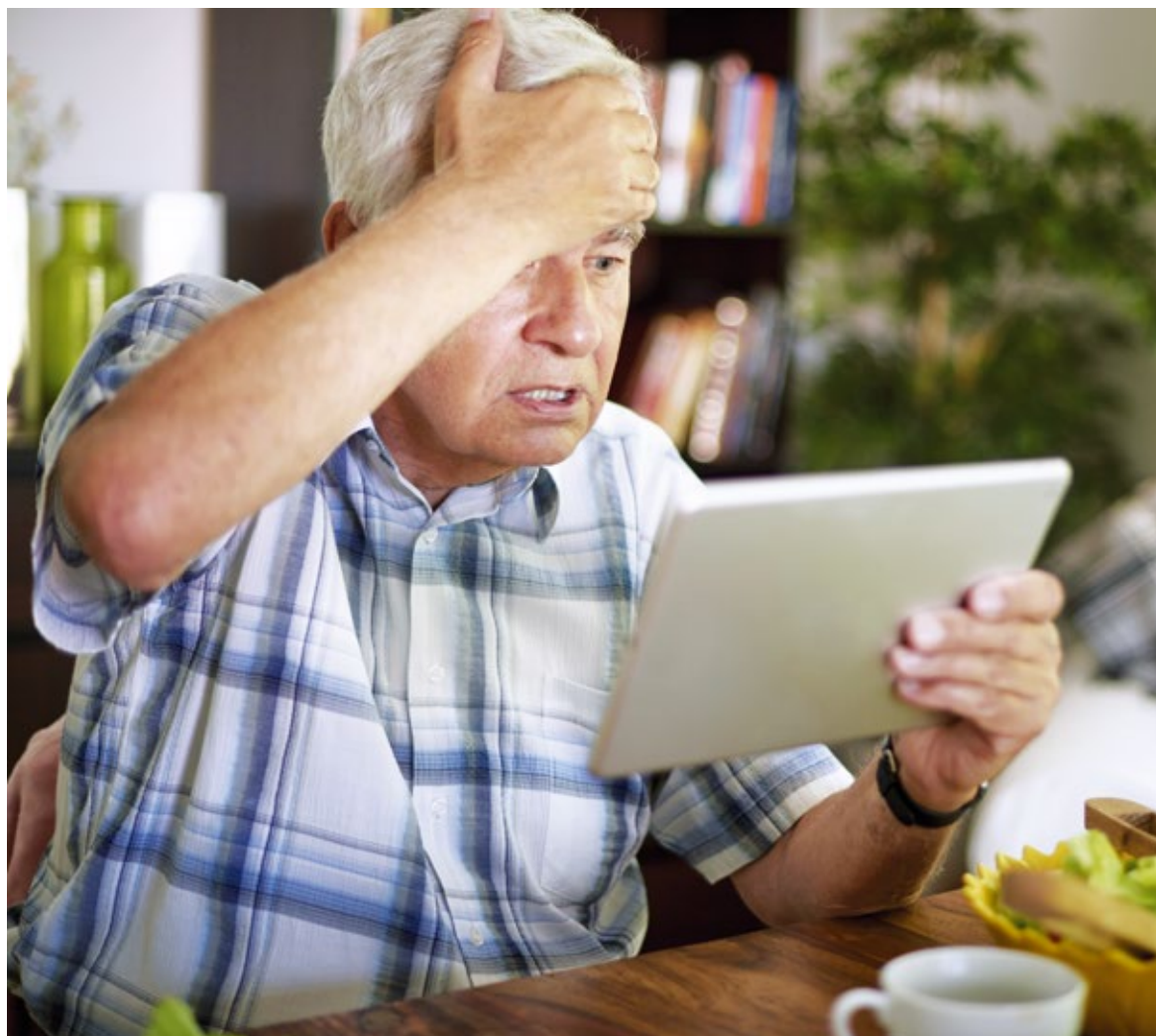


Baliarda

Vida con salud

www.baliarda.com.uy

Ciberseguridad: Un desafío para todos



Graciana Abelenda
Sector Prevención de Fraudes
Banco Santander Uruguay



La ciberdelincuencia es un fenómeno de la vida moderna, un problema que nuestros bisabuelos claramente no vivieron, dado que se vincula a la expansión de las computadoras y el uso de Internet, inexistente en sus tiempos.

Si bien el primer teléfono celular data de 1973, el boom o auge digital llegó recién 25 años más tarde. Arrancamos tímidamente mandándonos mensajes por msn (herramienta de mensajería instantánea), pasamos a los SMS y MMS (mensajes de texto y multimedia), subimos alguna imagen a *photolog* (herramienta para subir fotos y divulgarlas en Internet), y hoy no concebimos una vida sin Whatsapp o redes sociales; incluso nuestros hijos y nietos pueden estudiar -mientras los adultos trabajan o disfrutan su tiempo libre- desde la comodidad del hogar, sentados frente a una computadora, y un robot puede encargarse de la limpieza doméstica.

Hasta aquí el relato positivo, aludiendo a avances tecnológicos que fomentan la descentralización, facilitan la comunicación interpersonal, acortan las distancias y simplifican nuestras vidas, pero... ¿estamos preparados para ello?

Del mismo modo que un programador genera una aplicación capaz de predecir el tránsito y calcular los tiempos de desplazamien-

to desde el Centro al Cerro de Montevideo, otro crea un software (RAT por sus siglas en inglés) capaz de acceder a tu dispositivo, tomar el control y solicitar contraseñas, con el fin maléfico de ingresar a tu banca digital y hacerse de tus ahorros o entrar a tu *cloud* (nube donde se respaldan documentos) y usar tus imágenes para suplantar la identidad, engañando a tus contactos. Asimismo, mientras un niño juega desde una plataforma, un pedófilo se conecta para solicitarle imágenes mediante el chat de la misma. Como estas, infinitas situaciones cotidianas nos llevan a cuestionarnos si debemos bajarnos del ciberespacio.

La solución simple sería desconectarnos, pero esto equivaldría a «Paren el mundo que me quiero bajar», y olvidar todo lo bueno que la conectividad nos ofrece. El punto radica en disfrutar sus beneficios sin olvidarnos de los riesgos. Al igual que nos enseñaron a mirar antes de cruzar la calle en el mundo físico, debemos educar tanto a niños como a adultos a velar por su seguridad en el ciberespacio.



Esto implica un cambio de paradigma, en tanto nos hemos convencido de que desde la computadora o celular estamos a salvo.

Debemos tener en mente algunos consejos simples: a) cuestionarnos antes de hacer click (aplica a la hora de completar datos, abrir hipervínculos, descargar archivos, etc.); b) cuidar nuestra privacidad, abarcando tanto a datos como imágenes y audios (preguntarnos si es necesario subir una foto de nuestros nietos con el uniforme del colegio, o la dirección de nuestra casa, porque desconocemos cuánto tiempo permanecerá en las redes o quién puede visualizarlo); c) mantener actualizados nuestros dispositivos (antivirus y demás programas); d) activar siempre el segundo factor de autenticación (tanto en mails como redes sociales y cualquier otro aplicativo); e) no descargar archivos de origen desconocido (utilizar siempre las tiendas oficiales y no abrir adjuntos cuyo origen o contenido ignoramos).

Resulta indispensable cambiar el paradigma y comenzar a desconfiar de todo aquello que no conocemos ni se vincula a nuestros hábitos diarios. Es decir, preguntarnos por y para qué nos piden brindar determinado dato o tomar una acción concreta.

Es lindo hablar con nuestros nietos mediante videollamadas, sobre todo cuando ellos trabajan o estudian en otros países y no podemos verlos recurrentemente; pero no lo es ser engañados por un tercero que nos comenta que los tiene secuestrados y terminar enviando todos nuestros ahorros o incluso pidiendo un préstamo para cubrir la recompensa que maliciosamente pide el delincuente.

Es importante destacar que los referidos riesgos aplican tanto a personas físicas (personas de carne y hueso) como jurídicas (empresas de todo tipo) e incluso a Estados, siendo estos últimos quienes trabajan tanto en la detección de las amenazas como en la tipificación de delitos informáticos.



Finalmente, la ciberseguridad es una tarea que nos compete a todos, desde el usuario que utiliza la tecnología para fines básicos como aquel que vive frente a una pantalla, resultando indispensable la educación, tipificación penal, regulación procesal y cooperación internacional para luchar contra los ciberdelincuentes y evitar sufrir las consecuencias de su accionar.

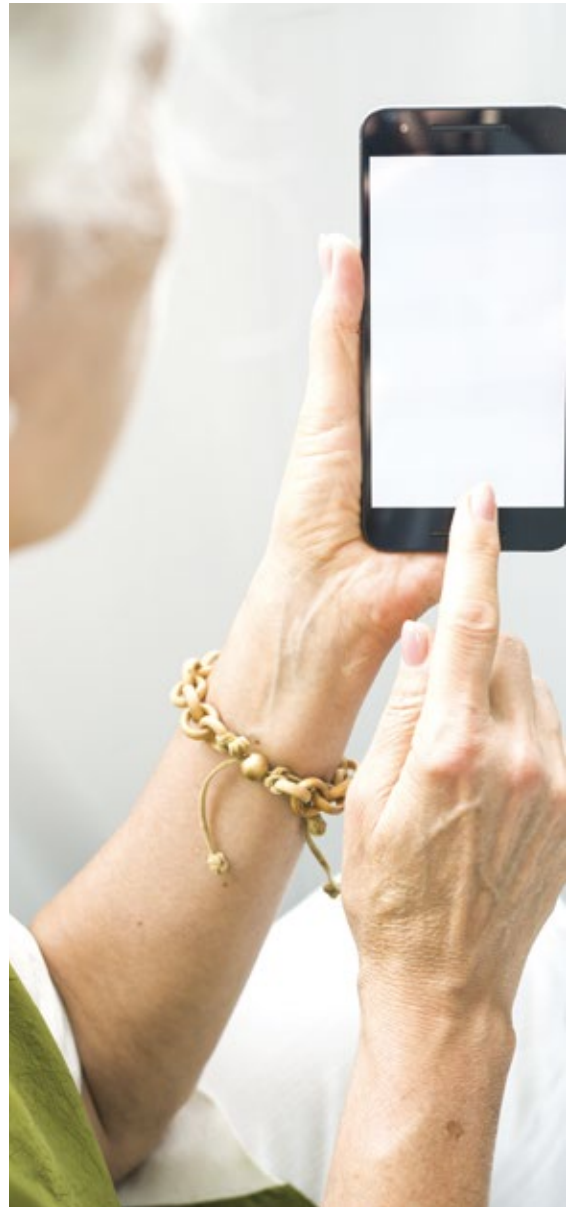
Ante la duda, es mejor NO brindar datos y cortar cualquier comunicación, a brindar lo que nos piden y sufrir un perjuicio económico.

Desde el Banco Santander te sugerimos seguir las siguientes recomendaciones para proteger tu vida digital:

- 1.** Piensa antes de hacer click: pregúntate si conoces a quien te envía ese correo, si estás esperando un correo de esa persona, y a qué corresponde el eventual archivo adjunto. Si alguna de las respuestas es no, sugerimos que elimines ese correo electrónico o mensaje de texto. En caso de dudas, contacta a esa persona por otro canal seguro (llámalo telefónicamente o mándale un mensaje por otro medio).
- 2.** Sé discreto online y en público: revisa la privacidad de los contenidos que compartas en redes sociales y demás canales de comunicación, en tanto no sabes quiénes pueden llegar a verlos ni cuándo.
- 3.** Mantén tus contraseñas seguras: NUNCA compartas tus contraseñas, datos personales ni financieros con terceras personas. También es necesario que definas contraseñas distintas para cada cuenta. Es importante no usar palabras y fechas, sino generarlas a partir de las letras iniciales de frases (por ej.: Me gusta comer 2 bochas de helado de menta generaría la contraseña Mgc2bdhdm) y no anotarlas ni dejarlas al alcance de los demás.
- 4.** Protege tu información y tu equipo: Es

indispensable que mantengas actualizado tu antivirus y demás programas para cuidar tus archivos. Del mismo modo, te sugerimos no conectarte a redes wifi públicas, ya que estas pueden ser inseguras, puesto que cualquiera podría acceder a tus datos.

- 5.** Si sospechas, repórtalo: Si sospechas haber sido víctima de un fraude (porque compartiste contraseñas de la banca digital o brindaste datos de tus tarjetas Santander) llama al Contact Center del Banco (teléfono 132) para que podamos ayudarte.





El 14 de diciembre de 1990, la Asamblea General de las Naciones Unidas, en sesión de la Asamblea General en la resolución 45/106, designó el 1 de octubre Día Internacional de las Personas de Edad.

1 de octubre

Día Internacional de las Personas Mayores

El fin de declarar un día como el de la persona de edad, es poner en conocimiento de las poblaciones la importancia de las Personas Mayores, así como estimular a los países para la creación de políticas públicas, tanto en protección social, como en salud, y trabajo para este grupo etario.

Al día de hoy en Uruguay la población de mayores de 65 es mayor a la de aquellos entre 15 y 25 y se calcula que para el año 2030 la población de menores de 25 sea menor a la de mayores de 65.

Esto se debe a la mejoría de la cobertura de salud, mejoras sanitarias, disminución de los procesos infecciosos con el uso de antibióticos, así como mejor control de las enfermedades no transmisibles, acompañado además, de la disminución de la natalidad.

El proceso de envejecimiento es heterogéneo, y necesariamente implica dinamismo en la instrumentación de estrategias para la protección y promoción de sus derechos.

Consideramos que hacer emblemático este día, permite visibilizar, sensibilizar y poner un pie colectivo tanto en el ámbito nacional como internacional sobre un tema que es el de mayor desafío de la humanidad, como lo ha sido lograr una mayor expectativa de vida.

Esto debe implicar una serie de cambios y estrategias que posibiliten transitar esta etapa vital como sujetos de derechos.

Nuestro país fue uno de los primeros en ratificar la Convención Interamericana de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en 2015, que en el año 2016 se cristaliza como Ley que los ampara. Esto permitió un marco jurídico normativo que protege a las personas mayores, garantizando el goce pleno de sus derechos.

En diciembre de 2020 la Asamblea General de las Naciones Unidas estableció la Década del Envejecimiento Saludable, que va desde 2021 hasta 2030.

La finalidad es incentivar a las personas mayores a mantenerse activas, productivas para sí y para la sociedad, transmitiendo sus experiencias, y estimular su participación plena en la sociedad a la que pertenecen, así como defender sus derechos.

Para mantenerse activos y productivos, es indispensable promover la actividad física, cuidar los factores de riesgo vascular, mantener un adecuado control de enfermedades crónicas no transmisibles, así como que la medicación sea asequible, entre muchos otros aspectos.

Es necesario que haya políticas de amparo y cuidados por parte de los gobiernos. El estímulo en la creación de programas de asistencia a las personas mayores, niveles de atención médica desde el servicio primario al hospitalario, y la existencia de centros de atención social, son imprescindibles.

El foco en los derechos

Este 1° de Octubre se centra en «Cumplir con las promesas de la Declaración Universal de los Derechos Humanos para las personas mayores: entre todas las generaciones».

Desde las ONU se plantea el abordaje del tema desde la solidaridad, equidad y reciprocidad.

«Estos serían los objetivos propuestos por el Organismo para este año 2023:

- Incrementar el conocimiento global y concienciar sobre la Declaración Universal de los Derechos Humanos y generar compromisos entre todas las partes interesadas para potenciar la protección de los derechos humanos de las generaciones actuales y futuras de personas mayores en todo el mundo.
- Compartir y aprender de los distintos modelos intergeneracionales para la protección de los derechos humanos en todo el mundo.
- Pedir a los gobiernos y a las entidades de la ONU que revisen sus prácticas actua-

les con el fin de integrar mejor en su trabajo un enfoque de los derechos humanos a lo largo de la vida de las personas. Además, deben garantizar la participación activa y significativa de todas las partes interesadas, incluida la sociedad civil, las instituciones nacionales de derechos humanos y las propias personas mayores, en el trabajo sobre el fortalecimiento de la solidaridad entre generaciones y las asociaciones intergeneracionales.»

Este año la consigna de la ONU nos invita a integrar, trabajar y fortalecer los lazos con las diferentes generaciones. Esto implica que se trabaje la construcción del envejecimiento en las diferentes edades para de esta manera potenciar las estrategias, los saberes y se deconstruyan mitos, posibilitando trabajar estereotipos que muchas veces condicionan la mirada hacia las personas mayores.

Es vital propiciar nuevos espacios que permitan empoderar y posicionar a las personas mayores como sujetos de derechos, así como construir, mediante la sinergia, el respeto y el aporte de todos.



Cirugías en adultos mayores

Dr. Aldo Fierro
Prof. Agdo. Clínica Médica
Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela - UdelaR



En épocas pasadas no era frecuente que se realizaran intervenciones quirúrgicas en adultos mayores. Hoy la cirugía en este grupo es cada vez más frecuente, hecho que se explica en gran parte por el envejecimiento de la población.

Es un hecho que, en general, una persona mayor que tiene que ser sometida a una intervención quirúrgica tiene más riesgo de complicaciones.

Esto es debido fundamentalmente a dos causas :

- La menor reserva que tienen los diferentes aparatos y sistemas de la persona a medida que se envejece.
- La asociación de varias enfermedades crónicas en la misma persona (en los adultos mayores es frecuente por ejemplo tener asociación de hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, diabetes, enfermedades respiratorias y otras enfermedades crónicas).

Es claro que no todos los adultos mayores tienen las mismas características. Hay algunos que tienen un organismo capaz de responder mejor que otros frente a una cirugía. De la misma forma hay adultos mayores que tienen varias enfermedades pre-

vias, a diferencia de otros que son sanos. De lo dicho se desprende que lo que determina que un paciente adulto mayor pueda ser operado y el riesgo de una operación no depende solo de la edad cronológica -los años vividos- sino de las características del mismo. Una persona puede ser más joven, y la cirugía tener más riesgo que en otra de mayor edad.

Otro factor que determina asimismo el riesgo de complicaciones es la causa de la intervención quirúrgica. Hay cirugías de diferente complejidad, algunas con más riesgo de complicaciones y otras en las que el riesgo es muy escaso.

Es imposible comentar el riesgo en cada una de las intervenciones quirúrgicas, pero a modo de ejemplo, nos referiremos a algunas operaciones muy frecuentes en los adultos mayores.

La operación de cataratas es un claro ejemplo de cirugía de bajo riesgo.





Intervención por fractura de cadera

Diferente es la cirugía debida a una fractura de cadera que se produce como consecuencia de una caída.

Al sufrir una fractura de cadera el paciente queda imposibilitado de caminar, inmovilizado en cama. Esto determina que pierda la independencia para su cuidado personal, pasando a ser dependiente incluso para las actividades más básicas (bañarse, vestirse, aseo personal, orinar o movilizar el intestino). Tratar de salir de esa situación es un objetivo fundamental, por lo que no demorar la cirugía tiene mucha importancia para lograr buenos resultados. Si no se opera y permanece inmovilizado en cama, las complicaciones debidas a la pérdida de la movilidad van a aparecer.

En esta situación son muy frecuentes las úlceras en la piel, las infecciones urinarias y respiratorias, la trombosis y la embolia pulmonar, persistiendo además mucho do-

lor en la cadera fracturada. Todo esto aumenta el riesgo de muerte.

Claro está que la cirugía tiene sus riesgos, que como comentamos son diferentes dependiendo del paciente. De todos modos en la mayoría de las situaciones estos riesgos son superados por el beneficio de la cirugía con el objetivo de volver al estado previo de la caída, logrando con un tratamiento de rehabilitación la recuperación de las funciones perdidas.

Cirugía de próstata

Es otra intervención muy frecuente en este grupo de población.

La mayoría de los pacientes que son operados por este motivo tienen la próstata aumentada de tamaño. Esto genera dificultad para la normal evacuación de la orina.

El paciente tiene dificultades para orinar tales como costarle comenzar a orinar,

que el chorro de orina pierda fuerza, que se despierte varias veces para orinar en la noche, que tenga ganas de orinar con mucha frecuencia, con micciones reiteradas y de poco volumen, y en ocasiones incluso orine con sangre.

Si se deja evolucionar sin tratamiento, puede llegar a producir alteración en la función de los riñones. Es el médico urólogo el que determina la oportunidad de la intervención quirúrgica y la técnica a utilizar para la misma, debido a que hay diversos métodos que tienen distintas indicaciones y diferente riesgo de complicaciones.

Una de las complicaciones que se ven con más frecuencia en el postoperatorio, tanto para la cirugía de cadera como para la de próstata, es el estado de confusión mental (delirium).

Se manifiesta con desorientación: el paciente confunde el lugar donde está, no reconoce a sus familiares, los confunde, puede tener alucinaciones visuales, muchas veces está inquieto, no descansa en la noche.

Esta, que es una complicación frecuente pero no exclusiva de los adultos mayores, no tiene el mismo riesgo de producirse en todos los pacientes de este grupo de población. Su aparición es más frecuente los pacientes de mayor edad, en los que tienen un deterioro cognitivo previo, en los que tienen antecedentes de alcoholismo, y en aquellos que tuvieron previamente un cuadro similar.

Son muchas las causas que en el entorno de una intervención quirúrgica pueden desencadenar este cuadro que, como vamos a ver más adelante, con una valoración y medidas preventivas apropiadas puede ser evitado, y aún si se instala, es posible lograr que paulatinamente el paciente vuelva al estado cognitivo previo a la instalación.

Mantener la capacidad de autocuidado

Estas intervenciones analizadas tienen en común que -en diferente medida- el paciente pasa por un período de reposo en cama. Un objetivo fundamental es lograr que ese



reposo no se prolongue, para prevenir de esta forma la pérdida de fuerza y masa muscular que rápidamente se manifiesta, ocasionando deterioro de las capacidades de autocuidado.

Qué podemos hacer para prevenir riesgos

Hasta ahora comentamos los riesgos que implica una intervención quirúrgica en el adulto mayor y citamos como ejemplo algunas cirugías frecuentes en las que los beneficios de operar superan los riesgos de la intervención quirúrgica. Pero, ¿hay estrategias para tratar de disminuir los riesgos y lograr mejores resultados?

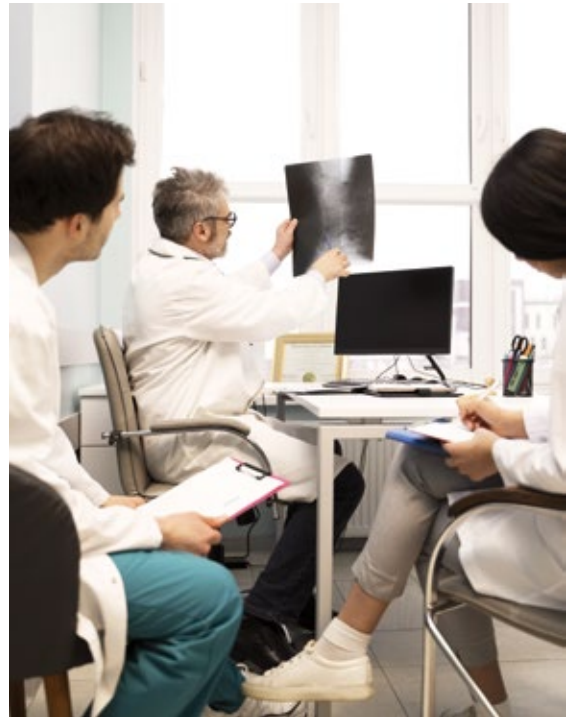
La respuesta a esta interrogante es sí. Claramente se pueden prevenir los riesgos que implica una cirugía en este grupo de población muchas veces vulnerable por las características que analizamos.

En primer lugar es necesario un equipo de asistencia con participación del cirujano actuante, el anestesista, el médico geriatra, el personal de enfermería, trabajadores sociales y los técnicos en rehabilitación.

Aquí es donde la actuación del geriatra tiene una importancia fundamental liderando un equipo interdisciplinario.

Para lograr buenos resultados, la medicina geriátrica tiene un instrumento que aplicado correctamente a los adultos mayores -sobre todo a los más frágiles- que tienen mayor posibilidad de complicaciones, disminuye el riesgo de la instalación de las mismas.

Ese instrumento es la valoración geriátrica integral aplicada en el preoperatorio, que implica no solo la valoración médica habitual, sino también la valoración del estado cognitivo, afectivo y funcional del paciente. La aplicación de esta valoración en el preoperatorio nos permite detectar el riesgo de las complicaciones analizadas y to-



mar medidas para prevenirlas, así como tratarlas correctamente si aparecen.

Esta forma de actuar ha demostrado disminución de las complicaciones luego de la cirugía; se reduce el tiempo de estancia hospitalaria, hay menor retraso del alta por causas médicas y no médicas (ej. causas sociales), y disminuye el riesgo de las complicaciones que se instalan por disminución de la movilidad.

En suma:

- Cada vez son más los adultos mayores que son operados.
- Se trata de un grupo de población heterogéneo con un grupo de pacientes que por su vulnerabilidad tiene más riesgo de complicaciones.
- Un cambio del modelo de asistencia tradicional, creando equipos interdisciplinarios, y aplicando una valoración integral del enfermo, permite realizar intervenciones que disminuyen los riesgos del acto quirúrgico, inclinando la balanza en beneficio de la cirugía frente al riesgo de complicaciones.

A pesar de haber convivido por 20 años, fue a través de la cámara que Valentina y su abuelo se miraron como nunca antes

Ese soplo

En julio de 2022 se estrenó en Uruguay «Ese soplo», bajo la dirección de Valentina Baracco. Un largometraje que refleja el vínculo con su abuelo, Fernando, y pone sobre la mesa temas como el envejecimiento activo, los prejuicios en torno a las personas mayores, la desnudez, la masculinidad, el amor, la vida, la vitalidad y la muerte.

Cuando Valentina le dijo a su abuelo que se mudaría a vivir con su novio, él le propuso hacer una película juntos.

Recuerda que en sus viajes en familia hacia Piriápolis, siendo una niña, jugaban al «juego de las canciones». Uno empezaba a cantar, y el otro tenía que continuar la canción, que casi siempre era un tango. «Sentir, que es un soplo la vida, que 20 años no es nada»... Era un fragmento del tango «Volver» de Gardel que se repetía frecuentemente. Cuando hubo que elegir el nombre para el documental, Fernando ya lo tenía: Ese soplo.

«Si bien habíamos convivido por más de 20 años, fue a través de la cámara que nos vimos como nunca antes lo habíamos hecho. 'Ese soplo' es un registro íntimo sobre



nuestro vínculo, el amor y las pérdidas, en busca de comprender qué significa estar vivos», comenta Valentina.



Cuando Fernando vio el documental por primera vez le dijo: «se ve como una película de verdad».

Es que para ellos, grabarlo había sido casi como un juego, y a Fernando lo había sorprendido gratamente que ella no pusiera solo «lo bueno» de él. Tanto para Valentina como para el resto del equipo era importante «poder repensar la vejez desde el envejecimiento activo, no desde el lado del súper héroe», comentó la realizadora a Nuestr@s Mayores.

«Hay que poner momentos en los que se muestre que a tu abuelo le cuesta hacer algunas cosas, porque es parte de él también, y es humanizar al personaje», reflexionaron.

Y fue así que se fueron moviendo entre los sutiles equilibrios de mostrar a una persona de casi 90 años, con autonomía, pero sin idealizarla; con debilidades y dificultades, pero sin infantilizarla. Ese equilibrio que tantas veces nos cuesta poner en práctica en nuestro vínculo con los adultos mayores, y que este documental trata de reflejar de manera emotiva, sensible y realista.

A través de la ventana

Durante 20 años su convivencia fue muy funcional. Ella trabajaba y estudiaba, entraba y salía de la casa. Fernando, que hoy tiene 94 años, le decía «la inquilina».

«Ese soplo» les permitió darse cuenta de que, a pesar de dos décadas de convivencia, no se conocían.

«Siendo productora y directora de cine, atenta a observar la realidad buscando películas, precisé de la necesidad de mi abuelo para detenerme a mirarlo (...) Había muchas cosas de él que no conocía. No sabía qué le daba alegría, qué le generaba tristeza, cómo transitaba la soledad, cómo era su vínculo con la muerte», menciona Valentina.

Ella reconoce en su abuelo a una persona que vive mucho el día a día, tan es así que cuando lo llama por teléfono la respuesta es siempre la misma:

-¿Cómo estás hoy?

-Festejando mi cumpleaños, porque festejo todos los días.



«Yo pensaba ¿qué hace mi abuelo todos los días?, ¿se queda todo el día atrás de la ventana? Compartiendo tiempo con él me di cuenta que hace un montón de cosas; desde atender a los perros, limpiar los vidrios, cortar el pasto, observar cómo los pájaros arman un nido, con esa capacidad de estar observando atentamente», relata.

A través de Fernando empezó a mirar la vida y la existencia con otros ojos, y a relativizar también el miedo que solemos tener de que nuestros seres queridos se mueran cuando llegan a cierta edad.

«El proceso de filmar su vitalidad me ha interpelado. En algún punto me hizo sentir que puedo estar muerta en vida, y ha despertado en mí el cuestionamiento de cuál generación está más viva», reconoce.

El rodaje duró 10 años, y si bien ambos querían ver la película terminada, hubo un momento en que culminarla pasó a un segundo plano, era más una excusa para compartir tiempo juntos que un fin en sí mismo.

«Estar horas con mi abuelo esperando si en el nido de los pájaros nacería el pichón o no, haber vivido ese momento de estar los dos juntos tratando de que no se nos

moviera la cámara, y ver cuando finalmente nació el pichón, no me había pasado nunca. Los momentos en que estaba filmando con él me sentía más viva que en todo el resto del día», expresa.

El documental terminó siendo la herramienta para «sostener el día a día», para redescubrirse, reencontrarse y reconocerse.

El cuerpo oculto

Luego de estrenar el largometraje, algunas escenas que para ellos habían sido naturales y cotidianas, llamaron a la reflexión y al intercambio más de lo esperado, como aquella donde se ve el torso de Fernando desnudo y ella le pasa crema en la espalda.

«Hay un tema con el contacto físico y el cuerpo envejecido. Ese momento, esa intimidad, que puede ser muy importante para cualquiera de los dos, ha despertado el debate en torno a cómo no estamos acostumbrados a verlo o tocarlo», relata.

A él siempre le fue difícil mostrar su vulnerabilidad, dice ella, algo frecuente en los hombres en general, pero más aún en los de esa generación, que de alguna manera sienten que «tienen que sostener a la familia, están

acostumbrados a tener ese rol, y pasar de ahí a dejarse cuidar, no es sencillo».

En varias oportunidades durante la grabación, y a pesar de que había un acuerdo explícito de filmar, Valentina le preguntó «¿te puedo grabar?», y en ocasiones la respuesta fue «apagá».

«A veces los infantilizamos, terminamos tomando decisiones por ellos y es importante que él diga qué quiere, y respetar eso», señala.

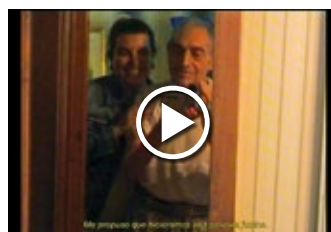
El día después

Una vez que terminaron de rodar, se dieron cuenta que habían compartido mucho tiempo y se habían conocido realmente durante el rodaje.

«Si yo me hubiese mudado sin hacer la película, me habría quedado esa sensación de cuando alguien se muere y tenés que ir a tu infancia, a tus recuerdos de niña. Yo ahora tengo recuerdos con mi abuelo siendo adulta», relata Valentina.

«Hacer esta película fue redescubrir a mi abuelo a través de la cámara, una persona con una gran vitalidad que hace bicicleta fija y que se afeita todos los días para estar de buen humor, aunque a veces le implique un gran esfuerzo porque no se siente bien, un hombre de 90 años que recuerda a su esposa bailando en calzoncillos con su portarretrato», dice.

El desafío ahora es seguir reencontrándose sin la «excusa» del documental, y seguir transitando juntos, ya desde un lugar y un vínculo diferente al de hace 10 años, ese soplo que es la vida.



Valentina Baracco



Es productora, directora y docente. Realizó un taller de documental y cine ensayo con Naomi Kawase en la EICTV de San Antonio de los Baños (Cuba). Fue ponente del Festival de cine y envejecimiento (Uruguay) y forma parte de la comunidad del cine de los Premios Platino. Es fundadora con Eugenia Olascuaga de Monarca Films, donde producen largos, cortos y series para cine y televisión. Han producido «El hombre congelado», «Ópera prima», «Delia», «8 cuentos sobre mi hipoacusia», «Cambalache».

Su último largometraje, «Ese soplo», participó en festivales como la semana del documental de DocMontevideo 2022 y el 10º Festival de Cine Nuevo Detour (Uruguay), el 12º Philadelphia Latino Film Festival 2023 (Estados Unidos), Visions du Réel Film Market 2023 (Suiza), el 6º Festival Fenacir y el 19º FIC Monterrey (México), y el 20º Festival Internacional de Cine de Cuenca (Ecuador).

Trastornos de memoria

Cambios cognitivos asociados a la edad

La queja subjetiva de pérdida de memoria -se ve afectada la memoria episódica reciente y pueden existir trastornos leves y banales de la denominación- es la queja cognitiva más frecuente; su frecuencia oscila entre un 20 y un 40%.

Esta queja suele mantenerse a lo largo del tiempo y en un pequeño porcentaje puede conducir hacia formas más importantes de alteración, como el deterioro cognitivo leve o la enfermedad de Alzheimer.

Se ha referido la existencia de alteraciones disejecutivas. Puede declinar la capacidad de procesar nueva información, interrelacionar informaciones diversas y mantener atención para tareas complejas. Se pueden alterar la rapidez del pensamiento y el razonamiento.

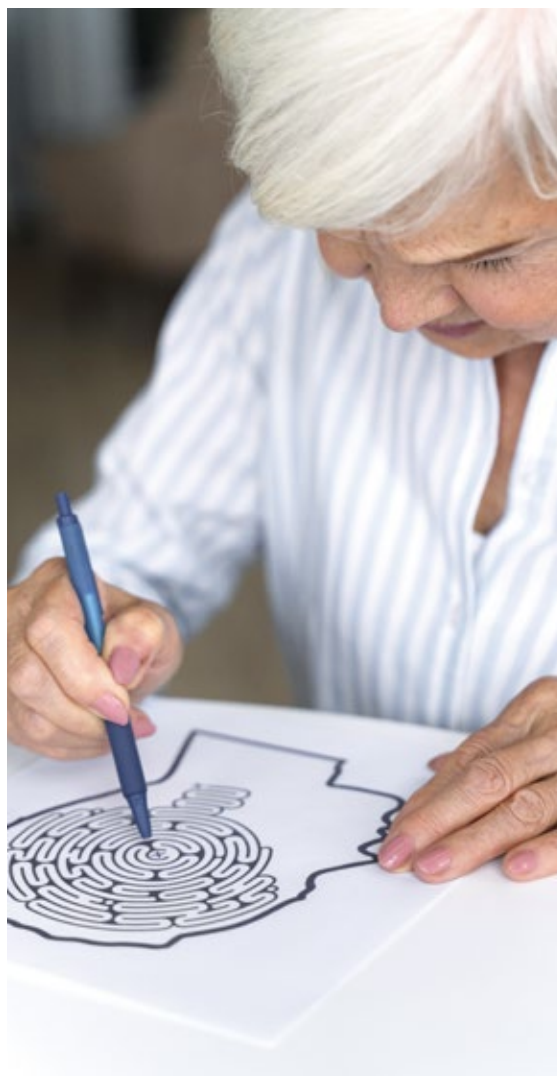
Estos trastornos disejecutivos y de memoria relacionados con el envejecimiento parecen ser el resultado de deficiencias funcionales de la corteza prefrontal lateral; déficits que pueden compensarse con el reclutamiento de otras áreas cerebrales.

Epidemiología

Magnitud del problema

Uruguay es un país que atraviesa un proceso de envejecimiento demográfico desde hace ya varias décadas. Sin embargo, recientemente este proceso se ha acentua-

Dra. Soad Ayul Toma
Médico geriatra | Ex Asistente del Departamento de Geriatría y Gerontología de UDELAR | Subdirectora del Hospital Centro Geriátrico «Dr. Luis Piñeyro del Campo»



do, de manera que la población de edad avanzada se ha incrementado y las personas mayores de 60 años constituyen hoy el 19,1% de la población total. Este aumen-

to porcentual es inédito en la región y, por cierto, en el país, que se sitúa cerca de los valores que presentan las regiones más desarrolladas del mundo (23,8%) (Naciones Unidas, 2017).

Uruguay sigue situándose, junto con Cuba, entre los países más envejecidos de la región, situación que se irá revirtiendo a lo largo de este siglo dado el aceleramiento del proceso de envejecimiento que se producirá en el resto del continente, que constituye el principal fenómeno demográfico a escala regional.

Prevalencia

En nuestro país no existen datos de prevalencia.

En España la prevalencia es del 6,5% y aumenta exponencialmente a partir de los 65 años. Es del 4,2% entre los 65 y los 74 años, del 12,5% entre los 75 y los 84 años y del 27,7% en los mayores de los 85 años, siendo mayor en las mujeres. El envejecimiento no es la causa de las demencias, pese a que mayoritariamente afecte a mayores de 65 años, pero la edad sí es el principal factor de riesgo de esta patología.

Incidencia

La incidencia aumenta con la edad y en el sexo femenino. Se estima que está en torno al 1% en mayores de 65 años, y que supera el 5% en los mayores de 90 años.

Clasificación

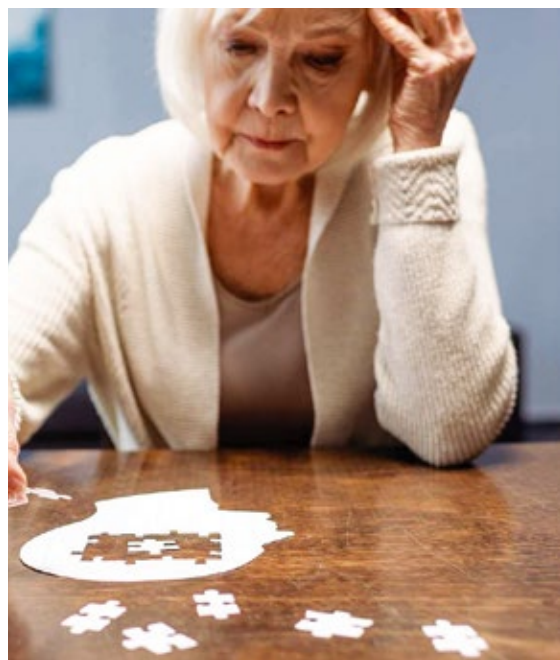
El DSM V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) trae una innovación terminológica con la supresión del término «demencia» y su sustitución por «trastorno neurocognitivo». Con ello centra la esencia del síndrome en el paradigma cognitivo, diferenciando las formas mayores, que son asimilables a la demencia, con las formas menores, asimilables al deterioro cognitivo leve.

El DSM V ha modificado sustancialmente sus criterios con respecto a la versión anterior. Al ser una clasificación de enfermedades tampoco incluye los estadios preclínicos, pero sí contempla un estadio patológico predemencia al estilo del deterioro cognitivo leve de Petersen.

El deterioro cognitivo leve se define como el estado transicional entre los cambios cognitivos del envejecimiento normal y la demencia muy temprana. (Petersen, 2008).

En los últimos años ha aumentado el interés con respecto al constructo de deterioro cognitivo leve. Este interés radica en la necesidad de identificar de forma temprana las características de enfermedades como el Alzheimer y otras demencias. El deterioro cognitivo leve (DCL) representa el estadio más temprano de estas enfermedades y, como tal, es necesario su estudio e investigación desde el punto de vista clínico, epidemiológico, estudios con neuroimagen y biomarcadores, y neuropatología. (Petersen, 2009).

Los dominios sintomáticos estudiados para el diagnóstico serán: atención, función ejecutiva, aprendizaje, memoria, lenguaje,



funciones visuoperceptivas y visuoespaciales, y cognición social. El trastorno neurocognitivo mayor y el menor se diferencian en función de la intensidad de los síntomas y su repercusión en la funcionalidad del paciente.

Criterios diagnósticos propuestos en el DSM-5 para trastorno neurocognitivo menor

- A.** Evidencia de un declive cognitivo modesto desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de uno de los dominios cognitivos referidos:
1. Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive modesto en las funciones cognitivas.
 2. Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en los tests del rango de una a dos desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente.
- B.** Los déficits cognitivos son insuficientes para interferir con la independencia (p. ej., actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas como manejo de medicación o de dinero), pudiendo ser preciso esforzarse más, utilizar estrategias compensatorias o hacer una acomodación para mantener la independencia.
- C.** Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.
- D.** Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Criterios diagnósticos propuestos en el DSM-5 para trastorno neurocognitivo mayor

- A.** Evidencia de un declive cognitivo sustancial desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de los domi-



nios cognitivos referidos:

1. Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive sustancial en las funciones cognitivas
 2. Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en los tests del rango de dos o más desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente
- B.** Los déficits cognitivos son suficientes para interferir con la independencia (p. ej., requieren asistencia para las actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas como manejo de medicación o dinero)
- C.** Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.
- D.** Los déficits cognitivos no son atribuibles

bles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Diagnóstico etiológico de la demencia

Se clasifican como primarias o degenerativas y secundarias.

La Enfermedad de Alzheimer es la más prevalente y ocupa el primer lugar, seguida por la Demencia por cuerpos de Lewy y Demencia frontotemporal.

La demencia vascular es la más prevalente entre las demencias secundarias.

Enfermedad de Alzheimer

El número de casos en el año 2000 era de 25,5 millones en el mundo, con proyecciones para el año 2050 de 114 millones de casos. El 95% son de inicio tardío, en mayores de 65 años, y el 5% son de inicio temprano; el 60% de estos últimos casos presentan una historia familiar y un 13%, agregación familiar, siguiendo un patrón de herencia autosómica dominante.

Factores de riesgo

Factores de riesgo no modificables

Los factores de riesgo no modificables que se relacionan con la enfermedad de Alzheimer son, principalmente, la edad y la genética. Cada vez hay más evidencia científica de que el sexo femenino también incrementaría el riesgo, aunque aún es necesario seguir investigando para entender mejor los motivos, al margen de la mayor longevidad de las mujeres.

La edad es el principal factor de riesgo para desarrollar la enfermedad. La suma de años, particularmente a partir de los 65, va incrementando el riesgo de padecerla. Sin embargo, muchas personas preservan

sus capacidades cognitivas hasta edades muy avanzadas. Así, la edad es el principal factor de riesgo para padecer Alzheimer, aunque no es una consecuencia inevitable del hecho de envejecer.

Por otra parte, respecto a la genética, es importante saber que el Alzheimer tampoco es una enfermedad hereditaria. Solo en un porcentaje muy pequeño, alrededor del 1%, su causa puede atribuirse directamente a la genética. En el resto de casos, hablamos de un 99%, hay ciertos genes que pueden conferir una mayor vulnerabilidad para desarrollar la enfermedad, pero, en sí mismos, no son determinantes.

Factores de riesgo modificables

La investigación científica apunta cada vez con más solidez a que ciertos factores de riesgo para padecer Alzheimer sí son modificables. Son los relacionados con la salud cardiovascular y el estilo de vida.

Los factores de riesgo cardiovascular hacen referencia a ciertas condiciones médicas, como la hipertensión arterial, la diabetes, el colesterol, el tabaquismo o la obesidad.

El control de estos factores tiene que ver, con el seguimiento médico y con el estilo de vida. El sedentarismo o una dieta poco saludable repercutirán en la salud cardiovascular y, secundariamente, en la salud cerebral, por aquello cada vez más evidente de que lo que es bueno para el corazón, es bueno para el cerebro. Por otro lado, evitar el aislamiento social y estar activo mentalmente también son algunos aspectos relacionados con el estilo de vida que impactan en la resistencia de nuestro cerebro para hacer frente a la patología.

Tratamiento

La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) ya ha aprobado varios medicamentos para ayudar a controlar los síntomas en personas

con enfermedad de Alzheimer y recientemente surgieron otros medicamentos para tratar el avance de la enfermedad.

La mayoría de los medicamentos aprobados por la FDA funciona mejor para las personas en las etapas temprana o intermedia de la enfermedad de Alzheimer. Actualmente no se conocen tratamientos que curen la enfermedad.

Tratamiento para la enfermedad de Alzheimer con síntomas de leves a moderados

El tratamiento de los síntomas de la enfermedad de Alzheimer puede brindar bienestar, dignidad e independencia a las personas con esta enfermedad por más tiempo, y también ayudar a sus cuidadores.

La galantamina, la rivastigmina y el donepecilo son inhibidores de colinesterasa que se recetan para los síntomas de leves a moderados de la enfermedad de Alzheimer. Estos medicamentos pueden ayudar a reducir o controlar algunos síntomas cognitivos y conductuales, como pérdida de la memoria y problemas con la función del pensamiento. Los inhibidores de la colinesterasa

evitan la descomposición de la acetilcolina, una sustancia química del cerebro que se cree que es importante para la memoria y el pensamiento. A medida que avanza la enfermedad de Alzheimer, el cerebro produce menos acetilcolina y, con el tiempo, estos medicamentos pierden su eficacia.

El lecanemab y el aducanumab son inmunoterapias con aprobación acelerada de la FDA para tratar la enfermedad de Alzheimer en una etapa temprana. Estos medicamentos se dirigen a la proteína beta-amiloide para ayudar a reducir las placas amiloides, uno de los cambios cerebrales típicos de la enfermedad de Alzheimer. Los estudios clínicos para determinar la eficacia de estos medicamentos se realizaron solo en personas en la etapa temprana de la enfermedad de Alzheimer o con un deterioro cognitivo leve. Los resultados del estudio (en inglés) mostraron que, en el transcurso de 18 meses, el lecanemab redujo la tasa de deterioro cognitivo en los participantes del estudio, así como los niveles de amiloide en el cerebro. Los resultados del estudio sobre el aducanumab también mostraron una reducción en la acumulación de amiloide en el cerebro, pero no fue claro si el medicamento retrasa el deterioro cognitivo. Se



están realizando más investigaciones para probar la eficacia de estos medicamentos para retrasar el deterioro cognitivo.

Tratamiento para la enfermedad de Alzheimer con síntomas de moderados a graves

Para tratar la enfermedad de Alzheimer con síntomas de moderados a graves, indicamos memantina, que es un antagonista de los receptores N-metil D-aspartato (NMDA). El efecto principal de este medicamento es la disminución de los síntomas, lo que podría permitir que algunas personas puedan realizar tareas diarias por sí mismos durante un poco más de tiempo que si no tomaran el medicamento.

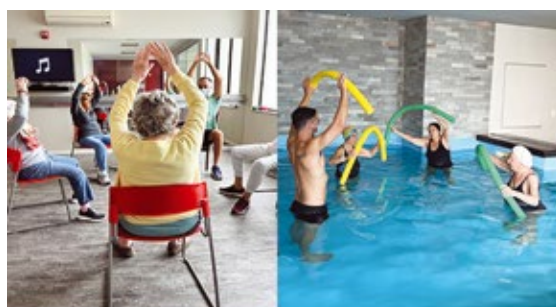
La memantina actúa regulando el glutamato, una sustancia química importante del cerebro. Cantidades excesivas de glutamato pueden provocar la muerte de las células cerebrales. Debido a que los antagonistas de los receptores NMDA funcionan de forma diferente a los inhibidores de colinesterasa, los dos medicamentos se pueden recetar de forma combinada.

La FDA también ha aprobado el donepencilo, la rivastigmina y galantamina para esta etapa de la enfermedad.

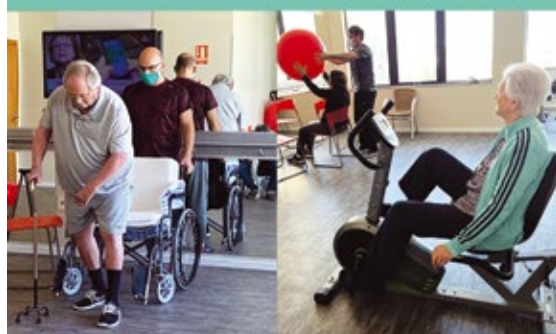
¿Podemos prevenir la demencia ?

Aunque no existe un método de prevención comprobado para la enfermedad de Alzheimer y las demencias relacionadas, por lo general, llevar un estilo de vida saludable puede ayudar a abordar los factores de riesgo que se han asociado con estas enfermedades.

Controlar la presión arterial y la glicemia; mantener una dieta y peso saludable; mantenerse física y mentalmente activo; evitar el aislamiento social, manteniendo contacto con amigos y familiares; evitar el consumo de alcohol y tabaco; tener un sueño reparador; y cuidar la salud física y mental; nos pueden ayudar a la prevención de la demencia.



LA MAISON ES SINÓNIMO DE REHABILITACIÓN



Desde hace más de 11 años brindamos el más completo servicio en REHABILITACIÓN y ESTADÍAS TRANSITORIAS para adultos mayores con todos los niveles de dependencia.

PLANES PERSONALIZADOS DE REHABILITACIÓN

**Médico - Fisioterapeutas
Instructor de Hidrogimnasia
Psicólogo - Nutricionista
Enfermeros y Cuidadores
Asistencia las 24 horas**



**LA
MAISON**
SENIOR APARTMENTS

lamaison.com.uy - 2623 32 32

76 años de trayectoria en los medios

Cristina Morán: una porción de historia viva



Recientemente el pueblo uruguayo tuvo que despedir a una de las referentes históricas de los medios de comunicación, Cristina Morán. Su partida deja la doble sensación de agradecimiento y admiración por lo que significó su trayectoria; y de cierta nostalgia y sinsabor porque sabemos que no habrá otra Cristina Morán.

Con ella no solo se fue una referente, sino parte de la historia de nuestro país.

La gratitud que expresó por su trabajo hasta el último minuto de vida era equivalente a su exigencia y temple como profesional. Debó abrirse paso con carácter y firmeza en una época donde los hombres dominaban el medio, y la presencia de mujeres era nada frecuente. Para ello siguió el consejo de Raúl Fontaina que la marcó durante toda su vida: «Sé tú. No te almidones porque esos quedarán por el camino». Y ese fue el faro que guió toda su carrera: ser ella misma.

Antes de que la televisión llegara a nuestro país en 1956, Cristina Morán ya era una figura del medio. Debutó en radio en 1948 y fue la primera mujer protagonista de la pantalla chica en nuestro país.

Tiempo atrás había comentado en diálogo con Nuestr@s Mayores acerca de la incertidumbre que significaba la aventura de la televisión. «No sabíamos con qué nos íbamos a encontrar. Lo único que sabíamos era que no podíamos leer. Y yo estaba aterrizada, tenía miedo, iba a ser un desastre», recordaba.

La historia mostró que no solo no fue un desastre, sino que se convirtió en una de las personalidades más destacadas del medio, cosechando logros nada despreciables y, hoy con perspectiva histórica podemos decirlo, irrepetibles.

Como pez en el agua

Hasta los 17 años usó su nombre y apellidos de nacimiento, Iris Fariña. Fue entonces que entró en radio Carve y empezó una de las carreras más extraordinarias de la historia de los medios nacionales.

Durante un par de años se hizo llamar Cristina. Luego le sugirieron buscarse un apellido y eligió Morán, por Héctor Morán, uno de los jugadores de la selección nacional de fútbol campeona del mundo en 1950.

«Para mí todo esto es un hecho natural. Se dio así desde que me enfrenté al micrófono por primera vez en aquel concurso de radio Carve en 1948, dije: esto es para mí», recordaba, sobre ese momento en el cual el único medio de comunicación existente, era la radio.

Su trabajo comenzó como presentadora de distintos programas en la fono platea de Carve, tales como Senda de estrellas, con las personalidades argentinas del momento. Poco después comenzó a actuar en





radioteatros, que también se convertían en obras de teatro y se exhibían en Montevideo y en el interior del país.

Estuvo sobre las tablas hasta sus últimos momentos de vida. Para ella «lo maravilloso del teatro es tener la reacción inmediata del público. Y tenés el gran premio por el que nosotros trabajamos: el aplauso, la gratitud del público que pagó una entrada y recibió una satisfacción a cambio».

En televisión fue punta de lanza para muchas mujeres, al ser la primera en aparecer en la pantalla chica en 1956 con Domingos Continuados, el mismo año en que nacía la televisión en Uruguay, programa que mantuvo durante 30 años de forma ininterrumpida.

Cuando este programa salió del aire, formó parte del elenco de El Show del Mediodía, y más adelante le propusieron un espacio en Canal 5 llamado «En Compañía», que estuvo al aire desde 1989 a 1995.

Dentro de sus participaciones fílmicas se destacan la película «La Despedida» (2011); «Anina», película animada a la que prestó

su voz como actriz en el año 2013; en 2019 fue una de las protagonistas de la película «Alelí»; en 2020 había vuelto a la televisión con el ciclo «Los especiales de Cristina Morán», emitido por Canal 4; y en 2022 fue parte de la comedia «Julio, felices por siempre».

Asumir el paso del tiempo con alegría

Detrás de esa sonrisa afable y simpática que la caracterizaba, había una persona afectuosa, con una gran humanidad, pero





también con temperamento, carácter y sentido profesional. «Siempre fui muy exigente. Sino preguntale a mis camarógrafos», comentó en diálogo con Nuestr@s Mayores.

La misma vitalidad con la que se la veía desempeñar su labor, la aplicaba en sus rutinas detrás de cámaras. Iba frecuentemente a hacer piscina, también aparatos porque le hacía bien para la columna «y para la cabeza, porque durante ese tiempo me libero de todo», decía.

«Ser yo misma», había sido el *leitmotiv* de su carrera, y además aseguraba que ser

uruguaya le abría puertas en cualquier parte del mundo. Como ejemplo recordaba su viaje a Buenos Aires en 1984 para hacerle una entrevista al candidato a presidente de Argentina, Raúl Alfonsín. Los custodios no le permitían llegar hasta él y ella se sumó a la fila de embajadores que iban a saludar al candidato. Cuando llegó su turno le explicó que era periodista uruguaya y que quería entrevistarlo, y un rato más tarde había concretado su entrevista.

«Lo principal para mí es asumir el paso del tiempo con alegría. Estás vivo y estás sano. ¿Qué más puedes pedirle a Dios y a la vida? En la agenda de este año anoté: empiezo un año más, gracias, Señor», relataba hace unos años Morán a Nuestr@s Mayores.

Para ella, no había tiempo para la nostalgia, «soy una mujer que vive el hoy», aseguraba. Por eso, a pesar de la añoranza que pueda generar su partida, Cristina Morán merece ser recordada de la forma en que vivió, con alegría y gratitud.



un
PROYECTO
de **VIDA**

Mi Hermano Superó los Andes



Mercedes Inciarte

DISPONIBLE EN AMAZON



«Un Proyecto de Vida Mi Hermano Superó los Andes»

Mercedes Inciarte
Colaboradora de Astur

Este es un libro cuya conmovedora historia real nos invita a explorar las esquinas más profundas de la existencia humana, donde la magia de la vida nunca deja de sorprendernos, incluso en los momentos más oscuros. Trata de la tragedia devenida en Milagro de los Andes, donde mi hermano, uno de los 16 sobrevivientes, un ser excepcional quien nos dejó el pasado julio, fue ejemplo de humildad y generosidad. Su legado es inmortal por lo que siempre estará con nosotros.

Intento acercarlos a un viaje extraordinario que comienza en el corazón de mi hogar, donde la supervivencia se convierte en un proyecto de vida. 72 días de incertidumbre, sin respuestas claras, ignorando el destino de un avión que nunca llegó a Santiago de Chile, y desconociendo la existencia de sobrevivientes. La angustia se reflejó en el fuego más íntimo de mi familia y en el mío propio, y es esta vivencia desgarradora la que forma el núcleo de esta historia inspiradora.

A través de la narrativa que nace de mi propia experiencia y se basa en la forma cómo afrontamos dos meses y medio desde mi casa, mi madre y mis otros dos hermanos, los lectores son testigos de una travesía que va más allá de las montañas de los Andes; es una historia épica de la resistencia humana y la determinación inquebrantable. En el centro de esta historia está mi hermano, Coche In-

ciarte, cuya lucha por sobrevivir se convierte en un símbolo poderoso de la fuerza del espíritu humano. Como él siempre dijo, el miedo se siente, pero el terror, paraliza.

Creo que todos conocen los detalles del accidente, cómo sobrevivieron, superando límites inimaginables, formando una sociedad especial para poder sobrellevar esa eternidad como seres humanos, con valores, pero viviendo dentro de la muerte y con ella, y llamándola La Sociedad de la Nieve, cuya película ya finalizó su rodaje y representará a España en el próximo Óscar de la Academia.

Es un mensaje atemporal para el público longevo. Este libro nos recuerda que nunca es tarde para soñar más alto, que la vida siempre reserva sorpresas y que la magia puede encontrarse en las esquinas más inesperadas. Es un testimonio inspirador de que, incluso cuando enfrentamos desafíos aparentemente insuperables, la resiliencia y la esperanza pueden llevarnos a alcanzar alturas inimaginables.

Les abro una ventana a mi propia experiencia, desnudando las emociones crudas y compartiendo una historia de supervivencia que trasciende las páginas. Su narración, cautivadora y emotiva, nos sumerge en este viaje extraordinario y nos deja un mensaje duradero de esperanza, coraje y la capacidad inquebrantable del ser humano para superar las adversidades.

«Un Proyecto de Vida, Mi Hermano Superó los Andes» es un recordatorio poderoso de que, sin importar la edad, siempre hay espacio para los sueños que nos indican el camino hacia la superación.

La rehabilitación en Gerontopsicomotricidad



La Gerontopsicomotricidad es la especialidad que se ocupa de la interacción que existe entre el cuerpo en movimiento y las funciones psicológicas superiores, representadas estas por la emoción, las percepciones y la motivación, así como el aprendizaje, el lenguaje, el pensamiento, la atención y la memoria.

En el curso de la vida se producen cambios que obligan a elaborar constantemente la relación con el propio cuerpo. La disminución en la velocidad de reacción a estímulos, de la agudeza de los sentidos, la pérdida de la agilidad física previa, los cambios en la dis-

Licenciada Soledad Vázquez
Especialista en Gerontopsicomotricidad

tribución de masa magra y grasa que producen un visible cambio en el aspecto corporal general, son modificaciones naturales que acompañan al paso de los años y que con frecuencia pueden acompañarse de otras situaciones de salud que vuelven aún más difícil la adaptación a este proceso.

Existen pues, ciertos procesos que escapan a la dificultad natural y transitoria que conlleva adaptarse a los cambios producidos por el envejecimiento. En estos casos en los que las funciones psicológicas, ya sean en el plano intelectual como afectivo, no se adecúan a las necesidades funcionales del sujeto, se produce una pérdida de la capacidad de adecuación al medio y la dependencia.

En esos casos y formando parte del abanico de posibilidades terapéuticas de rehabilitación, es que se encuentra la Gerontopsicomotricidad. En ese sentido, este abordaje es complementario a otros que se ocupan de restablecer una función a través de la ejercitación de la misma, para ocuparse del funcionamiento, que sería el significado o valor que para esa persona concreta y su entorno tiene dicha función.

Se puede incluir como motivos de derivación a tratamiento gerontopsicomotor a pacientes que presenten trastornos a predominio tanto instrumental como psicoafectivo, siempre que estos alteren su desempeño respecto a las actividades de la vida diaria y su autodeterminación general, así como a sus posibilidades de vincularse con el entorno y personas significativas.

Generalmente inscriptos en entidades patológicas específicas, se pueden ubicar ciertas condiciones que forman parte del campo de trabajo del especialista en Gerontopsicomotricidad, a saber:

- Deterioro del sistema tónico-postural, trastornos de la regulación del tono muscular, déficit propioceptivo.
- Trastornos de la coordinación, alteraciones práxicas (de representación, realización o regulación del acto motor).
- Mantenimiento de las capacidades actuales en relación a patologías específicas.
- Trastornos amnésicos, desorientación tiempo-espacial, trastornos practognósicos.
- Secuelas de patologías somáticas que afecten las funciones de relación (sensorialidad, comunicación, locomoción).
- Desinvertimiento corporal o inhibición psicomotriz con pérdida de autonomía o déficit expresivo, repliegue, apragmatismo.
- Alteraciones psicosomáticas, trastornos en la imagen corporal, inadecuada relación con el propio cuerpo.
- Trastornos de la regulación tónico-emocional, trastornos de ansiedad.

Las formas de trabajo y las intervenciones del especialista en Gerontopsicomotricidad varían según la persona a quien va dirigida y el ambiente en el que se encuentre, siendo los motivos de consulta más frecuentes la rehabilitación de las caídas y el síndrome de miedo a caer, el deterioro cognitivo y los trastornos del estado de ánimo. El gerontopsicomotricista, titulado en esta especialidad, puede realizar su trabajo en modalidad grupal o individual, en consultorio, en instituciones, y con mayor frecuencia en domicilio.

Rehabilitación gerontopsicomotriz en Trastorno Neurocognitivo Mayor

En el plano de las demencias, la Gerontopsicomotricidad, ofrece una mirada particular e integradora que toma al binomio, conformado por el enfermo y su cuidador principal, como objeto de intervención en el entendido de que a través de esta forma de trabajo se pueden operar cambios positivos perdurables para ambas partes y para la relación.

Los objetivos de la terapia gerontopsicomotriz en deterioro cognitivo se resumen en:

- Entrenar las capacidades cognitivas remanentes con el fin de enlentecer el progreso de deterioro de las mismas.
- Construir estrategias de compensación del déficit funcional, de manera de comprimir hacia edades más avanzadas las fases de mayor dependencia.
- Disminuir la frecuencia e intensidad de las alteraciones psicológicas y conductuales asociadas, teniendo en cuenta de que generalmente son estas las que mayor sobrecarga producen en el entorno.
- Ofrecer un recurso de alivio para el cuidador, brindando información práctica sobre el curso de la enfermedad y pautas útiles para sobrellevar las dificultades que puedan presentarse, así como el manejo de sentimientos convergentes y el autocuidado.
- Trabajar con el binomio de manera de



re-significar el vínculo de cuidado y relación de ayuda, posibilitando el acceso a la experiencia positiva compartida.

- Habilitar a partir de pautas y señalamientos en el propio lugar de residencia, la habilitación de la autonomía con las habilidades prácticas que la componen.

Este modelo parte del entendido de que es a partir del trabajo con el paciente junto con su entorno que se pueden operar cambios sostenibles en el tiempo. Para ello, los esfuerzos radicarán en formar a los cuidadores (familiares o rentados) como los principales agentes de estimulación de los pacientes, capaces de replicar y amplificar las experiencias de la terapia a todos los ámbitos de la vida diaria.

A su vez el especialista en Gerontopsicomotricidad interviene habitualmente en asesorías profesionales, para lograr entornos amigables para personas con dete-

riorio cognitivo. Es el caso de los Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM) y los Centros de Día, en los que se busca que el residente pueda desenvolverse de manera autónoma, manteniendo su seguridad e identidad. El entorno ejerce especial influencia sobre las personas que padecen deterioro cognitivo. Así, el medio habitual es adaptado para mantener la máxima autonomía y evitar las situaciones de riesgo, tanto como la aparición de reacciones psicológicas y de comportamiento negativas que puedan ser evitables de forma no farmacológica. Por su parte, la coordinación general de actividades dirigidas a esta población debe intentar estimular más que distraer, y adaptarse a los intereses y posibilidades de cada persona. Es por esto que la coordinación general de las actividades ofrecidas, de manera creciente, es llevada a cabo por un Gerontopsicomotricista.

Rehabilitación gerontopsicomotriz de caídas y síndrome de temor a caer

En relación al tratamiento de las caídas, cabe destacar que las mismas constituyen el prototipo más característico de los llamados síndromes geriátricos y son de los problemas de salud más frecuentes y potencialmente peligrosos para las personas mayores, tanto por su morbilidad y complicaciones inmediatas, como por el compromiso funcional que conllevan. Estos eventos suponen a menudo un punto de inflexión en el ciclo vital del individuo, que pueden producir síntomas depresivos y miedo a caer nuevamente. Este miedo configura un síndrome representado por la ansiedad y temor a sufrir una caída, que se asocia a una pérdida de confianza en sí mismo y aislamiento social. Todo esto se traduce en una disminución del nivel de funcionamiento y autonomía del individuo.

Se trata de una inhibición psicomotriz, en la que la función está presente, pero el cuer-

po pasa a ser un obstáculo y una amenaza para la propia integridad, de la que el individuo se protege a través del no movimiento.

Los objetivos del abordaje gerontopsicomotor en las caídas y el miedo a caer, se resumen de la siguiente manera:

- Mejorar la coordinación global y segmentaria, el control postural y el equilibrio.
- Estimular los sistemas propioceptivos y elaborar mecanismos compensatorios en caso de déficit sensitivo-sensoriales.
- Promover el ejercicio físico a través de la actividad física adaptada.
- Lograr la integración del esquema corporal, como base para la elaboración de una imagen corporal actualizada y con mayor autoconfianza.
- Incorporar técnicas de relajación como herramienta para regular tensiones musculares que afecten al acto motor y estados de ansiedad.
- Aumentar el bienestar emocional, vivenciando el placer por el dominio del movimiento.
- Mejorar la capacidad de adaptación al me-



dio ambiente, revisando aquellos factores de riesgo potencialmente modificables.

- Trabajar con la familia con el fin de habilitar al máximo la autonomía respecto a las actividades de la vida diaria.

Es así que la Gerontopsicomotricidad surge como una alternativa posible para favorecer una elaboración positiva de la imagen del cuerpo en las personas mayores, que acompañe el proceso de cambio que conlleva el envejecimiento. El objetivo fundamental de la terapia gerontopsicomotriz es que la persona logre recuperar el placer por el dominio del movimiento según sus expectativas y posibilidades reales.

La Gerontopsicomotricidad ofrece un recurso centrado en la persona y sus intereses, que resulta altamente atractivo, entretenido y con resultados notables sin importar la edad o el deterioro que se tenga, buscando cargar la vida de sentido y la dignidad que merece.

El movimiento y la capacidad de continuar en movimiento se encuentra ligado a la vida y la capacidad de seguir andando y de resolver inquietudes que se puedan ir presentando en una existencia todavía activa. De este modo la capacidad de movimiento se carga de un significado muy fuerte: estar vivo. Esto es algo que permite al sujeto experimentar la vejez como una parte de la vida cargada de posibilidades y no plagada de pérdidas. Esto finalmente, es lo que resume el objetivo de nuestra intervención.



PASATIEMPOS

█	F	L	A	N	C	O	█	P	E	S
C	U	C	U	█	A	T	L	E	T	A
I	G	█	L	L	O	R	I	C	A	█
C	A	B	L	E	█	O	M	A	N	I
L	█	R	O	G	A	R	E	█	O	N
O	S	O	█	A	R	A	I	S	█	D
N	O	T	A	B	A	█	S	E	N	O
█	M	A	N	A	D	A	█	M	A	L
S	E	S	O	█	A	R	M	A	D	O
A	R	E	T	E	█	M	A	N	A	R
T	A	█	A	R	R	A	S	A	D	O

9	6	3	7	4	5	1	8	2
4	8	5	6	1	2	7	3	9
2	1	7	8	9	3	4	6	5
6	7	8	1	5	9	3	2	4
1	3	2	4	6	7	5	9	8
5	9	4	2	3	8	6	1	7
3	4	9	5	2	6	8	7	1
7	2	1	3	8	4	9	5	6
8	5	6	9	7	1	2	4	3

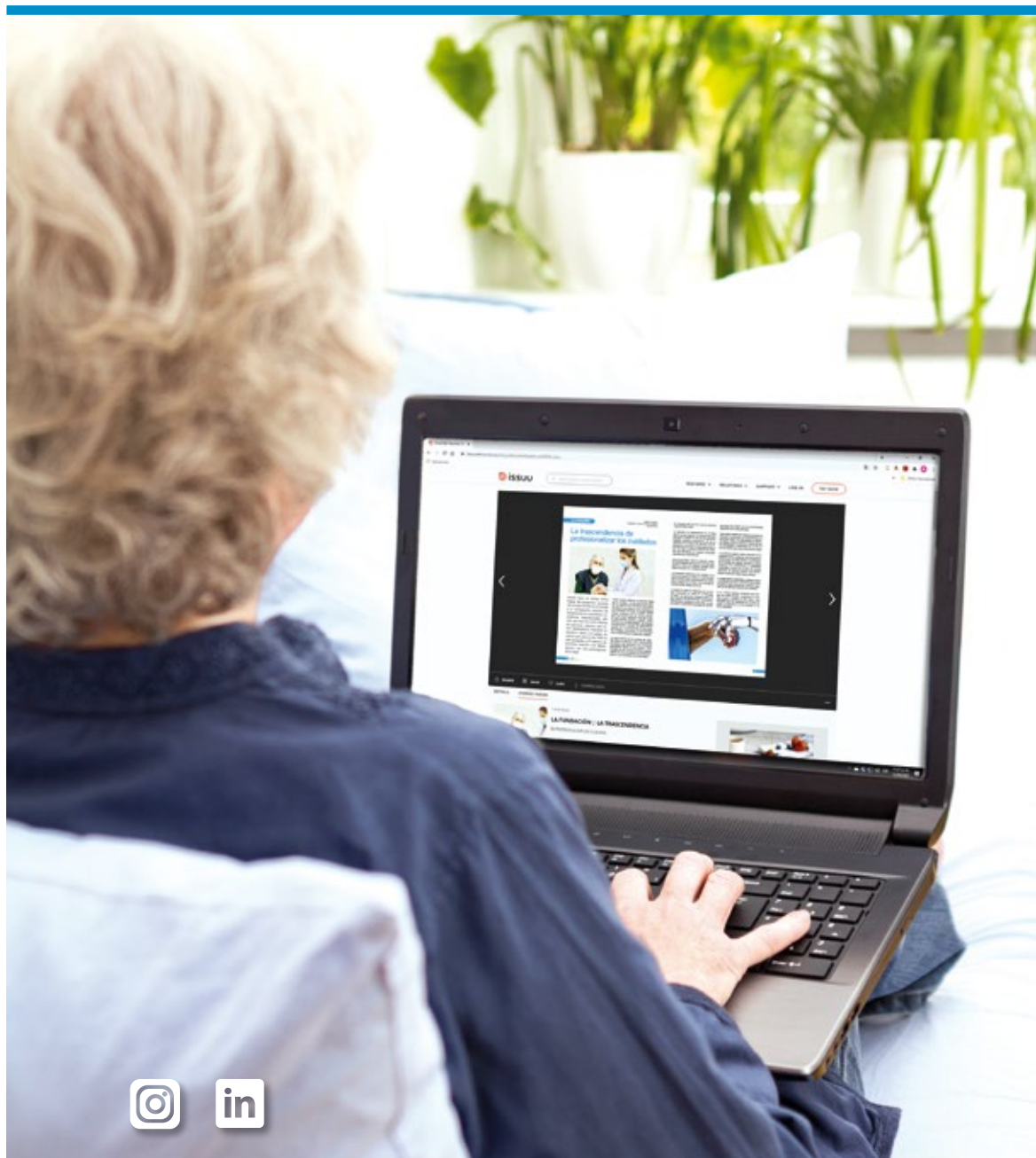
3	1	6	5	8	9	2	7	4
8	2	7	1	4	3	6	9	5
5	4	9	6	7	2	1	3	8
4	7	3	9	5	6	8	1	2
9	6	1	7	2	8	5	4	3
2	5	8	3	1	4	9	6	7
1	9	5	2	3	7	4	8	6
7	8	2	4	6	1	3	5	9
6	3	4	8	9	5	7	2	1

Soluciones de la página 5

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 indícanos la dirección de correo electrónico a la cual debemos enviarlo.

¿Usted sabe por qué nos siguen eligiendo?

Porque somos

credibilidad confianza

contención

compañía calificada

Porque además le brindamos a los socios más de 20 talleres multitemáticos en la Fundación Secom, destinados a promover la calidad de vida. Y muchos beneficios más.

Porque estamos para usted las 24 horas, los 365 días del año.

SECOM

PRIMER SERVICIO DE COMPAÑÍA DE URUGUAY Y DEL MUNDO



0800 4584 | www.secom.com.uy