

# COMUNICACIÓN

## SALUD SIGLO XXI

p. 04 **MEDIO AMBIENTE /  
Microplásticos en productos  
infantiles: de la leche materna a  
las bolsitas de purés de fruta**

p. 16 **INFANCIA Y SALUD / ¿Es su  
bebé demasiado dependiente  
de las pantallas? Señales de  
alerta antes de los seis años**

p. 21 **SALUD Y MEDIO AMBIENTE /  
El aire contaminado de las  
ciudades acelera el  
envejecimiento del cerebro**



**15 de junio**

## **Día Mundial de Toma de Conciencia de Abuso y Maltrato en la Vejez**

El 15 de junio se conmemora el Día Mundial de Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez de este 2026, bajo el lema "Más allá de la sensibilización: lograr una prevención eficaz del maltrato a las personas mayores".

El maltrato hacia las personas mayores sigue siendo una realidad a menudo ignorada y poco denunciada. Puede adoptar muchas formas, entre ellas el abuso físico, psicológico y económico, así como el abandono o la desatención. Con frecuencia, ocurre en situaciones en las que las personas carecen de visibilidad, apoyo o acceso a servicios.

Frente a esta situación, no basta con sensibilizar. Es necesario fortalecer los sistemas de prevención y respuesta para actuar de manera eficaz ante los casos de maltrato, garantizando siempre la dignidad, la autonomía y los derechos de las personas mayores.



**OBSERVATORIO**  
LATINOAMERICANO Y DEL CARIBE  
**ULAPA / PARLASUR**  
• de Acceso a la **Salud** y a la **Ciencia** •



# Reino Unido prohíbe las redes sociales a los menores de 16 años

Afectará a plataformas como TikTok, YouTube, Instagram, Facebook, X, Snapchat, Twitch o Reddit



Reino Unido se convertirá en el país europeo que más lejos ha llegado para restringir el acceso de los menores al mundo digital. El Gobierno de Keir Starmer anunció ayer la prohibición del uso de las redes sociales para los menores de 16 años y un amplio paquete de medidas destinado a limitar otras actividades consideradas de riesgo en internet, desde los chats con desconocidos en videojuegos hasta determinados sistemas de inteligencia artificial diseñados para simular relaciones sentimentales o sexuales.

La iniciativa sitúa a Londres a la vanguardia mundial de la regulación digital infantil, incluso por delante de Australia, el país que abrió el camino el pasado año al convertirse en la primera democracia en vetar las redes sociales para menores de 16 años. El plan británico no solo replica aquel modelo, sino que amplía significativamente su alcance con nuevas restricciones y mecanismos reforzados de control.

La nueva legislación entrará en vigor en la primavera de 2027 y afectará a plataformas como TikTok, YouTube, Instagram, Facebook, X, Snapchat, Twitch o Reddit. WhatsApp y otros servicios de mensajería, como Signal, quedarán fuera de la prohibición al considerar el Ejecutivo que cumplen una función esencial de comunicación entre familiares y amigos.

Los menores de 16 años no podrán abrir cuentas ni descargar estas aplicaciones. También tendrán vetadas las retransmisiones en directo y el contacto con desconocidos a través de videojuegos y otras plataformas digitales. Estas limitaciones se extenderán asimismo a los adolescentes de 16 y 17 años, activadas por defecto para evitar que el nivel de protección desaparezca automáticamente al cumplir los 16.

El Gobierno estudia además nuevas medidas para los menores de 18 años, entre ellas posibles restricciones nocturnas de uso y límites al denominado infinite scrolling, el sistema de desplazamiento continuo diseñado para mantener a los usuarios conectados durante largos periodos de tiempo. Los detalles de estas propuestas se darán

a conocer previsiblemente en julio.

Otra de las novedades afecta a la inteligencia artificial. Los llamados chatbots románticos —programas capaces de simular vínculos afectivos o sexuales con los usuarios— quedarán reservados exclusivamente para mayores de edad. Otras funcionalidades de carácter íntimo también estarán sujetas a restricciones.

Para garantizar el cumplimiento de la normativa, el Ejecutivo impulsará sistemas más estrictos de verificación de edad y ampliará las competencias del regulador Ofcom, que dispondrá de mayores poderes de supervisión y sanción. El organismo elaborará además un informe urgente sobre las tecnologías más eficaces para impedir que los menores burlen los controles.

"Las redes sociales están haciendo infelices a los niños. Facilitan el acoso y podrían incluso estar perjudicando su salud mental", aseguró Starmer durante una comparecencia en Downing Street. El primer ministro defendió que el Estado no puede permanecer impasible ante una preocupación que, según afirmó, comparten la inmensa mayoría de las familias británicas. "Lo veo como padre. ¿Creemos realmente que las redes sociales son un lugar donde nuestros hijos pueden sentirse felices y seguros?", preguntó. "Todos los padres pueden verlo con sus propios ojos", recalcó.

La decisión representa además un importante giro político para el líder laborista. Hasta hace pocos meses se mostraba escéptico ante la idea de una prohibición generalizada. Sin embargo, el creciente debate sobre la salud mental juvenil, la exposición a contenidos nocivos y los casos de acoso digital ha empujado a su Gobierno hacia una posición mucho más intervencionista.

Según datos de Ofcom, los niños británicos de entre 8 y 14 años pasan una media de tres horas diarias conectados a internet, de las cuales dos se dedican a las redes sociales. YouTube encabeza el ranking de uso, seguida por Snapchat, TikTok, WhatsApp e Instagram.

Las grandes tecnológicas reaccionaron inmediatamente contra la iniciativa. Meta, propietaria de Facebook e Instagram, advirtió de que estas prohibiciones podrían empujar a los adolescentes hacia espacios digitales menos seguros y sin supervisión. YouTube alertó de que los menores podrían acabar recurriendo a servicios anónimos que carecen de las protecciones actualmente disponibles, mientras que Snapchat sostuvo que aislar a los jóvenes de sus círculos de amigos y familiares no necesariamente incrementará su seguridad.

Fuente: <https://www.larazon.es>  
Por Celia Maza / JUNIO 2026

**CUIDÁ TU SALUD Y LA DE TU FAMILIA**

**MEDIS GROUP**

TU SALUD A OTRO NIVEL

CONSULTÁ POR LOS MEJORES PLANES DE SALUD  
COMUNICÁNDOTE POR WHATSAPP AL 092 144 144 O LLAMANDO AL 1444

Cobertura total de asistencia médica.





**COLEGIO  
INGLÉS**  
En cada paso de tu vida

*La vida es un viaje  
de muchos pasos*



*vení a dar el primero  
al lugar indicado*

Conocé nuestra  
propuesta en

[colegioingles.edu.uy](http://colegioingles.edu.uy)

# Microplásticos en productos infantiles: de la leche materna a las bolsitas de purés de fruta

Un análisis de Greenpeace vincula la presencia de microplásticos con el polietileno que recubre el interior de las bolsitas de plástico flexible de los purés de frutas.



Los microplásticos y nanoplasticos están por todas partes y cada vez en más cantidad. Por eso, es fácil que los peques entren en contacto con estos diminutos plásticos desde muy pronto. A través de la leche materna, tomando el biberón, manipulando sus juguetes, bebiendo agua embotellada... Un estudio reciente se fija en que también se hallan en alimentos infantiles como los purés de fruta y verduras en bolsitas.

Llevamos más de un siglo usando plásticos, unos 50 años reciclándolos a nivel industrial y desde finales de los 90 tirándolos al contenedor amarillo. Por tanto, nuestro contacto con los microplásticos, esos diminutos trocitos en los que se convierten los plásticos, es habitual y continuo. Los que están en el medio ambiente llegan a nosotros, principalmente, por el aire que respiramos y los alimentos que cultivamos y recogemos del mar. Por supuesto, también se hallan en los productos fabricados con plásticos; nuestro cuerpo absorbe los microplásticos porque se desprenden al usarlos, calentarlos o lavarlos.

## Exposición a microplásticos en la infancia

Esta exposición empieza incluso antes del nacimiento. Se han detectado microplásticos en sangre de cordón umbilical, líquido amniótico y placenta. La leche materna no escapa a estas minúsculas sustancias, como tampoco las bolsas en las que se almacena congelada, pues liberan microplásticos al entrar en contacto con la leche.

Los biberones también figuran como fuente importante de exposición infantil. Diversos Estudios demuestran que los fabricados con polipropileno liberan altos niveles de microplásticos al usar líquidos calientes durante la preparación de la leche y la esterilización de estos envases.

Y no hay que olvidar que los bebés gatean, tocan todo y prueban con la boca cualquier cosa que alcanzan con sus manos. Así que no resulta complicado que sus juguetes, peluches y mantas de juego fabricadas con plásticos desprendan fibras y fragmentos plásticos que acaben en el polvo y, por ende, en el cuerpo de los menores. A ello se unen las partículas que liberan las pinturas de los bloques de construcción u otros juguetes que los peques pueden inhalar o ingerir.

El contacto de los niños y niñas con los microplásticos no acaba ahí. El aire que respiran dentro y fuera de los colegios, los materiales escolares con los que trabajan, la arena de los parques infantiles... son otras fuentes de exposición.

## Alimentos frescos y procesados

La comida y bebida que damos a nuestros hijos supone una vía clave. Según un Informe reciente realizado por la investigadora Heather A. Leslie y encargado por la Plastic Soup Foundation en el que se revisan 350 estudios, no faltan microplásticos en productos básicos como el arroz, el azúcar, la sal, la miel, frutas, verduras, carne y pescado, sin contar la leche y el agua, además de los alimentos procesados y ultraprocesados.

Muchos de estos alimentos y bebidas se emplean para elaborar productos infantiles que la industria alimentaria empaqueta en envases plásticos y, a veces, se calientan para su consumo en recipientes también de plástico, lo que puede multiplicar la liberación de microplásticos.

## Bolsitas de purés de fruta y verdura y microplástico.

En unos productos infantiles de moda se ha centrado un informe reciente de Greenpeace: las bolsitas de purés de fruta y verdura de dos gigantes de la alimentación. Antes era habitual que este tipo de alimentos se dispensara en tarros de vidrio (potitos), pero desde hace unos años se ha popularizado ofrecerlos en cómodas bolsitas de plástico flexible o pouches.

Gracias a este sistema, los niños y niñas pueden comer ellos solitos, ya que tan solo tienen que apretar y succionar. Sin embargo, no suelen cumplir con los perfiles nutricionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como expusimos en este artículo, a raíz de una investigación liderada por la Universitat Rovira i Virgili (URV). Y ahora, los microplásticos vuelven a ponerlos en la picota.

Fuente: <https://www.consumer.es>

 [www.alianzapacientesuy.org](http://www.alianzapacientesuy.org)

 [contacto@alianzapacientesuy.org](mailto:contacto@alianzapacientesuy.org)

 [alianzapacientesuy](https://www.facebook.com/alianzapacientesuy)

 [pacientesuy](https://twitter.com/pacientesuy)

 [@alianzadepacientesuy](https://www.instagram.com/alianzadepacientesuy)

 [alianzadepacientesuy](https://www.youtube.com/alianzadepacientesuy)

 **ALIANZA de  
PACIENTES**  
URUGUAY

# Menopausia y sueño: cuando Morfeo se toma un descanso

Seguro que son muchas las lectoras que se han asomado a este artículo porque llevan un tiempo sin dormir bien. O incluso, necesitando fármacos para hacerlo desde hace años.



Aunque a veces es difícil definir con precisión cuándo aparecen los problemas, esos cambios a peor en el sueño de la mujer suelen tener un origen claro: el comienzo de la menopausia. De hecho, según la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, hasta un 40 % de las mujeres sufren algún trastorno de sueño durante este proceso, aunque otros estudios elevan la prevalencia hasta el 50 % o el 60 %.

La menopausia se define como el cese natural y permanente de la menstruación, señalando el fin del periodo fértil de la mujer. Puesto que nada en biología ocurre de un día para otro, se diagnostica (aunque no se trata de una enfermedad) transcurridos 12 meses sin menstruación, y suele ocurrir entre los 45 y 55 años, aunque hay excepciones. Durante la transición, llamada "perimenopausia", ocurren cambios fisiológicos que, eventualmente, podrían tener relación con una mayor dificultad para dormir bien.

## Sofocos y noches en vela

Los sofocos son precisamente el síntoma más frecuente durante este proceso: alrededor de un 70 % de las mujeres los padecen. Aunque los mecanismos precisos que desencadenan los sofocos no están del todo claros, se intuye que el origen podría estar en los cambios en los niveles de hormonas (estrógenos, progesterona) y neurotransmisores (serotonina, norepinefrina). Estos cambios conllevan, entre otras consecuencias, una alteración en el "termostato" de nuestro cerebro: el hipotálamo.

Para entendernos, en el tránsito hacia la menopausia, un pequeño aumento en la temperatura central –que en otro momento de la vida apenas provocaría reacción– produce una respuesta desmesurada de los vasos sanguíneos superficiales para reducir, de forma exagerada, ese leve aumento en la temperatura, provocando el sofoco.

¿Y qué tiene todo esto que ver con el sueño? Para empezar, estos sofocos se dan con mayor frecuencia durante la noche. Y para conciliar el sueño y mantenerlo necesitamos que el centro del cuerpo se enfríe (por ello es recomendable un entorno fresco, entre 16 y 21 °C, para dormir). Gracias a distintos mecanismos fisiológicos, cuando se acerca el momento de dormir se produce una vasodilatación periférica (de los vasos sanguíneos superficiales) que permite ese enfriamiento.

La alteración del "termostato" que se produce durante la menopausia hará que, por un lado, percibamos un calor excesivo (e irreal). Y por otro, que el propio sofoco interfiera con los mecanismos de vasodilatación que preceden al sueño.

Más allá de los sofocos: la mente también influye. Los cambios en los niveles de hormonas y las alteraciones fisiológicas como los sofocos son factores que influyen en la calidad del sueño.

Pero hay investigaciones que sugieren que, por sí solos, estos cambios no explicarían la multitud de alteraciones de sueño que sufren muchas mujeres. ¿Qué otros factores pueden estar influyendo?

El envejecimiento, el aumento de peso o la aparición de enfermedades crónicas pueden conllevar cambios sobre el estado físico que, a su vez, afecten al sueño y a los hábitos diarios. Además, el propio envejecimiento fisiológico puede conllevar un deterioro del sistema circadiano (los "relojes" que nos mandan a dormir), por ejemplo, disminuyendo la secreción de la hormona melatonina, que es importante en la regulación del ciclo sueño-vigilia.

Una mayor propensión en esta etapa a estados ansioso-depresivos y, en definitiva, a alteraciones de la salud mental también influirán negativamente en el sueño. Al fin y al cabo, más allá de las alteraciones hormonales, esta etapa coincide en muchos casos con un momento de cambio psicológico. A ello pueden contribuir la propia percepción del paso de la vida, las obligaciones que en esta época pueden confluir (como el cuidado simultáneo de padres mayores y de hijos pequeños o adolescentes), unido a las preocupaciones del día a día comunes a cualquier momento de la edad adulta.

Todo ello conforma una suerte de círculo vicioso en el que la mala calidad del sueño o el sueño insuficiente empeorará los síntomas que, a su vez, contribuyen a dormir peor.

Cenar temprano, luz tenue, desconectar y otras soluciones. Si alguien le asegura que tiene un remedio infalible para solucionar sus problemas de sueño, sea en esta etapa o en cualquier otra, desconfíe.

Fuente: <https://theconversation.com>  
Autor María Ángeles Bonmatí Carrión

# Los músculos 'hablan' con todo el cuerpo: la revolución científica que cambia la visión del ejercicio

Las técnicas de relajación basadas en la respiración tienen una base científica sólida.



Respirar es un acto tan instintivo que rara vez le prestamos atención, puesto que, aunque lo hacemos unas 20.000 veces al día, estamos metidos en un estricto "piloto automático" fisiológico del que casi no somos conscientes. Sin embargo, en los últimos años, la neurociencia ha empezado a desentrañar los mecanismos detrás de una práctica que lleva milenios entre nosotros como es la respiración consciente.

Para relajarnos hay muchas técnicas que se anuncian en redes sociales, como por ejemplo el mindfulness o el control de la respiración. Pero aquí hay varias preguntas que nos podemos hacer: ¿funcionan de verdad estas técnicas? ¿Y por qué funcionan? Aquí es donde entra la ciencia, que ha conseguido mapear cómo el simple hecho de alterar nuestro ritmo respiratorio es capaz de modular la atención, la memoria y la actividad de nuestras redes cerebrales.

La base neurológica de este fenómeno se apoya fuertemente en los trabajos de investigadores como Jack L. Feldman, quien ha dedicado su carrera a estudiar el control respiratorio y su profundo vínculo con las emociones y la cognición. Pero ahora se va un paso más allá para entender que las técnicas de control de la respiración son una forma de comunicarnos con el sistema nervioso.

El botón del pánico. Para entender por qué prestar atención a cómo entra y sale el aire de nuestros pulmones tiene un impacto tan masivo, hay que mirar al tronco del encéfalo. Aquí un estudio publicado en Science en 2017 identificó un pequeño pero crítico grupo de neuronas en el complejo preBötzing, el verdadero "marcapasos" de nuestro ritmo respiratorio.

Con apenas 175 neuronas, sus proyecciones hacían conexión con las áreas del cerebro responsables de la atención, el estado de alerta y el pánico. Es por ello que una respiración lenta y controlada reduce drásticamente la activación de este centro, y por tanto actúa como una forma de echar un freno biológico a las señales de alarma del cerebro.

Más allá de la relajación. Aunque sea lo que más nos venden en el día a día, la realidad es que cuando pasamos a una respiración consciente, también se mejora la atención focalizada, por ejemplo. Esto es lo que dejan ver los estudios de neuroimagen que muestran que el cerebro se 'ilumina' en áreas muy específicas cuando se está en un estado de mindfulness. En concreto, se activan las áreas relacionadas con la gestión emocional, la conciencia corporal y la atención focalizada momento a momento.

De hecho, un estudio publicado en Scientific Reports en 2018 demostró que ocho semanas de meditación basada en la atención a la respiración no solo mejoran el rendimiento en la

atención selectiva visual y la memoria de trabajo, sino que optimizan la eficiencia de las redes cerebrales.

Lo nuevo que sabemos. Los últimos datos están consolidando la idea de que la respiración es el principal modulador entre nuestro cuerpo y nuestra mente. Diferentes investigaciones apuntan a cómo las conexiones interneuronales se traducen en mejoras tangibles en el control emocional.

Por ejemplo, un trabajo publicado en Frontiers in Human Neuroscience concluye que la respiración a ritmo lento reduce significativamente la ansiedad, mejorando la asimetría alfa frontal media en los electroencefalogramas, que es un conocido biomarcador del control sobre nuestras emociones.

No es magia. Este es un matiz muy importante que tenemos que hacer aquí, puesto que aunque los estudios están de acuerdo al ver que estas técnicas de mindfulness son formidables para reducir el estrés crónico, la ansiedad y la depresión, no son un milagro.

Lo que la ciencia aquí no es que estemos ante una transformación mágica, sino un entrenamiento neurobiológico. Aprender a respirar de forma consciente es, en esencia, aprender a utilizar una interfaz física que la evolución nos ha dado para optimizar la eficiencia de nuestras redes neuronales, mejorar nuestra regulación emocional y mantener el foco en un mundo cada vez más disperso.

*La meditación actúa como un entrenamiento de fuerza para el cerebro. Fortalece la corteza prefrontal y reduce el vagabundeo mental. Esto mejora drásticamente la atención sostenida, la memoria de trabajo y la flexibilidad cognitiva al filtrar distracciones y disminuir la excitabilidad neuronal durante el trabajo.*

## Meditación y función cognitiva

El cerebro humano opera a través de redes distintas que gobiernan la atención, la memoria, la creatividad y el control ejecutivo. Las prácticas de meditación influyen directamente en estos sistemas neuronales, pero no todas las técnicas producen resultados cognitivos idénticos.

Fuente: <https://www.xataka.com>  
Por Joise A. Lizan / JUNIO 2026

**Seamos  
activos**

Todas las personas  
En todos los lugares  
Todos los días



# La generación que nunca desconecta tampoco duerme

Son las doce y media de la noche y un adolescente está tumbado en la cama. La luz de la habitación está apagada, pero el día todavía no ha terminado. El grupo de WhatsApp sigue activo.



Llegan vídeos de TikTok, alguien comenta una foto en Instagram y otro propone una partida online. Técnicamente está solo en su habitación. Socialmente, sigue rodeado de gente.

Durante siglos acostarse significaba desaparecer unas horas del mundo. La noche imponía una desconexión natural. Los amigos dejaban de estar disponibles, las conversaciones terminaban y el descanso encontraba un espacio protegido. Hoy esa frontera ha desaparecido.

Cuando hablamos del deterioro del sueño adolescente solemos señalar a las pantallas y, especialmente, a la luz azul que emiten los dispositivos electrónicos. No es una preocupación infundada. Sabemos que la exposición nocturna a este tipo de luz puede alterar la producción de melatonina y dificultar el inicio del sueño.

Sin embargo, la luz azul es solo una parte de la historia. La estimulación cognitiva, la interacción social permanente y la dificultad para desconectar parecen desempeñar también un papel fundamental en la forma en que la tecnología está transformando el descanso de los adolescentes.

## El problema no está solo en las pantallas

La gran transformación no es solo tecnológica, sino social. Por primera vez en la historia, los adolescentes pueden permanecer conectados a su grupo de iguales prácticamente las veinticuatro horas del día.

La tecnología ha eliminado los límites temporales de la vida social. Antes existía una separación relativamente clara entre el día y la noche; hoy el grupo "entra en la cama".

Lo hace con una intensidad difícil de ignorar. Un Estudio reciente que monitorizó objetivamente el uso del smartphone en más de seiscientos adolescentes estadounidenses encontró que los jóvenes pasaban, de media, más de 50 minutos utilizando el teléfono entre las diez de la noche y las seis de la mañana durante los días lectivos. Más llamativo aún: el 52 % utilizaba el móvil entre medianoche y las cuatro de la madrugada, una franja horaria que debería estar dedicada casi exclusivamente al sueño.

La evidencia científica reciente sugiere precisamente que el principal problema no es el uso general del móvil, sino su utilización durante la noche. En un Estudio con seguimiento diario de adolescentes estadounidenses, los días en los que los jóvenes utilizaban más de lo habitual el teléfono durante la noche, se asociaban con una peor calidad de sueño y con una hora de conciliación más tardía.

No estamos simplemente ante un problema de pantallas, sino de noches invadidas. La luz de las pantallas forma parte de esa transformación, pero también las notificaciones, los mensajes, las redes sociales y la sensación de que siempre ocurre algo de lo que no conviene perderse.

## Miedo a perderse cosas

A ello se suma el miedo a quedarse fuera; la sensación de que, mientras uno duerme, los demás siguen participando en conversaciones, experiencias y acontecimientos importantes.

Fuente: <https://theconversation.com/> / Por Alfredo Rodríguez Muñoz - Catedrático de Psicología Social y de las Organizaciones, Universidad Complutense de Madrid | JUNIO 2026

### CADA MOVIMIENTO CUENTA

Mantenerse activo tiene considerables beneficios para la salud del corazón, el cuerpo y la mente, ya sea caminando, montando en bicicleta, bailando, haciendo deporte o jugando con los niños.

**LIMITAR**  
el sedentarismo

**CUALQUIERA ES MEJOR QUE NINGUNA**

**SUSTITUIR**  
por alguna actividad física

**150 minutos POR SEMANA**

**150 a 300 minutos POR SEMANA**

**60 minutos POR DÍA**

**Al menos 2 días por semana**  
actividades de fortalecimiento muscular

**Al menos 3 días por semana**  
actividades para el equilibrio y la fuerza

**CUANTO MÁS, MEJOR**

**más de 300 minutos POR SEMANA**

EMBARAZADAS & EN POSPARTO

ADULTOS Y PERSONAS MAYORES

NIÑOS Y ADOLESCENTES

ADULTOS

PERSONAS MAYORES

TODOS LOS QUE PUEDAN

# Con la natalidad en niveles que no se veían desde 1939, una realidad se abre paso en Barcelona: la población autóctona ya es minoría

Barcelona es una ciudad dinámica, destino de miles de extranjeros que buscan una nueva vida en Europa y un territorio que lleva años viendo cómo su censo crece casi de forma ininterrumpida.



Con todo, eso no significa que su motor demográfico esté bien engrasado. Al contrario. Los últimos datos publicados por el Ayuntamiento muestran que, tras casi una década de retroceso, en 2025 su natalidad marcó el segundo nivel más bajo desde 1900. Desde comienzos del siglo XX solo hubo un año en el que nacieron menos bebés en la Ciudad Condal: 1939, cuando finalizó la Guerra Civil.

De hecho, si el censo barcelonés se mantiene más o menos a flote es gracias básicamente al flujo de inmigrantes.

¿Qué ha pasado? Que el Ayuntamiento de Barcelona ha publicado sus datos demográficos oficiales a 1 de enero de 2026 y la 'foto' general que dejan está llena de claroscuros. La población de la ciudad se mantiene más o menos estable, con 1.729.963 censados, un 0,1% menos que el año anterior.

No es un mal dato si se tiene en cuenta que Barcelona lleva ganando residentes desde 2022 y que a comienzos de siglo el censo apenas pasaba de 1,5 millones. Es más, el Gobierno local relaciona ese ligero retroceso del 0,1% con una simple cuestión administrativa. En su opinión se explican (al menos en parte) porque hay gente que seguía censada en Barcelona sin vivir allí y ahora ha "regularizado" su situación.

Perfecto, ¿no? No exactamente. Es cierto que la pérdida de población ha sido mínima, casi testimonial, y que Barcelona lleva prácticamente desde inicios de siglo ganando población; pero eso no significa que el motor demográfico de la ciudad funcione bien. Al contrario. Su saldo vegetativo (la diferencia entre nacimientos y defunciones) está en

números rojos. Para ser más precisos, el año pasado Barcelona vio cómo morían 3.549 vecinos más de los que nacían. Ese dato se explica porque, aunque en general se redujo el número de fallecidos, el de alumbramientos lo hizo aún más.

¿Tan pocos niños nacen? Sí. La oficina estadística de Barcelona contabilizó el año pasado 11.012 nacimientos, un mal dato se mire por donde se mire. No solo supone un retroceso del 1,3% con respecto a 2024. Si ampliamos el foco vemos que ese descenso agrava la tendencia negativa que sufre el municipio desde 2017 y sobre todo lo aleja (aún más) de los picos de natalidad que registró durante el 'baby boom'. A modo de referencia, los 11.012 nacimientos de 2025 son casi tres veces inferiores a los anotados en 1973, cuando la ciudad vio cómo nacían 31.689 barceloneses de cuna.

El dato de 2025 es de hecho el segundo más bajo de toda la serie histórica del Departamento de Estadística y Difusión de Datos de Barcelona, que se remonta a 1900. Desde entonces solo hubo un año en el que nacieron menos bebés: 1939. Aquel año llegaron al mundo en la Ciudad Condal 8.992 personas. No es nada sorprendente si tenemos en cuenta que fue el último de la guerra y en 1938 el municipio había registrado un récord de fallecidos (casi 28.200). Por entonces el padrón total también era muy inferior, apenas pasaba del millón.

*En Barcelona nacieron 11.012 bebés durante el último periodo anual completo, lo que representa el segundo registro más bajo de la ciudad desde 1900. Esta cifra mantiene una tendencia a la baja, ubicándose solo por detrás del mínimo histórico registrado en 1939 tras finalizar la Guerra Civil.*

¿Cómo se mantiene el censo? Gracias a la inmigración, básicamente. "Durante 2025 el saldo natural entre nacimientos y defunciones fue de -3.549 personas, pero se compensó con un saldo migratorio positivo de +11.383 personas", reconoce el Ayuntamiento, que confirma que el flujo de extranjeros "sigue siendo el componente esencial de la dinámica demográfica".

¿Podemos ir más allá? Que la inmigración se haya convertido en el gran motor demográfico de Barcelona es algo que se deja sentir ya en su estructura social.

Fuente: <https://www.xataka.com>  
Por Carlos Prego / JUNIO 2026





# XXIV Convención Anual y Simposio Internacional

**Mercadotecnia:**  
Convergencia entre usuarios y proveedores de la salud



**PANAMA:** Donde la salud y el marketing convergen



Comprendiendo los usuarios del siglo XXI

Canales y mensajes de valor



Estrategia y fidelización

Fecha: 29, 30 y 31 de julio del 2026

Lugar: Auditorio Gustavo Méndez Pereira, Hospital Santo Tomás

Informes: <https://rims.org.mx/>

**CIUDAD DE PANAMÁ, PANAMÁ**

# Hay un 25% de probabilidad de una nueva pandemia en la próxima década

El presidente de Brasil y el director de la OMS piden cerrar el Acuerdo sobre Pandemias.



La comunidad internacional tiene una ventana de oportunidad que se estrecha. Así lo advierten el presidente de Brasil, Luiz Inácio Lula da Silva, y el director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus, quienes en una carta conjunta dirigida a los líderes del mundo han instado a finalizar sin demora el Acuerdo sobre Pandemias.

Cabe señalar que un elemento vital del acuerdo que permanece incompleto es el anexo sobre Acceso a Patógenos y Participación en los Beneficios (PABS - Pathogen Access and Benefit-Sharing), que permanece inconcluso.

Sin ese anexo, el acuerdo queda desequilibrado. Y sin el acuerdo, el mundo seguirá expuesto a las mismas fallas estructurales que la pandemia de COVID-19 dejó al descubierto: desigualdad en el acceso a vacunas, diagnósticos y tratamientos.

"Completar el acuerdo es vital no solo para la preparación ante pandemias futuras, sino también para honrar el legado de cooperación global en salud", señala la misiva.

La urgencia tiene una base matemática, pues según estimaciones citadas en la carta, existe un 25 por ciento de probabilidad de que otra pandemia de escala global ocurra en los próximos diez años.

**El nudo del PABS: patógenos contra beneficios**  
El punto más sensible de la negociación es el Anexo PABS, un mecanismo que busca garantizar que cuando un país comparte muestras de patógenos con potencial pandémico (como hizo Sudáfrica con la variante Ómicron), la comunidad internacional retribuya con acceso equitativo a las contraprestaciones derivadas de esa información, como vacunas, tratamientos y pruebas diagnósticas.

Para países como Ecuador, que históricamente han sido receptores de tecnología sanitaria y no desarrolladores, este punto es clave ya que, sin el PABS, habrá riesgo de que las próximas vacunas y tratamientos se concentren nuevamente en los países más ricos.

En ese sentido, Lula y Tedros coinciden en que el obstáculo principal no es técnico, sino político. La carta ha subrayado que la equidad en la distribución de beneficios y un renovado sentido de urgencia deben primar sobre los intereses comerciales o geopolíticos que han ralentizado las negociaciones.

Fuente: <https://www.edicionmedica.ec>  
JUNIO 2026

## DEDICATE 100% A TUS PACIENTES. ¡NOS ENCARGAMOS DEL RESTO!

**IP Salud**  
Tu aliado integral para simplificar tu práctica sin contratos ni ataduras, pagando solo si lo usas

 <b>Alquiler Flexible de Consultorios</b> Espacios modernos en Montevideo, hora/día/mes	 <b>Historia Clínica Digital (HCD)</b> Historia clínica digital segura y ágil
 <b>Gestoría y Contabilidad</b> Soporte contable y eficiente, BPS, DGI y administración	 <b>Marketing y Soporte Digital</b> Branding y redes sociales

**¡RECUPERA TU TIEMPO Y MEJORA TU RENTABILIDAD HOY MISMO!**

[www.ip-salud.com](http://www.ip-salud.com)

Tel: +598 92 172 222 | Email: [contacto@ip-salud.com](mailto:contacto@ip-salud.com) | Montevideo, Uruguay

# Pericia Forense y su importancia en el sector salud

La pericia forense es una herramienta clave para esclarecer hechos en situaciones donde se quiere esclarecer un hecho acaecido.



En el ámbito de la salud, su papel es fundamental para resolver conflictos, proteger derechos y garantizar la calidad en la atención. ¿Sabías que la pericia forense puede ayudar a profesionales y empresas de salud a mejorar sus procesos y evitar problemas legales? En este artículo te contaré cómo funciona, qué tipos existen y cómo puede ser un aliado para quienes trabajan en salud.

## Qué es la pericia forense y para qué sirve

La pericia forense es el conjunto de técnicas y conocimientos científicos que se aplican para investigar hechos relacionados con la justicia. Su objetivo es aportar pruebas objetivas y confiables que ayuden a resolver casos legales. En salud, esto puede incluir desde analizar documentos médicos, hasta examinar evidencias.

Por ejemplo, cuando hay una denuncia por presunta mala praxis, la pericia forense médica puede determinar si hubo o no, negligencia o error profesional. También se usa para investigar casos de violencia, siniestros laborales o situaciones donde la salud de una persona está en riesgo y se requiere una evaluación imparcial.

La pericia no solo ayuda a esclarecer hechos, sino que también protege a los profesionales y a las instituciones. Al contar con un análisis riguroso, se evitan procesos o juicios injustificados y se mejora la calidad del servicio.

## Tipos de pericia forense en salud

Existen varias ramas de la pericia forense que se aplican en el sector salud. Aquí te menciono las más comunes y cómo pueden ser útiles:

**Pericia médica:** Evalúa la historia clínica, tratamientos y procedimientos para determinar si hubo o no, errores o negligencia. Es fundamental en casos de demandas por mala praxis.

**Pericia psicológica:** Analiza el estado mental de una persona para determinar su capacidad, responsabilidad o daño psicológico. Se usa en casos de violencia, abuso o incapacidad.

**Pericia documental:** Revisa documentos, recetas, informes y registros para verificar su autenticidad y coherencia. Ayuda a detectar fraudes o manipulaciones.

**Pericia en informática:** Investiga datos digitales, como correos electrónicos, registros electrónicos de salud o accesos a sistemas. Es clave para proteger la información y detectar accesos no autorizados.

Cada tipo de pericia aporta una mirada especializada que, combinada, ofrece un panorama completo para la justicia y la

gestión en salud.

Cómo la pericia forense mejora la gestión en salud

La pericia forense no solo se limita a resolver conflictos legales. También es una herramienta valiosa para mejorar la gestión y la calidad en los servicios de salud.

¿Cómo? Te doy algunos ejemplos:

**Prevención de riesgos:** Al analizar casos anteriores, se identifican fallas y se implementan medidas para evitar que se repitan.

**Capacitación del personal:** Los resultados de las pericias pueden usarse para formar a los equipos en buenas prácticas y protocolos.

**Protección legal:** Contar con pericias objetivas ayuda a defender a profesionales y empresas ante reclamos o denuncias.

**Mejora continua:** La información obtenida permite ajustar procesos y elevar los estándares de atención.

En definitiva, la pericia forense es un aliado para quienes buscan ofrecer un servicio seguro, confiable y de calidad.

**Servicios recomendados para profesionales y empresas de salud**  
Para aprovechar al máximo la pericia forense, es importante contar con servicios especializados y confiables. En Uruguay, existen opciones que combinan experiencia y tecnología para apoyar a los profesionales de la salud.

Un ejemplo es el servicio de Pericia Médica Forense que ofrece análisis detallados de casos clínicos, con informes claros y fundamentados. Este servicio ayuda a resolver dudas en situaciones complejas y aporta seguridad jurídica.

Fuente: IP Salud

# El ébola ha vuelto ¿Hay que alarmarse?

En agosto de 1967, varios trabajadores de laboratorio en Marburgo, Alemania, empezaron a ingresar en el hospital universitario con una enfermedad que nadie reconocía.



Fiebre alta, dolores musculares severos, vómitos, diarrea, hemorragias. Los médicos descartaron lo que conocían y buscaron lo desconocido. Lo encontraron: un filovirus nuevo, exportado desde Uganda en monos verdes africanos destinados a producir vacunas contra la polio. Murieron siete de los treinta y un afectados. El virus recibió el nombre de la ciudad donde se detectó por primera vez: el virus de Marburgo (Slenczka & Klenk, 1999; Emerging Infectious Diseases).

Ese episodio —ocurrido en el corazón de Europa, en un laboratorio de un país rico, entre personal sanitario con acceso a toda la asistencia médica disponible— fue la primera señal de que la familia Filoviridae no iba a ser un problema africano y lejano. Nueve años después, en 1976, en las orillas del río Ébola, en lo que era el Zaire, apareció el pariente más famoso: el virus del ébola. Desde entonces, el ébola y sus primos han sido la demostración más brutal de que la geografía ya no es una barrera sanitaria.

## Qué es el ébola, exactamente

El ébola no es un único virus. Es una familia. La familia Filoviridae comprende varias especies del género Orthohantavirus, cuatro de las cuales pueden matar a seres humanos: Zaire, Sudán, Tai Forest y Bundibugyo (CDC, 2026). La tasa de mortalidad varía mucho según la especie y la disponibilidad de atención médica: desde el 25% en algunos brotes hasta el 90% en los peores escenarios con ébola Zaire sin tratamiento (WHO, 2020).

El mecanismo de transmisión es, en comparación con el SARS-CoV-2, relativamente difícil: requiere contacto directo con fluidos corporales de una persona enferma o muerta, o con superficies contaminadas. No se transmite por el aire. Esto es importante y conviene repetirlo: no es un virus que se propague al toser en un autobús. El problema no es cómo se transmite, sino a quién afecta primero: a los familiares que cuidan a los enfermos, a quienes preparan los cadáveres para el entierro según las tradiciones locales y al personal sanitario. Tres categorías de personas que, por razones de amor, de cultura u obligación profesional, están en contacto íntimo con los infectados.

El período de incubación oscila entre 2 y 21 días. Los primeros síntomas son inespecíficos —fiebre, fatiga, dolor generalizado— e indistinguibles de los de la malaria, que es endémica en las mismas zonas. Esa ambigüedad diagnóstica inicial es, literalmente, letal: mientras el paciente recibe tratamiento para otra enfermedad, el virus se multiplica y las personas de su entorno se exponen sin saberlo.

## Por qué este brote es diferente

Desde mayo de 2026, la República Democrática del Congo (RDC) y Uganda atraviesan el decimoséptimo brote de ébola registrado en la RDC desde que el virus se identificó en 1976 (CDC MMWR, junio de 2026). Lo que distingue a este brote de la mayoría de los anteriores es la especie viral implicada: el ébola Bundibugyo (*Orthoebolavirus bundibugyoense*).

El Bundibugyo es el raro de la familia. Fue identificado por primera vez en 2007 en el distrito de Bundibugyo, en el oeste de Uganda, cuando los CDC analizaron muestras de un brote desconcertante y encontraron un virus genéticamente distinto, con una diferencia de más del 30% en su secuencia respecto a cualquier especie de ebolavirus conocida hasta entonces (Towner et al., PLoS Pathogens, 2008). Solo ha causado dos brotes documentados previos al actual: Uganda en 2007 (149 casos sospechosos, 37 muertes) y RDC en 2012 (56 casos confirmados, 17 muertes). Tasas de mortalidad entre el 30% y el 50% según el episodio (CDC, 2026).

El problema central es que no existe vacuna aprobada ni tratamiento específico para el Bundibugyo. Las vacunas desarrolladas contra el ébola Zaire —que supusieron un avance extraordinario durante el gran brote de 2018-2020 en el Congo— no producen protección cruzada suficiente contra el Bundibugyo, cuya divergencia genética lo hace inmune a esos anticuerpos. El sistema inmune entrenado contra uno no reconoce bien al otro (Saphire, citada en Scientific American, mayo 2026). Hay candidatos vacunales en ensayos con animales que muestran alta eficacia, pero ninguno está disponible para uso clínico.

El 17 de mayo de 2026, la OMS declaró este brote una emergencia sanitaria de preocupación internacional (PHEIC, en sus siglas en inglés), la categoría de alarma más grave por debajo de una emergencia pandémica (WHO, 2026). Fue, además, la primera vez que un Director General de la OMS declaraba una PHEIC antes de convocar siquiera al comité de emergencias, lo que indica la urgencia percibida.

A principios de junio, los casos confirmados en RDC superaban los 550, con 101 muertes confirmadas, mientras Uganda registraba 19 casos y 2 muertes (Africa CDC, 7 junio de 2026). Pero el CDC estadounidense había publicado modelos proyectando hasta 20.000 casos en los tres meses siguientes si el ritmo de aislamiento de pacientes no mejoraba sustancialmente (MMWR, 5 junio 2026).

El ébola fuera de África: una historia con precedentes europeos y americanos





Cuando en el mundo occidental la gente pregunta «¿puede llegar aquí?», la respuesta honesta es: ya llegó, y más de una vez.

En 2014, la epidemia de África Occidental —28.000 casos, 11.000 muertos, el peor brote de ébola de la historia— provocó casos exportados a Europa y América del Norte. El 6 de octubre de ese año, una auxiliar de enfermería española, Teresa Romero, se convirtió en la primera persona en contraer el ébola fuera de África tras atender a dos misioneros españoles repatriados de Sierra Leona y Liberia. Era el Hospital Carlos III de Madrid. El caso generó una crisis sanitaria y política en España que se recordará durante mucho tiempo, en parte por la gestión de las autoridades y en parte porque la paciente sobrevivió. Menos afortunado fue Thomas Eric Duncan, ciudadano liberiano que llegó a Dallas, Texas, el 20 de septiembre de 2014 y murió el 8 de octubre, convirtiéndose en el primer paciente diagnosticado de ébola en suelo norteamericano. Dos enfermeras que le atendieron en el Texas Health Presbyterian Hospital también se infectaron; ambas sobrevivieron (CDC, 2014).

Esos episodios demostraron algo que los epidemiólogos repetían desde los años ochenta: en un mundo con vuelos intercontinentales diarios, el tiempo de tránsito entre una zona de brote y un aeropuerto europeo o americano es inferior al período de incubación del ébola. Un viajero puede embarcar sin síntomas y desarrollarlos tres días después de aterrizar en Madrid, París o Nueva York.

Lo que impidió que aquellos casos de 2014 se convirtieran en brotes europeos o americanos fue la respuesta rápida: identificación, aislamiento, rastreo de contactos, y la propia biología del virus, que requiere contacto directo con fluidos. No fue suerte pura. Fue infraestructura sanitaria, capacidad de diagnóstico y respuesta internacional coordinada, liderada por los EE. UU. y la OMS.

Por qué la respuesta internacional está siendo más lenta esta vez

En los brotes anteriores, la arquitectura de respuesta global tenía componentes claramente identificables: la USAID aportaba financiación y coordinación logística, los CDC desplegaban epidemiólogos sobre el terreno, la OMS coordinaba la respuesta técnica global, y los países ricos contribuían con recursos humanos y materiales.

Esa arquitectura ha cambiado de forma significativa. Los EE. UU. se retiraron formalmente de la OMS en enero de 2026. La USAID fue desmantelada el año anterior por la administración de EE.UU.; su

contribución financiera a la RDC cayó de 545 millones de dólares en 2024 a 84 millones en 2025. Las redes de vigilancia epidemiológica que los CDC mantenían en la región —y que habrían podido detectar este brote semanas antes— fueron desfinanciadas en 2025 (NYT, mayo 2026).

El brote además, se desarrolla en uno de los escenarios humanitarios más complejos del planeta: la provincia de Ituri y el norte de Kivu, en el este de la RDC, donde operan más de cien grupos armados, 3,4 millones de personas están desplazadas, Goma —el principal hub logístico humanitario— está bajo control del grupo rebelde M23 respaldado por Rwanda, y el aeropuerto de Goma lleva cerrado desde enero de 2025. Los equipos de respuesta al ébola ya han sufrido ataques; algunas instalaciones de tratamiento han sido incendiadas por comunidades que desconfían de las autoridades sanitarias (NYT, mayo 2026).

### El riesgo real para Europa

La OMS califica el riesgo global como bajo. El riesgo regional en África central y oriental lo califica como alto (WHO, mayo 2026). Esa distinción importa.

Lo que hace al ébola Bundibugyo menos peligroso que, pongamos, una cepa nueva de influenza o el SARS-CoV-2 para la transmisión global es precisamente lo que lo vuelve tan devastador en zonas de conflicto: requiere contacto directo y cercano. En un hospital europeo con protocolos de bioseguridad, el riesgo de propagación secundaria es manejable. El caso de 2014 en Madrid lo demuestra, aunque con los sufrimientos que la paciente tuvo que soportar.

El riesgo real en Europa no es un brote comunitario. Es la llegada de casos individuales de viajeros, trabajadores humanitarios o personal militar, que deben ser identificados, aislados y tratados correctamente desde el primer momento. Eso requiere que los hospitales de referencia estén preparados, que los médicos de urgencias tengan presente la posibilidad diagnóstica, y que los laboratorios puedan confirmar en horas.

La OMS/Europa ha emitido alertas a los sistemas sanitarios de la región (WHO/Europe, junio de 2026). España, que demostró en 2014 tanto las vulnerabilidades como las capacidades de su sistema, debería mantener dicho protocolo actualizado.

### La ironía de Marburgo

Hay algo que vale la pena detenerse a considerar. El primer filovirus que llegó a Europa lo hizo en 1967, tras ser introducido en tejidos de monos de laboratorio importados de Uganda para la fabricación de vacunas. Mató a siete personas en Alemania y Yugoslavia. Era un subproducto involuntario de la fabricación de herramientas destinadas a salvar vidas.

En 2026, la mayor amenaza no es la biología del virus sino la desarticulación deliberada de los sistemas que durante décadas habían demostrado ser capaces de contenerlo. El ébola no ha cambiado. Lo que ha cambiado es la voluntad política y la financiación de la respuesta.

Fuente: <https://www.madrimasd.org> / Autor: Antonio Figueras es Profesor de Investigación del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).



# Las claves para diferenciar el deterioro cognitivo del envejecimiento natural del cerebro

Una cosa son los achaques de la edad, y otra muy distinta los síntomas de deterioro cognitivo. Aprender a distinguirlos es clave para abordar un posible problema de salud.



Decir que el paso del tiempo deteriora poco a poco el funcionamiento de todos y cada uno de los órganos del cuerpo no es, obviamente, ninguna novedad. Todos somos conscientes, en mayor o menor medida, de que llega una edad en la que las rodillas no son las que teníamos hace veinte años, no vemos las letras de un texto a la misma exactitud, y por supuesto, tampoco recordamos con la misma exactitud fechas, nombres o situaciones. Sin embargo, es muy importante discernir cuándo esas mermas entrarían dentro de lo esperable por motivos de edad, y cuándo podrían identificarse como síntomas de deterioro cognitivo.

Y es que, cuando cumplimos años, no lo hacen solo las articulaciones, la piel o el cabello. Cuando envejecemos, “el cerebro humano envejece igual que las otras partes del cuerpo”, apunta el doctor David Ezpeleta, director del Instituto de Neurociencias Vithas en Madrid y jefe del servicio de Neurología del Hospital Universitario Vithas Madrid La Milagrosa.

“Con los años, podemos perder agilidad mental, tener alguna dificultad para prestar atención o evocar una palabra, tardar más tiempo en aprender algo nuevo o entrar a una habitación y no recordar para qué. Pero si esto es ocasional, no progresa en el tiempo, no tiene consecuencias significativas y, por tanto, no afecta a la autonomía de la persona, solemos encuadrarlo dentro del proceso de envejecimiento normal”, sintetiza el doctor.

Sin embargo, “no hay un estándar que delimite lo benigno y banal de un proceso neurodegenerativo en fases muy iniciales. En este sentido, la familia suele ser el mejor observador y detecta bien si algo no marcha adecuadamente”, señala.

¿En qué momento un olvido se convierte en síntoma? Por tanto, no parece sencillo distinguir cuándo un despiste es solo eso, y cuándo debería ser motivo de atención médica. Para el

doctor, la frecuencia, así como el aumento de síntomas y su intensidad son claves para identificar un posible principio de deterioro cognitivo: “Los despistes aislados entran dentro de lo esperable.

A partir de cierta edad, ¿quién no los tiene? La alerta aparece cuando lo ocasional se convierte en frecuente, se van añadiendo síntomas y estos progresan en el tiempo y, en especial, cuando comienza a haber dificultades con tareas que hasta entonces se realizaban sin problemas, como gestiones administrativas, conjuntarse bien la ropa al vestirse, manejar el móvil o darse un paseo por lugares conocidos”.

Lo que sí debe alertarnos es “que una persona repita la misma pregunta muchas veces, olvide conversaciones recientes de manera habitual, se pierda en trayectos conocidos, cometa errores al manejar dinero o su medicación, o tenga dificultades a la hora de ejecutar tareas que antes resolvía sin problema. También son señales de alarma los cambios en el lenguaje (no encontrar la palabra adecuada, no saber cómo se llaman algunos objetos, discurso cada vez más pobre), la desorientación con fechas o lugares, cambios conductuales, la falta de iniciativa, el mal estado de ánimo, la aparición de ciertos trastornos del sueño, etc.”, resume el experto.

## Qué es y qué no es deterioro cognitivo

Ahora bien, esa larga lista de indicios, ¿hacia dónde apunta? ¿Qué es exactamente lo que la neurología llama deterioro cognitivo? Así lo describe el experto: “El deterioro cognitivo es un empeoramiento objetivable de las capacidades cognitivas (orientación, atención, memoria, lenguaje, abstracción, planificación, resolución de problemas, otras) respecto al nivel previo de una persona”.

Además, es importante tener en cuenta que existen grados. Así, “cuando la autonomía de la persona está conservada, solemos hablar de deterioro cognitivo ligero. El paso a demencia implica que existe una clara interferencia con actividades cotidianas como orientarse, manejar dinero, desenvolverse en la vida diaria con seguridad, etc.”, define Ezpeleta quien recalca que “es importante dejar claro que deterioro cognitivo no es sinónimo de enfermedad de Alzheimer, una causa posible y la más frecuente de demencia, pero no la única. Tampoco todo deterioro cognitivo ligero progresa necesariamente. Un diagnóstico de deterioro cognitivo solo es una descripción clínica que obliga a estudiar sus causas, algunas de ellas tratables”.

## Posibles causas más allá de la edad

Con el diagnóstico encima de la mesa, comienza la búsqueda y el estudio de los motivos que lo explican. Así, según el doctor, no existe un único origen. De hecho, refiere un amplio abanico de posibles enfermedades y problemas de salud que podrían favorecer esta



## Boton de vida

Es un dispositivo portátil de teleasistencia que brinda seguridad inmediata mediante geolocalización y respuesta profesional 24/7.



097 085 534 0800 11 98

patología, como ciertas enfermedades neurodegenerativas, cerebrovasculares, metabólicas y otros problemas de salud que afectan al normal funcionamiento del cerebro.

“En la demencia, la causa más frecuente es la enfermedad de Alzheimer (puede explicar alrededor del 60-70% de los casos), pero existen otras causas importantes, como la enfermedad cerebrovascular (ictus de menor o mayor tamaño, otro tipo de alteraciones vasculares cerebrales), la demencia con cuerpos de Lewy o la demencia frontotemporal, entre otras causas”, puntualiza. Y añade: “Además, otros factores como la diabetes o la hipertensión arterial mal controladas, el síndrome de apneas del sueño y otros trastornos del sueño, así como la soledad no deseada y los trastornos del estado de ánimo asociados pueden influir negativamente en el proceso degenerativo y agravar el proceso”.

### Prevención en cualquier etapa de la vida

Frente a los factores que favorecen el diagnóstico de deterioro cognitivo, el doctor pone en valor lo que se puede hacer para mantener un cerebro sano a lo largo de la vida: “Tenía mucha razón Hipócrates hace 25 siglos cuando hablaba de la buena compañía, la moderación en la comida y el ejercicio, etc. Obviamente, no es posible garantizar una prevención absoluta, dado que existen factores de riesgo que no controlamos, como la edad o nuestra vulnerabilidad genética, pero sí sabemos que el riesgo puede reducirse si se actúa sobre los factores de riesgo modificables y llevamos un estilo de vida saludable”.

Por otro lado, “la Lancet Commission sobre demencia (un grupo internacional de expertos) estimó en 2024 que alrededor del 45% de los casos de demencia en el mundo podrían prevenirse o retrasar su aparición actuando sobre 14 factores modificables a lo largo de la vida, entre ellos: hipertensión, diabetes, sedentarismo, obesidad, tabaquismo, exceso de alcohol, aislamiento social, depresión, pérdida auditiva, y, en esta última actualización, también el colesterol LDL elevado y la pérdida visual. Las recomendaciones de la OMS y por supuesto las de la Sociedad Española de Neurología están en la misma línea”, asevera el doctor.

### ¿Es posible frenar su progresión?

Identificadas las causas, cuando estas se pueden eliminar, el problema se resuelve por completo. Esto ocurre en determinados tumores y hemorragias cerebrales, infecciones y déficits vitamínicos.

Por otro lado, “si el deterioro está relacionado con factores tratables o agravantes (depresión, mal control de los factores de riesgo vascular, inactividad física, aislamiento social, problemas de audición, etc.), puede observarse mejoría parcial o estabilización tras su corrección”, asegura el doctor.

Además, “en el caso del deterioro cognitivo ligero no todo el mundo progresa a demencia, y muchas personas permanecen estables durante años e incluso algunas mejoran. Cuando la causa es una enfermedad neurodegenerativa, la acción sobre los factores antes comentados puede ralentizar la evolución en algunos casos, pero el objetivo clínico suele centrarse en aliviar los síntomas cognitivos y conductuales, mejorar la calidad de vida y preservar la autonomía de la persona el mayor tiempo posible. Una vez se llega al diagnóstico de deterioro cognitivo, se trata, por tanto, de buscar causas corregibles, optimizar las posibilidades preventivas y terapéuticas del paciente y organizar mejor su futuro y el de su familia”, apunta el doctor.

### Abordaje multidisciplinar

Esas medidas preventivas no responden a una sola iniciativa, sino a una combinación mantenida en el tiempo y convertida en hábito. En cuanto a cuáles son las acciones más efectivas, el doctor parte de la base de que “lo que más protege al cerebro es, en gran parte, lo mismo que protege al corazón y al resto del sistema cardiovascular: controlar la tensión arterial, la diabetes y el colesterol, no fumar y limitar el consumo de alcohol, mantenerse físicamente activo, llevar una dieta equilibrada y mediterránea, dormir bien, cuidar la audición y la visión, tratar la depresión, evitar en lo posible los traumatismos craneales, y estimular la actividad mental y la vida social”.

“La clave está en observar todos estos principios de salud cerebral preventiva a lo largo de toda la vida, no cuándo el deterioro cognitivo y la demencia aparecen, si bien, incluso cuando es tarde, medidas como las expuestas pueden tener beneficio clínico”, asegura.

### Ejercicio físico, sí o sí

Entre los consejos mencionados, hay uno que destaca por encima del resto: el ejercicio físico. Tanto es así, que, en palabras del doctor es “el mayor factor neuroprotector que se conoce”. “Su práctica regula a la baja y mejora muchos otros factores de riesgo modificables, como los vasculares, el sueño, el estado de ánimo, los hábitos tóxicos, etc. Con la dieta ocurre algo parecido. No hay alimentos milagrosos ni una dieta que garantice por sí sola que alguien no desarrollará enfermedad Alzheimer, pero sí hay datos como para recomendar dietas saludables que protegen el metabolismo, el sistema cardiovascular y el cerebro, como la dieta mediterránea”, señala Ezpeleta.

### Entrenar la mente como el cuerpo

A la actividad física, se suma mantener la mente activa como parte del envejecimiento saludable del cerebro, especialmente cuando la actividad implica novedad, atención, aprendizaje y esfuerzo cognitivo, como sucede al leer, escribir, aprender un idioma, estudiar, tocar un instrumento o participar en actividades que le obliguen a uno a pensar activamente, como coloquios, debates, etc. “Esta ‘gimnasia’ cognitiva puede recomendarse tanto a personas sanas como a personas con deterioro cognitivo”, sugiere el doctor quien subraya que “la estimulación cognitiva es de mayor utilidad cuando forma parte de una estrategia preventiva más amplia y multimodal que incluya ejercicio, sueño, control vascular, dieta y vida social, entre otros buenos hábitos”.

### Compañía: más importante de lo que parece

Por último, el doctor agrega otro factor de riesgo más: la soledad y el aislamiento social. Ambos “se asocian con mayor riesgo de deterioro cognitivo y de demencia, además de una peor salud física y mental en general y mayor incidencia de adicciones (la soledad es cuna de vicios)”. Y añade: “Además, sentirse solo o estar socialmente aislado se relaciona con más riesgo de depresión, enfermedad cardiovascular y deterioro cognitivo”.

Asimismo, según Ezpeleta, “debe matizarse algo importante: vivir solo no es sinónimo de sentirse solo, y cuando se habla de soledad no deseada se hace referencia a la percepción subjetiva que, al respecto, tiene la persona (se puede vivir en familia y sentirse solo).

Fuente: <https://www.elconfidencial.com>  
Por Eva Carnero / MAYO 2026



**Boton de vida**

Es un dispositivo portátil de teleasistencia que brinda seguridad inmediata mediante geolocalización y respuesta profesional 24/7.

TE CUIDO  
SALUD - BIENESTAR

097 085 534 0800 11 98

# ¿Es su bebé demasiado dependiente de las pantallas? Señales de alerta antes de los seis años

No es raro ver a un bebé o un niño pequeño en el metro o en el autobús observando atentamente una pantalla de un móvil o una tableta: los vídeos infantiles, con sus colores brillantes, sus canciones pegadizas y sus patrones repetitivos son una frecuente fuente de distracción.



Ante esta realidad, surge una pregunta que preocupa a familias, docentes y profesionales de la salud: ¿el uso de pantallas en la primera infancia puede generar una dependencia o incluso adicción?

Durante los primeros años de vida, el cerebro infantil atraviesa una etapa de extraordinaria plasticidad: se forman millones de conexiones neuronales (sinapsis) a partir de cada experiencia, lo que nos lleva a una primera idea clave: el cerebro del bebé está constantemente absorbiendo información del entorno, organizando patrones y construyendo las bases del desarrollo emocional, cognitivo y social. Toda experiencia es, en ese sentido, una experiencia “de aprendizaje”.

Los contenidos audiovisuales, incluso aquellos específicamente diseñados para bebés o niños pequeños, no proporcionan estímulos neutros o casuales, sino experiencias rápidas, intensas y altamente gratificantes, con colores brillantes, sonidos llamativos, cambios constantes y recompensas inmediatas, diseñadas intencionalmente para captar y mantener la atención el mayor tiempo posible.

Estos estímulos activan los circuitos cerebrales relacionados con el placer y la gratificación rápida, reforzando la búsqueda de esas experiencias, también en los más pequeños.

## Adicción no, dependencia sí

¿Podemos hablar entonces de “adicción” en niños de 0 a 3, o de 3 a 6 años? Desde un punto de vista clínico, el término debe utilizarse con cautela. La adicción implica pérdida de control, prioridad absoluta de la conducta sobre otras actividades y persistencia pese a consecuencias negativas.

En bebés y niños pequeños, la autorregulación depende prácticamente por completo de los adultos. No son los menores

quienes deciden cuánto tiempo pasan frente a una pantalla, por tanto, no es adecuado hablar de adicción en sentido estricto.

Lo que sí pueden observarse son patrones de uso problemático o dependencia conductual: irritabilidad intensa cuando se retira el dispositivo móvil, demanda constante de la pantalla, dificultad para entretenerse sin ella o pérdida de interés por otras actividades.

Estas señales no indican un trastorno, pero sí invitan a revisar los hábitos familiares: las recomendaciones pediátricas coinciden en evitar el uso de pantallas antes de los dos años y, a partir de esa edad, limitarlo a periodos muy breves y siempre supervisados. No se trata solo de cuánto tiempo, sino de cómo y para qué se utilizan.

## Consecuencias del mal uso

Cuando nos excedemos, o cuando recurrimos demasiado rápidamente a este recurso de “distracción”, podemos estar limitando el desarrollo de la atención sostenida, además de alterar patrones de sueño (especialmente cuando hay exposición antes de dormir), reduciendo la tolerancia a la frustración.

Por si esto fuera poco, todo el tiempo que un niño pasa frente a una pantalla es tiempo que no está dedicando al juego activo y social. El contacto humano directo es primordial en edades tempranas, ya que el lenguaje, la empatía y la regulación emocional se construyen principalmente a través de la interacción con adultos significativos.

## Límites y acompañamiento

Más que una prohibición absoluta, debemos “mediar” como adultos responsables establecer límites claros y acompañar activamente la experiencia.

Si el menor utiliza un dispositivo, lo ideal es que el adulto esté presente, comente lo que aparece en la pantalla y conecte el contenido con la vida real. De este modo, la pantalla se convierte en una actividad compartida y no en una experiencia aislada.

Todo esto debe estar siempre combinado con alternativas atractivas: juego libre, lectura de cuentos, música, movimiento y exploración del entorno. Además, los adultos deben dar ejemplo, porque los niños aprenden observando. Revisar nuestros propios hábitos de uso del móvil, especialmente delante de los más pequeños, es una de las formas más eficaces de prevención.

Fuente: <https://theconversation.com>  
Por María Lidia Platas Ferreiro



# Sudán: 3 años de guerra han destrozado servicios esenciales

Desde abril de 2023, casi 14 millones de personas se han visto obligadas a abandonar sus hogares, y muchas han tenido que huir en repetidas ocasiones, perdiéndolo todo.



Se cumplen tres años de una guerra devastadora en Sudán. Desde Médicos Sin Fronteras (MSF) condenamos la violencia desatada, la impunidad generalizada y las restricciones al acceso humanitario en medio del colapso del Sistema de salud.

El enfrentamiento entre las Fuerzas Armadas Sudanesas (SAF) y las Fuerzas de Apoyo Rápido (RSF), junto con los grupos aliados de ambos bandos, ha derivado en el desmantelamiento sistemático de los servicios esenciales de los que depende la población, como la atención médica, la protección, la seguridad alimentaria y la seguridad básica.

En 2025, nuestros equipos atendieron a más de 7.700 pacientes por violencia física, incluyendo disparos. También proporcionaron más de 250.000 consultas de emergencia y realizaron más de 4.200 consultas por violencia sexual, frecuentemente utilizada como arma de guerra, siendo las mujeres las más afectadas.

Durante el mismo periodo, más de 15.000 niños y niñas menores de cinco años fueron ingresados en nuestros programas de alimentación hospitalaria debido a la desnutrición aguda, que va en aumento y agrava el riesgo de muerte por enfermedades que, de otro modo, serían tratables.

En conjunto, estas cifras demuestran que, más allá de las víctimas directas del conflicto, la violencia implacable está causando daños profundos y de gran alcance, con graves consecuencias para la salud.

## Un sistema de salud debilitado y atacado

A lo largo del conflicto, los programas de vacunación se han visto interrumpidos y los sistemas de vigilancia epidemiológica han colapsado, acelerando la propagación de enfermedades y retrasando la detección de epidemias. La respuesta humanitaria internacional —incluyendo la de las agencias de la ONU, particularmente en Darfur— dista mucho de ser suficiente para prevenir la pérdida de vidas evitable. Los recortes presupuestarios están empeorando aún

más una situación ya de por sí crítica, y la población vuelve a pagar las consecuencias: muere por causas prevenibles porque las autoridades sudanesas y la comunidad internacional no les prestan ayuda.

Hemos presenciado brotes recurrentes de enfermedades mortales, pero prevenibles, en todo Sudán, desde el sarampión en Darfur hasta la hepatitis E en el estado de Jazeera y el cólera en Jartum o Nilo Blanco. En 2025, tratamos a más de 12.000 pacientes con sarampión y a cerca de 42.200 con cólera. Estos brotes están cobrándose la vida de las personas más vulnerables, especialmente niños, niñas y mujeres embarazadas.

*"Mi hija nació prematuramente porque la guerra nos obligó a huir de Omdurman mientras estaba embarazada. Ha sufrido mucho con las repetidas hospitalizaciones. Además, debido a la guerra, no pudo vacunarse".*  
Ferdos Salih, madre de una bebé de 11 meses que padece sarampión y desnutrición aguda grave en el hospital universitario de El Geneina, en Darfur Occidental.

Asimismo, los hospitales han sido saqueados, bombardeados y ocupados. El personal médico ha sido amenazado, detenido o forzado a huir. Se ha impedido que las ambulancias lleguen a los heridos.

Desde abril de 2023, más de 2.000 personas han muerto y 720 han resultado heridas en 213 ataques contra centros de salud en todo el país. En 2025, Sudán representará el 82% de todas las muertes mundiales por ataques contra la atención médica, según la OMS. Durante ese mismo periodo, hemos documentado 100 incidentes violentos dirigidos contra su personal, los centros que apoyamos y los suministros médicos.

El 2 de abril, un ataque contra el Hospital Al Jabalain, presuntamente perpetrado por la RSF, causó 10 muertes, entre ellas siete miembros del personal médico, algunos de los cuales habían trabajado anteriormente en nuestra organización. Tan solo dos semanas antes, el 20 de marzo, un ataque presuntamente perpetrado por las Fuerzas Armadas Sudanesas contra el hospital El Daein, en Darfur Oriental, causó la muerte de 70 personas, entre ellas 15 niños.

Sin embargo, a pesar de las constantes amenazas, los repetidos ataques de ambas partes en conflicto y la persistente indiferencia internacional, los voluntarios y el personal médico sudaneses siguen demostrando una dedicación extraordinaria, esforzándose por brindar atención donde más se necesita.

Fuente: Médicos Sin Fronteras  
ABRIL 2026





# casmu

SPONSOR OFICIAL DE LA SELECCIÓN

**AFILIATE LLAMANDO  
AL 1444**

#NosUneLaCeleste



# Crean un robot mascota conejo que reconoce a quien le abraza por su voz

El prototipo, denominado Mía, se está probando en centros de día del Ayuntamiento de Madrid para la estimulación afectiva personalizada de personas mayores con deterioro cognitivo.



El grupo de robótica social del Robotics Lab de la Universidad Carlos III de Madrid (UC3M) ha desarrollado una metodología innovadora basada en inteligencia artificial (IA) que permite a un robot de asistencia tipo mascota reconocer a las personas con las que interactúa. El prototipo, denominado Mía, se está probando en centros de día del Ayuntamiento de Madrid para la estimulación afectiva personalizada de personas mayores con deterioro cognitivo.

Uno de los mayores retos de la robótica social actual es conseguir que las máquinas interactúen con nosotros de forma natural y personalizada. Para lograrlo, una de las formas es que el robot sepa con quién está hablando. El nuevo sistema de reconocimiento por voz de usuarios que ha desarrollado este equipo científico de la UC3M, publicado recientemente en la revista Applied Sciences, funciona "a bordo" de Mía, un conejo robótico que simula ser una mascota. "Este robot lo utilizamos en estimulación afectiva para mayores con deterioro cognitivo y el reconocimiento de los usuarios es un paso importante para que el robot tenga un comportamiento personaliza-

do adaptado a las necesidades de cada individuo", explica uno de los autores de este trabajo, José Carlos Castillo Montoya, del grupo de robótica social del Robotics Lab de la UC3M.

A diferencia de otros sistemas tradicionales de reconocimiento que dependen de cámaras y procesamiento de imagen (que suelen requerir grandes capacidades de cómputo y pueden vulnerar la privacidad), esta propuesta utiliza exclusivamente el micrófono integrado del robot. Y funciona de manera local e incremental, lo que aporta dos ventajas, según los investigadores. Por un lado, mayor privacidad, ya que las huellas de voz nunca salen del propio dispositivo físico. Por otro lado, una especie de aprendizaje al vuelo: "El robot no necesita una fase de configuración para aprender tu voz; te escucha hablar por primera vez y genera un perfil automáticamente", señala otra autora del estudio, Arecia Segura Bencomo, del Departamento de Ingeniería de Sistemas y Automática de la UC3M.

**Beneficios de la robótica animal y la estimulación afectiva**  
Este avance implementado en Mía, un prototipo robótico con forma de conejo desarrollado íntegramente en la UC3M, se encuadra dentro de la robótica animal. Se trata de un paradigma terapéutico diseñado para trasladar los beneficios contrastados de la terapia con animales reales (como la reducción del estrés y la ansiedad) a entornos controlados donde el bienestar animal o la capacidad de cuidado por parte del paciente limitan su uso.

Fuente: <https://www.madrimasd.org>  
JUNIO 2026



## CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN A LA MUJER DE CASMU: TU SALUD, NUESTRA PRIORIDAD

Entendemos que la salud de la mujer merece un enfoque especializado, por eso contamos con el Centro Integral de Atención a la Mujer, un espacio pensado para brindarte un cuidado completo y personalizado en cada etapa de tu vida. Con profesionales de excelencia y tecnología de última generación, ofrecemos una amplia gama de servicios, desde controles ginecológicos y asesoría en salud reproductiva, hasta apoyo en salud mental y prevención de enfermedades.

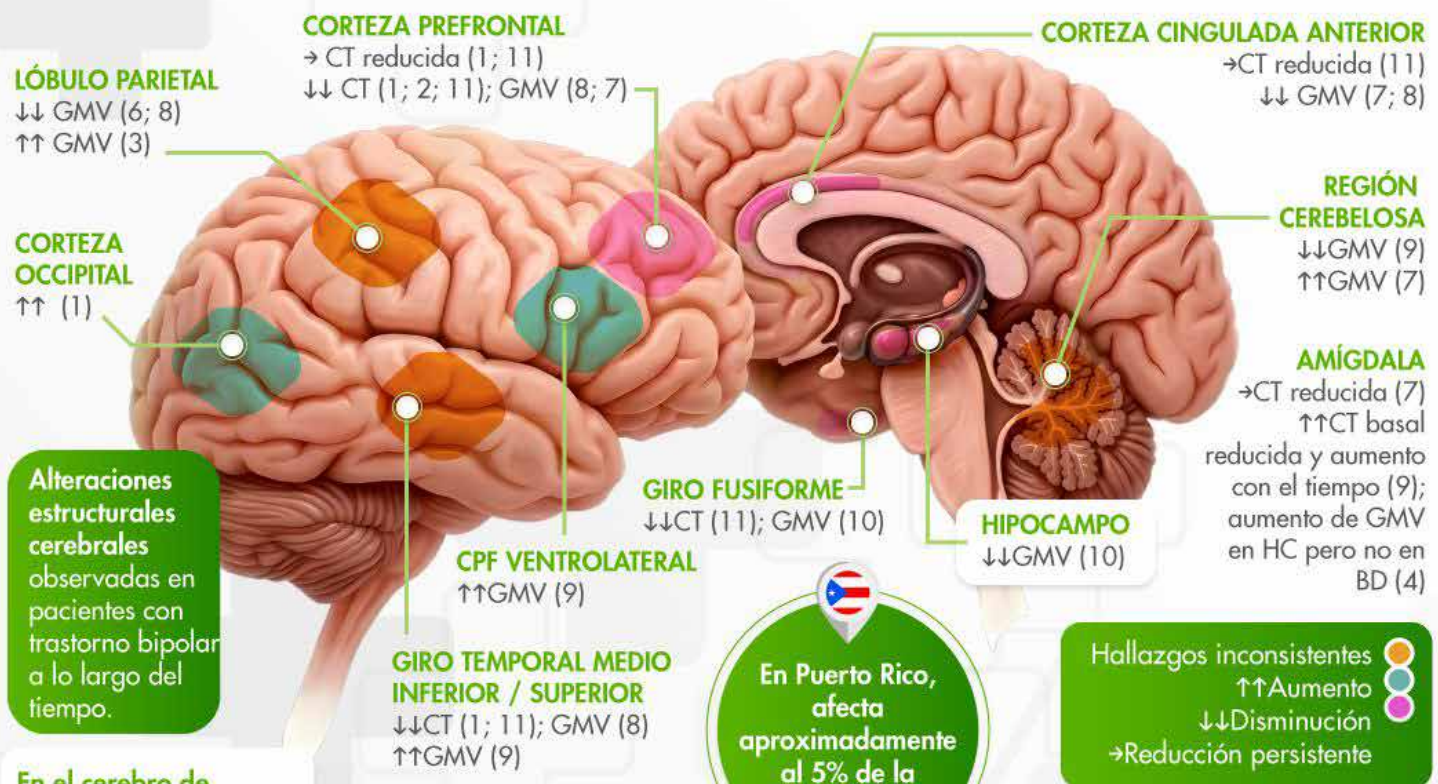
Nuestro compromiso es acompañarte, escuchar tus necesidades y responder con soluciones integrales y de calidad. En CASMU, estamos aquí para cuidar de ti en cada paso del camino.

Afiliate llamando al 1444 o en [casmu.com.uy](https://casmu.com.uy)



# DÍA MUNDIAL DEL TRASTORNO BIPOLAR

Es un trastorno mental crónico caracterizado por cambios extremos en el estado de ánimo, que alternan entre episodios de manía (o hipomanía) y depresión.



## TIPOS DE BIPOLARIDAD

**Trastorno bipolar I:** Incluye al menos un episodio maníaco completo (euforia intensa, hiperactividad, posible psicosis), a menudo con episodios depresivos mayores.

**Trastorno bipolar II:** Caracterizado por hipomanía (euforia leve sin psicosis) y episodios depresivos mayores; no hay manía plena.

**Ciclotimia:** Forma más leve con fluctuaciones hipomaniacas y depresivas crónicas, pero sin episodios completos

## SÍNTOMAS CLAVE



- Irritabilidad
- Hiperactividad
- Comportamiento Riesgoso
- Depresión



- Problemas De Sueño
- Alteraciones cognitivas
- Inestabilidad emocional

## MANEJO Y TRATAMIENTO



Estabilizadores del ánimo (ej. litio)

Terapia psicológica



Seguimiento médico continuo

Fuente: Mayo clínic, OMS y San Juan Capestrano Hospital, Bipolar Disorders Volume 25, Issue 6

# El aire contaminado de las ciudades acelera el envejecimiento del cerebro

En Europa, las personas mayores de 65 años representaban aproximadamente el 21,3 % de la población total en 2023. En América Latina y el Caribe, aunque la proporción es menor, el envejecimiento también avanza rápidamente: en 2022, el 9,7 % de sus habitantes ya habían cumplido más de 65.



Este fenómeno plantea desafíos significativos, especialmente en términos de salud cognitiva. Una investigación reciente sugiere que el envejecimiento cerebral puede adelantarse al cronológico, particularmente entre quienes están expuestos a altos niveles de contaminación ambiental. La polución del aire –sobre todo las partículas finas que miden menos de 2,5 micras (PM 2,5)– se ha vinculado con un acelerado deterioro cognitivo en personas mayores, afectando funciones clave como la memoria y el pensamiento.

## Asalto a la barrera que protege el cerebro

Desde la neurociencia se ha demostrado que esas diminutas partículas tienen la capacidad de infiltrarse en el cerebro a través de los nervios olfativos. Otra vía de acceso son las áreas donde la barrera protectora cerebral, conocida como barrera hematoencefálica, es más débil.

También se ha comprobado que la exposición constante a la contaminación del aire puede desencadenar una inflamación crónica, lo que deteriora aún más la eficacia de la barrera. El riesgo es particularmente elevado en personas mayores: con la edad, esta muralla natural se vuelve más permeable, una porosidad que facilita la entrada de nanopartículas en el cerebro e incrementa el riesgo de daños neurológicos significativos.

## Los estragos de la polución

El envejecimiento de la población está haciendo que cada vez más gente desarrolle problemas de memoria y demencia. Actualmente, se estima que alrededor de 55 millones de personas en todo el mundo viven con demencia, y se espera que esta cifra se dispare a 152 millones para el año 2050. Se podría decir que es el problema de salud pública más acuciante de nuestra era.

Y aunque no existen tratamientos que conduzcan a una cura definitiva, sí podemos identificar los factores de riesgos personales, sociales y contextuales que impactan sobre el deterioro asociado con el envejecimiento.

Así, una revisión de 2021 mostró una conexión significativa entre la exposición continua al aire contaminado –especialmente a las citadas partículas finas– y el deterioro cognitivo, además de un mayor riesgo de desarrollar demencia.

Una conclusión clave de este estudio es la relación entre vivir cerca de autopistas o en zonas urbanas con mucho tráfico de vehículos y la aceleración del declive mental. Los residentes de estos entornos presentan un riesgo significativamente mayor de desarrollar

problemas cognitivos y demencias, incluyendo el Alzheimer.

El trabajo también exploró el impacto en el cerebro a través de imágenes cerebrales, que revelaron anomalías en quienes están expuestos a altos niveles de polución. Estas alteraciones incluyen una reducción en el volumen de la materia blanca, esencial para la comunicación entre diferentes regiones cerebrales. Son pérdidas que pueden traducirse en un procesamiento más lento de la información y dificultades en funciones como la memoria y el aprendizaje.

Finalmente, las imágenes han mostrado la presencia de microinfartos silenciosos, pequeñas áreas de daño cerebral causadas por la falta de flujo sanguíneo. Los expertos que los detectaron sugieren que la exposición a la polución atmosférica parece incrementar la incidencia de estos accidentes cardiovasculares, debido a la inflamación crónica que provoca en el sistema vascular cerebral.

## Medidas para respirar aire más limpio

Se han propuesto diversas recomendaciones para mitigar los efectos de la contaminación atmosférica en la salud cerebral, particularmente en lo que respecta al riesgo de desarrollar demencia. Enfrentar el desafío requiere implementar políticas públicas que mejoren la calidad del aire en las ciudades.

Una de las propuestas principales es la creación de infraestructuras verdes, como parques y áreas arboladas.

Fuente: <https://theconversation.com>

Autores: Vanesa Perez Cabrera

# Deterioro cognitivo: cuál es el beneficio de aprender a tocar un instrumento después de los 40 años

La neuroplasticidad posibilita al cerebro adaptarse y formar nuevas conexiones, incluso en la adultez y la vejez.



A medida que avanza la edad, el cerebro humano experimenta de forma natural una reducción de su volumen, un proceso conocido como atrofia cerebral que puede impactar funciones ejecutivas, memoria y coordinación. Sin embargo, estudios recientes señalan que la neuroplasticidad —la capacidad del cerebro para reconfigurarse ante nuevas experiencias— ofrece una vía efectiva para contrarrestar este deterioro.

Entre las diversas actividades recomendadas para fomentar esta adaptabilidad, el aprendizaje de un instrumento musical se destaca como un ejercicio integral capaz de fortalecer la reserva cognitiva.

## Factores detrás de la atrofia cerebral

La pérdida de tejido cerebral suele iniciar a partir de los 30 años, afectando áreas críticas como la corteza prefrontal, encargada de la resolución de problemas, y el hipocampo, responsable de la memoria y la orientación espacial.

De acuerdo con el psicólogo cognitivo Daniel Gustavson, de la Universidad de Colorado Boulder, este fenómeno se traduce en una disminución de la plasticidad neuronal, la pérdida de sinapsis y una menor eficacia de neurotransmisores clave como la dopamina y la serotonina. Factores genéticos y de estilo de vida también influyen en la velocidad con la que se manifiesta esta atrofia, la cual puede presentarse como lapsos de memoria o dificultades de atención.

## El papel del aprendizaje musical en la salud neuronal

Los expertos sostienen que el “andamiaje mental” generado por el aprendizaje constante actúa como una reserva cognitiva frente a los daños relacionados con la edad.

Aprender a tocar un instrumento es una de las actividades con mayor impacto, ya que requiere la coordinación bimanual y activa simultáneamente diversas regiones cerebrales, incluyendo aquellas

dedicadas a la audición, la lectura musical y la motricidad fina.

Este proceso fortalece el cuerpo caloso, el tracto de materia blanca que comunica los hemisferios derecho e izquierdo, facilitando mejoras en la multitarea y la regulación emocional.

Investigaciones publicadas en *Frontiers in Aging Neuroscience* respaldan esta premisa, al demostrar que adultos mayores que iniciaron clases de música registraron mejoras en la conectividad estructural de zonas asociadas con el lenguaje y la memoria.

Recomendaciones para estimular el cerebro a cualquier edad  
Para que una actividad sea efectiva en el desarrollo de la neuroplasticidad, debe representar un desafío constante pero alcanzable. Según especialistas como la científica cognitiva Maya Shankar y la neuróloga Golnaz Yadollahikhales, la elección del instrumento debe basarse en la motivación personal para garantizar la constancia, el factor más importante para consolidar nuevas conexiones neuronales.

Ya sea mediante clases formales, tutoriales digitales o entornos grupales, el valor del aprendizaje no reside en alcanzar el virtuosismo, sino en el esfuerzo sostenido. “Si nuestro cerebro sigue siendo moldeable a lo largo de toda la vida, podemos dar forma a su trayectoria y mejorar tanto nuestras experiencias cotidianas como nuestro futuro”, concluye Shankar.

*Tocar un instrumento es un entrenamiento multisensorial que activa simultáneamente las cortezas auditiva, visual y motora. Esta compleja gimnasia mental fortalece la reserva cognitiva, lo que ayuda a retrasar la aparición del deterioro cognitivo y enfermedades neurodegenerativas como la demencia.*

## Beneficios para la salud mental

Tocar un instrumento musical es más que un pasatiempo: es una actividad multifacética que puede mejorar la función cognitiva y el bienestar general. Desde potenciar la memoria y la atención hasta reducir el estrés y la ansiedad, los posibles beneficios de la formación musical son de gran alcance y pueden mejorar la atención integral a la persona, un enfoque que considera todos los aspectos de su bienestar para optimizar los resultados a largo plazo.

Las investigaciones demuestran que escuchar música y tocar un instrumento musical puede tener profundos beneficios positivos para la salud cerebral, desde la infancia hasta la edad adulta avanzada.

Fuente: <https://www.lanacion.com.ar>  
JUNIO 2026



FUNDACIÓN  
BENSADOUN-LAURENT

# Revés al pecho: la cantidad de bebés a los que se les recetó fórmula en la maternidad aumentó 20% entre 2008 y 2020

Investigación encuentra que el aumento de prescripción de fórmula cuando no se necesita -lo que complica el amamantamiento- está en aumento, se da más en los hospitales públicos de la capital, en nacidos con peso bajo o muy alto y en casos de cesárea, lo que apunta a fallas en el sistema de salud.



El gobierno ha decidido que uno de los temas en los que es necesario invertir fuerte, aun en un contexto de restricciones, es en la infancia. Una de las primeras cosas que hacen los y las infantes es amamantar. Pues bien, tenemos un gran problema allí. El amamantamiento con leche materna en forma exclusiva, que es lo más sano y recomendable para el bienestar físico y psicológico de las criaturas según establece la normativa del propio Ministerio de Salud Pública (MSP), viene cayendo en picada en nuestro país.

Si bien apuntalar la infancia es apuntalar el pecho materno, una nueva señal de alarma se enciende al leer el artículo científico publicado recientemente en la Revista de Lactancia Humana. Titulado Prevalencia y factores predictivos de la lactancia materna no exclusiva al alta hospitalaria en Uruguay, el trabajo muestra cómo entre 2008 y 2020 aumentó la prescripción de fórmula infantil mediante recetas del equipo médico cuando todo indica que los y las recién nacidos no la necesitarían, llegando al 27,9% de todos los nacidos en ese último año. Además, arroja luz sobre qué condiciones, ya sea de las madres, de los recién nacidos, de la práctica médica o del sistema de salud, están detrás de estos guarismos elevadísimos.

Firmado por Leticia Vidal y Gastón Ares, del área de Sensometría y Ciencia del Consumidor del Polo Tecnológico de Pando de la Facultad de Química de la Universidad de la República (Udelar), Carolina de León, de la División Salud de la Intendencia de Montevideo, Raquel Rodríguez y Alejandra Girona, de la Escuela de Nutrición de la Udelar, y Gerónimo Brunet, del Espacio Interdisciplinario de la Udelar, el trabajo no solo constata un fenómeno, sino que nos interpela para tomar medidas que reviertan la situación. Así que más rápido de lo que algunos doctores y doctoras recetan fórmula infantil cuando en realidad deberían esforzarse por promover el pecho y la leche materna —siempre que las madres así lo deseen, como sucede en la gran mayoría de los casos— salimos al

encuentro de Leticia Vidal y Alejandra Girona para conversar de esta relevante publicación.

## Claves de esta investigación

Analizaron datos de todos los nacimientos registrados en Uruguay entre 2008 y 2020 al momento del alta de maternidad mediante datos del Sistema Informático Perinatal, un exitoso sistema creado en 1983 en el Centro Latinoamericano de Perinatología de Montevideo y exportado al mundo.

De 556.329 nacimientos, pudieron trabajar con 469.118 que tenían los datos completos y que no presentaban patologías congénitas complejas o enfermedades de las madres.

En todos ellos se fijaron, al momento del alta, a cuáles se les había recetado fórmula infantil (tanto en forma exclusiva como combinada con pecho) y a los que no (alimentación exclusiva con pecho).

Mediante un algoritmo de aprendizaje automatizado analizaron cuáles de 35 variables estaban más relacionadas con la indicación de fórmula infantil. Entre ellas había variables relacionadas a las madres (como edad o estado nutricional), los bebés (como peso al nacer o semanas de gestación, y si era parto vaginal o cesárea, aunque eso no es una variable propia del bebé, sino una decisión médica) y del entorno del hospital (si era privado o público, de Montevideo o del interior).

Reportan que “se observó una tendencia creciente en el uso de leche de fórmula infantil al alta hospitalaria”, que pasó “del 7% en 2008 al 27,9% en 2020”, a pesar de que “la fórmula infantil rara vez es médicamente necesaria al momento del alta”.

Al analizar los factores que más inciden, reportan que “el tipo de hospital fue la variable más importante para predecir la lactancia materna no exclusiva”, siendo “mayor en los hospitales públicos de Montevideo”. Ese dato muestra que la fórmula se receta por razones relacionadas con la atención y prácticas del sistema de salud y no por necesidades de los bebés o sus madres.

Las otras dos variables que también incidieron fueron el peso al nacer y el parto por cesárea. Salvo casos extremos de bajo peso o complicaciones durante la cesárea, la recomendación del MSP es no administrar fórmula y promover el pecho materno.

Fuente: <https://ladiaria.com.uy>  
Por Leo Lagos / JUNIO 2026



FUNDACIÓN  
BENSADOUN-LAURENT

# Albinismo: el color blanco no es lo más relevante

Hay muchas personas que conviven con una enfermedad rara y su patología pasa desapercibida al resto de la sociedad.



Por ejemplo, si una persona tiene alguna alteración en su sistema inmunitario o alguna enfermedad metabólica, difícilmente alguien podrá identificarla como paciente, a no ser que pueda revisar sus análisis de sangre. Por el contrario, hay condiciones genéticas minoritarias que no pueden ocultar sus síntomas más evidentes. Es el caso del albinismo.

Aunque no todos los tipos de albinismo cursan con una pérdida total o parcial de la pigmentación, lo cierto es que los tipos más comunes sí la presentan, y esto hace que estas personas destaquen inevitablemente del resto.

Así, cuando vemos una persona de piel pálida, cabellos blancos y ojos claros o rojizos, inmediatamente pensamos que se trata de una persona con albinismo. Y deducimos que su principal preocupación será protegerse del sol, con cremas solares y con ropa adecuada, para no quemarse.

Pero que estas personas deban embadurnarse de crema todas las partes expuestas de su cuerpo antes de salir de casa cada día, haga sol o no –la radiación ultravioleta sigue llegando en los días nublados–, no es lo que más les preocupa, ni el síntoma de discapacidad que más altera su calidad de vida. Lo que tienen en común las personas con albinismo es una grave disfunción visual, un déficit importante de visión que las convierte en ciegas legales –entendiendo por ceguera legal la que sufren personas cuya agudeza visual es inferior al 10 % de la que tiene una persona vidente normalmente–.

## Más albinismo en África que en Europa

El albinismo afecta en Europa a una de cada 10 000 a 20 000 personas nacidas. En España, con los 50 millones de habitantes que somos actualmente, debería haber entre 2 500 y 5 000 personas con algún tipo de albinismo. En África es más frecuente (1 de cada 3 000 a 6 000 personas nacidas) debido, principalmente, a la injustificable persecución que sufren, lo cual los lleva a crear comunidades cerradas (guetos) en los que aumenta la consanguinidad y, con ello, el

porcentaje de nacimientos de personas con albinismo. Debido a ello, Naciones Unidas estableció desde 2015 que cada 13 de junio recordemos y condenemos estos execrables actos en el Día Internacional de Sensibilización sobre el Albinismo.

Hoy en día conocemos hasta 22 tipos de albinismo, asociados a mutaciones en otros tantos genes, de los cuales ya hemos identificado 21. Los nuevos tipos que se identifican son cada vez más minoritarios. Y es posible que se queden por describir aún algunos por mutaciones en genes cuya implicación en el albinismo es desconocida en la actualidad.

## Agudeza visual limitada y fotofobia

A grandes rasgos, distinguimos entre albinismos síndromicos y no síndromicos, según afecten solo a las células pigmentarias o melanocitos o a más células. Lo que comparten todos los tipos de albinismo es el déficit visual. Adicionalmente, muchos tipos (pero no todos) presentan alteraciones pigmentarias. Y en los síndromicos, además, pueden sumarse otras manifestaciones clínicas, algunas mortales, como trastornos en la coagulación sanguínea, problemas inmunitarios, fibrosis pulmonar, colón irritable y hasta alteraciones neurológicas. Conocemos dos modalidades de albinismo síndromico: el síndrome de Hermansky-Pudlak (HPS, con once subtipos, HPS1-HPS11) y el síndrome de Chediak-Higashi (CHS, con un solo tipo).

Los problemas de visión de las personas afectadas incluyen ausencia de fóvea (retina central), transluminación del iris y conexiones anómalas entre la retina y los núcleos visuales del cerebro. Estas alteraciones conllevan una agudeza visual muy limitada (inferior al 10 %), nistagmo (movimiento permanente de los ojos), fotofobia y una percepción tridimensional alterada. Por ello, en España, muchas personas con albinismo reciben o han recibido el apoyo de organizaciones como la ONCE.

## Cómo han ayudado los ratones avatar a estudiar el albinismo

Las asociaciones de pacientes, como ALBA, y sus federaciones –entre ellas, FEDER– son esenciales para apoyar la investigación y para prestar apoyo a las personas con albinismo. Desde el CIBER de enfermedades raras (CIBERER-ISCIII), nuestro laboratorio sigue investigando las causas genéticas del albinismo, así como posibles tratamientos de terapia génica, usando modelos animales.

La investigación ha progresado de forma importante gracias a los ratones avatar, que reproducen prácticamente los mismos síntomas de los diferentes tipos de albinismo. Estos roedores se han generado gracias a las técnicas de modificación y edición genética como las CRISPR.

Fuente: <https://theconversation.com>

Autores: Lluís Montoliu, Almudena Fernández López y Gema Garrido Martínez | JUNIO 2026

Atención al cliente: 0800 8313  
tresul@adinet.com.uy  
www.tresul.com



Laboratorio Tresul S.A.

Av. Centenario 2989  
TeleFax: 2487 4108  
2486 3683 - 2486 3747

Calidad internacional al alcance de sus manos

# La calidad del descanso depende de si te acuestas en el momento en el que tu cuerpo está preparado para dormir

Dormir ocho horas no siempre significa descansar igual. Aunque sobre el papel pueda parecer equivalente acostarse a las diez de la noche y levantarse a las seis de la mañana que dormir de una a nueve, la ciencia del sueño demuestra que el momento en el que descansamos también influye —y mucho— en la calidad del sueño y en cómo se recupera nuestro organismo.



Para entender por qué ocurre esto, hablamos con la Dra. Celia García Malo, neuróloga experta en Medicina del Sueño y codirectora de Clínica CISNe ([www.clinicacisne.com](http://www.clinicacisne.com)), quien nos explica que nuestro descanso depende de mucho más que del número de horas que pasamos en la cama: "Nuestro sueño está regulado por un reloj biológico interno, el ritmo circadiano, que regula la temperatura corporal, la secreción de melatonina, además de procesos metabólicos, hormonales y cerebrales muy complejos".

#### Pilares de un buen descanso

Un ciclo de sueño saludable pasa por varias etapas, donde el sueño profundo (alrededor del 20% de la noche) es el responsable de reparar los tejidos y reponer la energía. Para lograrlo, se evalúan tres factores principales:

- . Continuidad: Quedarse dormido en menos de 30 minutos y no despertarse más de una vez por noche.
- . Profundidad: Lograr entrar en las fases de ondas lentas y sueño REM de manera ininterrumpida.
- . Saciedad: Sentirse despejado y con vitalidad al despertar.

#### Cómo las franjas horarias de sueño influyen en tu descanso

Ese reloj biológico funciona como una especie de director de orquesta interno que sincroniza el organismo con los ciclos de luz y oscuridad. Por eso, cuando nos alejamos demasiado de los horarios naturales de sueño, el cuerpo puede notar las consecuencias incluso aunque durmamos aparentemente "lo suficiente".

Según la experta, "cuando dormimos en un horario alineado con ese ritmo, el descanso suele ser más eficiente". Detalla más: "Las fases de sueño y la arquitectura del sueño son estables, llevándose a cabo los procesos normales fisiológicos de manera completa".

En cambio, si nos acostamos muy tarde, nuestro descanso puede

verse notoriamente afectado. "Podemos dormir suficientes horas, pero en una franja menos sincronizada con nuestra biología, de manera genérica. Además, somos más vulnerables a recibir exposición adicional a fuentes de luz artificiales, incluidas las pantallas", explica la especialista.

#### Más distracciones, menos descanso

Precisamente ahí entra uno de los grandes enemigos del descanso moderno: la hiperestimulación nocturna. Revisar el móvil antes de dormir, cenar demasiado tarde o pasar varias horas frente a pantallas puede alterar la producción de melatonina, la hormona que ayuda al cuerpo a prepararse para dormir. El resultado es un sueño más fragmentado y menos reparador.

Sin embargo, no todas las personas funcionan igual. Hay quienes se sienten llenos de energía a primera hora de la mañana y quienes alcanzan su máximo rendimiento por la noche. Un fenómeno que sucede debido a un factor determinante, según Celia García: "Aquí entran en juego los cronotipos; es decir, hay personas más matutinas, que pronto, y personas más vespertinas, que tienden de forma natural a dormir y rendir más tarde". funcionan mejor acostándose y levantándose

#### El papel de los cronotipos en el sueño

Aunque pudiera parecer que al dormir el mismo número de horas nos produce el mismo descanso, independientemente de la franja en la que lo hagamos, lo cierto es que hay factores a tener en cuenta para que éste nos proporcione el resultado que buscamos: "El problema aparece cuando el horario real de vida —trabajo, colegio, luz artificial, pantallas, cenas tardías— obliga al cuerpo a dormir fuera de su ventana biológica. Conocer el cronotipo de la persona y tratar de buscar un horario lo más alineado posible con el horario 'biológico' es lo más efectivo para garantizar un mejor descanso. Investigar sobre ello puede ser sumamente útil cuando hablamos de insomnio", explica la doctora de CISNe.

En la práctica, esto explica por qué muchas personas sienten que, incluso durmiendo ocho horas, se levantan cansadas entre semana y solo logran recuperarse los fines de semana. El desfase entre las obligaciones diarias y el horario natural del cuerpo puede acabar generando una especie de jet lag" que afecta al descanso, al estado de ánimo e incluso a la concentración.

Fuente: <https://www.hola.com>  
Por Paula Martins / MAYO 2026

Atención al cliente: 0800 8313  
[tresul@adinet.com.uy](mailto:tresul@adinet.com.uy)  
[www.tresul.com](http://www.tresul.com)



Laboratorio Tresul S.A.

Av. Centenario 2989  
TeleFax: 2487 4108  
2486 3683 - 2486 3747

Calidad internacional al alcance de sus manos

# Infancias sobrecargadas, el estrés invisible detrás de la falta de atención

Columna de opinión por la Dra. Florencia Sanabria. Médica especialista en Neuro Desarrollo para Niños y Adolescentes.



En los últimos años, una escena se repite con frecuencia creciente: niños pequeños con agendas más cargadas que las de muchos adultos. Escuela, inglés, deporte, terapia, apoyo escolar, estimulación, actividades los fines de semana. Todo parece estar orientado a “potenciar” su desarrollo. Sin embargo, algo no está funcionando como se espera.

Cada vez más niños consultan por dificultades en la atención, bajo rendimiento escolar, irritabilidad, cansancio y problemas en el aprendizaje. Y frente a estos síntomas, la pregunta suele ser rápida: ¿tiene un trastorno? Pero pocas veces se formula otra pregunta, quizás más incómoda: ¿está ese niño sobrecargado? El estrés infantil no siempre se manifiesta como en los adultos. No se expresa con palabras claras ni con quejas estructuradas. Se manifiesta en la conducta, en el cuerpo y en el rendimiento.

Un niño estresado puede parecer desatento, inquieto, disperso. Puede tener dificultades para sostener tareas, frustrarse con facilidad o mostrar rechazo a la escuela. En muchos casos, estos signos son rápidamente interpretados como un trastorno del neurodesarrollo o un problema de aprendizaje. Sin embargo, en algunos niños, lo que está en juego no es un déficit estructural, sino un sistema sobreexigido.

El cerebro infantil necesita tiempo, pausa y repetición para consolidar aprendizajes. Necesita juego libre, descanso y espacios sin demanda. Pero cuando la agenda está saturada, estos espacios desaparecen.

El resultado es un niño que funciona en modo de exigencia constante. Y en ese contexto, la atención no falla por falta de capacidad, sino por agotamiento. Este punto es clave. No es lo mismo un niño que no puede atender, que un niño que no puede sostener la atención porque está saturado. Sin embargo, el sistema —tanto educativo como familiar— muchas veces no distingue entre estas situaciones.

La cultura actual valora la productividad, el rendimiento y la estimulación temprana. Bajo esta lógica, hacer más parece ser siempre mejor. Pero en la infancia, más no siempre es mejor. A veces, es demasiado. La falta de una mirada adulta crítica sobre esta sobrecarga genera un circuito preocupante. El niño empieza a mostrar dificultades, se agregan más apoyos, más actividades, más intervenciones. Pero no se reduce la exigencia de base. Se intenta compensar el cansancio con más estímulo. Y el resultado es previsible: el niño se agota aún más.

A esto se suma otro factor relevante: la desconexión progresiva del juego espontáneo. El juego libre no es un lujo, es una necesidad del desarrollo. Es el espacio donde el niño regula, procesa y organiza su mundo interno.

Fuente: <https://consensosalud.com.ar>  
JUNIO 2026



[www.alianzapacientesuy.org](http://www.alianzapacientesuy.org)

[contacto@alianzapacientesuy.org](mailto:contacto@alianzapacientesuy.org)

[alianzapacientesuy](https://www.facebook.com/alianzapacientesuy)

[pacientesuy](https://twitter.com/pacientesuy)

[@alianzadepacientesuy](https://www.instagram.com/@alianzadepacientesuy)

[alianzadepacientesuy](https://www.youtube.com/channel/UC...)

**ALIANZA de PACIENTES URUGUAY**

# La paradoja de la cronofobia: el miedo al paso del tiempo nos hace envejecer más

Recientemente, un estudio con 726 mujeres ha revelado que el estrés relacionado con el envejecimiento, en particular el temor al deterioro de la salud, es un factor relevante asociado con un envejecimiento epigenético acelerado



Nadie sabe vivir; todo el mundo improvisa. En esta carrera, cuando aparece la fatiga, hay que parar a respirar. Entonces, al observar analíticamente el camino, descubrimos obstáculos. Temores. Y entre ellos, seguramente aparecerá el tiempo. Pero ahora sabemos que deberíamos intentar no reparar demasiado en él: paradójicamente, el miedo al paso del tiempo nos hace envejecer más.

Cuando el patriarcado y el edadismo se dan la mano La llamada "cronofobia" no es una etiqueta clínica, sino más bien un concepto de la cultura popular. Esa "inquietud con respecto al tiempo" se explora en muchas obras artísticas desde la década de los 60, como cuenta la historiadora del arte Pamela Lee en su libro Cronofobia (2006). Sin embargo, este concepto ha trascendido el arte y ha evolucionado para hacer referencia al miedo al paso del tiempo.

O, mejor, al "miedo al tiempo", porque el atributo del tiempo es pasar, como señala el periodista Sergio Fanjul en otro libro reciente dedicado al tema. Y dentro de las múltiples formas de angustia temporal, una de sus expresiones más frecuentes y estudiadas es la ansiedad ante el envejecimiento.

Esta ansiedad proviene del declive físico, la pérdida del atractivo y de la salud reproductiva. Como puede intuirse, es un factor de estrés psicológico particularmente acusado entre las mujeres, ya que afrontan más presiones socioculturales. La preocupación por evaluar persistentemente la identidad corporal eleva los sistemas de respuesta al estrés a lo largo del tiempo.

A estas presiones de género se añade una narrativa edadista instalada en la sociedad: los cuerpos envejecidos de las mujeres están biológica y socialmente devaluados. Esta imposición de "mantener la juventud" fomenta la autovigilancia crónica y aumenta el malestar psicológico a buena parte del género femenino debido al incansable trabajo por encajar en perfiles artificiales... o por luchar contra ellos.

## Cómo se acelera el reloj biológico

Está bien establecido que cualquier malestar psicosocial contribuye al envejecimiento biológico a través de la epigenética. Así se conoce al proceso por el que se activan o desactivan genes a consecuencia del entorno, pero sin que se altere la secuencia de ADN.

Por ejemplo, la exposición a factores estresantes crónicos en la infancia es un factor de riesgo conocido para la aparición de depresión en la adolescencia (a través de una reacción química, llamada metilación, que experimentan ciertos genes relacionados con el estrés). Es decir, mantener en el tiempo un estado de alerta ansiosa potencia el desgaste biológico.

Recientemente, un estudio con 726 mujeres ha revelado que el estrés relacionado con el envejecimiento, en particular el temor al deterioro de la salud, es un factor relevante asociado con un envejecimiento epigenético acelerado. La tasa de desgaste fisiológico ha quedado probada mediante un biomarcador llamado DunedinPACE.

Esto es, las preocupaciones no son meramente cognitivas o emocionales, sino que se experimentan somáticamente, creando un círculo vicioso donde la idea de envejecimiento aumenta la conciencia corporal. Esta conciencia intensificada refuerza un estado de angustia psicológica, que a su vez puede desencadenar una activación fisiológica sostenida a través de, entre otros mecanismos, la activación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HPA) y la señalización inflamatoria.

Con el tiempo, este círculo de angustia psicológica y activación fisiológica puede dejar huellas biológicas duraderas (mediante cambios acumulativos en la metilación del ADN) y acelerar el envejecimiento. En conjunto, estos hallazgos respaldan la idea de que la forma en que vivimos subjetivamente los efectos del tiempo en nuestro cuerpo no solo afecta a nuestra salud mental, sino también al propio funcionamiento biológico del organismo.

Más obstáculos que provocan fatiga Pero el miedo al tiempo también puede surgir por la percepción de un futuro amenazante: crisis climática, viviendas inaccesibles, aumento constante de los precios de productos básicos, salarios precarios...

Fuente: <https://www.madrimasd.org>  
Autoría: Jorge Romero-Castillo | JUNIO 2026

**ALIANZA de PACIENTES URUGUAY**

[www.alianzapacientesuy.org](http://www.alianzapacientesuy.org)

[contacto@alianzapacientesuy.org](mailto:contacto@alianzapacientesuy.org)

[alianzapacientesuy](https://www.facebook.com/alianzapacientesuy)

[pacientesuy](https://www.instagram.com/pacientesuy)

[@alianzadepacientesuy](https://www.instagram.com/@alianzadepacientesuy)

[alianzadepacientesuy](https://www.youtube.com/channel/UC...)

# Los recursos son finitos; las necesidades en salud, no

¿Estamos teniendo en Uruguay la conversación que necesitamos sobre la sostenibilidad del Sistema de salud? Comparto una reflexión sobre uno de los desafíos más relevantes para el futuro de nuestro Sistema Nacional Integrado de Salud: cómo mantener acceso, calidad e innovación sin comprometer la sostenibilidad.



Leí con interés el debate planteado por Mariana Sciarretta y Marcelo Marchetti en #ForbesHealthInAction sobre la sostenibilidad del Sistema de salud argentino. Entre los conceptos que más resonaron estuvo una idea tan simple como incómoda: los recursos son finitos y, por lo tanto, es necesario definir prioridades.

Aunque los contextos son diferentes, la reflexión también interpela a Uruguay.

Nuestro Sistema Nacional Integrado de Salud ha logrado avances importantes en cobertura, acceso y equidad. Sin embargo, enfrentamos desafíos que son universales: envejecimiento poblacional, incorporación permanente de nuevas tecnologías, medicamentos de alto costo, aumento de enfermedades crónicas y expectativas crecientes de los usuarios.

La pregunta ya no es solamente cómo incorporar más innovación, sino cómo hacerlo de forma sostenible.

En salud, la discusión no debería plantearse entre calidad o sostenibilidad. El verdadero desafío es generar mecanismos que permitan ambas cosas al mismo tiempo:

- Más prevención que reacción.
- Más coordinación que fragmentación.
- Más evaluación de valor que incorporación automática de prestaciones.
- Más eficiencia en el uso de los recursos disponibles.

La sostenibilidad no es un problema financiero; es una condición necesaria para garantizar el acceso futuro.

Quizás el gran desafío para Uruguay no sea reformar el Sistema desde cero, sino tener la madurez de discutir cómo adaptarlo a una nueva realidad sanitaria, demográfica y tecnológica.



Nicolás de Paula  
Dr. en Medicina | Especialista en Administración de Servicios de Salud | MBA (c).

## “Todo no se puede”: la reingeniería que necesita el sistema de salud argentino para ser sostenible

En el Forbes Health in Action Summit, Marcelo Marchetti, vicepresidente del Hospital Italiano, y Mariana Sciarretta, directora comercial y de Relaciones Institucionales del Hospital Británico, explicaron por qué el sistema necesita reglas, planificación y consensos para pasar de la emergencia permanente a un modelo viable a largo plazo.

“Todo no se puede”. La frase de Mariana Sciarretta, directora Comercial y de Relaciones Institucionales del Hospital Británico y miembro de la Dirección General, sintetizó uno de los debates más urgentes del sistema de salud argentino: cómo garantizar acceso, calidad e innovación en un contexto de recursos finitos, costos crecientes y una estructura fragmentada que arrastra ineficiencias históricas. El planteo apareció durante el panel “La reingeniería del sistema de salud: sostenibilidad en la era del IPC”, realizado en el Forbes Health in Action Summit.

La conversación, moderada por Florencia Radici, editora de Forbes Argentina, partió de una tensión central: la innovación médica mejora la calidad y la expectativa de vida, pero también encarece el sistema. Medicamentos de alto costo, nuevas tecnologías, equipamiento, insumos importados, infraestructura compleja y una demanda creciente de prestaciones obligan a prestadores, financiadores y reguladores a revisar cómo se asignan los recursos.

Marchetti lo planteó desde el inicio con una advertencia. “La innovación implica, una buena parte de las veces, mejorar la calidad de vida o la cantidad de vida, y eso es lo que buscamos”, afirmó. Pero enseguida marcó el límite: “Esto no significa que todo lo nuevo es mejor ni que todo lo nuevo es posible en todos los países por igual”. Para el vicepresidente del Hospital Italiano, el debate no puede darse sin mirar la restricción presupuestaria. Según explicó, Argentina destina muchos menos recursos por habitante que países con los que muchas veces se la compara en términos de cobertura o aspiraciones sanitarias.

“Argentina tiene cuatro veces y media menos recursos que España y 15 veces menos recursos que Estados Unidos para destinar a salud”, sostuvo. La consecuencia, agregó, es evidente: “Tenemos que ser muy inteligentes en el uso de los recursos”.

Esa inteligencia en la asignación aparece como una necesidad estructural. No se trata solo de gastar menos, sino de gastar mejor. Para Marchetti, el país tiene margen para mejorar eficiencia, ordenar prestaciones y definir prioridades.

Atención al cliente: 0800 8313  
tresul@adinet.com.uy  
www.tresul.com



Laboratorio Tresul S.A.

Av. Centenario 2989  
TeleFax: 2487 4108  
2486 3683 - 2486 3747

Calidad internacional al alcance de sus manos