



Una mujer intenta conciliar el sueño en su cama. OLEG BRESLAVTSEV (GETTY)

Ellas descansan peor que ellos por factores como los cambios hormonales, la carga mental y la falta de corresponsabilidad

Una mochila invisible roba el sueño a las mujeres

DIANA OLIVER
Madrid

Las estadísticas del sueño también tienen género: las mujeres duermen peor y reportan más cansancio que los varones. Así lo señalan estudios como la Encuesta Global del Sueño 2025 que, tras analizar las entrevistas más de 30.000 personas en 13 países, encontró que el 38% de las mujeres tiene dificultades para conciliar el sueño más de tres veces por semana, frente al 29% de los hombres. En España, estudios científicos recientes, como el publicado en 2023 en el *European Journal of Public Health*, también han mostrado esta tendencia: las mujeres tienden a reportar peor calidad de sueño que los hombres, incluso cuando las horas totales no son

muy distintas, lo que sugiere diferencias en cómo se duerme y se percibe el descanso entre sexos. Casi una de cada cuatro mujeres experimenta sueño inquieto de manera recurrente, mientras que entre los hombres la proporción se reduce a uno de cada ocho.

Según María José Aróstegui, psicóloga y miembro del grupo de trabajo de insomnio de la Sociedad Española de Sueño (SES), estos problemas tienen muchas veces un origen físico: "Nuestro sistema endocrino está íntimamente ligado a los centros del sueño en el cerebro. Por eso, los cambios en los niveles de estrógeno y progesterona son determinantes". La neuróloga Ana Fernández Arcos, de la Sociedad Española de Neurología (SEN), explica que estas alteraciones comienzan desde

la pubertad, cuando el ritmo circadiano de las niñas se adelanta respecto al de los niños. "El ciclo menstrual provoca variaciones en la arquitectura del sueño que, en algunos casos, pueden ser clínicamente significativas, con despertares o sueño menos reparador", dice. Durante el embarazo y la lactancia, añade, se ve afectado "no solo por los cambios hormonales, sino también por el propio estado de gravedad y la prolactina, que regula el descanso entre tomas". Sobre la perimenopausia, la experta señala que "hasta un 60% de las mujeres experimenta problemas de sueño clínicamente significativos, como despertares nocturnos espontáneos o sofocos".

Además, según la neuróloga, las mujeres tienen "mayor susceptibilidad a la necesidad de dor-

mir tras muchas horas despiertas, cambios de cortisol al despertar y una mayor frecuencia de ansiedad o depresión", todos ellos factores que contribuyen a que su sueño sea más fragmentado y de menor calidad. En palabras de Fernández Arcos, "el sueño femenino está marcado por la interacción compleja de hormonas, ritmos biológicos y salud mental: muchas mujeres duermen más horas, pero descansan menos".

El contexto es clave

Más allá de los factores físicos, el contexto es clave en los problemas de sueño, según la socióloga y doctora en Salud Pública Amaia Bacigalupe de la Hera. Las personas de clases más desfavorecidas o con trabajos menos cualificados suelen experimentar más problemas de sueño, probablemente porque enfrentan más estrés y dificultades asociadas a la vida cotidiana. El género añade otra capa a estas desigualdades a través de los roles sociales que siguen recaiendo sobre las mujeres: trabajos de cuidado, organización del hogar, planificación de redes familiares y sociales, y la carga mental asociada a sostener relaciones y responsabilidades invisibles. "Estas tareas, invisibles, no remuneradas y sin límites claros, perturban el sueño y afectan significativamente la salud de las mujeres", reflexiona Bacigalupe.

El estrés situacional es clave, según María José Aróstegui: "Las preocupaciones por el trabajo, la salud familiar y la economía mantienen el cerebro en un estado de hiperalerta". Explica la psicóloga que la carga mental no consiste solo en hacer cosas, sino en planificarlas y recordarlas constantemente: "Hay estudios que muestran que las mujeres, al asumir el rol de vigilantes del hogar, mantienen esta alerta incluso mientras duermen, lo que fragmenta su descanso. Además, las mujeres puntuamos más alto en escalas de rumiación [que miden la tendencia de una persona a darle vueltas a pensamientos negativos]". La Encuesta Global del Sueño 2025 confirma que las responsabilidades familiares y el equilibrio entre vida laboral y personal afectan más a las mujeres.

No es de extrañar que, como cuenta Ana Fernández Arcos, existan diferencias relacionadas con el género en la oportunidad de dormir. Es decir, de tener una duración de sueño adecuada sin interrupciones, en un horario regular y del que resulte una sensación de descanso reparador estando en condiciones óptimas. Este hecho, dice Fernández Arcos, suele ser alterado por factores individuales y también interpersonales como, por ejemplo, el período de crianza de los hijos. Y, aunque pueda parecer anecdótico, la ciencia lo confirma: las mujeres duermen peor cuando duermen acompañadas. Un estudio publicado en *European Respiratory Journal* analizó cómo dormir con una pareja que ronca afecta la calidad objetiva del sueño de las mu-

jer. Las participantes tuvieron registros del sueño dos noches seguidas: una durmiendo con su pareja y otra durmiendo solas, y se encontró que, al dormir solas, las mujeres tenían menos despertares y más sueño ligero estable, lo que sugiere que compartir la cama con una persona que se mueve o ronca puede fragmentar el descanso femenino.

Según la socióloga Amaia Bacigalupe de la Hera, el cansancio crónico de las mujeres no es un fallo individual, sino el resultado de un sistema que precariza el trabajo y no ha promovido una corresponsabilidad real en las tareas domésticas y de cuidado. "El resultado necesariamente tiene que ser el cansancio crónico", señala, y añade que la respuesta del sistema ha sido despolitizar el problema y medicalizarlo: "Cada vez es más frecuente que las mujeres pidan ansiolíticos o somníferos para sobrelevar esta carga que les ha sido asignada". Bacigalupe destaca que la maternidad intensifica esta presión, afectando también a la salud mental y los hábitos de autocuidado.

El género, además, no solo determina la calidad del sueño, sino también cómo son reconocidas y

Duermen peor que los hombres cuando lo hacen acompañadas

La maternidad intensifica la presión y afecta a los hábitos de autocuidado

tratadas las mujeres en el sistema sanitario. "El sueño es un problema de salud pública", afirma Fernández Arcos, y señala que los problemas de descanso contribuyen a la aparición y progresión de enfermedades como la diabetes, la obesidad, la enfermedad cardiovascular, el deterioro cognitivo, el cáncer o los trastornos mentales. Estudios de la Universidad de Duke muestran que, aunque hombres y mujeres pueden tener una calidad de sueño similar, en ellas la mala calidad se relaciona con mayores niveles de estrés emocional y elevación de proteínas inflamatorias, que aumentan el riesgo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas.

Para mejorar el sueño de las mujeres Fernández Arcos señala que es necesario mejorar las herramientas diagnósticas, que hasta ahora se han diseñado de manera androgénica y pueden pasar por alto características propias del sueño de la mujer. Pero nada de lo anterior tendría sentido para sin un cambio social y político. "El descanso también mejora con mejores condiciones de vida, y esto incluye políticas laborales y de conciliación con enfoque de género, y medidas que reduzcan la soledad y las desigualdades socioeconómicas", concluye.



LA PUBLICACIÓN MÁS GALARDONADA DE LA PRENSA ESPAÑOLA

Premio Jaime I de Periodismo • Premio de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica • Premio a las Mejores Iniciativas de Servicio al Paciente de la Fundación Farmaindustria • Premio del Colegio de Ingenieros de Montes • Premio de la Federación Española de Enfermedades Raras (Feder) • Premio de la Fundación Internacional de Osteoporosis • Premio de la Fundación Biodiversidad • Premio Biocultura • Placa de la Sanidad de la Comunidad de Madrid • Premio de la Fundación Pfizer • Premio Foro Español de Pacientes • Premio de la Sociedad Española de Diabetes • Premio de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin) • Premio de la Sociedad Española de Medicina de Atención Primaria • Premio del Colegio de Farmacéuticos • Premio de la Federación Española de Sociedades de Nutrición • Premio de la Fundación Dental Española • Premio de la Federación de Personas con Discapacidad Física • Premio PRsalud • Premio de la Fundación Bamberg • Premio Ediciones Mayo a la mejor labor divulgativa • Premio Estrellas del Mar de Iberocruceros • Premio del Instituto Danone • Premio del Colegio Oficial de Psicólogos • Premio de la Asociación Multisectorial de Empresas de Tecnología de la Información • Dos premios de la Fundación Farmacéutica Avenzoar • Instituto Novartis de Comunicación en Biomedicina • Medalla de oro del Foro Europa 2001 • Premio del Instituto Barraquer • Dos Premios del Club Español de la Energía • Premios del Instituto Puleva de Nutrición • Medalla de Honor de la Fundación Bamberg • Premio Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid • Premio Periodístico sobre la Heparina • Premio Comunicación Sanitaria 2016 del Instituto de Investigación y Desarrollo Social de Enfermedades poco frecuentes • Premio Medialover 2017 • Premio Fundación ECO • Premio Fundación DomusVi • Premio Asedef • Premio Periodismo en Respiratorio GSK • Premio Nacional de Medicina Siglo XXI • Premio New Medical Economics • Premio EIT Food • Premio Supercuidadores • Premio Colegiado de Honor del COFM • Premio HematoAvanza de la SEHH • Premio Iñigo Lapetra de Periodismo Sanitario • Premio España en el Corazón de Asedef • Premio Fundación Humans • Premio Sedar • Premio Fundación CRIS Contra el Cáncer • Premios Imparables Sanitarios • Premio Fundación Bamberg • Premio CEN a la Divulgación de las Neurociencias • VI Premio de Periodismo en respiratorio GSK • Premio del Consejo General de Dentistas • Premio Periodístico SEMI • Premio de Periodismo Sedar • Premio Fundación Grünenthal • Premio de la Sociedad Española de Neurología • Premio de la Sociedad Española de Cardiología • Premio Médicos y Pacientes de la OMC • Premio COMT • Premio Los Mejores de PR



Un especialista analiza imágenes cerebrales de un paciente, en una imagen del CSIC.

Un análisis detecta el alzhéimer con solo un pinchazo en el dedo

Este método simplifica el diagnóstico precoz de la principal causa de demencia

NUÑO DOMÍNGUEZ
Madrid

Científicos y médicos de Europa y Norteamérica han perfeccionado un nuevo análisis que detecta el alzhéimer a partir de una gota de sangre extraída con un pinchazo en un dedo de la mano. El avance, aún preliminar, facilitaría la detección precoz de esta enfermedad neurodegenerativa y supondría un avance respecto a los métodos actuales. Los nuevos métodos de diagnóstico en sangre son fundamentales para alertar de la enfermedad en fases tempranas y poder aplicar los nuevos fármacos disponibles, capaces de retrasar modestamente el avance de esta enfermedad neurodegenerativa que afecta a más de 50 millones de personas en todo el mundo.

El estudio confirma la cuantificación de proteínas como p-tau217, GFAP y NfL en sangre capilar seca, un método sencillo en el que gotas de sangre del dedo se secan en un papel de filtro especial. Este método permite identificar la presencia de patología amiloide, uno de los principales indicadores de alzhéimer, con una precisión diagnóstica del 86%. La prueba se ha validado en un grupo de 337 pacientes, tanto con síntomas de demencia como asinto-

máticos, reclutados en centros de tratamiento de Barcelona, Suecia, Reino Unido e Italia. Los resultados del trabajo se publicaron ayer en *Nature Medicine*.

En la práctica clínica actual, la confirmación de la patología amiloide requiere una punción lumbar o imagen cerebral PET, procedimientos invasivos y con un coste considerable para aplicarse de forma generalizada. Desde hace unos años se están perfeccionando análisis de sangre capaces de detectar ciertas proteínas como la p-tau217, que son capaces de detectar el alzhéimer con una precisión de más del 90%.

La principal ventaja del método publicado ayer es que no necesita una extracción de sangre convencional para después analizar las proteínas presentes en el plasma, sino solo una gota de sangre obtenida con un leve pinchazo en el dedo índice o anular. Este sistema no requiere un gran conocimiento técnico ni una infraestructura complicada para refrigerar, conservar y transportar las muestras.

“Podría acelerar la identificación de personas en riesgo de sufrir la enfermedad de Alzhéimer, agilizando su derivación a las unidades de memoria especializadas, donde se realizarían otras pruebas complementarias para confirmar el diagnóstico”, asegura el farmacéutico y neurocientífico Xavier Morató, director de ensayos clínicos del Centro de Alzhéimer Ace, en Barcelona, y coautor principal del estudio. “El objetivo es democratizar el acce-

so al diagnóstico precoz”, añade en una nota de prensa difundida por su institución.

El alzhéimer es por ahora una enfermedad incurable, sobre todo porque avanza durante años o incluso décadas sin mostrar síntomas. Cuando se diagnostica ya es demasiado tarde para tratarla con los nuevos fármacos disponibles, que son capaces de retrazar la aparición de la enfermedad unos 18 meses si se aplican en fases tempranas. La Sociedad Española de Neurología estima que más del 50% de los casos leves están sin diagnosticar. Con los métodos actuales, el tiempo entre la llegada de los primeros síntomas y el diagnóstico oficial es de dos a tres años. Esto hace que el diagnóstico temprano con métodos cada vez más sencillos sea una pieza fundamental para la aplicación de esos fármacos.

Los responsables del nuevo estudio consideran que los test de gota seca como el que proponen pueden facilitar el acceso al diagnóstico en zonas rurales o países con recursos sanitarios limitados. “Si se confirma su fiabilidad, esta

Podría acelerar el acceso a tratamientos antes de aparecer los síntomas

Algunos especialistas se muestran escépticos sobre el alcance del estudio

técnica podría aplicarse en programas de cribado poblacional, estudios epidemiológicos y seguimiento longitudinal de pacientes en ensayos clínicos, democratizando el acceso al diagnóstico precoz”, asegura Morató.

Raquel Sánchez Valle, del Hospital Clínic de Barcelona y portavoz de la Sociedad Española de Neurología, que no ha participado en el ensayo, cree que este método “simplifica las cosas en estudios de investigación masivos, pero asistencialmente en este momento no debería tener aplicación”. “La recomendación es hacer estas pruebas en un contexto de estudio de deterioro cognitivo dentro de un centro asistencial en el que se realice una evaluación global y no se recomienda cribado masivo fuera de un contexto asistencial o prueba directa al consumidor, por lo que no tendría uso fuera de la investigación”, detalla la especialista. Sánchez Valle ve un motivo de alarma ante el posible avance comercial de estas tecnologías: “Da un poco de miedo que alguna empresa lo comercialice como directo al consumidor fuera de supervisión médica”.

David Pérez, neurólogo del Hospital 12 de Octubre de Madrid, opina que “los autores proponen que la prueba descarte rápidamente a la mayoría de las personas sanas y solo aquellos con resultados sospechosos o en la zona gris, un 30% de los casos, tendrían que ir al hospital para pruebas más complejas. Todo ello supondría un gran avance en la democratización del acceso al diagnóstico precoz”. Sin embargo, Pérez llama al “realismo” por las limitaciones técnicas en la recolección de muestras: “Es necesario perfeccionar la tecnología antes de su aplicación clínica generalizada”.



Prueban una inyección que protege al cerebro tras un ictus

M. de Andrés MADRID

Un equipo de científicos de la Universidad Northwestern, en EEUU, ha desarrollado un nanomaterial regenerativo inyectable que podría revolucionar el tratamiento del ictus isquémico, el tipo más común de accidente cerebrovascular.

Una única dosis intravenosa de este compuesto, administrada justo después de restablecer el flujo sanguíneo en un tipo de ratas, logró atravesar la barrera hematoencefálica y reparar el tejido cerebral dañado, según refleja el estudio sobre el hallazgo, publicado en «Neurotherapeutics». Los resultados evidencian una reducción significativa del daño cerebral, sin efectos secundarios ni toxicidad.

La terapia se basa en péptidos terapéuticos supramoleculares, una plataforma desarrollada por Samuel I. Stupp, que ya demostró su eficacia en lesiones de médula espinal. Los investigadores fueron más allá para comprobar que puede administrarse por vía intravenosa, sin cirugía ni inyecciones directas en el cerebro.

Ayush Batra, autor del estudio y profesor asociado de neurología y patología en la Facultad de Medicina Feinberg, ha explicado que este tratamiento da respuesta a una necesidad médica no cubierta, que es que la avalancha de sangre que se produce al restablecer el flujo puede desencadenar una segunda ola de daño, matando células cerebrales y aumentando el riesgo de discapacidad a largo plazo para el paciente.

Además, la terapia mostró propiedades proregenerativas y antiinflamatorias, reduciendo la inflamación y la respuesta inmunitaria dañina.

El ictus es la primera causa de discapacidad en España y la segunda de mortalidad (la primera en mujeres), según la Sociedad Española de Neurología (SEN). Cada año se producen unos 120.000 nuevos casos. Si no aumenta su prevención, para 2035 los casos aumentarán un 35%.



LA PUBLICACIÓN MÁS GALARDONADA DE LA PRENSA ESPAÑOLA

Premio Jaime I de Periodismo ● Premio de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica ● Premio a las Mejores Iniciativas de Servicio al Paciente de la Fundación Farmaindustria ● Premio del Colegio de Ingenieros de Montes ● Premio de la Federación Española de Enfermedades Raras (Feder) ● Premio de la Fundación Internacional de Osteoporosis ● Premio de la Fundación Biodiversidad ● Premio Biocultura ● Placa de la Sanidad de la Comunidad de Madrid ● Premio de la Fundación Pfizer ● Premio Foro Español de Pacientes ● Premio de la Sociedad Española de Diabetes ● Premio de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin) ● Premio de la Sociedad Española de Medicina de Atención Primaria ● Premio del Colegio de Farmacéuticos ● Premio de la Federación Española de Sociedades de Nutrición ● Premio de la Fundación Dental Española ● Premio de la Federación de Personas con Discapacidad Física ● Premio PRsalud ● Premio de la Fundación Bamberg ● Premio Ediciones Mayo a la mejor labor divulgativa ● Premio Estrellas del Mar de Iberocruceros ● Premio del Instituto Danone ● Premio del Colegio Oficial de Psicólogos ● Premio de la Asociación Multisectorial de Empresas de Tecnología de la Información ● Dos premios de la Fundación Farmacéutica Avenzoar ● Instituto Novartis de Comunicación en Biomedicina ● Medalla de oro del Foro Europa 2001 ● Premio del Instituto Barraquer ● Dos Premios del Club Español de la Energía ● Premios del Instituto Puleva de Nutrición ● Medalla de Honor de la Fundación Bamberg ● Premio Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid ● Premio Periodístico sobre la Heparina ● Premio Comunicación Sanitaria 2016 del Instituto de Investigación y Desarrollo Social de Enfermedades poco frecuentes ● Premio Medialover 2017 ● Premio Fundación ECO ● Premio Fundación DomusVi ● Premio Asedef ● Premio Periodismo en Respiratorio GSK ● Premio Nacional de Medicina Siglo XXI ● Premio New Medical Economics ● Premio EIT Food ● Premio Supercuidadores ● Premio Colegiado de Honor del COFM ● Premio HematoAvanza de la SEHH ● Premio Íñigo Lapetra de Periodismo Sanitario ● Premio España en el Corazón de Asedef ● Premio Fundación Humans ● Premio Sedar ● Premio Fundación CRIS Contra el Cáncer ● Premios Imparables Sanitarios ● Premio Fundación Bamberg ● Premio CEN a la Divulgación de las Neurociencias ● VI Premio de Periodismo en respiratorio GSK ● Premio del Consejo General de Dentistas ● Premio Periodístico SEMI ● Premio de Periodismo Sedar ● Premio Fundación Grünenthal ● Premio de la Sociedad Española de Neurología ● Premio de la Sociedad Española de Cardiología ● Premio Médicos y Pacientes de la OMC ● Premio COMT ● Premio Los Mejores de PR



TEXTO: REDACCIÓN

FOTO: AEP

En España, un 89% de la población masculina y un 99% de la femenina sufre o ha sufrido dolor de cabeza, según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN). Una de las cefaleas más comunes es la migraña, que sufre un 12% de la población y resulta altamente discapacitante. Para despejar dudas sobre esta enfermedad, el doctor Julio Pascual, de la Fundación Española de Cefaleas (Feccef), impulsada por la SEN, ha elaborado un decálogo informativo.

CEFALEA Y MIGRAÑA, ¿SON LO MISMO?

No, no lo son, ya que existen muchos tipos de dolor de cabeza. Por un lado, están las cefaleas 'secundarias', para las que se va a encontrar una causa; y, por otro, las 'primarias', en las que se desconoce el motivo que origina ese dolor. El 90% de los pacientes que consultan por un dolor de cabeza sufren cefaleas primarias y, de estos, dos de cada tres tienen migraña.

¿QUÉ ES LA MIGRAÑA?

El síntoma esencial de la migraña es el dolor de cabeza intenso. Este dolor debe presentarse en episodios de unas cuatro horas y, habitualmente, suele durar un máximo de tres días. Es frecuente que aparezca en un lado de la cabeza, con un componente pulsátil, y empeore con la luz, los ruidos, los olores y con cualquier tipo de ejercicio o movimiento. También es típico que se acompañe de náuseas o vómitos. En uno de cada tres o cuatro pacientes, la migraña se precede de 'aura', que consiste en sensación de borrosidad visual (habitualmente en un lado), acompañada de lucescitas o rayas coloreadas. Algunos pacientes tienen, además, sensación de adormecimiento de un lado de la cara y de un brazo y, con menor frecuencia, de dificultad para hablar. Los síntomas del aura no duran más de una hora y no dejan secuelas.

¿ES FRECUENTE ESTA DOLENCIA?

Sí, el 10-15% de la población sufre migraña, que es de tres a cuatro veces más frecuente en mujeres. Suele comenzar en la niñez o en la pubertad y es muy raro que aparezca después de los 30 años. En algunos casos, las personas afectadas sufren un empeoramiento entre los 30-50 años y sus crisis de migraña se hacen muy frecuentes (al menos, la mitad de los días del mes). Esto es lo que se conoce como migraña crónica, una situación que deteriora enormemente la calidad de vida.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

La migraña se diagnostica por su sintomatología, que es muy característica, y con una exploración neurológica normal que incluye el examen del fondo de ojo.

¿POR QUÉ SE PRODUCE?

La migraña es una enfermedad genéticamente determinada y por eso es tan frecuente que los pa-

NEUROLOGÍA

LAS DIEZ PREGUNTAS QUE DESPEJAN CUALQUIER DUDA SOBRE LA MIGRAÑA



cientes con migraña tengan familiares con esta enfermedad. Estos genes hacen que el cerebro active en exceso un circuito del que forma parte el nervio trigémino. Este circuito, al activarse, libera varias sustancias, sobre todo un péptido que se conoce como CGRP, en las cubiertas de la cabeza (las meninges y la membrana que recubre los huesos o periostio), que producen dolor al inducir inflamación y dilatación local de los vasos sanguíneos.

¿LOS GENES LO EXPLICAN TODO?

No, ya que también se sabe que existen factores no genéticos que influyen, como por ejemplo los cambios de las hormonas sexuales femeninas. Esto explica que las crisis de migraña tengan lugar en muchas mujeres justo antes de la menstruación, que desaparezcan

en el embarazo y mejoren con la menopausia. También influyen los cambios atmosféricos, el estrés o la falta o el exceso de sueño.

¿CÓMO SE ABORDA?

Al ser una enfermedad genéticamente determinada, la migraña no tiene curación. Su tratamiento consiste en medidas generales, en tratar las crisis de dolor y, a veces, la administración de medicación preventiva.

¿CUÁLES SON LAS MEDIDAS GENERALES DE TRATAMIENTO?

A pesar de que la migraña es una enfermedad genéticamente determinada y que algunos de sus desencadenantes (cambios atmosféricos, hormonales, estrés) son imposibles de evitar, también existen una serie de medidas generales que pueden mejorar sig-

nificativamente la calidad de vida de estas personas. Es fundamental tener una buena higiene del sueño (ni dormir pocas horas ni en exceso), hacer ejercicio de forma regular (el más adecuado a la edad y forma física) y llevar una alimentación sana, evitando los atracones y los ayunos prolongados. Asimismo, es importante evitar el sobrepeso, ya que hay una relación entre obesidad y cronificación de la migraña.

No es preciso dejar de comer nada, tampoco el gluten, pero sí es aconsejable evitar un alimento si se percibe que existe una relación clara entre su ingesta y la aparición del dolor de cabeza.

¿CÓMO SE ACTÚA ANTE UNA CRISIS DE DOLOR?

La migraña cursa con un dolor intenso para el que los analgésicos

habituales, tipo paracetamol, son eficaces. Cuando hay una crisis de migraña es un error esperar, ya que lo más eficaz es tomar el tratamiento lo antes posible. Este debe ser un antiinflamatorio de acción rápida (ibuprofeno, naproxeno sódico o dексketoprofeno) o un triptán. Los triptanes son fármacos específicos para la migraña (no valen para ningún otro dolor) y son más eficaces que los antiinflamatorios. Actualmente existen seis triptanes; todos actúan de la misma forma, pero su metabolismo es diferente, por lo que hay personas que responden o toleran mejor uno que otro. Están disponibles en pastillas, para administrar por vía nasal e incluso por autoinyección subcutánea. El médico determinará cuál es el mejor en cada caso. Todos estos fármacos alivian el dolor y los síntomas asociados (intolerancia a luz, ruidos, náuseas, etcétera), pero no existe ninguno que elimine el aura.

Los triptanes se toleran muy bien y solo están contraindicados si existen problemas de corazón, pero actualmente existen fármacos de eficacia similar (rimegepant y lasmiditán) que pueden ser usados por pacientes cardíacos.

Hay que evitar tratar las crisis de migraña con analgésicos que combinan varios fármacos, con pastillas con ergotamina o derivados y con aquellas con opiáceos y derivados (por ejemplo, tramadol), porque crean adicción y cronifican la enfermedad. Esto conlleva el riesgo de llegar a una situación de migraña por abuso de analgésicos muy complicada de tratar.

¿CUÁNDO HAY QUE TOMAR TRATAMIENTO DE FORMA PREVENTIVA?

Si se tienen más de cuatro episodios al mes y, sobre todo, si estos episodios no responden al uso de triptanes, está indicado el tratamiento preventivo. Este se tomará durante un mínimo de seis meses, pero no hay máximo: hay pacientes que necesitan tratamiento durante años para llegar a conseguir una calidad de vida razonable. Puede tardar un mes en comenzar a hacer efecto, por lo que hay que tener un poco de paciencia, y no es eficaz si no se toma todos los días siguiendo las indicaciones recibidas y durante un mínimo de seis meses.

El tratamiento preventivo clásico se basa en el uso de betabloqueantes (metoprolol, por ejemplo), topiramato y flunarizina. Dependiendo de cada paciente, está indicado uno u otro. Si no hay respuesta a estos fármacos se dispone de opciones modernas como las infiltraciones de toxina botulínica alrededor de la cabeza y el cuello, o los innovadores tratamientos que anulan el CGRP y que son eficaces para pacientes que no han respondido a los preventivos clásicos.



EL CATALEJO



Conserjes

El Ayuntamiento de Burriana dio ayer la bienvenida a los nuevos conserjes que se incorporan a los centros educativos mediante turno de carrera, pasando a formar parte de la plantilla municipal destinada a los servicios educativos. Una de las plazas ha sido cubierta por turno de discapacidad, facilitando el acceso al empleo público y avanzando en la igualdad de oportunidades dentro de la administración local.

Pintura rápida

La Vall d'Uixó acogerá el domingo su cuarto concurso de pintura rápida, una cita cultural consolidada que reunirá a artistas de diferentes edades para pintar en directo en el entorno de la ciudad. El sellado de lienzos o soportes de pintura para la categoría

adulta se realizará de 8.00 a 9.30 horas en el Palau de Vivel, mientras que en las modalidades infantil y juvenil comenzará a las 9.30. La inscripción es gratuita y la hora máxima de entrega de las obras será a las 14.30.

Neuróloga

La neuróloga e investigadora natural de Castellón Elena Cortés Vicente ha sido elegida vocal del Área de Neurocooperación, Iberoamérica y Entorno Internacional de la junta directiva de la Sociedad Española de Neurología (SEN). Como nueva responsable de este área estratégica, coordinará la política de relaciones internacionales de la SEN y ejercerá como delegada de la sociedad ante organismos de referencia como la World Federation of Neurology o la European Academy of Neurology.



La Sociedad Española de Neurología reelegió vicepresidenta a una médica de Cruces

E. C.

BILBAO. La especialista vasca Mar Mendibe Bilbao fue reelegida ayer vicepresidenta de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Neurología (SEN), sociedad científica constituida por más de 4.500 miembros, entre ellos la gran mayoría de los neurólogos españoles y otros profesionales sanitarios interesados en este campo. Además, Mendibe seguirá al frente del Área Científica de la SEN, por lo



**Mar
Mendibe Bilbao**

que se mantendrá como presidenta del Comité Científico y coordinará las actividades y el programa de la Reunión Anual de la sociedad. También promocionará las actividades y proyectos de investigación, evaluará las ayudas y las becas, y se responsabilizará de los Avales Institucionales Científicos.

Mendibe Bilbao es neuróloga del Hospital Universitario de Cruces, profesora asociada del Departamento de Neurociencias de la UPV/EHU e investigadora del área de Enfermedades Neurodegenerativas del IIS Biobizkaia. Su nombramiento se ha hecho efectivo tras la celebración de la Asamblea General Extraordinaria en la Reunión Anual de la SEN y la resolución del proceso electoral preceptivo.



G. H.

Francisco Escamilla.

El granadino Francisco Escamilla, nuevo vicepresidente de la SEN

R. L.

El neurólogo granadino Francisco Escamilla Sevilla ha sido elegido vicepresidente de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Neurología (SEN), una de las principales sociedades científicas del país, que agrupa a más de 4.500 especialistas y profesionales sanitarios vinculados al ámbito neurológico. El nombramiento se ha hecho efectivo tras la finalización del proceso electoral celebrado en el marco de la Asamblea General Extraordinaria de la SEN, coincidiendo con su Reunión Anual.

Además de asumir la vicepresidencia, el Dr. Escamilla será el responsable del Área Económica y de Organización Presupuestaria de la entidad, por lo que dirigirá la Tesorería y la Contabilidad de la sociedad científica, supervisando la elaboración, ejecución y control de los presupuestos, así como el cumplimiento de los objetivos financieros y de gestión.



Los talleres grupales contribuyen a mejorar el estado de ánimo y fomentar las conexiones emocionales.

El teatro mejora los síntomas emocionales del parkinson

Un estudio pionero realizado en Cataluña logra reducir la ansiedad y la depresión en tres meses

AGENCIAS
BARCELONA

■■■ Un equipo de investigación de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC), en colaboración con el Hospital de Sant Pau de Barcelona, ha demostrado que el teatro puede mejorar el bienestar emocional de personas con enfermedad de Parkinson. El estudio ha evaluado por primera vez los efectos combinados de la participación activa y pasiva en actividades teatrales sobre la salud emocional y cognitiva y la calidad de vida de estos pacientes. Los investigadores también han contado con el apoyo del Teatre Lliure.

En la intervención participaron 34 personas con parkinson de entre 50 y 75 años, divididas en dos grupos: uno asistió a una programación teatral de tres meses en el Teatre Lliure de Barcelona que incluía funciones, talleres prácticos y una visita guiada; el otro llevó a cabo ejercicios de estimulación cognitiva en casa. Ambos grupos fueron evaluados antes y des-

pués del programa mediante pruebas neuropsicológicas validadas y cuestionarios sobre estado de ánimo, calidad de vida y percepción de cambios.

Los resultados son concluyentes en el plano emocional. Los pacientes que participaron en la intervención teatral experimentaron una mejora en su bienestar emocional, medida con el cuestionario de calidad de vida en la enfermedad de Parkinson, conocido como cuestionario PDQ-39. Esta mejora no se observó en el grupo que hizo estimulación cognitiva en casa. Además, tanto los participantes del grupo teatral como los del grupo de estimulación cognitiva redujeron sus niveles de depresión y de ansiedad, lo que sugiere que ambas actividades contribuyen a la mejora de la sintomatología del estado de ánimo, aunque por vías diferentes.

El impacto más inmediato se observó en quienes asistieron a los talleres teatrales grupales: según las escalas administradas antes y des-

pués de cada sesión, la carga emocional disminuyó significativamente tras cada taller, lo que refuerza el valor del teatro como herramienta para canalizar emociones.

Las conclusiones de la investigación indican que "las actividades grupales pueden ayudar a reducir la sensación de aislamiento, fomentar conexiones emocionales entre los participantes e incrementar la empatía al reconocer que otras personas comparten experiencias similares al enfrentar los retos de la enfermedad". En esta misma línea, "la mayoría de los participantes informó de que trabajar en grupo aumentó su sensación de apoyo social como pacientes".

EXPRESIÓN Y CONCIENCIA

Este estudio clínico aporta nuevas evidencias a la literatura científica sobre los beneficios de las artes en la salud de las personas con parkinson. Hasta ahora, solo dos estudios previos habían analizado el uso del teatro en personas con

parkinson, que mostraban resultados prometedores, pero no replicados. Este nuevo trabajo aplica una metodología rigurosa y plantea líneas claras para futuras investigaciones: aumentar la duración del programa, integrar medidas más ecológicas, que evalúen cómo se desenvuelven las personas en su vida cotidiana, y estudiar a fondo los mecanismos subyacentes a estos beneficios. Es decir, se propone mejorar la evaluación para captar cambios sutiles en la cognición.

Cada año, unas 10.000 personas son diagnosticadas en España de la enfermedad de Parkinson, el trastorno neurodegenerativo motor más frecuente entre la población. Una cifra que, según la Sociedad Española de Neurología, crecerá en los próximos años y llegará a duplicar el número de enfermos, que actualmente se sitúa entre 120.000 y 150.000 solo en España. Por eso, conocer las claves para poder mejorar la calidad de vida de los pacientes es un reto para la comunidad científica.■