



EL TESTIMONIO DE MONTSE, CUYA HERMANA PADECE HUNTINGTON

«Hace tres años ella llevaba una vida normal, y ahora no: cada día pierde facultades»

Ana Belén recibió la noticia de que padecía la enfermedad cuando tenía 40 años

CINTHYA MARTÍNEZ
REDACCIÓN / LA VOZ

Corría la época medieval cuando las personas aquejadas de movimientos espasmódicos que dificultaban la marcha peregrinaban a la capilla de San Vito, construida en Alemania, para que el santo intercediese por ellos. El «baile de San Vito» llegó a acuñarse como un síntoma de las *chorea* que, en neurología, se refieren a los trastornos que causan movimientos involuntarios, bruscos e irregulares. El término se sigue relacionando con la corea de Huntington, que hereda el nombre del investigador que describió los síntomas de la enfermedad en el 1872 y, a día de hoy, la padecen unas 4.000 personas en España. En Galicia, según datos aportados por el Registro de Pacientes con Enfermedades Raras de Galicia, existen alrededor de 294 casos: 158 mujeres y 136 hombres.

Ana Belén Pérez, de 44 años, es uno de esos casos. Su historia la cuenta su hermana y ahora cuidadora, Montse. «Expresar esto le cuesta, porque la aceptación de la enfermedad no es fácil. Hasta hace tres años ella llevaba una vida normal, ahora no. Poco a poco, cada día, pierde facultades». La enfermedad de Huntington causa la degeneración progresiva de células nerviosas en el cerebro, resultando en movimientos involuntarios (corea), deterioro cognitivo (memoria, juicio) y problemas psiquiátricos (como depresión e irritabilidad).

EL DIAGNÓSTICO

La patología está causada por una mutación en el gen HTT, que se hereda de forma autosómica dominante (existe un 50 % de riesgo si el padre o la madre la tiene). «Es una enfermedad genéticamente determinada donde, si la persona hereda la mutación, se desarrollará», indica Saul Martínez-Horta, neuropsicólogo y especialista en Huntington. En España, se calcula que más de 15.000 personas afrontan el riesgo de haberla heredado porque tienen o tuvieron un familiar directo, ya sea un bisabuelo, abuelo o padres afectados.

«El diagnóstico no fue sencillo. Los primeros síntomas que tenía Ana Belén, no los asociamos ni nosotros ni nadie a esta enfermedad: unos pequeños signos en la garganta. Ella notaba que no tragaba bien y después empezó a perder voz», cuenta Montse. Su hermana, al igual que la popu-



Montse Pérez es cuidadora de su hermana Ana Belén, paciente de Huntington. MIGUEL VILLAR

lar cantante con la que comparte nombre, también «tenía un vozarrón». Se dieron varios diagnósticos, «pero los médicos no acaban de encontrar nada en concreto». Hasta que en el 2021, Ana Belén empezó a sufrir temblores. «Ahí me acordé de mi abuela, que también los tenía, pero de aquella le decían que eran «nervios». Llevó una vida normal, crio a sus hijos, le dio de mayor. Falleció sin saber qué tenía», confiesa Montse.

Cuando recibió el diagnóstico, Ana Belén tenía 40 años y «se negaba a admitir que estaba enferma». Hasta que un año después, se contagió de coronavirus y Montse presionó para llevarla al hospital. «Vieron que no paraba quieta en la camilla, que tenía

movimientos involuntarios. Investigaron si había más familiares que cursasen con los mismos síntomas, le hicieron un estudio completo hasta que el test genético ya determinó que era Huntington».

Define ese primer contacto con la enfermedad como «muy duro, porque la falta de información es horrible, no sabes ni cómo puedes ayudar». Ana Belén vivía en Madrid y su hermana le pidió que se viniese para Galicia. «Somos de Ourense, del concello de Cartelle, pero nos trasladamos a la ciudad porque ella aún es capaz de dar algún paseo con dificultades, la voy acompañando yo». El diagnóstico se basa en un análisis genético del ADN que deter-

mina el número de repeticiones CAG del gen de Huntington y detecta la mutación de la enfermedad. En él se pueden diferenciar cuatro resultados: si existen menos de 27 repeticiones CAG, significa que es una persona totalmente sana, sin ninguna posibilidad de desarrollar o transmitir la enfermedad; entre 27 y 35 repeticiones, hay riesgo de que el número aumente a través de sus descendientes en generaciones futuras; entre 36 y 39 hay posibilidad de que se desarrolle a una edad avanzada o que incluso no llegue a hacerlo; y por encima de 39, el gen es anormal y se padecerá la enfermedad si la persona portadora vive lo suficiente para desarrollar síntomas. «Ana Belén

tiene un número alto de repeticiones», indica Montse. Actualmente sus síntomas se concentran en el movimiento, el sistema nervioso esquelético y el ámbito psicológico. «La llevo al fisioterapeuta y sale mucho, que le viene de maravilla. Lo que más le fascina es la moda e ir de tiendas. En esos momentos, hasta creo que mejora en movilidad. Aunque abordar la dimensión psicológica, de momento no lo permite. Y una de las cosas que he aprendido es que hay que respetar sus decisiones», amplía.

A medida que la enfermedad avanza, las capacidades cognitivas también resultan dañadas. La memoria, la capacidad de tomar decisiones y el lenguaje, se acaban perdiendo. Cuando progresa, también se presentan alteraciones psiquiátricas que menoscaban de forma importante la salud de los pacientes. Todo esto implica que los afectados terminan siendo totalmente incapaces de realizar las actividades más básicas de su día a día.

SIN CURA

«Es una enfermedad incurable que acorta la expectativa de vida de los que la padecen», avanza Álvaro Sánchez, coordinador del Grupo de Estudio de Trastornos del Movimiento de la Sociedad Española de Neurología (SEN). «A nivel tratamiento, lo hay para controlar los síntomas y la corea, los movimientos involuntarios», añade el experto. Los no farmacológicos pueden mejorar tanto los síntomas físicos como los psicológicos de la enfermedad. Sánchez menciona que «se están empezando a estudiar fármacos para intentar corregir las alteraciones genéticas, tanto a través de la terapia génica como los oligonucleótidos antisentido». La terapia antisentido consiste en bloquear la acción de determinados genes y para ello se vale de los oligonucleótidos antisentido (ASO): fragmentos simples de ADN que se introducen en las células y evitan la codificación de proteínas.

A día de hoy, ya hay fármacos en el mercado basados en esta terapia, como el aprobado para el abordaje de la atrofia muscular. En el campo del Huntington, llevan varios años siendo investigados. La idea es que se unan directamente a la secuencia de ADN dañada y bloqueen la producción tanto del ARNm como de la proteína. «Hay esperanza de que, en algún momento, se pueda modificar el curso de la enfermedad con este tipo de abordajes que van dirigidos a las alteraciones genéticas y las proteínas dentro de la célula», concluye el neurólogo.

UNA POSIBILIDAD QUE ESTÁ AHÍ

Todas las personas con enfermedad de Huntington tienen un 50 % de probabilidades de transmitirla en herencia a sus hijos. Es más, aquellas que no la padecen, pero tienen más de 27 repeticiones en el gen CAG, tienen cierto riesgo de transmitirla a su descendencia. La patología no se salta ninguna generación, pero los síntomas sí pueden retrasarse o incluso no aparecer dependiendo de ese número de repeticiones. Si existen pocas, puede parecer que la enfermedad no se ha transmitido.

Montse tiene posibilidad de saber, al igual que su hermana, si es portadora de la mutación que desarrolla la patología. «Decidí, de momento, no hacerme la prueba. Más que nada, porque es centrar el miedo en una dolencia cuando las hay muchas peores. Quien me dice a mí que no soy propensa a un cáncer muy grave que es peor que el Huntington? La verdad, no sé cómo reaccionaría si me dan un positivo, no sé si estoy preparada para recibir esa información», asegura.

«El hecho de poder explicar a alguien que va a padecer una enfermedad degenerativa cuando es una persona totalmente sana, libre de síntomas, supone todo un reto. Tomar esa decisión y convivir con ese nivel de certeza es algo bastante complejo», reflexiona el neuropsicólogo Martínez-Horta.

La vida de Montse ya ha dado un giro de 180 grados. «Cuando estaba trabajando, sufría porque sabía que no estaba ayudando a mi hermana como debería. Es verdad que no estaba tan mal como ahora, pero ya se sabía que la progresión iba a ir a más. Mi vida ha cambiado, tuve que dejar de trabajar, aspiro a volver, pero ahora mismo prefiero dedicarle el tiempo a ella. Creo que es lo mejor que pude hacer». Si tiene una petición clara: «Cuando exista un paciente diagnosticado con esta enfermedad, el sistema debe ofertar alternativas, que no exista el peregrinaje, porque muchas veces ni los cuidadores sabemos qué va a pasar».

Síndrome de Tourette: así es vivir con más de cien tics a diario P. 6



Síndrome de Tourette: «Vivo con más de 100 tics diarios»

► Alicia los sufre desde los 3 años. Al dolor que le causan se sumó el acoso. En la ESO pensó varias veces en suicidarse

Belén Tobalina. MADRID

Nadie diría cuando está bajo el agua que Alicia González Mayoral sufre el síndrome de Tourette, un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por los tics motores y fónicos persistentes y cambiantes en el tiempo.

En su caso los tics empezaron cuando tenía tan solo tres años.

Dos años después recibió el diagnóstico. No recuerda cómo es vivir sin ellos.

«Si echo la vista atrás me recuerdo siempre con tics nerviosos que causan dolor. Me han ido cambiando a lo largo de la vida. De pequeña tenía muchos. Con 9 años me costaba hasta mantener una conversación fluida por culpa de los tics».

En el caso de Alicia son tics vo-

cales (sonidos, palabras, carraspeo) y motores. Así, «repito palabras y emito gritos y toses cuando me estreso mucho. En cuanto a los tics motores, estos van desde movimientos en piernas como si me fuera a caer hasta tics en hombros como un movimiento seco hacia adelante. También aprieto la tripa y eso me provoca flato, gases, dolores y cuando me tumbo el tic que más me sale es el del cuello, que consiste en echar la cabeza hacia adelante o hacia los lados. Este me causa mucho dolor y también jaquecas», explica.

«Hay días que tienes más tics y otros que tienes menos y muchos días no me doy ni cuenta de que estoy teniendo tics. No sabría decirte un número, pero tengo más de 100 al día seguro, de 100 y de 200 porque desde que me levanto hasta que me acuesto convivo con tics. Unos son más notorios y otros no», reconoce esta joven de 26 años.

Alicia ha aprendido a gestionarlos. A costa, eso sí, de mucho dolor. En la adolescencia suele ser, según cuenta, «la peor etapa». Al dolor de los tics y la inseguridad de no solo sentirse sino verse diferente se sumó el acoso.

«El síndrome de Tourette influye en tu día a día. Por culpa de este trastorno he sufrido muchísimo acoso escolar. Era la diferente, la que llamaba la atención, no era como un niño con cojera. Se cebaron conmigo. Estuve en cinco colegios y en tres de ellos me hicieron bullying y en el último algún profesor metió la pata. Había momentos en los que me trataban mal y eso normalizaba, en parte, el acoso que yo sufría porque si un referente te trata mal los menores lo normalizan».

Así, en 3º y 4º de la ESO Alicia vivió situaciones en el colegio por las que nadie tendría que pasar, máxime si se tiene un carné que reconoce tu discapacidad. Recuerda a una profesora que les hizo hacer un ejercicio empresarial y, «sabiendo que tengo este síndrome, delante de toda mi clase me dijo que si durante la entrevista de prueba tenía algún tic me suspendería. Esto dicho delante de unos 25 alumnos, «y solo tres eran amigos. El resto se reían de mí».

Alicia superó la prueba. «Entré en pánico y controlé tanto los tics que lo hice perfectamente. Pero al llegar a casa me dio un ataque».

Luego «otra profesora del mis-

mo colegio me sacó del aula porque me dijo que no se concentraba con mis tics... Imagina si me hacían eso los profesores, pues mis compañeros de 15 años...».

En otra ocasión, Alicia tenía que hacer un trabajo de clase con otra compañera que había que exponer. Acordaron entre ellas que solo expondría la compañera y que el trabajo lo harían entre las dos. «Pero la profesora me dijo que me iba a suspender si no exponía. La verdad es que he pasado un infierno tal que no sé ni cómo sigo aquí», reconoce Alicia que si en 3º y 4º tenía tres amigos, en 1º y 2º ni eso. «No tenía ninguno», reconoce.

Y pese a lo relatado, Alicia asegura que en ese colegio intentaron enderezar la situación. Incluso algunos compañeros a día de hoy se han disculpado con ella por lo que hicieron entonces tanto en privado como en redes sociales.

«Estuve en cinco colegios, en tres me hicieron bullying y algún profesor metió la pata»

«Este trastorno influye mucho en tu día a día. En clase era la diferente, la que llamaba la atención»

Por suerte, pudieron disculparse porque Alicia pensó varias veces en suicidarse «y también lo intenté. Me acordé de mi madre y en una ocasión que lo tenía claro recibí una llamada de una amiga. Esa llamada me salvó...», recuerda la joven que llegó a pedir a su madre que acabara con su vida.

«El síndrome de Tourette es muy grave, influye mucho en tu día a día. Pero conforme vamos creciendo los tics suelen ir disminuyendo porque el sistema hormonal influye mucho», explica. Por eso y porque Alicia ha aprendido a gestionar los nervios y el estrés, mediante la concentración, el ejercicio, realizando actividades que le gustan como la pintura, etcétera. Pero eso no quita que cuando tiene que salir de casa e ir en metro, al ver mucha gente, haber ruido, etcétera todos estos estímulos le alteren mucho.

Algo que no le pasa en la piscina. Da clases de matronatación y de primera infancia. «Mi medio de trabajo me sirve para descargar. Además, me llevo muy bien con mi compañera de trabajo. Todo ayuda», reconoce.



Alicia González da visibilidad a este trastorno neurológico y al bullying en Instagram (alicia_gonma)

Mito de los insultos

► El síndrome de Tourette se suele asociar erróneamente a decir insultos. Pero la coprolalia solo se presenta en aproximadamente el 10% de los pacientes, según la Sociedad Española de Neurología (SEN).

► Los tics motores suelen ser el primer síntoma y afectan sobre todo a áreas de la cara, cuello, hombros. Los tics fónicos tienen un inicio más tardío y los más frecuentes son aclaramiento de garganta, olfateo, tos o chirridos.

► Es un trastorno del neurodesarrollo, pero no un trastorno neuropsiquiátrico. Lo que pasa es que el 90% de pacientes presenta también ansiedad, TDAH y TOC, según la misma sociedad médica.



SILVIA C. CARPALLO Madrid

La aprobación de nuevos medicamentos que podrían cambiar la realidad de muchos pacientes tempranos de Alzheimer abre muchas esperanzas, pero también muchas preguntas. Y es que los expertos aún no saben qué reformas son necesarias en el propio sistema sanitario para adaptarse a la revolución que, en realidad, aún está por llegar.

Esta, entre otras ideas, son las que se pusieron de manifiesto en el Congreso de los Diputados, en la presentación del informe *Un nuevo escenario en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del Alzheimer: propuestas para preparar el Sistema Nacional de Salud de la Fundación Pasqual Maragall*. Este documento, elaborado a partir del consenso de más de 40 expertos y varias organizaciones del ámbito científico y clínico, identifica retos y numerosas oportunidades que fueron debatidas entre representantes del Gobierno y expertos en Alzheimer.

Así, Arcadi Navarro, director de la Fundación Pasqual Maragall, resumía en cinco puntos clave las necesidades de futuro: la mejora de la prevención de la salud cerebral, la mejora del diagnóstico temprano, la preparación para el uso adecuado de los nuevos tratamientos, un modelo de atención sanitaria que integre la parte social y una mayor equidad social y residencial.

PERCEPCIÓN SOCIAL

"El Alzheimer ya es la segunda enfermedad que más preocupa a los españoles después del cáncer, dos de cada tres personas dicen tener un contacto directo con un paciente y el coste anual por paciente asciende a 42.000 euros, casi 90.000 en los casos más graves, y la realidad es

La aprobación de nuevos medicamentos contra el Alzheimer genera esperanza y plantea desafíos para el sistema sanitario

¿Estamos preparados para la llegada de nuevas terapias?



Arcadi Navarro, director de la Fundación Pasqual Maragall, en la jornada celebrada en el Congreso de los Diputados.

que las familias asumen más del 85% de mismo", exponía Arcadi Navarro.

En este sentido, Javier Padilla, secretario de estado de Sanidad en el Ministerio de Sanidad, insistía en que el primer paso en la revolución del Alzheimer pasa por reducir los casos apostando por la prevención, y es que, igual que la población tiene clara la importancia de cuidar su salud cardiovascular, debe

Diagnóstico precoz y financiación serán claves en un escenario innovador y complejo

empezar a cuidar su salud cerebral. Asimismo, por parte de la Administración, es necesario aprender de experiencias pasadas para buscar nuevos esquemas de financiación para resolver la incertidumbre ante los nuevos tratamientos. Así remarcaba: "Más allá de lo que ocurra en el estado del olvido, lo importante es que el Estado no se olvide de nosotros".

NUEVOS PLANES

A esta idea se sumaba la presidenta del Congreso de los Diputados, Francina Armengol. "Es una obligación estatal diseñar nuevos planes. Los avances científicos solo tienen sentido si mejoran la

vida de las personas y sus familias, y por ello necesitamos una respuesta al Alzheimer colectiva basada en la prevención, la investigación y unas políticas públicas dignas y equitativas".

GRANDES PROBLEMAS EN EL DIAGNÓSTICO

Si bien el foco de la sesión se ponía en la llegada de los nuevos tratamientos, los expertos que participaban presentaban otra realidad, y es que a día de hoy la principal barrera siguen siendo los diagnósticos.

Como exponía Pascual Sánchez-Juan, secretario de la Sociedad Española de Neurología, "actualmente nos equivocamos en el 30% de los diagnósticos". El motivo es que muchas veces no se realizan todas las pruebas necesarias debido a la complicación logística de las mismas. Pero también porque los propios profesionales, en ocasiones, no profundizaban en estos casos, precisamente por la falta de posibles tratamientos. Algo que también está por cambiar.

Es la segunda enfermedad que más preocupa después del cáncer

Y es que como señalaba a su vez Pablo Villoslada, director del Servicio de Neurología del Hospital del Mar de Barcelona, gracias a los nuevos biomarcadores, ahora con un simple análisis de sangre se podrá tener resultados conclusivos en semanas, para lo que antes eran meses de espera para los pacientes.

No obstante, a estas ideas, Araceli Garrido, del Grupo de Neurología de la de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Semfyc) agregaba que desde la Atención Primaria, que es la puerta de entrada al sistema, la mayor formación e información de los pacientes ha provocado que pacientes y familiares consulten antes, por síntomas menores, lo que puede ayudar a lograr diagnósticos precoces, siempre y cuando haya profesionales capaces de discriminar esa demanda y de recordar igualmente que hay otras muchas demencias, que no son Alzheimer, para las cuales, por cierto, aún no hay tratamientos disponibles.



Javier Padilla.



SILVIA C. CARPALLO Madrid

La aprobación de nuevos medicamentos que podrían cambiar la realidad de muchos pacientes tempranos de Alzheimer abre muchas esperanzas, pero también muchas preguntas. Y es que los expertos aún no saben qué reformas son necesarias en el propio sistema sanitario para adaptarse a la revolución que, en realidad, aún está por llegar.

Esta, entre otras ideas, son las que se pusieron de manifiesto en el Congreso de los Diputados, en la presentación del informe *Un nuevo escenario en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del Alzheimer: propuestas para preparar el Sistema Nacional de Salud* de la Fundación Pasqual Maragall. Este documento, elaborado a partir del consenso de más de 40 expertos y varias organizaciones del ámbito científico y clínico, identifica retos y numerosas oportunidades que fueron debatidas entre representantes del Gobierno y expertos en Alzheimer.

Así, Arcadi Navarro, director de la Fundación Pasqual Maragall, resumía en cinco puntos clave las necesidades de futuro: la mejora de la prevención de la salud cerebral, la mejora del diagnóstico temprano, la preparación para el uso adecuado de los nuevos tratamientos, un modelo de atención sanitaria que integre la parte social y una mayor equidad social y residencial.

PERCEPCIÓN SOCIAL
"El Alzheimer ya es la segunda enfermedad que más preocupa a los españoles después del cáncer, dos de cada tres personas dicen tener un contacto directo con un paciente y el coste anual por paciente asciende a 42.000 euros, casi 90.000 en los casos más graves, y la realidad es

La aprobación de nuevos medicamentos contra el Alzheimer genera esperanza y plantea desafíos para el sistema sanitario

¿Estamos preparados para la llegada de nuevas terapias?



Arcadi Navarro, director de la Fundación Pasqual Maragall, en la jornada celebrada en el Congreso de los Diputados.

que las familias asumen más del 85% de mismo", exponía Arcadi Navarro.

En este sentido, Javier Padilla, secretario de estado de Sanidad en el Ministerio de Sanidad, insistía en que el primer paso en la revolución del Alzheimer pasa por reducir los casos apostando por la prevención, y es que, igual que la población tiene clara la importancia de cuidar su salud cardiovascular, debe

Diagnóstico precoz y financiación serán claves en un escenario innovador y complejo

empezar a cuidar su salud cerebral. Asimismo, por parte de la Administración, es necesario aprender de experiencias pasadas para buscar nuevos esquemas de financiación para resolver la incertidumbre ante los nuevos tratamientos. Así remarcaba: "Más allá de lo que ocurra en el estado del olvido, lo importante es que el Estado no se olvide de nosotros".

NUEVOS PLANES

A esta idea se sumaba la presidenta del Congreso de los Diputados, Francina Armengol. "Es una obligación estatal diseñar nuevos planes. Los avances científicos solo tienen sentido si mejoran la

vida de las personas y sus familias, y por ello necesitamos una respuesta al Alzheimer colectiva basada en la prevención, la investigación y unas políticas públicas dignas y equitativas".

GRANDES PROBLEMAS EN EL DIAGNÓSTICO

Si bien el foco de la sesión se ponía en la llegada de los nuevos tratamientos, los expertos que participaban presentaban otra realidad, y es que a día de hoy la principal barrera siguen siendo los diagnósticos.

Como exponía Pascual Sánchez-Juan, secretario de la Sociedad Española de Neurología, "actualmente nos equivocamos en el 30% de los diagnósticos". El motivo es que muchas veces no se realizan todas las pruebas necesarias debido a la complicación logística de las mismas. Pero también porque los propios profesionales, en ocasiones, no profundizaban en estos casos, precisamente por la falta de posibles tratamientos. Algo que también está por cambiar.

Es la segunda enfermedad que más preocupa después del cáncer

Y es que como señalaba a su vez Pablo Villoslada, director del Servicio de Neurología del Hospital del Mar de Barcelona, gracias a los nuevos biomarcadores, ahora con un simple análisis de sangre se podrá tener resultados conclusivos en semanas, para lo que antes eran meses de espera para los pacientes.

No obstante, a estas ideas, Araceli Garrido, del Grupo de Neurología de la de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Semfyc) agregaba que desde la Atención Primaria, que es la puerta de entrada al sistema, la mayor formación e información de los pacientes ha provocado que pacientes y familiares consulten antes, por síntomas menores, lo que puede ayudar a lograr diagnósticos precoces, siempre y cuando haya profesionales capaces de discriminar esa demanda y de recordar igualmente que hay otras muchas demencias, que no son Alzheimer, para las cuales, por cierto, aún no hay tratamientos disponibles.



Javier Padilla.



Hay 500.000 españoles con epilepsia; es más frecuente en vulnerables

DIARIO DE AVISOS

Santa Cruz de Tenerife

La epilepsia es una enfermedad neurológica que afecta a más de 500.000 personas en España y a 50 millones en todo el mundo y presenta una alta morbilidad, el deterioro en la calidad de vida y el estigma social que aún conlleva esta enfermedad. Cada año se diagnostican unos 20.000 nuevos casos en España, es decir, unos 40 nuevos casos por cada 100.000 habitantes, según la Sociedad Española de Neurología.

La Organización Mundial de la Salud estima que una de cada diez personas sufrirá una crisis epiléptica a lo largo de su vida y se estima que las crisis epilépticas suponen hasta el 1% de las consultas en los servicios de urgencias. La enfermedad se define por haber padecido dos o más convulsiones no provocadas, por tener predisposición a la aparición de crisis epilépticas. Después de haber padecido una única crisis no provocada, el riesgo de presentar otra crisis es del 40-50%.

En el Día Internacional de la Epilepsia, la Sociedad Española de Neurología señala que "existen muchas causas estructurales, genéticas, infecciosas, metabólicas o inmunológicas que pueden conducir a la epilepsia, pero en el 50% de los casos en todo el mundo aún son desconocidas sus causas".

Hay una gran diferencia en la incidencia de la enfermedad según el nivel socioeconómico. En España, por ejemplo, la incidencia de la epilepsia es 2,3 veces más frecuente en las personas más desfavorecidas, y es una muestra clara de que se trata de una enfermedad que se puede prevenir, al menos, en el 30% de los casos. Existe todavía un 30% de los pacientes que no responden adecuadamente a los fármacos.



9 Febrero, 2026

Día internacional de la enfermedad

Cuando Bruno, de 13 años, sufrió su primera crisis epiléptica, hace apenas quince días, sus padres se llevaron el susto de sus vidas. «¿Quién lo deja solo ahora?», se preguntan, angustiados. Una de cada diez personas sufrirá una crisis epiléptica a lo largo de su vida. Hoy se conmemora el Día Internacional de este trastorno

Cuando la epilepsia irrumpe en la vida, siempre sin avisar

RAFA LÓPEZ

Vigo

F.B.H.



Bruno Campos, de 13 años, fotografiado con su madre, Flor Borrás.

El pasado 24 de enero, Íñigo Campos, padre de tres chavales, está en su casa de Baiona cuando le avisa de su hijo mediano, Iñaki: «Papá, algo va mal abajo». Baja las escaleras pensando que se trata del perro, pero se encuentra a su hijo menor, Bruno, de 13 años, inerte y con regueros de saliva y sangre saliendo de su boca. «Convulsionó y se desvaneció. Tardó en recuperar la conciencia unos 5 minutos y en reaccionar entre 10 y 15», cuenta desde el hospital, a donde llevó al niño en coche con la ayuda de su mujer, Flor Borrás, evitando que se quede dormido por el camino. «Ha sido el susto de nuestras vidas. ¿Quién lo deja solo ahora?».

La angustia de los padres es

más que comprensible ante la primera crisis epiléptica de su hijo. Todo es incertidumbre. Como precisa la Sociedad Española de Neurología (SEN) en una nota, «padecer una única convulsión no significa padecer epilepsia, ya que la enfermedad se define por haber padecido dos o más convulsiones no provocadas, es decir, por tener predisposición a la aparición de crisis epilépticas. Después de haber padecido una única crisis no provocada, el riesgo de presentar otra crisis y, por lo tanto, de padecer epilepsia, es del 40-52%».

Aunque Bruno solo ha tenido una crisis con convulsiones, que sepan sus padres —no descartan que hubiera podido tener alguna

«Es más común de lo que creemos y tiene un buen control en la mayoría de los casos», señala José M^a Prieto

otra por la noche y que pasara inadvertida—, ha comenzado el tratamiento de inmediato. La prueba con privación de sueño que le hicieron tres días después mostró una actividad eléctrica cerebral anómala, lo que sugiere que no se trató de un episodio aislado.

La epilepsia afecta a cerca de 500.000 personas en España, unas

27.000 en Galicia. La incidencia de epilepsia activa —es decir, con crisis continuas o necesidad de tratamiento— se sitúa entre 4 y 10 personas por cada 1.000 habitantes.

«Es un problema más común de lo que creemos y tiene un buen control en la mayoría de los casos», señala a FARO José María Prieto, presidente de la Sociedad Gallega de Neurología. Así lo reflejan los datos de la SEN: una de cada diez personas sufrirá una crisis epiléptica a lo largo de su vida. La buena noticia es que más del 70 por ciento de las personas con epilepsia llevan una vida normal si reciben un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado.

Resistencia a los fármacos

Sin embargo, un 30% de los pacientes son farmacorresistentes, no responden adecuadamente a los fármacos. «Es sobre todo en este grupo de personas en el que la enfermedad muestra su auténtica gravedad: las personas con epilepsia presentan un riesgo de muerte prematura hasta tres veces mayor que el de la población general y comorbilidades como ansiedad, depresión, trastornos cognitivos, cefaleas, enfermedades cardiovasculares y endocrino-metabólicas, muy habituales entre los pacientes con epilepsia», destaca Manuel Toledo, coordinador del Grupo de Estudio de Epilepsia de la SEN.

Galicia cuenta con uno de los centros de referencia para el tratamiento de las formas resistentes de epilepsia, los llamados centros CSUR. Está en el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS). José María Prieto, jefe del Servicio de Neurología del CHUS, destaca los avances en el tratamiento de estas epilepsias refractarias. «Hay varias técnicas de neurocirugía y todas tienen el mismo objetivo, aislar la lesión que produce la epilepsia o el foco de descarga. Se puede hacer extirpando la propia lesión (mediante cirugía convencional, por termocoagulación...) o aislando la lesión. La primera técnica es la lesionectomía (quitar la cicatriz, si existiera); la segunda técnica consiste en aislar la zona epileptógena cortando, digamos, el 'cableado' que está por debajo», detalla.

Menciona también la callosotomía, una técnica quirúrgica más agresiva que aísla los hemisferios cerebrales; y los «marcapasos» vagales, electrodos con una pila colocados bajo la piel, y que mediante una determinada frecuencia de descarga reducen significativamente el número de crisis. «Es una técnica menos invasiva que utilizamos bastante», añade.

Ante una crisis epiléptica hay que retirar objetos cercanos contra los que pueda golpearse la persona y amortiguar su cabeza con una

prenda doblada. No hay que intervenir en la boca: no existe riesgo de que se trague la lengua, pero sí de que se la muerda —como le ocurrió al pequeño Bruno—. Una vez finalicen la rigidez o las convulsiones, se recomienda situar a la persona en posición lateral de seguridad para facilitar la respiración y eludir el riesgo de aspiración de saliva o vómitos. Conviene también cronometrar el tiempo de la crisis y pedir ayuda médica, sobre todo si es la primera crisis, dura más de dos minutos, se producen varias seguidas sin recuperación o la persona resulta herida. «Con un diagnóstico correcto y un seguimiento médico adecuado, la mayoría de los niños y adultos con epilepsia llevan una vida plena y activa», señala Ángel Aledo, epileptólogo del Hospital Blua Sanitas Valdebebas (Madrid), autor de estos consejos.

Los nuevos casos de este trastorno se dan principalmente en niños y en mayores de 65 años

Aledo señala que los nuevos casos se dan principalmente en niños y en mayores de 65 años. Sabemos que el cerebro de los niños está en plena formación, y en el caso de los mayores de 65 años, José María Prieto apunta a «causas tóxicas», como el alcoholismo o el consumo de otras drogas, como la cocaína. Algunos fármacos pueden facilitar la aparición de crisis, y «un paciente mayor que tiene pequeños infartos cerebrales corticales puede presentar cicatrices que generen crisis epilépticas», precisa. Otras causas son los traumatismos cerebrales y factores genéticos, lo que no implica que este trastorno sea hereditario. Con todo, en la mitad de los casos la causa es desconocida.

El neurólogo de Lamosa (Covelo) destaca que hoy existen fármacos sin efectos secundarios sedativos que controlan la epilepsia al 100%. Añade que la calidad de vida, en un porcentaje muy alto de pacientes, «es la misma que la de una persona sana, solo que tiene que tomar un medicamento, además de evitar la privación de sueño y no practicar actividades de riesgo (submarinismo o escalada, por ejemplo)». Y no siempre hay que tomar fármacos de por vida: «A partir de un determinado momento de tratamiento, si el paciente no tiene lesiones cerebrales estructurales, permanece sin crisis durante un tiempo que suele ser entre 3 y 5 años y presenta un electroencefalograma normal, se debe plantear con él la posibilidad de retirar los», concluye José M^a Prieto. ■

9 Febrero, 2026



Día internacional de la enfermedad

Cuando Bruno, de 13 años, sufrió su primera crisis epiléptica, hace apenas quince días, sus padres se llevaron el susto de sus vidas. «¿Quién lo deja solo ahora?», se preguntan, angustiados. Una de cada diez personas sufrirá una crisis epiléptica a lo largo de su vida. Hoy se conmemora el Día Internacional de este trastorno.

Cuando la epilepsia irrumpe en la vida, siempre sin avisar

RAFA LÓPEZ

Vigo

F.B.H.



Bruno Campos, de 13 años, fotografiado con su madre, Flor Borrás.

El pasado 24 de enero, Íñigo Campos, padre de tres chavales, está en su casa de Baiona cuando le avisa su hijo mediano, Íñaki: «Papá, algo va mal abajo». Baja las escaleras pensando que se trata del perro, pero se encuentra a su hijo menor, Bruno, de 13 años, inerte y con regueros de saliva y sangre saliendo de su boca. «Convulsión y se desvaneció. Tardó en recuperar la conciencia unos 5 minutos y en reaccionar entre 10 y 15», cuenta desde el hospital, a donde llevó al niño en coche con la ayuda de su mujer, Flor Borrás, evitando que se quedara dormido por el camino. «Ha sido el susto de nuestras vidas. ¿Quién lo deja solo ahora?».

La angustia de los padres es más que comprensible ante la primera crisis epiléptica de su hijo. Todo es incertidumbre. Como precisa la Sociedad Española de Neurología (SEN) en una nota, «padecer una única convulsión no significa padecer epilepsia, ya que la enfermedad se define por haber padecido dos o más convulsiones no provocadas, es decir, por tener predisposición a la aparición de crisis epilépticas. Después de haber padecido una única crisis no provocada, el riesgo de presentar otra crisis y, por lo tanto, de padecer epilepsia, es del 40-52%». Aunque Bruno solo ha tenido una crisis con convulsiones, que sepan sus padres —no descartan que hu-

«Es más común de lo que creemos y tiene un buen control en la mayoría de los casos», señala José M^a Prieto

biera podido tener alguna otra por la noche y que pasara inadvertida—, ha comenzado el tratamiento de inmediato. La prueba con privación de sueño que le hicieron tres días después mostró una actividad eléctrica cerebral anómala, lo que sugiere que no se trató de un episodio aislado.

La epilepsia afecta a cerca de 500.000 personas en España,

unas 27.000 en Galicia. La incidencia de epilepsia activa —es decir, con crisis continuas o necesidad de tratamiento— se sitúa entre 4 y 10 personas por cada 1.000 habitantes.

«Es un problema más común de lo que creemos y tiene un buen control en la mayoría de los casos», señala José María Prieto, presidente de la Sociedad Gallega de Neurología. Así lo reflejan los datos de la SEN: una de cada diez personas sufrirá una crisis epiléptica a lo largo de su vida. La buena noticia es que más del 70 por ciento de las personas con epilepsia llevan una vida normal si reciben un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado.

Resistencia a los fármacos

Sin embargo, un 30% de los pacientes son farmacoresistentes, no responden adecuadamente a los fármacos. «Es sobre todo en este grupo de personas en el que la enfermedad muestra su auténtica gravedad: las personas con epilepsia presentan un riesgo de muerte prematura hasta tres veces mayor que el de la población general y comorbilidades como ansiedad, depresión, trastornos cognitivos, cefaleas, enfermedades cardiovasculares y endocrino-metabólicas, muy habituales entre los pacientes con epilepsia», destaca Manuel Toledo, coordinador del Grupo de Estudio de Epilepsia de la SEN.

Galicia cuenta con uno de los centros de referencia para el tratamiento de las formas resistentes de epilepsia, los llamados centros CSUR. Está en el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS). José María Prieto, jefe del Servicio de Neurología del CHUS, destaca los avances en el tratamiento de estas epilepsias refractarias. «Hay varias técnicas de neurocirugía y todas tienen el mismo objetivo, aislar la lesión que produce la epilepsia o el foco de descarga. Se puede hacer extirpando la propia lesión (mediante cirugía convencional, por termocoagulación...) o aislando la lesión. La primera técnica es la lesionectomía (quitar la cicatriz, si existiera); la segunda técnica consiste en aislar la zona epileptógena cortando, digamos, el 'cableado' que está por debajo», detalla.

Menciona también la callosotomía, una técnica quirúrgica más agresiva que aísla los hemisferios cerebrales; y los «marcapasos» vagales, electrodos con una pila colocados bajo la piel, y que mediante una determinada frecuencia de descarga reducen significativamente el número de crisis. «Es una técnica menos invasiva que utilizamos bastante», añade.

Ante una crisis epiléptica hay que retirar objetos cercanos contra los que pueda golpearse la persona y amortiguar su cabeza con una

prenda doblada. No hay que intervenir en la boca: no existe riesgo de que se trague la lengua, pero sí de que se la muerda —como le ocurrió al pequeño Bruno—. Una vez finalicen la rigidez o las convulsiones, se recomienda situar a la persona en posición lateral de seguridad para facilitar la respiración y eludir el riesgo de aspiración de saliva o vómitos. Conviene también cronometrar el tiempo de la crisis y pedir ayuda médica, sobre todo si es la primera crisis, dura más de dos minutos, se producen varias seguidas sin recuperación o la persona resulta herida. «Con un diagnóstico correcto y un seguimiento médico adecuado, la mayoría de los niños y adultos con epilepsia llevan una vida plena y activa», señala Ángel Aledo, epileptólogo del Hospital Blua Sanitas Valdebebas (Madrid), autor de estos consejos.

Los nuevos casos de este trastorno se dan principalmente en niños y en mayores de 65 años

Aledo señala que los nuevos casos se dan principalmente en niños y en mayores de 65 años. Sabemos que el cerebro de los niños está en plena formación, y en el caso de los mayores de 65 años, José María Prieto apunta a «causas tóxicas», como el alcoholismo o el consumo de otras drogas, como la cocaína. Algunos fármacos pueden facilitar la aparición de crisis, y «un paciente mayor que tiene pequeños infartos cerebrales corticales puede presentar cicatrices que generen crisis epilépticas», precisa. Otras causas son los traumatismos cerebrales y factores genéticos, lo que no implica que este trastorno sea hereditario. Con todo, en la mitad de los casos la causa es desconocida.

El neurólogo de Lamosa (Covelo) destaca que hoy existen fármacos sin efectos secundarios sedativos que controlan la epilepsia al 100%. Añade que la calidad de vida, en un porcentaje muy alto de pacientes, «es la misma que la de una persona sana, solo que tiene que tomar un medicamento, además de evitar la privación de sueño y no practicar actividades de riesgo (submarinismo o escalada, por ejemplo)». Y no siempre hay que tomar fármacos de por vida: «A partir de un determinado momento de tratamiento, si el paciente no tiene lesiones cerebrales estructurales, permanece sin crisis durante un tiempo que suele ser entre 3 y 5 años y presenta un electroencefalograma normal, se debe plantear con él la posibilidad de retirarlo», concluye Prieto. ■

9 Febrero, 2026

Día internacional de la enfermedad

Cuando Bruno, de 13 años, sufrió su primera crisis epiléptica, hace apenas quince días, sus padres se llevaron el susto de sus vidas. «¿Quién lo deja solo ahora?», se preguntan. Una de cada diez personas sufrirá una crisis epiléptica a lo largo de su vida. Hoy se conmemora el Día Internacional de este trastorno

Cuando la epilepsia irrumpe en la vida, siempre sin avisar

RAFA LÓPEZ

Vigo

F.B.H.



Bruno Campos, de 13 años, fotografiado con su madre, Flor Borrás.

El pasado 24 de enero, Íñigo Campos, padre de tres chavales, está en su casa de Baiona cuando le avisa de su hijo mediano, Iñaki: «Papá, algo va mal abajo». Baja las escaleras pensando que se trata del perro, pero se encuentra a su hijo menor, Bruno, de 13 años, inerte y con regueros de saliva y sangre saliendo de su boca. «Convulsionó y se desvaneció. Tardó en recuperar la conciencia unos 5 minutos y en reaccionar entre 10 y 15», cuenta desde el hospital, a donde llevó al niño en coche con la ayuda de su mujer, Flor Borrás, evitando que se quede dormido por el camino. «Ha sido el susto de nuestras vidas. ¿Quién lo deja solo ahora?».

La angustia de los padres es

más que comprensible ante la primera crisis epiléptica de su hijo. Todo es incertidumbre. Como precisa la Sociedad Española de Neurología (SEN) en una nota, «padecer una única convulsión no significa padecer epilepsia, ya que la enfermedad se define por haber padecido dos o más convulsiones no provocadas, es decir, por tener predisposición a la aparición de crisis epilépticas. Después de haber padecido una única crisis no provocada, el riesgo de presentar otra crisis y, por lo tanto, de padecer epilepsia, es del 40–52%».

Aunque Bruno solo ha tenido una crisis con convulsiones, que sepan sus padres —no descartan que hubiera podido tener alguna

«Es más común de lo que creemos y tiene un buen control en la mayoría de los casos», señala José M^a Prieto

otra por la noche y que pasara inadvertida—, ha comenzado el tratamiento de inmediato. La prueba con privación de sueño que le hicieron tres días después mostró una actividad eléctrica cerebral anómala, lo que sugiere que no se trató de un episodio aislado.

La epilepsia afecta a cerca de 500.000 personas en España, unas

27.000 en Galicia. La incidencia de epilepsia activa —es decir, con crisis continuas o necesidad de tratamiento— se sitúa entre 4 y 10 personas por cada 1.000 habitantes.

«Es un problema más común de lo que creemos y tiene un buen control en la mayoría de los casos», señala a FARO, del mismo grupo editorial, José María Prieto, presidente de la Sociedad Gallega de Neurología. Así lo reflejan los datos de la SEN: una de cada diez personas sufrirá una crisis epiléptica a lo largo de su vida. La buena noticia es que más del 70 por ciento de las personas con epilepsia llevan una vida normal si reciben un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado.

Resistencia a los fármacos

Sin embargo, un 30% de los pacientes son farmacorresistentes, no responden adecuadamente a los fármacos. «Es sobre todo en este grupo de personas en el que la enfermedad muestra su auténtica gravedad: las personas con epilepsia presentan un riesgo de muerte prematura hasta tres veces mayor que el de la población general y comorbilidades como ansiedad, depresión, trastornos cognitivos, cefaleas, enfermedades cardiovasculares y endocrino-metabólicas, muy habituales entre los pacientes con epilepsia», destaca Manuel Toledo, coordinador del Grupo de Estudio de Epilepsia de la SEN.

Galicia cuenta con uno de los centros de referencia para el tratamiento de las formas resistentes de epilepsia, los llamados centros CSUR. Está en el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS). José María Prieto, jefe del Servicio de Neurología del CHUS, destaca los avances en el tratamiento de estas epilepsias refractarias. «Hay varias técnicas de neurocirugía y todas tienen el mismo objetivo, aislar la lesión que produce la epilepsia o el foco de descarga. Se puede hacer extirpando la propia lesión (mediante cirugía convencional, por termocoagulación...) o aislando la lesión. La primera técnica es la lesionectomía (quitar la cicatriz, si existiera); la segunda técnica consiste en aislar la zona epileptógena cortando, digamos, el 'cableado' que está por debajo», detalla.

Menciona también la callosotomía, una técnica quirúrgica más agresiva que aísla los hemisferios cerebrales; y los «marcapasos» vagales, electrodos con una pila colocados bajo la piel, y que mediante una determinada frecuencia de descarga reducen significativamente el número de crisis. «Es una técnica menos invasiva que utilizamos bastante», añade.

Ante una crisis epiléptica hay que retirar objetos cercanos contra los que pueda golpearse la persona y amortiguar su cabeza con una

prenda doblada. No hay que intervenir en la boca: no existe riesgo de que se trague la lengua, pero sí de que se la muerda —como le ocurrió al pequeño Bruno—. Una vez finalicen la rigidez o las convulsiones, se recomienda situar a la persona en posición lateral de seguridad para facilitar la respiración y eludir el riesgo de aspiración de saliva o vómitos. Conviene también cronometrar el tiempo de la crisis y pedir ayuda médica, sobre todo si es la primera crisis, dura más de dos minutos, se producen varias seguidas sin recuperación o la persona resulta herida. «Con un diagnóstico correcto y un seguimiento médico adecuado, la mayoría de los niños y adultos con epilepsia llevan una vida plena y activa», señala Ángel Aledo, epileptólogo del Hospital Blua Sanitas Valdebebas (Madrid), autor de estos consejos.

Los nuevos casos de este trastorno se dan principalmente en niños y en mayores de 65 años

Aledo señala que los nuevos casos se dan principalmente en niños y en mayores de 65 años. Sabemos que el cerebro de los niños está en plena formación, y en el caso de los mayores de 65 años, José María Prieto apunta a «causas tóxicas», como el alcoholismo o el consumo de otras drogas, como la cocaína. Algunos fármacos pueden facilitar la aparición de crisis, y «un paciente mayor que tiene pequeños infartos cerebrales corticales puede presentar cicatrices que generen crisis epilépticas», precisa. Otras causas son los traumatismos cerebrales y factores genéticos, lo que no implica que este trastorno sea hereditario. Con todo, en la mitad de los casos la causa es desconocida.

El neurólogo de Lamosa (Covelo) destaca que hoy existen fármacos sin efectos secundarios sedativos que controlan la epilepsia al 100%. Añade que la calidad de vida, en un porcentaje muy alto de pacientes, «es la misma que la de una persona sana, solo que tiene que tomar un medicamento, además de evitar la privación de sueño y no practicar actividades de riesgo (submarinismo o escalada, por ejemplo)». Y no siempre hay que tomar fármacos de por vida: «A partir de un determinado momento de tratamiento, si el paciente no tiene lesiones cerebrales estructurales, permanece sin crisis durante un tiempo que suele ser entre 3 y 5 años y presenta un electroencefalograma normal, se debe plantear con él la posibilidad de retirar los», concluye José M^a Prieto. ■



10 Febrero, 2026

Un estudio concluye que el café puede reducir el riesgo de demencia

JESSICA MOUZO
Barcelona

Hay salud en un par de tazas de café al día. Aunque la ciencia todavía está intentando afinar exactamente la dimensión de su beneficio para el organismo, se sabe que compuestos bioactivos presentes en esa bebida, como la cafeína, pueden ayudar a reducir el estrés oxidativo y la neuroinflamación. ¿Y en qué se traduce eso? Hay estudios que ya han apuntado a que

el consumo moderado de café tiene efectos positivos a nivel cardiovascular o metabólico y también es neuroprotector. Para sumar más evidencia, una nueva investigación, publicada ayer en la revista *Jama*, avala también que el café puede ser una pieza clave para la salud cognitiva: el estudio sugiere que su ingesta puede ayudar a reducir el riesgo de demencia.

Esta nueva investigación, que analizó los hábitos y la salud de cerca de 132.000 personas durante

varias décadas, concluyó que tomar al día dos o tres tazas de café (con cafeína, no descafeinado) o ingerir un par de téis diarios puede reducir el riesgo de demencia, ralentizar el deterioro cognitivo y preservar la función mental. Pero, un apunte: esto no quiere decir que quien tome café no desarrollará Alzheimer o que el que se abstiene esté abocado a sufrir esta dolencia neurodegenerativa. Los autores recuerdan que este estudio es observacional —identifica

asociaciones, pero no puede establecer una causalidad— y subrayan que el efecto neuroprotector es pequeño, pero suma puntos en un contexto de prevención y si va de la mano de otras estrategias, como una buena dieta, la interacción social o la actividad física.

David Pérez, miembro del Grupo de Estudio de Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología, destaca la “robustez” de los datos y el valor de los hallazgos, pero ajusta las expectativas en la interpretación de los resultados: “El café no es un potenciador de la cognición, los que toman cafeína tienen mejoras en funciones cognitivas muy discretas. Lo más relevante es su papel en la prevención de las en-

fermedades neurodegenerativas”. Pérez, que no ha participado en este estudio, matiza también que el potencial del café no se puede interpretar como una medida “aislada”. “No es solo tomar café y ya está. Esto no tiene sentido si no lo añadimos a un estilo de vida cerebrosaludable”, plantea.

La investigación, además, fija un límite sobre los potenciales efectos beneficiosos del café: la barra libre de esta bebida no eleva el efecto neuroprotector, destaca Pérez. “Hay un efecto techo. Consumir más de dos o tres tazas de café no tiene más beneficio, y eso está bien porque un alto consumo también puede ser negativo: puede aumentar el nerviosismo, la ansiedad o el insomnio”.



Los mayores, los menos tristes a pesar del riesgo neurológico

AGENCIAS
MADRID

■ La Sociedad Española de Neurología (SEN) ha puesto el foco en cómo el estado emocional afecta la salud del cerebro, revelando datos significativos sobre la población mayor de 60 años. Así, a diferencia de los jóvenes, que reportan los niveles más altos de tristeza (17%), los adultos mayores de 60 años son el grupo que manifiesta sentirse triste con menor frecuencia. Solo un 6,5% de los mayores afirma sentirse triste siempre o la mayor parte del tiempo, frente al 9,5% de los adultos de mediana edad y el elevado porcentaje de la juventud.

A pesar de su mayor estabilidad emocional, el impacto de la tristeza y la depresión en este grupo de edad es crítico debido a su relación directa con enfermedades neurodegenerativas. Según el Dr. Jesús Porta-Etessam, presidente de la SEN, la

LA DEPRESIÓN NO
ES SOLO UN ESTADO
DE ÁNIMO, SINO UN
FACTOR DE RIESGO
QUE MULTIPLICA LA
VULNERABILIDAD

tristeza prolongada altera la estructura cerebral, disminuyendo la densidad de la sustancia gris y afectando neurotransmisores clave como la serotonina y la dopamina.

Para los mayores, la depresión no es solo un estado de ánimo, sino un factor de riesgo que multiplica la vulnerabilidad ante patologías graves, como son el Alzheimer, puesto que la depresión duplica el riesgo de desarrollar esta demencia; se estima que el 10% de los casos anuales de Alzheimer son atribuibles a cuadros depresivos. También el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular aumenta en un 66% si existe depresión previa. Lo mismo que en lo referente al Parkinson, puesto que las personas con depresión tienen el triple de riesgo de desarrollar esta enfermedad.

Los expertos subrayan que mantener una actitud positiva y cuidar la salud mental es fundamental para una "buena salud cerebral" en la vejez y que la detección temprana del desánimo en los mayores es clave. ■