



MundoDeportivo.com

Seguir

130.1K Seguidores



Un neurólogo con más de 40 años de experiencia habla claro sobre la IA: "Ni de lejos"

Historia de Oscar Belloch • 2 día(s) • 3 minutos de lectura

Los **avances científicos**, el desarrollo de nuevas tecnologías y la aparición de tratamientos innovadores están cambiando la forma de comprender y abordar las enfermedades del cerebro, un órgano a cuya capacidad "no hay ningún computador que se acerque" y que, aunque "sigue teniendo muchos secretos", son "cada vez menos".



Lo que está marcando tendencia en España: IA...

Lumen IA · Patrocinado

Así lo asegura en una entrevista con EFE el neurólogo **José Miguel Láinez** (Teruel, 1955), quien ha sido reconocido por la Sociedad Española de Neurología (SEN) como 'Miembro de Honor' por su destacada trayectoria profesional, su aportación a la Neurología y su contribución a la sociedad y al prestigio de esa sociedad científica.



Microsoft Bing: Predice resultados,
pon a prueba tus habilidades y más

Entra en el juego

Elegibilidad limitada. Se aplican condiciones.

Patrocinado

E EL PAÍS

Seguir

208K Seguidores



Un párkinson por cada paciente

Historia de Francisco Cañizares • 3 día(s) •

6 minutos de lectura



Algunos síntomas asociados al párkinson se pueden presentar 10, 15 o 20 años antes del diagnóstico, según los especialistas.

© PeopleImages (Getty Images)

Carlos Jiménez Díaz, el padre de la medicina interna en España, recordaba a sus alumnos de posdoctorado cuando pasaba visita con ellos a los enfermos hospitalizados que "cada paciente es único". En pocas enfermedades:



Comentarios

párkinson la frase cobra tanto sentido. La segunda patología neurológica más prevalente se manifiesta con numerosos síntomas y cada uno puede darse en unos pacientes pero no hacerlo en otros. Incluso el síntoma con el que popularmente se relaciona el párkinson, el temblor, solo se da en el 60% de las personas que sufren la enfermedad.



Lo que está marcando tendencia en España: IA...

Lumen IA · Patrocinado

Álvaro Sánchez-Ferro, neurólogo del hospital 12 de Octubre de Madrid y coordinador del Grupo de Estudios de Trastornos del Movimiento de la Sociedad Española de Neurología (SEN), explica: "Hay unos síntomas comunes, como la rigidez o la lentitud de movimientos, pero se da también un patrón heterogéneo de otros signos, sobre todo no motores, que hace que cada persona tenga una forma de enfermedad muy diferente". Algunos de esos síntomas no motores a los que hace referencia el especialista son los trastornos del sueño, la nicturia (necesidad de despertarse varias veces por la noche para orinar), la depresión o la ansiedad.

Una segunda característica es que algunos de estos síntomas aparecen de forma muy precoz. Sánchez-Ferro apunta: "El estreñimiento, la pérdida de olfato, las alteraciones del sueño o del estado de ánimo se presentan a veces 10, 15 o 20 años antes del diagnóstico". Otros dos rasgos identifican también al párkinson: la progresión variable de la enfermedad y la variedad de edades a las que se manifiesta. Aunque es más frecuente a edades avanzadas, puede afectar a personas de menos de 50 años. "El paciente más joven que he diagnosticado

Continuar leyendo

Contenido patrocinado

Comentarios



20+



Publicación de Tv Almansa

...



Tv Almansa

17 de junio a las 2:26 p. m. · 🌐

Miércoles 17 de junio HOY EN ALMANSA EN VIVO

Carmen Antúnez, reconocida por la Sociedad Española de Neurología como nuevo Miembro de Honor

Final de curso 2025 -2026 para los centros educativos de primaria



CARMEN ANTÚNEZ pendientes

La neuróloga Carmen Antúnez acaba de ser reconocida por la Sociedad Española de Neurología como nuevo Miembro de Honor



PROYECTO SALUDABLE

El colegio Miguel Pinilla ha finalizado el curso



Comentar como Sociedad Española de Neurología

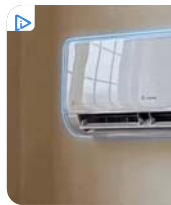


**Regulación**

Hasta 18 meses para saber si es alzhéimer: el plan que se debate en España para frenar los retrasos médicos

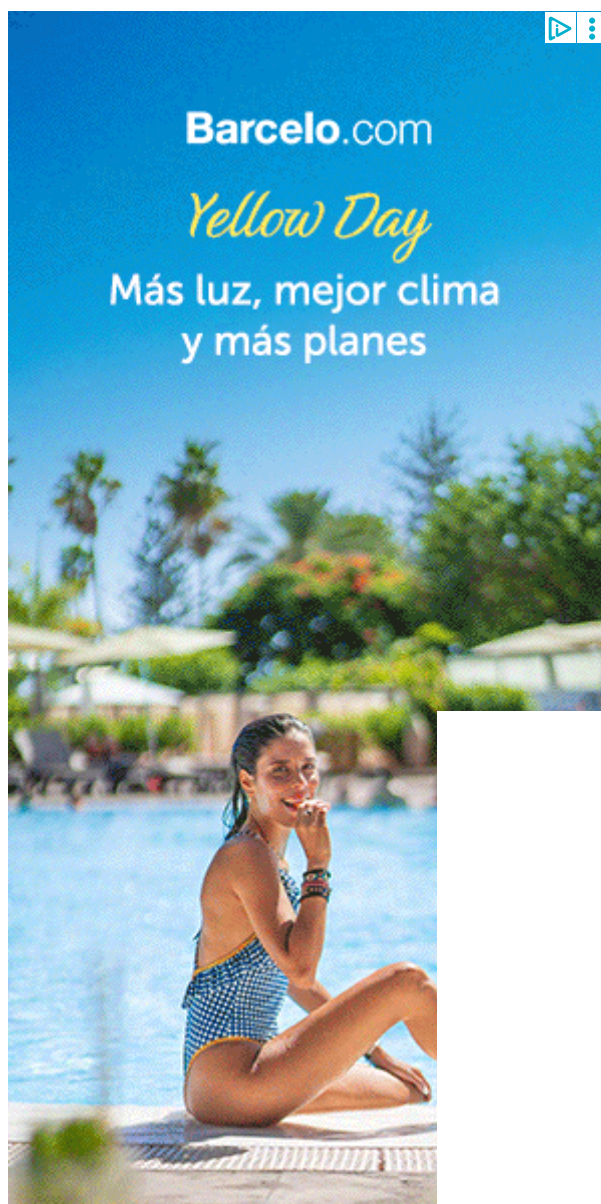
- * *La propuesta, impulsada por las asociaciones de pacientes, pide un censo nacional y acceso equitativo a terapias*
- * *[¿Sirven los medicamentos contra la obesidad para reducir la agresividad?](#)*
- * *[Qué es la estrategia de Trump de 'Nación Más Favorecida' y por qué ha encendido las alarmas de la sanidad en España](#)*





Sumar ha registrado este miércoles una Proposición No de Ley (PNL) en el Congreso de los Diputados para "reforzar el abordaje integral del Alzheimer en España", la cual ha contado con el impulso de la Confederación Española de Alzheimer y otras Demencias (CEAFA), ya que esta última ha asegurado que la misma "recoge demandas históricas del movimiento asociativo y de la comunidad científica".

"Muchas de las medidas recogidas en esta PNL responden a demandas históricas del movimiento asociativo y a los compromisos adquiridos en el marco del 'Pacto por el RECUERDO', por lo que ha llegado el momento de transformar el consenso social y científico en decisiones políticas concretas que garanticen una atención digna, equitativa y centrada en las personas y sus familias", ha insistido el director ejecutivo de esta organización, Jesús Rodrigo.



El propio Rodrigo ha estado presente en el Registro de la Cámara Baja, acompañado por el presidente de la Federación de Madrid de Alzheimer (FAFAL) y vicepresidente de la Asociación de Familiares de Personas con Alzheimer de Madrid (AFEAM), Luis Miguel Ballester, y la secretaria de la primera de estas entidades y de la Asociación de Familiares de Personas con Alzheimer de las localidades madrileñas de Alcobendas y San Sebastián de los Reyes, Concepción Gómez Tejedor.

De este modo, la citada iniciativa, registrada por el portavoz adjunto de Sumar en la Comisión de Sanidad de esta institución, Rafael Cofiño, "plantea actualizar el abordaje del Alzheimer y otras demencias en España", han indicado desde CEAFA, tras lo que han explicado que "surge tras la finalización del Plan Integral (2019-2023)". En esta se exigen "medidas urgentes ante el impacto de la enfermedad en el país, donde **cada año se diagnostican 40.000 nuevos casos y se proyecta superar el millón y medio de afectados en**

2050", han afirmado.

A su juicio, "la falta de un censo oficial oculta la dimensión real del problema", y es que "la Sociedad Española de Neurología (SEN) advierte de que **el 80 por ciento de los casos leves no están diagnosticados, provocando retrasos de hasta 18 meses en el acceso a cuidados** desde los primeros síntomas". Por ello, se han mostrado agradecidos a Sumar por esta medida "en un momento especialmente sensible y relevante, coincidiendo con la evaluación de nuevas opciones terapéuticas para la enfermedad de Alzheimer por el Ministerio de Sanidad".

Acceso "real" a las innovaciones

"El momento es ahora: **los avances científicos deben traducirse sin dilaciones en acceso real para los pacientes, sin barreras ni desigualdades**

territoriales, garantizando que estos tratamientos innovadores se incorporen con urgencia al sistema sanitario, porque cada día cuenta en la vida de las personas con Alzheimer y sus familias", ha enfatizado Rodrigo, mientras que Cofiño ha subrayado que los diagnósticos "aumentan cada día", por lo que es necesario "avanzar en medidas que refuercen la atención, el acompañamiento y la protección", así como "en el acceso equitativo a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos".

Así, el texto registrado, según CEAFA, **"insta al Gobierno a cumplir cuatro objetivos", siendo el primero de ellos "crear un registro nacional de enfermedades neurodegenerativas"**. Junto a ello, es oportuno "coordinar circuitos de diagnóstico precoz entre Atención Primaria y Hospitalaria, garantizar el acceso equitativo a terapias farmacológicas y no farmacológicas y valorar la actualización de la 'Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas' con criterios de equidad territorial", ha explicado.

TE PUEDE INTERESAR

Cargando recomendaciones...

"La urgencia de esta propuesta también responde a una realidad global alarmante expuesta por la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, que **cifra en más de 55 millones las personas que viven con demencia en el mundo, un volumen que se prevé que escale hasta los 139 millones a mediados de siglo**", ha proseguido, para agregar que el Alzheimer agrupa "entre el 60 y el 70 por ciento de los diagnósticos". "El problema ha sobrepasado los límites sanitarios para convertirse en un severo desafío socioeconómico que desborda a las familias y cuidadores", ha aseverado.

Por último, y poniendo de relieve la importancia de "consolidar un consenso político que eleve la gestión de las patologías neurodegenerativas al rango de auténtica política de Estado", se ha insistido en que **"la llegada de innovaciones científicas capaces de modificar el curso de la enfermedad exige una reestructuración inmediata de los servicios públicos**, asegurando que el código postal de los ciudadanos no condicione su derecho a recibir un diagnóstico temprano y los mejores tratamientos disponibles".

Sumar presenta en el Congreso de los Diputados una Proposición No de Ley para fortalecer el enfoque integral del Alzheimer en España

Por **Redacción** - 17 de junio de 2026



MADRID, 17 (EUROPA PRESS)

Sumar ha registrado este miércoles una Proposición No de Ley (PNL) en el Congreso de los Diputados para “reforzar el abordaje integral del Alzheimer en España”, la cual ha contado con el impulso de la Confederación Española de Alzheimer y otras Demencias (CEAFA), ya que esta última ha asegurado que la misma “recoge demandas históricas del movimiento asociativo y de la comunidad científica”.

“Muchas de las medidas recogidas en esta PNL responden a demandas históricas del movimiento asociativo y a los compromisos adquiridos en el marco del ‘Pacto por el RECUERDO’, por lo que ha llegado el momento de transformar el consenso social y científico en decisiones políticas concretas que garanticen una atención digna, equitativa y centrada en las personas y sus familias”, ha insistido el director ejecutivo de esta organización, Jesús Rodrigo.

El propio Rodrigo ha estado presente en el Registro de la Cámara Baja, acompañado por el presidente de la Federación de Madrid de Alzheimer (FAFAL) y vicepresidente de la Asociación

de Familiares de Personas con Alzheimer de Madrid (AFEAM), Luis Miguel Ballester, y la secretaria de la primera de estas entidades y de la Asociación de Familiares de Personas con Alzheimer de las localidades madrileñas de Alcobendas y San Sebastián de los Reyes, Concepción Gómez Tejedor.

De este modo, la citada iniciativa, registrada por el portavoz adjunto de Sumar en la Comisión de Sanidad de esta institución, Rafael Cofiño, “plantea actualizar el abordaje del Alzheimer y otras demencias en España”, han indicado desde CEAFA, tras lo que han explicado que “surge tras la finalización del Plan Integral (2019-2023)”. En esta se exigen “medidas urgentes ante el impacto de la enfermedad en el país, donde cada año se diagnostican 40.000 nuevos casos y se proyecta superar el millón y medio de afectados en 2050”, han afirmado.

A su juicio, “la falta de un censo oficial oculta la dimensión real del problema”, y es que “la Sociedad Española de Neurología (SEN) advierte de que el 80 por ciento de los casos leves no están diagnosticados, provocando retrasos de hasta 18 meses en el acceso a cuidados desde los primeros síntomas”. Por ello, se han mostrado agradecidos a Sumar por esta medida “en un momento especialmente sensible y relevante, coincidiendo con la evaluación de nuevas opciones terapéuticas para la enfermedad de Alzheimer por el Ministerio de Sanidad”.

Leer más: [El psiquiatra Álvarez de Mon explica cómo 'Desaprender' o cómo liberarse de la tecnología](#)

ACCESO “REAL” A LAS INNOVACIONES



Toma una taza antes de acostarte y pierde 6 kilos en dos semanas.

Prueba este truco por la noche

“El momento es ahora: los avances científicos deben traducirse sin dilaciones en acceso real para los pacientes, sin barreras ni desigualdades territoriales, garantizando que estos tratamientos innovadores se incorporen con urgencia al sistema sanitario, porque cada día cuenta en la vida de las personas con Alzheimer y sus familias”, ha enfatizado Rodrigo,

mientras que Cofiño ha subrayado que los diagnósticos “aumentan cada día”, por lo que es necesario “avanzar en medidas que refuercen la atención, el acompañamiento y la protección”, así como “en el acceso equitativo a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos”.

Así, el texto registrado, según CEAFA, “insta al Gobierno a cumplir cuatro objetivos”, siendo el primero de ellos “crear un registro nacional de enfermedades neurodegenerativas”. Junto a ello, es oportuno “coordinar circuitos de diagnóstico precoz entre Atención Primaria y Hospitalaria, garantizar el acceso equitativo a terapias farmacológicas y no farmacológicas y valorar la actualización de la ‘Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas’ con criterios de equidad territorial”, ha explicado.

“La urgencia de esta propuesta también responde a una realidad global alarmante expuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que cifra en más de 55 millones las personas que viven con demencia en el mundo, un volumen que se prevé que escale hasta los 139 millones a mediados de siglo”, ha proseguido, para agregar que el Alzheimer agrupa “entre el 60 y el 70 por ciento de los diagnósticos”. “El problema ha sobrepasado los límites sanitarios para convertirse en un severo desafío socioeconómico que desborda a las familias y cuidadores”, ha aseverado.

Por último, y poniendo de relieve la importancia de “consolidar un consenso político que eleve la gestión de las patologías neurodegenerativas al rango de auténtica política de Estado”, se ha insistido en que “la llegada de innovaciones científicas capaces de modificar el curso de la enfermedad exige una reestructuración inmediata de los servicios públicos, asegurando que el código postal de los ciudadanos no condicione su derecho a recibir un diagnóstico temprano y los mejores tratamientos disponibles”.

- Te recomendamos -

¿Por qué se contagia?

La ciencia explica por qué el bostezo es contagioso

¿Te pasa a ti también?

La ciencia explica por qué sentimos que el tiempo se acelera

Lujo con carácter

Una joya para mujeres que no piden permiso

Dónde viajar en 2026

Los destinos que todos van a querer visitar el próximo año

No esperes a 2026

Hábitos y cambios que marcarán 2026

No crearás estas apps

¿Sabías que estas apps existen y son súper útiles?

Los expertos identifican el entorno como una causa relevante de la fatiga diaria

Por **Redacción** - 16 de junio de 2026



La sensación de cansancio persistente se ha convertido en una queja habitual en la vida cotidiana, ya que, según la Sociedad Española de Neurología (SEN), el 48% de la población adulta española no disfruta de un sueño de calidad. Muchas personas comienzan el día con falta de energía y experimentan una disminución del rendimiento a lo largo de la jornada. Sin embargo, esta fatiga no siempre se explica únicamente por dormir poco o trabajar demasiado.

Estudios desarrollados por la **Universidad de Navarra junto a Biow**, empresa de bioingeniería, apuntan a que el sueño es un proceso biológico esencial para la recuperación física, el equilibrio metabólico y la función cognitiva. Su calidad y continuidad influyen directamente en la energía diaria y en la capacidad del organismo para adaptarse al desgaste.

Durante el sueño, el organismo activa procesos esenciales de reparación celular, regulación de la inflamación y recuperación fisiológica. Cuando estos mecanismos no funcionan de forma eficiente, pueden aparecer cansancio persistente, menor capacidad de concentración y dificultades para recuperarse.

Leer más: Alberto Gimeno analiza la trayectoria política y sanitaria de Mónica García

Uno de los factores más relacionados con la pérdida de vitalidad es el **estrés oxidativo**, un desequilibrio entre radicales libres y antioxidantes que puede afectar al funcionamiento celular. Cuando se mantiene en el tiempo, se asocia al envejecimiento biológico y a una menor capacidad de recuperación del organismo.

En los últimos años, la investigación también ha puesto el foco en el entorno en el que se descansa. Algunos estudios sugieren que determinados factores ambientales pueden influir en el funcionamiento de las mitocondrias, responsables de producir la energía celular.

Este enfoque ha dado lugar al concepto de exposoma, que engloba todas las exposiciones ambientales que afectan a la salud a lo largo de la vida. En este contexto han surgido soluciones tecnológicas como Biow, desarrolladas para optimizar las condiciones ambientales del dormitorio y favorecer factores relacionados con la respiración y la calidad del descanso, influyendo directamente en la producción de energía celular y en los mecanismos de protección frente al daño oxidativo.

Leer más: Guía práctica sobre cirugía refractiva para miopía, astigmatismo e hipermetropía

La evidencia científica actual indica que la fatiga es el resultado de múltiples factores que interactúan entre sí, entre ellos la calidad del sueño, el equilibrio hormonal, el estrés oxidativo y el entorno. Por ello, mejorar la energía diaria no siempre implica realizar un mayor esfuerzo, sino optimizar las condiciones en las que el organismo lleva a cabo sus procesos naturales de

recuperación.

- Te recomendamos -

Redacción



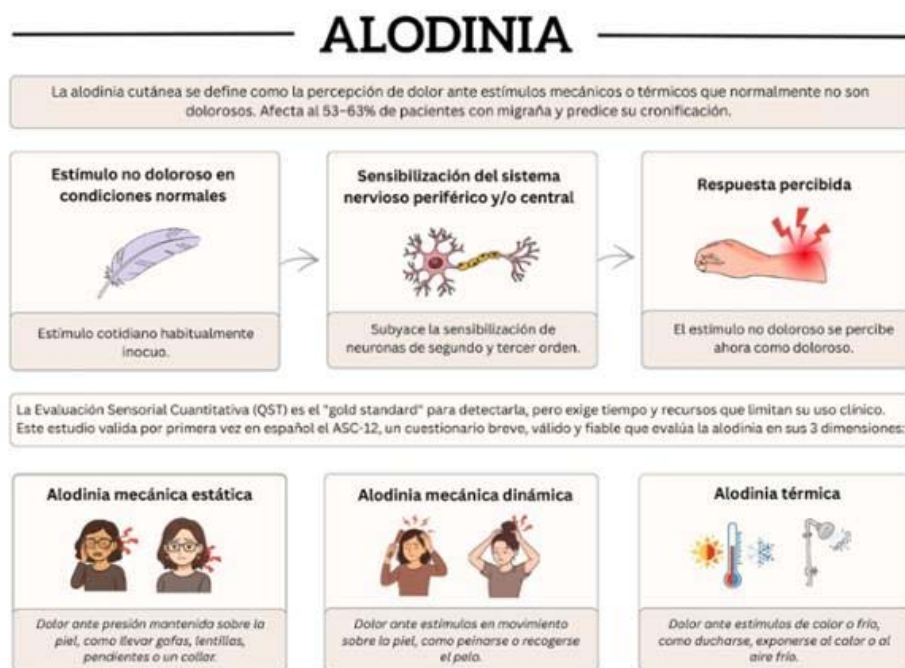
[◀ Listado de noticias](#)

Investigación

Validan en español un cuestionario para detectar alodinia en pacientes con cefaleas primarias

Un equipo liderado desde la UAM ha adaptado y validado al español el cuestionario ASC-12, una herramienta breve y autoadministrada que permite evaluar la alodinia cutánea en pacientes con cefaleas primarias, como la migraña y la cefalea en racimos. El trabajo, publicado en la revista *Neurología* facilita la detección en consulta de un fenómeno por el que estímulos cotidianos —como peinarse, ducharse o apoyar la cabeza en una almohada— pueden percibirse como dolorosos durante una cefalea.

16/06/2026 UCCUAM



Un equipo de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) y del grupo CranioSpain han adaptado y validado al español el cuestionario ASC-12, una herramienta breve y autoadministrada que permite evaluar la alodinia cutánea en pacientes con cefaleas primarias, como la migraña y la cefalea en racimos.

El trabajo, publicado en *Neurología*, revista oficial de la Sociedad Española de Neurología, facilita la incorporación de este instrumento en consultas clínicas y estudios de investigación con población hispanohablante.

La alodinia cutánea es una alteración por la que estímulos normalmente inofensivos —como peinarse, ducharse, llevar pendientes o apoyar la cabeza en una almohada— pueden percibirse como dolorosos durante una cefalea. Su presencia se ha asociado con mayor intensidad del dolor, discapacidad, mayor consumo de medicación, peor calidad de vida y riesgo de cronificación de la migraña.

Hasta ahora, su evaluación de referencia se basaba en pruebas sensoriales cuantitativas, que aplican estímulos mecánicos o térmicos sobre la piel. Sin embargo, estas pruebas requieren tiempo, entrenamiento y materiales específicos, lo que limita su uso habitual en consulta.

El cuestionario ASC-12 responde a esa necesidad mediante 12 preguntas sencillas sobre la frecuencia con la que determinadas actividades cotidianas provocan dolor o sensaciones desagradables durante una cefalea.

Adaptación lingüística y validación clínica

El estudio fue realizado por investigadores del grupo CranioSpain, con sede en el Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle, adscrito a la UAM, en colaboración con las unidades de cefalea del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz y el Hospital Universitario La Paz, en Madrid.

La adaptación al español siguió un proceso en cinco fases: dos traducciones independientes desde el inglés, síntesis de ambas versiones, retrotraducción por hablantes nativos, revisión por un comité de expertos —integrado por neurólogos, fisioterapeutas, psicólogos y lingüistas— y una prueba piloto con 30 pacientes con cefaleas primarias.

Tras esta prueba, en la que no se detectaron problemas de comprensión ni de relevancia en los ítems, la versión prefinal fue considerada la versión definitiva en español.

La validación psicométrica se llevó a cabo con 131 pacientes con cefaleas primarias, diagnosticados por neurólogos especializados según los criterios de la Clasificación Internacional de Cefaleas. En una única consulta, los participantes completaron tres escalas autoadministradas: el ASC-12, la escala S-LANSS y el cuestionario ID-Pain.

Alta precisión diagnóstica

La versión española del ASC-12 mostró una alta precisión diagnóstica, con un área bajo la curva ROC de 0,91 —sobre un máximo de 1—, una sensibilidad del 95 % y una especificidad del 78 % para el punto de corte óptimo identificado: 5 puntos o más.

Estos resultados indican que el cuestionario tiene una elevada capacidad para detectar casos compatibles con alodinia cutánea en pacientes con cefaleas primarias. Los autores señalan, no obstante, que deben interpretarse con cautela, ya que la comparación se realizó con la escala S-LANSS y no directamente con pruebas sensoriales cuantitativas.

El análisis estadístico confirmó además que la escala mantiene las tres dimensiones de la alodinia cutánea descritas en la versión original: mecánica dinámica, mecánica estática y térmica.

La herramienta también mostró una fiabilidad interna satisfactoria, con un alfa de Cronbach de 0,78, y no presentó efectos suelo ni techo, lo que respalda su utilidad para la evaluación clínica y la investigación.

Una herramienta breve para consulta e investigación

La versión española del ASC-12 podrá utilizarse tanto en la práctica clínica como en investigación con población hispanohablante. Al ser un cuestionario breve, sencillo y autoadministrado, no requiere equipamiento específico y puede integrarse con facilidad en la evaluación de pacientes con cefaleas primarias.

El estudio también reconoce algunas limitaciones: la escala se administró una sola vez, por lo que no se pudo analizar su fiabilidad test-retest ni su capacidad para detectar cambios en el tiempo. Tampoco se comparó directamente con las pruebas sensoriales cuantitativas, consideradas el método de referencia.

Por ello, los autores señalan que el ASC-12 no debe sustituir a una exploración clínica completa, sino funcionar como una herramienta complementaria para identificar y seguir la alodinia cutánea en estos pacientes.

Referencia bibliográfica:

G. Bertotti, A. Gil-Martínez, J. Rodríguez-Vico, A. Gómez-García, M. Pietraszek, I. Elizagaray-García. “Cross-cultural adaptation and validation of the Spanish-language version of the Allodynia Symptom Checklist (ASC-12) in patients with primary headaches”. *Neurología (English Edition)*, Volume 41, Issue 4, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nrleng.2026.501922>

Más información: [UAM Gazette](#)

Compartir en:



[Sede electrónica](#)

[Portal de transparencia](#)

[BOUAM](#)

Hábitos Saludables | Artículo elaborado por estudiantes
de Grado

Alzheimer sin mitos. Verdad, comunicación y cuidados reales

Alba García González

16 de junio de 2026

Hace unos años, **mi abuela fue diagnosticada con enfermedad de Alzheimer**. Desde entonces, **mi familia ha tenido que adaptarse a una nueva realidad** marcada por la progresiva pérdida de memoria, los cambios de conducta y la dependencia que caracterizan a la enfermedad.

Durante el proceso de búsqueda de información para entender y manejar mejor la situación, **me he dado cuenta**

de cuánta desinformación circula sobre esta enfermedad, especialmente en redes sociales.

En internet abundan mitos, curas falsas y consejos erróneos que pueden confundir a quienes buscamos apoyo e incluso poner en riesgo la salud de los pacientes.

Por eso he querido dedicar este artículo a desmontar mitos comunes sobre el Alzheimer y ofrecer herramientas prácticas para mejorar la comunicación con quienes lo padecen.

Para poner en contexto y evidenciar la relevancia de este problema, actualmente en España, se estima que más de 800.000 personas viven con Alzheimer, y cada año se diagnostican unos 40.000 nuevos casos, según la Sociedad Española de Neurología (SEN). Además, **el 34% de los mayores de 85 años podrían estar afectados.**

En el marco actual de envejecimiento poblacional, se prevé que el porcentaje de población de 65 años alcanzará su máximo en torno al año 2050. **En este contexto, es urgente mejorar la información entorno al Alzheimer**, tanto la que circula en internet como la formación de quienes trabajamos en el ámbito sanitario.

Cinco mitos sobre el Alzheimer y la verdad detrás de ellos

1. "El Alzheimer es una consecuencia del envejecimiento".
Aunque la edad es el principal factor de riesgo, **el Alzheimer**

es una enfermedad neurodegenerativa y no una forma normal del envejecimiento. Así lo aclara el Instituto Nacional sobre el Envejecimiento (NIA).

2. “El Alzheimer es solo pérdida de memoria”. Esta enfermedad también **afecta al lenguaje, la toma de decisiones, el comportamiento y la capacidad para realizar tareas cotidianas.** Según el Alzheimer ‘s Association, la afectación de la memoria es solo uno de los muchos síntomas.

3. “Los suplementos de memoria pueden curar o prevenir el Alzheimer”. A pesar de su promoción en redes, **no hay evidencia científica de que los suplementos** como la vitamina E, el Ginko biloba o el aceite de coco **prevengan o curen el Alzheimer,** tal y como se muestra en “The American Journal of Clinical Nutrition”.

4. “Los medicamentos actuales curan el Alzheimer”. **Actualmente no existe cura, pero algunos medicamentos** como el Donepezilo o la memantina **pueden ralentizar temporalmente los síntomas.** Así lo concluye un informe de “Mayo Clinic”.

5. “Si nadie de mi familia tuvo Alzheimer, estoy a salvo”. Aunque existen formas hereditarias, la mayoría de los casos son esporádicos. El Instituto Nacional sobre el Envejecimiento señala que **la genética es sólo uno de los muchos factores de riesgo, junto al estilo de vida o enfermedades cardiovasculares.**

Diez claves para comunicarse con una persona con Alzheimer

1. **Habla con frases cortas y claras, evita preguntas**

complejas o abiertas. En su lugar, es preferible formular preguntas que puedan responderse con un “sí” o “no”. Por ejemplo, en lugar de preguntar “¿Qué te gustaría cenar?”, se podría decir “¿Te apetece sopa para cenar?” Esta técnica, avalada por el Instituto Nacional sobre el Envejecimiento (NIA), facilita la comprensión y reduce la frustración.

2. **Mantén contacto visual y usa un tono calmado:**

La expresión corporal y el tono de voz ayudan a transmitir tranquilidad, pueden ayudar a la persona a sentirse segura y comprendida. También lo recomienda la NIA.

3. **Llama a la persona por su nombre,** este simple gesto podría ayudar a captar su atención y hacerle sentir cómodo.

4. **Evita corregirlos o discutir.** Si la persona dice algo incorrecto, es mejor no corregirla directamente. En lugar de eso, tal y como aconsejan en el blog de la Fundación Pasqual Maragall, una opción alternativa sería validar sus pensamientos y redirigir la conversación de manera suave y paulatina.

5. **Usa gestos y apoyo visual.** Señalar objetos o usar imágenes pueden facilitar la comprensión según indica la NIA.

6. **Sé paciente y dale tiempo para responder.** Permite que la persona tome su tiempo para procesar y responder. No los apresures ni completes sus frases.

7. **Reduce distracciones.** Hablar en un ambiente tranquilo sin ruido de fondo facilita la comunicación. Esta práctica está recomendada por la Fundación Pasqual Maragall.

8. **Valida sus emociones.** En lugar de decir “eso no pasó” responde con empatía como “entiendo que te sientas así”, como explican desde el NIA.

9. **Usa el tacto si es apropiado.** Un ligero contacto en el hombro puede transmitir seguridad y apoyo.

10. **Adapta la comunicación a su estado.** Algunas personas pueden entender mejor en la mañana que en la tarde, por lo que es útil ajustar el momento de la conversación. Involucra a la persona en actividades significativas y adaptadas a su nivel de habilidad, como mirar álbumes de fotos o escuchar música familiar. La NIA ofrece buenas ideas al respecto.

Conclusiones

Tanto en mi experiencia personal como durante mis prácticas clínicas en la planta de Geriatría, he tenido la oportunidad de convivir con pacientes con Alzheimer y observar cómo se gestionan sus necesidades. **Aunque muchos profesionales muestran una gran sensibilidad y compromiso, he detectado** también cierto

desconocimiento sobre estrategias comunicativas específicas, así como la **desinformación incluso dentro del entorno sanitario**.

En este contexto, considero que se hace imprescindible una comunicación efectiva, no solo con los pacientes, sino también entre profesionales. Es por ello que **una divulgación rigurosa, veraz y accesible en redes sociales, medios digitales y entornos clínicos puede marcar una gran diferencia**.

Como futura enfermera, tengo el deber de combatir la desinformación y ofrecer un cuidado basado en la evidencia científica, el respeto y la empatía, del mismo modo que Ocodes tiene la misión de construir salud junto a la comunidad. Por ello, **es vital proporcionar información confiable y accesible para fomentar decisiones informadas**.

This work is licensed under [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International](#)



Hábitos Saludables

Última entrada



A MEDIA SESIÓN

22 junio 2026

A Media Sesión: abuso de pantallas y su efecto en nuestro cerebro y cómo comunica Wallapop

22/06/2026

Escúchanos en



A Media Sesión: abuso de pantallas y su efecto en nuestro cerebro y cómo comunica Wallapop 22/06/2026

59:59



A partir de la una, vamos con nuestro espacio de Salud, donde vamos a hacer hincapié en el abuso que hacemos de los dispositivos tecnológicos y sobre ello nos vamos a ilustrar gracias a la Sociedad Española de Neurología. Y como es lunes, queremos saber cómo comunica una empresa. Nuestra tertulia de la Comunicación tiene como protagonistas Wallapop.

Más allá de las dos de la tarde, Pulso Geopolítico. Reflexión, noticias, titulares, caberemos dos asuntos en profundidad. Por un lado el encuentro España/Kazajistán, por otro ahondamos en la agricultura como elemento de poder geopolítico.

Este podcast habla de:

Programas completos

**Pulso Geopolítico**

Rafael Jiménez

• DIRECTO

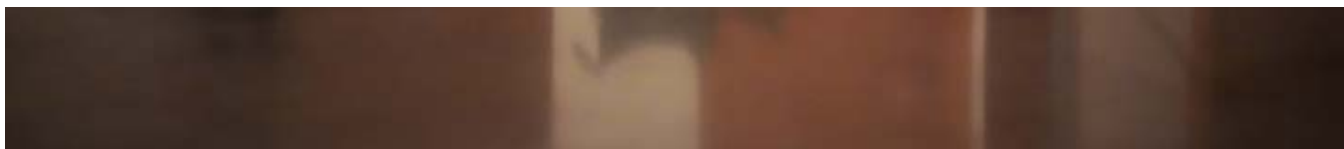


Esclerosis lateral amiotrófica (ELA): síntomas, tratamiento y cuidados

Publicado: 19/06/2026 · ⌚ 7 min

SALUD PRÁCTICA ELA ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS





En este artículo explicamos qué es la ELA, cuáles son sus síntomas, cómo se diagnostica, qué tratamientos existen actualmente y qué cuidados pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

¿Qué es la ELA?^{1, 2}

La palabra “**ELA**” proviene de las siglas de **esclerosis lateral amiotrófica**, una **patología neurodegenerativa** progresiva de causa desconocida. La pérdida de neuronas motoras en la corteza cerebral, el tronco encefálico y la médula espinal que acompaña a la enfermedad tiene como consecuencia la aparición de **debilidad**, **rigidez** y **atrofia muscular** progresivas, y la posterior **pérdida de control de los músculos y del movimiento**.

Se trata de una enfermedad con un **elevado impacto en la calidad de vida** de las personas, para la que **no existe curación** y que acaba siendo **mortal**.

¿A quién afecta la ELA?^{3, 4}

La **incidencia** de la ELA la sitúa en **tercer lugar entre las enfermedades neurodegenerativas**, por detrás del [alzhéimer](#) y el párkinson, llegando a afectar a 5 de cada 100.000 personas a nivel mundial, aproximadamente.

En España, unas 4.500 personas padecen la enfermedad, llegándose a diagnosticar cada año cerca de 1.000 nuevos casos.

Síntomas iniciales y evolución de la ELA^{1-3, 5}

Las **primeras manifestaciones de la ELA** pueden ser **espasmos y/o debilidad muscular** que se extiende por el cuerpo y **empeora con el tiempo**.

En la mayoría de los casos, la enfermedad comienza afectando a las neuronas motoras de la médula espinal, denominándose **ELA medular o espinal**. Esta se caracteriza por la aparición de síntomas como la pérdida de fuerza y debilidad en las extremidades.

El resto de los casos se clasifican como **ELA bulbar**, que afecta a las neuronas motoras localizadas en el tronco del encéfalo y se manifiesta inicialmente con problemas en la deglución y en el habla.

En todos los casos, la enfermedad acaba afectando al control muscular de funciones básicas como el **desplazamiento**, el **habla**, la **alimentación** y la **respiración**.

Además de los problemas motores, cerca de la mitad de las personas con ELA presentan **afectación extramotora** en los lóbulos frontal y temporal anterior del cerebro, con la aparición de **problemas conductuales y cognitivos**.

Los **síntomas de la ELA** son muy variables entre individuos, dependiendo de las células nerviosas afectadas en cada caso. De entre los posibles síntomas, destacan los siguientes:

- **Debilidad en piernas, tobillos y pies.**
- **Dificultad para caminar y llevar a cabo actividades cotidianas.**
- **Marcha rígida y torpe caracterizada por tropiezos y caídas.**
- **Manos débiles y torpes.**
- **Dificultades en el habla y la deglución.**
- **Temblores y calambres musculares.**
- **Fasciculaciones o pérdida de tejido muscular.**
- **Espasmos en brazos, hombros y lengua.**
- **Aparición intempestiva de llanto y risa** (incontinencia emocional) **y de bostezos.**
- **Cambios de comportamiento.**

Generalmente, el **dolor** no suele aparecer en las primeras etapas de la ELA, siendo poco habitual en etapas avanzadas de la enfermedad. Tampoco suele verse afectado el **control de la vejiga**, ni los sentidos del **gusto, olfato, tacto y oído**.

Esperanza de vida y pronóstico para pacientes con ELA^{3, 4}

La **aparición** de la enfermedad suele ser **tardía**. Los **primeros síntomas** tienen lugar a una edad media situada **entre los 60 y 69 años**, aunque pueden comenzar a edades más tempranas.

La **supervivencia** media en España se sitúa **entre 2 y 4 años** tras el diagnóstico de la enfermedad, con un número reducido de casos en los que se superan los 5 años. No obstante, algunas personas con ELA pueden sobrevivir mucho más tiempo, especialmente con seguimiento especializado, soporte respiratorio y cuidados adecuados.

Causas y factores de riesgo de la ELA¹

Existe una **causa genética** identificable en el **10 %** de los casos de ELA. **En el resto, la causa es desconocida.** Las investigaciones apuntan a una interacción compleja entre genética y factores ambientales.

Dentro de los **factores de riesgo** para desarrollar la ELA se han identificado:

- **Los genes:** el **10 %** de los casos son hereditarios.
- **La edad:** más común **entre los 60 y los 85 años.**
- **El sexo:** más común en hombres antes de los **65 años.** Después estas diferencias entre sexos desaparecen.

Además, algunos **factores ambientales** como fumar, la exposición a toxinas o haber realizado el servicio militar se asocian con un mayor riesgo de ELA.

¿Cómo se diagnostica la ELA?^{1, 5-7}

La **ELA** puede resultar difícil de diagnosticar de forma temprana debido a la similitud de los síntomas con otras patologías. De este modo, el **diagnóstico** se basa en la historia clínica, la exploración neurológica, las pruebas neurofisiológicas y la exclusión de otras causas.

Las **pruebas** que se pueden llevar a cabo para descartar otras afecciones y que pueden contribuir a diagnosticar la ELA incluyen, entre otras: electromiografía y conducción nerviosa, resonancia magnética y pruebas de imagen, análisis de sangre y de orina, punción lumbar, biopsia muscular o nerviosa, estudios de la respiración y deglución.

Tratamiento de la ELA^{2, 5, 7}

En la actualidad, **no existe ningún tratamiento que pueda curar la ELA.** Algunos medicamentos pueden ayudar a ralentizar de forma limitada la progresión de la enfermedad o a controlar determinados síntomas. El **objetivo del tratamiento** se centra en **retrasar la progresión, aliviar los síntomas, prevenir las complicaciones y mantener la mejor calidad de vida posible.**

Además, existen **terapias específicas** para paliar los problemas relacionados con la respiración, la marcha, el habla, la alimentación y la salud psicológica.

En cualquier caso, la atención a los pacientes con ELA se debe ofrecer por parte de un **equipo multidisciplinar** especializado en la enfermedad, incluyendo profesionales sanitarios y trabajadores sociales experimentados.

Últimos avances en la investigación de la ELA^{1-3, 5, 7}

En la actualidad, la **investigación sobre ELA** avanza en varias líneas prometedoras como estudios sobre terapias genéticas para formas hereditarias, nuevos fármacos y mejores estrategias de soporte.

En cualquier caso, aunque existen avances relevantes, la mayoría de los tratamientos en investigación todavía deben demostrar seguridad y eficacia en ensayos clínicos.

Cuidados y recomendaciones para personas con ELA^{2, 6, 7}

Existe una serie de **cuidados y recomendaciones** que pueden utilizar las personas con ELA, sus familiares y cuidadores en el día a día del manejo de la enfermedad. Entre ellos destacan:

- **Respiración:** se pueden realizar intervenciones como **ejercicios de respiración y entrenamiento pulmonar, técnicas para estimular la tos** y de **eliminación de secreciones**, y la utilización de **dispositivos de asistencia respiratoria**. Es recomendable trabajar con un **fisioterapeuta** especializado para implementar un plan de tratamiento individualizado. El cuidado respiratorio requiere de un **enfoque proactivo** que no espere a que aparezcan las complicaciones.
- **Comunicación:** se deben proporcionar **equipos de comunicación alternativa** que cubran las necesidades de la persona y aseguren su participación en actividades cotidianas. Es recomendable contar con el apoyo de **terapeutas ocupacionales** para ayudar en la integración de estos equipos.
- **Nutrición:** la disfagia ocasionada por la ELA requiere de actuaciones encaminadas a su control y a la **prevención de atragantamientos**, como la modificación de la dieta, la postura durante las comidas y el conocimiento para realizar la técnica de Heimlich en caso de atragantamiento. Finalmente, la **alimentación enteral o parenteral** puede proporcionar la nutrición adecuada a pacientes con disfagia severa.
- **Eliminación de desechos corporales:** se deben implementar medidas individualizadas para cada paciente que aborden situaciones como el **estreñimiento**, la incontinencia funcional de heces y la incontinencia urinaria.
- **Sueño:** mejorar la calidad del sueño requiere de un **abordaje multidimensional** de aspectos físicos y emocionales, y factores de alteración del sueño. Favorecer el **descanso reparador** contribuirá a mejorar la calidad de vida.

- **Úlceras por presión:** este tipo de lesiones, también conocidas como **escaras**, aparecen en la piel y los tejidos subyacentes, y pueden presentarse en los pacientes con ELA. Su **prevención** es clave, pues suelen ser dolorosas y pueden complicar el manejo de la enfermedad. Se deben incluir cuidados basados en la evaluación constante, la gestión de la posición, el cuidado de la piel y el apoyo nutricional.
- **Movilidad:** los ejercicios diarios estructurados e individualizados pueden contribuir a incrementar la fuerza, la coordinación y el equilibrio, prevenir contracturas y mejorar la rigidez y la deambulación de las personas con ELA. **Mantener la actividad**, incluso con limitaciones, es **clave en la promoción del confort e independencia**.
- **Apoyo emocional:** proporcionar un espacio de comunicación abierta, con acceso a recursos y **apoyo psicológico profesional** son elementos que pueden construir un entorno que fomente la **resiliencia** y el **bienestar** de la persona con ELA y sus familiares.
- **Terapia ocupacional:** sus técnicas y ejercicios son clave para el desarrollo de la **destreza de manos y la capacidad de agarre** en pacientes con ELA, ayudando a preservar todo lo posible su **independencia**. Su aplicación debe ser individualizada y centrarse en las necesidades y habilidades de la persona.
- **Logopedia:** especialmente en casos de **ELA bulbar**, contribuirá a optimizar la calidad de vida de la persona afectada, a través de la mejora de la comunicación y la seguridad durante la deglución.
- **Interacción social:** fomentar las relaciones sociales y familiares en la persona con ELA es esencial para mantener su **bienestar emocional y calidad de vida**.
- **Apoyo al final de la vida:** se debe ofrecer a la persona con ELA la oportunidad de hablar sobre sus **preferencias e inquietudes** para este momento, así como **respetar sus decisiones**. Ofrecer **apoyo para el duelo** a familiares y cuidadores.

Cabe destacar, el **cuidado del cuidador**, pues en este difícil contexto pueden tener lugar situaciones de **sobrecarga y desgaste emocional** que es importante atender para evitar el deterioro de la calidad de vida tanto de la persona afectada como del cuidador.

En definitiva, la ELA es una enfermedad neurodegenerativa progresiva que no tiene cura, en la que se acaba perdiendo el control sobre los músculos y el movimiento, y que acaba afectando a funciones vitales como la respiración y la deglución. La asistencia sanitaria por parte de un equipo multidisciplinar asegura una mejor calidad de vida y la adaptación necesaria del paciente a las circunstancias cambiantes de la enfermedad.

Además, si eres asegurado de Adeslas, recuerda que tienes disponible nuestro [Servicio de Consultas Digitales 24 h: Medicina General](#), donde podrás obtener más información.

Referencias:

- ¹ [Esclerosis lateral amiotrófica. Síntomas y causas](#). Mayo Clinic. Junio, 2026.
 - ² [European Academy of Neurology \(EAN\) guideline on the management of amyotrophic lateral sclerosis in collaboration with European Reference Network for Neuromuscular Diseases \(ERN EURO-NMD\)](#). European Journal of Neurology. Marzo, 2024.
 - ³ [Cada día, tres personas son diagnosticadas con ELA en España y otras tres fallecen](#). Sociedad Española de Neurología (SEN). Junio, 2025.
 - ⁴ [Esclerosis Lateral Amiotrófica. ELA](#). Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Consultado en junio, 2026.
 - ⁵ [Esclerosis lateral amiotrófica \(ELA\)](#). MedlinePlus. Junio, 2024.
 - ⁶ [Guía de cuidados para la ELA](#). Asociación Española de Esclerosis Lateral Amiotrófica (adELA). Febrero, 2026.
 - ⁷ [Esclerosis lateral amiotrófica. Diagnóstico y tratamiento](#). Mayo Clinic. Junio, 2026.
-

Te puede interesar

Contenidos relacionados

GACETA MÉDICA

La Cátedra UFV-UCB impulsa un abordaje 360° para mejorar la atención de la miastenia gravis

El proyecto combina evidencia científica, práctica clínica, experiencia de pacientes y consenso experto para avanzar hacia un manejo más integral de esta enfermedad rara neuromuscular

Por **Gaceta Médica** - 23 junio 2026



La Cátedra UFV-UCB en Enfermedades Raras Neurológicas ha impulsado el proyecto Abordaje 360° Miastenia Gravis, una iniciativa desarrollada desde la Universidad Francisco de Vitoria (UFV) para identificar oportunidades de mejora en el diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento y la atención integral de esta enfermedad rara neuromuscular.

La miastenia gravis es una enfermedad crónica, poco frecuente y fluctuante que puede provocar visión doble, caída de los párpados, dificultad para masticar o tragar, problemas para hablar, debilidad muscular, fatiga intensa y, en los casos más graves, afectación respiratoria. Su variabilidad dificulta el manejo clínico y puede afectar también a la autonomía, la vida laboral, la salud emocional, el entorno familiar y los cuidadores.

El proyecto se ha desarrollado en **cuatro fases**: revisión de la literatura científica, análisis de la práctica clínica habitual, estudio de necesidades de pacientes y elaboración de propuestas mediante consenso experto. Esta metodología permite abordar la enfermedad desde una perspectiva amplia, orientada a reducir la variabilidad clínica e incorporar de forma más sistemática la voz del paciente en la toma de decisiones.

“Queríamos combinar lo que dice la literatura, lo que ocurre en la práctica clínica y



lo que expresan los pacientes para llegar a recomendaciones útiles y consensuadas”, señala **Francisco J. Campos-Lucas**, vicedecano de Postgrado y Relaciones Institucionales de la Facultad de Medicina de la UFV y coordinador del proyecto.

Datos de neurólogos, pacientes y expertos

La fase centrada en la práctica clínica se apoyó en el estudio **Practitioner's perception of myasthenia gravis management recommendations in clinical practice**, publicado en *Therapeutic Advances in Chronic Disease*, que recogió la opinión de 53 neurólogos españoles especializados en miastenia gravis. Los resultados mostraron que las recomendaciones internacionales son, en general, conocidas y aplicadas por los especialistas, aunque también identificaron áreas donde hacen falta más evidencia, consenso y difusión.

El proyecto incorporó además la experiencia directa de los pacientes. El estudio Patient Perceptions of Needs and Expectations Regarding the Current Management of Myasthenia Gravis: A Biopsychosocial Study, publicado en *Neurology and Therapy*, recogió 208 respuestas válidas de pacientes de 13 comunidades autónomas. Sus resultados muestran que la calidad de vida de las personas con miastenia gravis es inferior a la de la población general española, especialmente en mujeres y en pacientes con formas más graves de la enfermedad.

El estudio señaló también necesidades pendientes en apoyo psicológico, recursos para cuidadores, adaptación laboral, protección social e información sobre ayudas. La conclusión principal es que tratar la debilidad muscular es imprescindible, pero no suficiente: la miastenia gravis puede condicionar los desplazamientos, el empleo, la economía familiar, la salud mental y la organización de los cuidados.

Una propuesta para avanzar hacia una atención más integral

La fase final del proyecto ha consistido en transformar la información previa en propuestas de mejora mediante un consenso Delphi modificado, una metodología estructurada que permite recoger la opinión de expertos en varias rondas y analizar el grado de acuerdo alcanzado.

En el proceso participó un comité multidisciplinar formado por clínicos expertos en miastenia gravis, una representante de pacientes y el equipo de la UFV. A partir de la revisión científica, del estudio con neurólogos y del estudio biopsicosocial con pacientes, se elaboró un **cuestionario de recomendaciones que fue valorado por un panel de 38 expertos clínicos.**

La propuesta fue presentada en noviembre de 2025 en la **LXXVII Reunión Anual de la Sociedad Española de Neurología** y aborda cuatro grandes ámbitos: diagnóstico, tratamiento, seguimiento y dimensión social. Su aportación principal es que no se limita al abordaje farmacológico, sino que incorpora también aspectos relacionados con calidad de vida, salud mental, rehabilitación, trabajo social, información al paciente, colaboración con asociaciones y apoyo a cuidadores.

Fernando Caballero-Martínez, decano de la Facultad de Medicina de la UFV, subraya el valor de integrar varias fuentes de información antes de formular propuestas de mejora: “El trabajo no parte solo de impresiones clínicas. Se construye sobre revisión científica, datos de profesionales, datos de pacientes y



una validación estructurada por expertos”.

Pablo Talavera, director médico de la biofarmacéutica internacional UCB, destaca que “avanzar en el abordaje de enfermedades raras neurológicas como la miastenia gravis exige escuchar a todos los agentes implicados: profesionales sanitarios, pacientes, cuidadores, asociaciones e instituciones académicas. Iniciativas como Abordaje 360° Miastenia Gravis permiten generar conocimiento útil, identificar necesidades no cubiertas y contribuir a una atención más integral, coordinada, humana y centrada en el paciente”.

Investigación aplicada y colaboración

Con esta iniciativa, **la Cátedra UFV-UCB en Enfermedades Raras Neurológicas refuerza su papel como espacio de investigación aplicada, colaboración con clínicos y asociaciones de pacientes, y generación de conocimiento de valor para mejorar la atención sanitaria desde una visión científica, interdisciplinar y centrada en la persona.**

El proyecto parte de una idea central: **mejorar el manejo de la miastenia gravis no consiste solo en incorporar nuevos tratamientos, sino en diagnosticar con criterios más claros, ordenar mejor las decisiones terapéuticas, reforzar el seguimiento y atender las consecuencias emocionales, familiares, laborales y sociales de quienes conviven con la enfermedad.**

También te puede interesar...

Gaceta Médica

saludymedicina.org

Se asocian los síntomas depresivos a riesgo de ictus

por Salud y Medicina · Publicada 22 abril, 2023

5-6 minutos

Identifican factores precipitantes de esta enfermedad que actúan solo en unas horas. La recuperación tras un accidente cerebrovascular es además peor en pacientes que han referido síntomas depresivos.

La relación entre ictus y depresión queda refrendada en un nuevo estudio con miles de pacientes que acaba de publicarse en *Neurology*. De la investigación observacional se infiere que la depresión aumenta el riesgo de ictus, tanto isquémico como hemorrágico. El trabajo encuentra también que las personas con síntomas de depresión tienen más probabilidades de que su recuperación sea peor tras el accidente cerebrovascular agudo.

En los 26.877 adultos incluidos en el estudio *Interstroke* –de 32 países de Europa, Asia, América y Medio Oriente-, más de 13.000 sufrieron un ictus: el 18% de ellos tenían síntomas de depresión en comparación con el 14% entre los que no sufrieron un accidente cerebrovascular, según exponen los autores de este trabajo, encabezados por Robert Murphy, de la Universidad de Galway, en Irlanda.

Después de ajustar factores que pueden influir, como edad, sexo, educación, actividad física y otros hábitos de estilo de vida, las personas con síntomas de depresión antes del accidente cerebrovascular mostraron un 46% más riesgo de accidente cerebrovascular en comparación con aquellas que no tenían síntomas de depresión.

En cambio, no vieron, al analizar determinados subgrupos de pacientes, que el tratamiento con antidepresivos influyera en el riesgo de ictus.

Más mortalidad, pero no más gravedad

La depresión no afectaba a la gravedad del ictus; el estudio encontró que sí implicaba una peor recuperación medida al mes del evento, así como mayor mortalidad durante ese periodo (10% frente al 8,1%).

Pero la gravedad de la depresión sí influía en el riesgo. Los pacientes que refirieron cinco o más síntomas de depresión tenían un 54% más riesgo de accidente cerebrovascular que los que no tenían síntomas, los que informaron de tres o cuatro síntomas y aquellos con uno o dos tenían un 58% y un 35% más, respectivamente.

“La depresión afecta a personas de todo el mundo y puede tener una amplia gama de impactos en la vida de una persona”, afirma Murphy, para quien “los médicos deben estar atentos a estos síntomas de depresión y pueden usar esta información para ayudar a guiar las iniciativas de salud centradas en la prevención de accidentes cerebrovasculares”.

El trabajo confirma las conclusiones extraídas en investigaciones anteriores, como la dirigida por la neuróloga Marialaura Simonetto, de la Universidad de Miami, en Florida, presentada en 2019 en la reunión de la Academia

Americana de Neurología.

En este estudio se incluyeron a 1.104 personas con una mediana de 70 años edad, que nunca habían tenido un accidente cerebrovascular. Los participantes fueron seguidos durante 14 años.

El 18% de los participantes (198 personas) tenían síntomas de depresión al inicio del estudio. Después de ajustar otros factores que podrían afectar el riesgo de accidente cerebrovascular, como la diabetes, la hipertensión arterial y el tabaquismo, los investigadores encontraron que las personas que tenían **síntomas elevados de depresión** tenían un 75% más de probabilidades de desarrollar un ictus isquémico que las personas sin síntomas de depresión. Cada aumento de cinco puntos en la puntuación de la prueba de depresión se relacionó con un riesgo 12% mayor de accidente cerebrovascular isquémico.

Depresión y neuropatología

El vínculo entre depresión e ictus también fue objeto, entre otras patologías neurológicas, del informe *Depresión y Neurología* de la Sociedad Española de Neurología (SEN). Este análisis, presentado en la pasada reunión anual de la sociedad científica, establece que si la depresión está presente en el 4-5% de la población general, en personas con enfermedades neurológicas puede alcanzar al 30-50%, según destacó el presidente de la SEN, José Miguel Láinez.

La prevalencia de la depresión en los pacientes que han sobrevivido a un ictus es unas ocho veces mayor que respecto a la población general. De hecho, una cuarta parte de los enfermos es diagnosticado con depresión en los 2 años posteriores al accidente cerebrovascular, atendiendo a los datos

del informe.

La asociación entre una peor recuperación, funcional y cognitiva, tras el ictus y la depresión también se refleja en este análisis, coincidiendo con el estudio que aparece hoy en *Neurology*.

Respecto a la depresión como un factor de riesgo –algo que podría servir incluso como un marcador en la prevención del accidente cerebrovascular para los médicos, como sugiere el autor del estudio Robert Murphy-, los especialistas reconocían en la presentación del informe que resulta más difícil de establecer.

Con todo, hay factores relacionados con los hábitos de vida que acompañan a la depresión que pueden favorecer posteriormente el desarrollo de un accidente cerebrovascular, y, aunque no está determinado, es posible que determinadas alteraciones de neurotransmisores presentes en la depresión afecten, con el tiempo, a la circulación sanguínea cerebral.

Sonia Moreno

saludymedicina.org

Se asocian los síntomas depresivos a riesgo de ictus

por Salud y Medicina · Publicada 22 abril, 2023

5-6 minutos

Identifican factores precipitantes de esta enfermedad que actúan solo en unas horas. La recuperación tras un accidente cerebrovascular es además peor en pacientes que han referido síntomas depresivos.

La relación entre ictus y depresión queda refrendada en un nuevo estudio con miles de pacientes que acaba de publicarse en *Neurology*. De la investigación observacional se infiere que la depresión aumenta el riesgo de ictus, tanto isquémico como hemorrágico. El trabajo encuentra también que las personas con síntomas de depresión tienen más probabilidades de que su recuperación sea peor tras el accidente cerebrovascular agudo.

En los 26.877 adultos incluidos en el estudio *Interstroke* –de 32 países de Europa, Asia, América y Medio Oriente-, más de 13.000 sufrieron un ictus: el 18% de ellos tenían síntomas de depresión en comparación con el 14% entre los que no sufrieron un accidente cerebrovascular, según exponen los autores de este trabajo, encabezados por Robert Murphy, de la Universidad de Galway, en Irlanda.

Después de ajustar factores que pueden influir, como edad, sexo, educación, actividad física y otros hábitos de estilo de vida, las personas con síntomas de depresión antes del accidente cerebrovascular mostraron un 46% más riesgo de accidente cerebrovascular en comparación con aquellas que no tenían síntomas de depresión.

En cambio, no vieron, al analizar determinados subgrupos de pacientes, que el tratamiento con antidepresivos influyera en el riesgo de ictus.

Más mortalidad, pero no más gravedad

La depresión no afectaba a la gravedad del ictus; el estudio encontró que sí implicaba una peor recuperación medida al mes del evento, así como mayor mortalidad durante ese periodo (10% frente al 8,1%).

Pero la gravedad de la depresión sí influía en el riesgo. Los pacientes que refirieron cinco o más síntomas de depresión tenían un 54% más riesgo de accidente cerebrovascular que los que no tenían síntomas, los que informaron de tres o cuatro síntomas y aquellos con uno o dos tenían un 58% y un 35% más, respectivamente.

“La depresión afecta a personas de todo el mundo y puede tener una amplia gama de impactos en la vida de una persona”, afirma Murphy, para quien “los médicos deben estar atentos a estos síntomas de depresión y pueden usar esta información para ayudar a guiar las iniciativas de salud centradas en la prevención de accidentes cerebrovasculares”.

El trabajo confirma las conclusiones extraídas en investigaciones anteriores, como la dirigida por la neuróloga Marialaura Simonetto, de la Universidad de Miami, en Florida, presentada en 2019 en la reunión de la Academia

Americana de Neurología.

En este estudio se incluyeron a 1.104 personas con una mediana de 70 años edad, que nunca habían tenido un accidente cerebrovascular. Los participantes fueron seguidos durante 14 años.

El 18% de los participantes (198 personas) tenían síntomas de depresión al inicio del estudio. Después de ajustar otros factores que podrían afectar el riesgo de accidente cerebrovascular, como la diabetes, la hipertensión arterial y el tabaquismo, los investigadores encontraron que las personas que tenían **síntomas elevados de depresión** tenían un 75% más de probabilidades de desarrollar un ictus isquémico que las personas sin síntomas de depresión. Cada aumento de cinco puntos en la puntuación de la prueba de depresión se relacionó con un riesgo 12% mayor de accidente cerebrovascular isquémico.

Depresión y neuropatología

El vínculo entre depresión e ictus también fue objeto, entre otras patologías neurológicas, del informe *Depresión y Neurología* de la Sociedad Española de Neurología (SEN). Este análisis, presentado en la pasada reunión anual de la sociedad científica, establece que si la depresión está presente en el 4-5% de la población general, en personas con enfermedades neurológicas puede alcanzar al 30-50%, según destacó el presidente de la SEN, José Miguel Láinez.

La prevalencia de la depresión en los pacientes que han sobrevivido a un ictus es unas ocho veces mayor que respecto a la población general. De hecho, una cuarta parte de los enfermos es diagnosticado con depresión en los 2 años posteriores al accidente cerebrovascular, atendiendo a los datos

del informe.

La asociación entre una peor recuperación, funcional y cognitiva, tras el ictus y la depresión también se refleja en este análisis, coincidiendo con el estudio que aparece hoy en *Neurology*.

Respecto a la depresión como un factor de riesgo –algo que podría servir incluso como un marcador en la prevención del accidente cerebrovascular para los médicos, como sugiere el autor del estudio Robert Murphy-, los especialistas reconocían en la presentación del informe que resulta más difícil de establecer.

Con todo, hay factores relacionados con los hábitos de vida que acompañan a la depresión que pueden favorecer posteriormente el desarrollo de un accidente cerebrovascular, y, aunque no está determinado, es posible que determinadas alteraciones de neurotransmisores presentes en la depresión afecten, con el tiempo, a la circulación sanguínea cerebral.

Sonia Moreno

SOCIEDAD ([HTTPS://REVISTAPERFILES.COM/SOCIEDAD/](https://revistaperfiles.com/sociedad/))

Día Mundial de la ELA

La historia de Tatiana pone rostro a los gastos invisibles de vivir con ELA: "Necesito sostener mi propia vida"

La historia de la gallega de 33 años Tatiana Badiola pone rostro a los gastos invisibles de vivir con Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA): adaptar una casa, reparar una silla salvaescaleras, mantener una furgoneta adaptada o pagar cuidados profesionales mientras llegan las ayudas públicas. "Necesito ayuda para recuperar estabilidad, mantener mi autonomía mientras sea posible y sentirme útil, conectada y viva más allá de la enfermedad", afirma.

POR SERVIMEDIA | FOTOGRAFÍA: DONIO

20/06/2026



Con motivo del **Día Mundial de la ELA**, que se conmemora el próximo domingo, Tatiana ha puesto en marcha la campaña solidaria '[Vivir con ELA cambió todo \(https://revistaperfiles.com/sociedad/ciencia-y-financiacion-el-binomio-de-la-esperanza-de-las-personas-con-ela/\)](https://revistaperfiles.com/sociedad/ciencia-y-financiacion-el-binomio-de-la-esperanza-de-las-personas-con-ela/)', con la que busca recaudar 15.000 euros para cubrir necesidades urgentes de accesibilidad, movilidad y cuidados profesionales. La iniciativa se canaliza a través de **Donio**, una plataforma europea de donaciones que acaba de llegar a España y que entrega el 100% de lo recaudado a las personas beneficiarias, sin comisiones para las campañas.

Tatiana tenía 29 años cuando recibió el diagnóstico. Desde entonces ha aprendido a convivir con una **enfermedad neurodegenerativa que limita de forma progresiva la movilidad** y obliga a reorganizar la vida cotidiana, el hogar, los desplazamientos, los cuidados y los proyectos personales. En España conviven con ELA **entre 4.000 y 4.500 personas**, según datos de la **Sociedad Española de Neurología**.

Lejos de esconderse, Tatiana decidió dar visibilidad a la enfermedad. Creó '**RevELate**', un proyecto personal desde el que comparte su día a día, acompaña a otras personas que atraviesan situaciones similares y promueve acciones de sensibilización, entre ellas, canciones propias creadas con ayuda de inteligencia artificial (IA).

Sin embargo, la visibilidad no elimina las necesidades materiales. La campaña nace precisamente para hacer frente a gastos concretos derivados de la enfermedad: finalizar el pago de una silla salvaescaleras instalada en su vivienda, reparar esa misma silla tras una avería fuera de garantía, completar los arreglos de una furgoneta adaptada imprescindible para sus desplazamientos y cubrir parte de los costes de cuidados profesionales mientras se resuelven o llegan las ayudas públicas.

"Esta campaña nace desde la honestidad y desde la aceptación de una realidad que me ha costado mirar de frente: **necesito ayuda para recuperar estabilidad, mantener mi autonomía el máximo tiempo posible y seguir construyendo proyectos que me ayudan a sentirme útil**, conectada y viva más allá de la enfermedad", explicó **Tatiana Badiola**, quien vive en **Taboada**, un pequeño municipio de la Ribeira Sacra de Lugo. Durante mucho tiempo le costó asumir que también ella necesitaba pedir ayuda, según reconoció: "He entendido que para poder seguir ayudando y dando visibilidad a la ELA, primero necesito sostener mi propia vida".

El coste cotidiano de la ELA

La campaña pretende responder a una necesidad económica inmediata, pero también "[mostrar el impacto real de la ELA en la vida cotidiana \(https://revistaperfiles.com/sociedad/pp-y-psoe-cierran-un-acuerdo-para-tramitar-la-ley-ela-en-el-congreso/\)](https://revistaperfiles.com/sociedad/pp-y-psoe-cierran-un-acuerdo-para-tramitar-la-ley-ela-en-el-congreso/)". La enfermedad no solo implica atención médica, sino también adaptación del hogar, apoyos constantes por la pérdida progresiva de autonomía, reorganización familiar y una carga económica que muchas veces recae directamente sobre los hogares.

Tatiana explicó que ha recibido recientemente el reconocimiento del grado III+ de dependencia, que le permitirá acceder a las ayudas previstas en la denominada Ley ELA (<https://revistaperfiles.com/sociedad/que-cambia-con-la-nueva-ley-de-la-ela/>), con una prestación económica de entre 3.200 y 9.850 euros al mes, en función de las necesidades específicas de cada paciente.

No obstante, estas ayudas están **orientadas a cubrir cuidados profesionales** a los que Tatiana podrá acceder a partir de ahora, pero no permiten afrontar directamente algunos de los gastos que ya tiene pendientes, como la reparación de la silla salvaescaleras o la puesta a punto de la furgoneta adaptada. Por eso, la campaña "busca cubrir ese espacio de urgencia entre las necesidades actuales y la llegada efectiva de los apoyos públicos".

Una plataforma solidaria

La campaña se desarrolla a través de Donio, una plataforma europea de donaciones fundada en Praga en 2019 con el objetivo de crear un espacio digital en el que cualquier persona pueda **ayudar de forma sencilla, segura y transparente** a historias concretas.

Desde su nacimiento, Donio ha recaudado más de 120 millones de euros y **ha contribuido a cambiar más de 16.500 historias de vida**. Tras consolidarse en Chequia y Eslovaquia, la plataforma ha iniciado su expansión en España con un equipo local.

“En Donio creemos que pedir ayuda no tiene nada de malo y que cualquiera de nosotros puede encontrarse en una situación difícil. La generosidad de las personas nos ha hecho ver que Donio puede ser el lugar donde ocurren milagros. Historias como la de Tatiana muestran por qué es necesario facilitar nuevas vías de apoyo directo, seguras y humanas”, señaló la directora de campañas de Donio en España, **Nuria Valdivia**.

La plataforma ya ha canalizado algunas de las mayores movilizaciones solidarias de Chequia en los últimos años. Durante la pandemia, científicos y empresarios checos la utilizaron para **financiar respiradores de emergencia para víctimas de la covid-19** y recaudaron 600.000 euros en un solo día.

En 2023 impulsó una de sus mayores recaudaciones con el caso de Martin, un niño con una enfermedad rara para el que se recaudaron seis millones de euros, dos millones por encima de la cifra inicial propuesta.

Cómo ayudar

La campaña de Tatiana Badiola ya ha recaudado 2 255 euros y está activa en Donio con el **objetivo de recaudar 15.000 euros**. Si se supera el objetivo previsto, el excedente se destinará a **Agaela**, asociación que ayuda a personas afectadas por ELA en Galicia.

Todas las campañas pasan por un proceso de verificación documental antes de su publicación y, al finalizar, Donio revisa que la ayuda llega a su destino mediante facturas, recibos u otros justificantes, según informaron fuentes de la plataforma.

ELA ([HTTPS://REVISTAPERFILES.COM/TEMA/ELA/](https://revistaperfiles.com/tema/ela/))

Continúa Leyendo

ENTREVISTAS

"La cultura audiovisual debe apostar por el talento de las personas sordas"

POR SONIA GUTIÉRREZ MENCÍA

ECONOMÍA

La cesta de la compra: un objeto de lujo

POR CAROLINA MARTÍNEZ

Lo último: El aumento de la esperanza de vida en España reabre el



ALIMENTACIÓN NATURAL
de textura modificada



Conoce nuestros
productos



NOVEDADES - PORTADA

Los casos de ELA, tercera enfermedad neurodegenerativa más frecuente, aumentarán un 40% en Europa en los próximos 25 años

Este domingo, 21 de junio, se conmemora el Día Internacional de la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), una enfermedad neuromuscular degenerativa que, según datos de la Sociedad Española de Neurología, afecta en España a unas 4.000-4.500 personas y de la que se registra cada año un número similar de nuevos casos y fallecimientos, en torno a 900-1.000.

“La ELA es una enfermedad neurodegenerativa con una alta letalidad y una rápida evolución clínica: en España se diagnostican alrededor de tres nuevos casos al día, una cifra similar a la de los fallecimientos diarios asociados a esta patología”, explica el Dr. Francisco Javier Rodríguez de Rivera, Coordinador del Grupo de Estudio de Enfermedades Neuromusculares de la Sociedad Española de Neurología. “Es una enfermedad caracterizada por la degeneración progresiva de las neuronas que controlan el movimiento, las neuronas motoras, lo que provoca la pérdida progresiva

Este sitio web utiliza cookies para que usted tenga la mejor experiencia de usuario. Si continúa navegando está dando su consentimiento para la aceptación de las mencionadas cookies y la aceptación de nuestra política de cookies, pinche el enlace para mayor información.

ACEPTAR

plugin cookie

La ELA constituye la tercera enfermedad neurodegenerativa más frecuente, tras la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad de Parkinson. La edad media de inicio se sitúa entre los 60 y los 69 años, aunque puede presentarse en un amplio rango de edades que abarcan desde la adolescencia hasta edades muy avanzadas. Mientras que en un 70% de los casos los primeros síntomas comienzan con pérdida de fuerza y debilidad progresiva en las extremidades (ELA medular o espinal), en el 30% restante la enfermedad debuta con alteraciones del habla y la deglución como síntomas predominantes (ELA bulbar). Pero en todos los casos, la enfermedad evolucionará hacia una parálisis muscular prácticamente generalizada, lo que conducirá a una discapacidad severa y, en fases avanzadas, a una situación de dependencia funcional total.

“La media de supervivencia tras el diagnóstico se sitúa entre los 2 y los 5 años, aunque alrededor del 20% de los pacientes supera los 5 años y aproximadamente un 10% alcanza más de 10 años de evolución. En cualquier caso, se trata de una enfermedad de evolución generalmente rápida, con una complejidad asistencial creciente desde fases tempranas, lo que hace necesario un abordaje especializado y multidisciplinar. En fases avanzadas, la enfermedad suele requerir soporte ventilatorio y nutricional, además de cuidados continuados altamente especializados. Asimismo, más del 50% de los pacientes presentan alteraciones cognitivas, conductuales o emocionales asociadas, lo que incrementa la complejidad del manejo clínico”, señala el Dr. Francisco Javier Rodríguez de Rivera.

Actualmente, el coste medio estimado por paciente supera los 50.000 euros anuales, asociado tanto a la progresión de la discapacidad como a la necesidad de recursos asistenciales continuados. Por esta razón, la SEN destaca la importancia de las unidades multidisciplinarias de enfermedades neuromusculares, que facilitan la coordinación de los cuidados respiratorios, nutricionales, rehabilitadores y de apoyo psicológico que requieren estos pacientes. Estas unidades contribuyen a optimizar los recursos, reducir costes y mejorar la calidad de vida. Además, han demostrado agilizar el diagnóstico —cuyo retraso medio se sitúa entre los 12 y los 16 meses desde la aparición de los primeros síntomas— y mejorar la supervivencia. Por ello, la SEN insiste en la necesidad de extender estas unidades a todos los hospitales de referencia y de garantizar una implantación homogénea en el Sistema Nacional de Salud, así como en el desarrollo efectivo de la Ley ELA como herramienta para mejorar la atención integral a pacientes y familias.

“La Encuesta Nacional sobre Discapacidad y Dependencia ya sitúa a la ELA como una de las principales causas de discapacidad en la población española. Las proyecciones epidemiológicas estiman un incremento superior al 40% del número de personas afectadas en Europa en los próximos 25 años, impulsado principalmente por el envejecimiento poblacional. Apostar por las

Este sitio web utiliza cookies para que usted tenga la mejor experiencia de usuario. Si continúa navegando está dando su consentimiento para la aceptación de las mencionadas cookies y la aceptación de nuestra [política de cookies](#), pinche el enlace para mayor información.

ACEPTAR

plugin cookie

cuidados de larga duración. Pero también por impulsar la investigación, al concentrar la experiencia clínica y los recursos, lo que mejora la capacidad de generar conocimiento y acelerar el desarrollo de nuevas terapias”, explica el Dr. Francisco Javier Rodríguez de Rivera.

Aunque la investigación en la ELA ha avanzado en los últimos años y se dispone de algunos fármacos que pueden ralentizar la progresión de la enfermedad en determinados pacientes, el abordaje sigue siendo principalmente sintomático y orientado a mejorar la calidad de vida. Las principales líneas de investigación se centran en terapias génicas y de ARN para formas hereditarias, así como en el estudio del papel de la inflamación y el sistema inmunitario en el desarrollo de la enfermedad, y en la identificación de biomarcadores que permitan un diagnóstico más precoz y una mejor predicción de su evolución.

En todo caso, el objetivo prioritario de la investigación sigue siendo frenar la progresión de la enfermedad y avanzar hacia tratamientos más personalizados según los distintos subtipos de ELA. En este contexto, recientemente se ha autorizado en España una terapia dirigida a una forma genética de la enfermedad asociada a mutaciones en el gen SOD1, que representa aproximadamente el 2% de los casos. Este avance supone el primer tratamiento dirigido a un mecanismo molecular específico de la ELA en más de tres décadas.

← Dräger lanza Vista T100, su monitor de telemetría para el control flexible

El Parlamento Europeo aprueba por unanimidad las propuestas de la OMC para →
afrontar la crisis de profesionales sanitarios en Europa

👍 También te puede gustar

DIA DE LA MENOPAUSIA -18 OCTUBRE

Desarrollan un método mucho más preciso para identificar neuronas equivalentes

Este sitio web utiliza cookies para que usted tenga la mejor experiencia de usuario. Si continúa navegando está dando su consentimiento para la aceptación de las mencionadas cookies y la aceptación de nuestra [política de cookies](#), pinche el enlace para mayor información.

ACEPTAR

plugin cookie

[lavanguardia.com](https://www.lavanguardia.com)

Lucía Vidorreta, doctora: “Pasar varias horas bajo un sol intenso o en ambientes muy luminosos puede favorecer la aparición de una cefalea”

Helena Ortega

4-5 minutos

La [llegada del verano y de las altas temperaturas suele asociarse con un aumento de los dolores de cabeza](#). Sin embargo, el calor por sí solo rara vez es el responsable directo. Según explica la doctora Lucía Vidorreta Ballesteros, coordinadora de la Unidad de Cefaleas del Hospital Quirónsalud San José, son varios los factores ambientales y fisiológicos propios de esta época los que favorecen la aparición de estos episodios.

Tal y como ha desvelado la experta en *Europa Press*, “En realidad, el aumento de las cefaleas durante los meses estivales se debe a una combinación de factores ambientales y fisiológicos, muchos de ellos modificables”. De hecho, asegura que las altas temperaturas suelen actuar como desencadenantes indirectos, favoreciendo otros procesos relacionados con el dolor.





*Los cambios en el sueño, las comidas y los hábitos vacacionales también pueden favorecer la aparición de migrañas*Getty Images

Uno de los mecanismos más importantes es la deshidratación. A ello se suma la exposición prolongada a la luz solar. “Pasar varias horas bajo un sol intenso o en ambientes muy luminosos puede favorecer la aparición de una crisis”, advierte la doctora Vidorreta.

La deshidratación y los cambios de rutina, entre los principales desencadenantes

La evidencia científica indica que las llamadas “cefaleas por calor” no están provocadas exclusivamente por las altas temperaturas. La humedad ambiental también desempeña un papel importante, al igual que las variaciones de presión atmosférica asociadas a las tormentas de verano o a los cambios bruscos de tiempo.

Además, las vacaciones suelen alterar los hábitos diarios. Los cambios en los horarios del sueño, las comidas irregulares, el consumo de alcohol, los viajes largos o la práctica de ejercicio físico intenso en ambientes calurosos pueden contribuir a la aparición de dolores de cabeza y migrañas.





*La práctica de ejercicio intenso puede derivar en una cefalea durante el verano*Getty Images

La [Asociación Española de Migraña y Cefalea](#) (AEMICE) recuerda que esta enfermedad neurológica afecta a entre un 12% y un 13% de la población mundial. Pablo Irimia, coordinador del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (SEN), ha explicado que los cambios de temperatura son uno de los desencadenantes más habituales.

“Las personas que están acostumbradas a una temperatura determinada, el cambio de temperatura o ir a un sitio más caluroso les puede facilitar la aparición de crisis”, señala. Asimismo, el neurólogo subraya que el ayuno prolongado y los cambios en las rutinas alimentarias también pueden favorecer los ataques de migraña, especialmente durante el verano.

Hidratación, protección solar y horarios regulares

Las personas que padecen migraña son especialmente sensibles a estos cambios. “Muchos pacientes con migraña observan un empeoramiento de sus síntomas durante los meses más calurosos y después de una exposición prolongada al sol”, apunta Lucía Vidorreta.

Por ello, los expertos recomiendan mantener una hidratación adecuada durante todo el día, sin esperar a tener sed, y

aumentar la ingesta de líquidos cuando se realizan actividades físicas o durante jornadas especialmente calurosas.



*Mantener una buena hidratación y conservar rutinas estables ayuda a reducir el riesgo de sufrir crisis durante los meses más calurosos*Getty Images

También aconsejan evitar la exposición al sol en las horas centrales del día, utilizar gafas de sol, sombrero o gorra y buscar espacios frescos o climatizados durante las olas de calor. Mantener horarios regulares para dormir y comer, así como limitar el consumo de alcohol y las comidas copiosas, puede ayudar a prevenir las crisis.

Además, los especialistas recomiendan llevar un registro de los posibles desencadenantes para identificar qué factores influyen más en cada persona. Aunque la mayoría de los dolores de cabeza asociados al calor mejoran con descanso e hidratación, es importante acudir al médico si aparecen fiebre alta, confusión, alteraciones del habla, pérdida de conciencia o síntomas compatibles con un golpe de calor.



Antonio Oliveros Juste, neurólogo aragonés: "Poder estudiar el cerebro ha sido un privilegio"

Neurólogo, docente e investigador, fue jefe de la primera unidad hospitalaria de Neurología de Aragón, en el Servet, y es miembro numerario de honor de la Sociedad Española de Neurología. Acaba de escribir *Sinapsis*.

[Los neurólogos aragoneses analizan el futuro del alzhéimer: del diagnóstico precoz a fármacos que podrían ralentizar su evolución](#)



ARAGÓN NOTICIA 23 jun 2026 - 05:00
E. PÉREZ BERIAIN

Añadir Heraldo en Google



Publicidad

Publicidad

La Cátedra UFV-UCB apuesta por un abordaje multidisciplinar de la miastenia gravis

23 de junio, 2026

Compartir:

(<https://facebook.com/sharer/sharer.php?u=https%3A%2F%2Fwww.pharmatech.es%2Fnoticias%2F20260623%2F-catedra-ufv-ucb-apuesta-un-abordaje-multidisciplinar-miastenia-gravis>)

✕

(https://twitter.com/intent/tweet/?text=La+C%C3%A1tedra+UFV-UCB+apuesta+por+un+abordaje+multidisciplinar+de+la+miastenia+gravis+via+%40pharmatech_es&url=https%3A%2F%2Fwww.pharmatech.es%2Fnoticias%2F20260623%2F-catedra-ufv-ucb-apuesta-un-abordaje-multidisciplinar-miastenia-gravis)

(<mailto:?subject=La+C%C3%A1tedra+UFV-UCB+apuesta+por+un+abordaje+multidisciplinar+de+la+miastenia+gravis&body=https%3A%2F%2Fwww.pharmatech.es%2Fnoticias%2F20260623%2F-catedra-ufv-ucb-apuesta-un-abordaje-multidisciplinar-miastenia-gravis>)

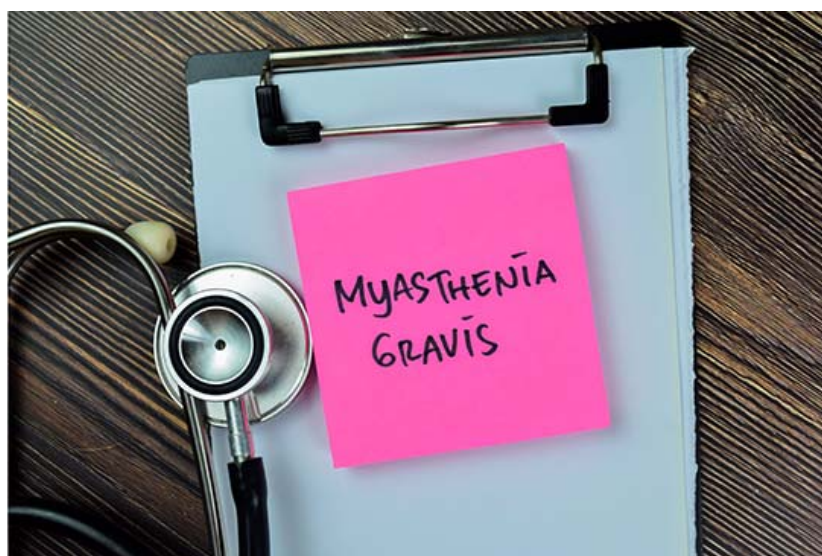
(<https://www.linkedin.com/shareArticle?mini=true&url=https%3A%2F%2Fwww.pharmatech.es%2Fnoticias%2F20260623%2F-catedra-ufv-ucb-apuesta-un-abordaje-multidisciplinar-miastenia-gravis&title=La+C%C3%A1tedra+UFV-UCB+apuesta+por+un+abordaje+multidisciplinar+de+la+miastenia+gravis&summary=La+C%C3%A1tedra+UFV-UCB+apuesta+por+un+abordaje+multidisciplinar+de+la+miastenia+gravis&source=https%3A%2F%2Fwww.pharmatech.es%2Fnoticias%2F20260623%2F-catedra-ufv-ucb-apuesta-un-abordaje-multidisciplinar-miastenia-gravis>)

(whatsapp://send?text=La+C%C3%A1tedra+UFV-UCB+apuesta+por+un+abordaje+multidisciplinar+de+la+miastenia+gravis%20https%3A%2F%2Fwww.pharmatech.es%2Fnoticias%2F20260623%2F-catedra-ufv-ucb-apuesta-un-abordaje-multidisciplinar-miastenia-gravis)

(<https://telegram.me/share/url?text=La+C%C3%A1tedra+UFV-UCB+apuesta+por+un+abordaje+multidisciplinar+de+la+miastenia+gravis&url=https%3A%2F%2Fwww.pharmatech.es%2Fnoticias%2F20260623%2F-catedra-ufv-ucb-apuesta-un-abordaje-multidisciplinar-miastenia-gravis>)

< Volver

El proyecto combina evidencia científica, práctica clínica, experiencia de pacientes y consenso experto para avanzar hacia un manejo más integral de esta **enfermedad rara neuromuscular**.



La **Cátedra UFV-UCB en Enfermedades Raras Neurológicas** ha impulsado el proyecto **Abordaje 360° Miastenia Gravis**, una iniciativa desarrollada desde la **Universidad Francisco de Vitoria (UFV)** para identificar oportunidades de mejora en el diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento y la atención integral de esta enfermedad rara neuromuscular.

La **miastenia gravis** es una enfermedad crónica, poco frecuente y fluctuante que puede provocar visión doble, caída de los párpados, dificultad para masticar o tragar, problemas para hablar, debilidad muscular, fatiga intensa y, en los casos más graves, afectación respiratoria. Su variabilidad dificulta el manejo clínico y puede afectar también a la autonomía, la vida laboral, la salud emocional, el entorno familiar y los cuidadores.

El proyecto se ha desarrollado en cuatro fases: **revisión de la literatura científica, análisis de la práctica clínica habitual, estudio de necesidades de pacientes y elaboración de propuestas mediante consenso experto**. Esta metodología permite abordar la enfermedad desde una perspectiva amplia, orientada a reducir la variabilidad clínica e incorporar de forma más sistemática la voz del paciente en la toma de decisiones.

"Queríamos combinar lo que dice la literatura, lo que ocurre en la práctica clínica y lo que expresan los pacientes para llegar a recomendaciones útiles y consensuadas", señala **Francisco J. Campos-Lucas**, **vicedecano de Postgrado y Relaciones Institucionales de la Facultad de Medicina de la UFV** y **coordinador del proyecto**.

Datos de neurólogos, pacientes y expertos

La fase centrada en la práctica clínica se apoyó en el estudio ***Practitioner's perception of myasthenia gravis management recommendations in clinical practice***, publicado en ***Therapeutic Advances in Chronic Disease***, que recogió la opinión de **53 neurólogos españoles especializados en miastenia gravis**. Los resultados mostraron que las recomendaciones internacionales son, en general, conocidas y aplicadas por los especialistas, aunque también identificaron áreas donde hacen falta más evidencia, consenso y difusión.

El proyecto incorporó además la experiencia directa de los pacientes. El estudio ***Patient Perceptions of Needs and Expectations Regarding the Current Management of Myasthenia Gravis: A Biopsychosocial Study***, publicado en ***Neurology and Therapy***, recogió **208 respuestas válidas de pacientes de 13 comunidades autónomas**. Sus resultados muestran que la calidad de vida de las personas con miastenia gravis es inferior a la de la población general española, especialmente en mujeres y en pacientes con formas más graves de la enfermedad.

El estudio señaló también necesidades pendientes en apoyo psicológico, recursos para cuidadores, adaptación laboral, protección social e información sobre ayudas. La conclusión principal es que tratar la

debilidad muscular es imprescindible, pero no suficiente: **la miastenia gravis puede condicionar los desplazamientos, el empleo, la economía familiar, la salud mental y la organización de los cuidados.**

Una propuesta para avanzar hacia una atención más integral

La fase final del proyecto ha consistido en **transformar la información previa en propuestas de mejora mediante un consenso Delphi modificado**, una metodología estructurada que permite recoger la opinión de expertos en varias rondas y analizar el grado de acuerdo alcanzado.

En el proceso participó un comité multidisciplinar formado por **clínicos expertos en miastenia gravis**, una representante de pacientes y el equipo de la **UFV**. A partir de la revisión científica, del estudio con neurólogos y del estudio biopsicosocial con pacientes, se elaboró un cuestionario de recomendaciones que fue valorado por un panel de **38 expertos clínicos**.

La propuesta fue presentada en noviembre de 2025 en la **LXXVII Reunión Anual de la Sociedad Española de Neurología** y aborda cuatro grandes ámbitos: **diagnóstico, tratamiento, seguimiento y dimensión social**. Su aportación principal es que no se limita al abordaje farmacológico, sino que incorpora también aspectos relacionados con **calidad de vida, salud mental, rehabilitación, trabajo social, información al paciente, colaboración con asociaciones y apoyo a cuidadores**.

Fernando Caballero-Martínez, decano de la Facultad de Medicina de la UFV, subraya el valor de integrar varias fuentes de información antes de formular propuestas de mejora: *"El trabajo no parte solo de impresiones clínicas. Se construye sobre revisión científica, datos de profesionales, datos de pacientes y una validación estructurada por expertos"*.

Pablo Talavera, director médico de la biofarmacéutica internacional UCB, destaca que *"avanzar en el abordaje de enfermedades raras neurológicas como la miastenia gravis exige escuchar a todos los agentes implicados: profesionales sanitarios, pacientes, cuidadores, asociaciones e instituciones académicas. Iniciativas como Abordaje 360° Miastenia Gravis permiten generar conocimiento útil, identificar necesidades no cubiertas y contribuir a una atención más integral, coordinada, humana y centrada en el paciente"*.

Investigación aplicada y colaboración

Con esta iniciativa, la Cátedra UFV-UCB en Enfermedades Raras Neurológicas refuerza su papel como espacio de investigación aplicada, colaboración con clínicos y asociaciones de pacientes, y generación de conocimiento de valor para mejorar la atención sanitaria desde una **visión científica, interdisciplinar y centrada en la persona**.

El proyecto parte de una idea central: **mejorar el manejo de la miastenia gravis no consiste solo en incorporar nuevos tratamientos, sino en diagnosticar con criterios más claros, ordenar mejor las decisiones terapéuticas, reforzar el seguimiento y atender las consecuencias emocionales, familiares, laborales y sociales de quienes conviven con la enfermedad**.

Publicidad

Tags: colaboración (<https://www.pharmatech.es/tags/colaboracion>)

Salud (<https://www.pharmatech.es/tags/Salud>)

asistencia a pacientes (<https://www.pharmatech.es/tags/asistencia-a-pacientes>)

[20minutos.es](https://www.20minutos.es)

Los errores matutinos que están arruinando tu sueño, según la psicóloga Nuria Roure

Ines Gutiérrez

4-5 minutos

Un buen **descanso es esencial para nuestra salud** y también para ser capaces de enfrentar todo lo que nos depara la jornada. Sin embargo, la Sociedad Española de Neurología (SEN) estima que el 48% de la población adulta en España no tiene un [sueño de calidad](#).

Esto nos invita a pensar que hay **mucho que todavía desconocemos sobre cómo lograr una buena noche de sueño**. Ponerse en manos de profesionales es esencial para obtener mejoras, ellos podrán indicarnos la manera más efectiva de poder solucionar nuestros problemas. A menudo es a través de **pequeños cambios en nuestras rutinas** que son más significativos de lo que pensamos.

5 errores matutinos que arruinan tu sueño nocturno

Tendemos a pensar que, si no podemos dormir cuando nos metemos en la cama o nos despertamos a mitad de la noche y somos incapaces de volver a conciliar el sueño, es porque **estamos haciendo algo mal a la hora de acostarnos**. A

través de sus redes sociales, la psicóloga Nuria Roure deja claro que el problema no siempre es ese y que es esencial prestar atención a los pequeños detalles porque, si bien los rituales nocturnos parecen importantes, **no lo son menos las primeras horas del día**. De hecho, hay cinco errores que cometemos de manera habitual y que conviene evitar.

- **Desertarte a diferentes horas cada día.** Uno de los tips más recomendados por los expertos del sueño es crear rutinas y, mientras que tenemos bastante claro que debemos [acostarnos a la misma hora](#) para lograrlo, a la hora de levantarnos no siempre lo tenemos en cuenta, remoloneando en ocasiones. Es importante mantener el mismo horario, "incluso los fines de semana", explica la experta, que recomienda que no exista más de una hora de diferencia. **El sueño no se recupera**, levantarse más tarde el fin de semana solo logrará que nos cueste más dormir el domingo por la noche.
- **Revisar el móvil apenas abres los ojos.** Nos avisan de que el móvil por la noche puede hacer que nos cueste más conciliar el sueño, pero ¿qué pasa por las mañanas? Tampoco es recomendable, lo mejor es pasar los "primeros 30 minutos sin pantallas. **Desayuna, estírate, respira**", recomienda Roure.
- **Saltarte el desayuno o comer muy tarde.** "Desayuna dentro de la primera hora después de despertar", aconseja la experta, porque de esta forma podemos ["activar tu metabolismo"](#). Al comer estamos activando el reloj interno, sincronizando hambre, energía y sueño.
- **No exponerte a la luz natural.** No es necesario que sea bajo el sol, pero Roure recomienda exponerse **"10 o 15 minutos en las primeras horas del día, aunque esté nublado"**. Sin la luz, el cuerpo no sabe que el día ha empezado, lo que hace que

cueste más desconectar por la noche.

- **Empezar el día con noticias negativas** o emails estresantes. Comenzar el día con este tipo de información activa el sistema de alerta, lo que aumenta el cortisol y se empieza el día con la mente acelerada. Los primeros 30 minutos del día es mejor mantenerlos ["libres de estrés digital"](#).

Estas son algunos de los **errores que la experta recomienda subsanar**, porque aunque no siempre seamos conscientes de ello, "La calidad de tu noche se decide en las primeras horas del día". Roure es consciente de que un cambio de hábitos no es algo sencillo, por eso recuerda que **no es necesario hacerlos todos a la vez**, puede ser algo paulatino: "Elige un error, corrígelo esta semana y observa la diferencia".

Referencias

Meneo, D., Curati, S., Russo, P. M., Martoni, M., Gelfo, F., & Baglioni, C. (2024). A Comprehensive Assessment of Bedtime Routines and Strategies to Aid Sleep Onset in College Students: A Web-Based Survey. *Clocks & Sleep*, 6(3), 468-487. <https://doi.org/10.3390/clockssleep6030031>

¡Gracias por suscribirte a nuestra newsletter!



Portal de Empleo
Comarcal

Síguenos en...   

 + Regístrate y accede

 Buscar cursos

 Ofertas de empleo

Entra si ya estás registrado/a

PORTALEMP ALTO PALANCIA

¿Quiénes somos?

Tutorial registro
demandante de
empleo

+ Pacto Territorial por
el Empleo

Horario y
localización

SEPE: Servicio
Público de Empleo
Estatel

Espai LABORA
Segorbe

Formación LABORA
Segorbe

Agencias de
Colocación

AEDLs ALTO
PALANCIA

Grupos de Acción
Local (GAL)

Diarios y Boletines
oficiales

Trabajo en Europa -
Red EURES

Portales de Empleo

Observatorio

EL "SÍNDROME DE LA VIDA OCUPADA" YA PASA FACTURA: MÁS ESTRÉS, PEOR DESCANSO Y MENOR SALUD EN EL TRABAJO

 22/04/2026

[INICIO](#) >

Caracterizado por la hiperactividad mental y la dificultad para desconectar, este fenómeno refleja el ritmo de vida acelerado actual y dificulta mantener hábitos saludables.

Según datos de Cigna Healthcare, menos del 50% de los empleados españoles prepara sus comidas con antelación y únicamente el 35% de los españoles afirma mantener una dieta equilibrada.

En un contexto marcado por la inmediatez, la prisa ha dejado de ser una circunstancia puntual para convertirse en una constante en el día a día. De hecho, madrugar para aprovechar cada minuto, encadenar tareas sin pausa y priorizar la productividad forman ya parte de la rutina diaria de muchas personas. Sin embargo, esta sobreexigencia y la hiperestimulación continua no solo condicionan la organización del tiempo, sino que también pueden influir directamente en el funcionamiento físico y mental del organismo.

En este contexto, el "síndrome de la vida ocupada" describe este patrón cada vez más frecuente asociado al ritmo de vida actual y a la necesidad constante de mantenerse productivo. Se caracteriza por un estado de hiperactividad cognitiva en el que la mente permanece en alerta continua y presenta dificultades para desconectar, incluso durante los periodos de descanso. Como resultado, este estado puede interferir en     hábitos saludables de forma consistente, especialmente en rutinas básicas como el descanso y la alimentación.

[lavanguardia.com](https://www.lavanguardia.com)

Nuria Pilar Riesco, neuróloga: “Las personas que normalizan consumir analgésicos todos los meses, a la larga, les costará mucho controlar su dolor de cabeza”

Anna Rodríguez Hurtado

7-9 minutos

Estar en el trabajo y que empiece a doler la cabeza es una situación frecuente: algunos trabajadores dejan que se pase solo y otros optan por tomarse un analgésico para aliviar el malestar y siguen con sus tareas como si nada. Estas situaciones no son las más recomendables, sobre todo si el dolor es recurrente y si en realidad se trata de una migraña.

La migraña, que es una de las cefaleas más frecuentes, afecta a más de 5 millones de españoles; también es una de las principales causas de pérdida de productividad laboral, según [la Sociedad Española de Neurología](#) (SEN). La neuróloga Nuria Pilar Riesco añade que la migraña suele presentarse entre los 25 y los 55 años, justo en la etapa de desarrollo profesional.

La especialista, que ha sido recientemente galardonada con el Premio SEN Cefaleas, explica en una conversación con *La Vanguardia* qué evitar durante la jornada laboral para aliviar y evitar el dolor de cabeza y que este no suponga una limitación en la vida de cualquier trabajador.

¿Qué errores comete alguien que siente dolor de cabeza durante la jornada laboral?

Muchos trabajadores siguen para adelante porque no quieren faltar al trabajo y esperan a que el dolor de cabeza se pase solo, aunque sea a costa de más esfuerzo. Pero no parar y seguir en movimiento solo empeora las cosas.

Hay algunas personas que se toman tarde la medicación que les va a ayudar a aliviar el dolor. Y, por otro lado, están los que normalizan consumir analgésicos todos los meses, ocho, diez o doce días. A la larga les costará mucho controlar ese dolor de cabeza.



Muchos trabajadores no le dan importancia al dolor de cabeza. Dusan Petkovic

Si hablamos de trabajadores de oficina, ¿qué rutinas pueden agravar la situación?

Desde luego, tener una actividad laboral muy estresante y [la multitarea, sin descansos adecuados](#). En cualquier tipo de trabajo, lo idóneo es que cada cierto tiempo haya un descanso para poder controlar ese estrés. También agravan la situación trabajar con poca luz natural, con luces artificiales muy intensas, pantallas, ruidos u olores fuertes; también pueden

levantar dolor de cabeza. Por ejemplo, si estás trabajando en una perfumería o en una tienda que tenga un olor muy característico, ese mismo olor puede despertarte dolor de cabeza. Y luego está el tema del sueño. Los trabajadores a turnos son una queja constante en mi consulta: sanitarios, policías, bomberos y gente que no puede tener un sueño regular.



La especialista aconseja recurrir a los analgésicos en determinados casos. Getty Images

Hablabas de los analgésicos. ¿Cuándo es útil recurrir a ellos?

Todo depende de varios factores, fundamentalmente de la frecuencia con la que ese dolor de cabeza aparezca. No es lo mismo que un día de manera muy puntual tengas dolor de cabeza y que simplemente con descansar y con un analgésico se te pase, a que sea algo recurrente.

El mensaje importante es que, si una persona tiene dolores de cabeza con cierta frecuencia, por ejemplo, todos los meses dos, tres o cuatro días, es necesario consultarlo con su médico.

Muchas veces, descansando un poco, distrayéndote,

saliendo a pasear o teniendo una charla tranquilamente, desaparece

Nuria Pilar Riesco

Neuróloga

Si un trabajador quiere saber si sufre una migraña o un dolor de cabeza puntual, ¿en qué debería fijarse?

Se suele confundir la migraña con la cefalea tensional, que también es muy habitual. La cefalea tensional muchas veces aparece al final del día o al final de la jornada, y es más leve y generalizada, mientras que la migraña es más intensa. En el primer caso, puede ser que, descansando un poco, distrayéndote, saliendo a pasear o teniendo una charla tranquilamente, desaparezca.

En el caso de la migraña, normalmente notas que interfiere en tu actividad. Muchas veces, aunque no siempre, el dolor está sobre todo en un lado de la cabeza más que generalizado. Es un dolor de cabeza que empeora con el movimiento; molestan mucho las luces, los ruidos y a veces los olores. Eso de salir a pasear o distraernos, en la migraña, no funciona igual. Normalmente, cuando el paciente tiene una crisis, lo que quiere es estar en cama, quieto y sin moverse.



La cefalea puede empeorar con la luz artificial, los ruidos y olores. Getty Images

¿Qué señal o qué límite justifica poder decir: “Me voy a casa porque me duele mucho la cabeza”? ¿Hasta dónde tenemos que llegar?

Depende del tipo de trabajo que desarrolles o la posibilidad de adaptar el trabajo en ese momento. Para algunas personas puede ser suficiente parar momentáneamente media hora o una hora, si no tiene una crisis muy prolongada y si se toma el analgésico. Si el dolor de cabeza es recurrente, lo ideal sería poder descansar ese día, estar en reposo, porque sabemos que el descanso mejora el dolor. Hay pacientes que, si se van a casa y descansan, al día siguiente podrían volver a trabajar, aunque no estén al 100 %.

Si hay crisis de migraña que se prolongan tres días o incluso más, ahí probablemente estaría más que justificada una baja laboral. Incluso hay casos de migrañas severas, en los que los pacientes tienen 15, 20 o 25 días de dolor de cabeza intenso al mes, y ahí es muy difícil conciliar la enfermedad con la vida laboral. Hasta que pongamos un tratamiento que haga efecto y reduzca ese número de días, probablemente lo mejor sería que estuviera de baja laboral.

¿Cómo puede afectar tener dolor de cabeza a la trayectoria profesional?

Al final, afecta muchísimo al desarrollo, porque normalmente se padecen durante la etapa de crecimiento laboral y desarrollo personal. Muchas veces, estas personas no se ven capacitadas para ascender porque tienen miedo a que, en un puesto directivo, donde hay más estrés, no sean capaces de controlar su enfermedad o eso les suponga tener más crisis y no poder

ausentarse. También existe la percepción de que la gente que tiene dolores de cabeza, sobre todo migraña, es más frágil o más débil. Entonces hay gente a la que le cuesta relacionarlo con puestos de dirección o ejecutivos.

Lee también

Con lo que cuenta, parece que hoy en día lo fácil es que tengamos dolor de cabeza.

Hace no mucho llegó a mis manos un artículo divulgativo en el que debatían si, a día de hoy, el mundo en el que vivimos favorece mucho más el dolor de cabeza. Yo creo que, a día de hoy, este ambiente en el que vivimos las nuevas generaciones, en el que estamos todo el día corriendo de un sitio para otro, con multitarea, con el móvil, que no lo soltamos, y durmiendo mal, influye en que tengamos más dolor de cabeza, probablemente más que hace 50 años.

Se ha demostrado que evitar ayunos largos es bueno para reducir los dolores de cabeza

Nuria Pilar Riesco

Neuróloga

¿La alimentación durante la jornada laboral puede afectar al dolor de cabeza?

A veces aparecen dolores de cabeza en relación con la falta de comida, el ayuno prolongado y la falta de hidratación. Pero no hay estudios que demuestren que quitar un alimento o comer cierto alimento te vaya a provocar una crisis de migraña o te vaya a levantar dolor de cabeza en general.

Lo que sí se ha demostrado es que hacer una alimentación saludable, sobre todo con productos frescos y baja en

ultraprocesados, puede ayudar. También se ha demostrado que evitar ayunos largos es bueno para reducir los dolores de cabeza.

¿Qué solución deberían aplicar en las organizaciones?

Una de las principales reivindicaciones de la gente que tiene dolores de cabeza con cierta frecuencia es tener adaptaciones del entorno: flexibilidad para poder teletrabajar u horarios flexibles para que, en caso de que esto le suceda, pueda hacer ese parón y recuperar esas horas más tarde o cuando pueda.



Ingresar

EN VIVO

TN > Con Bienestar

Roberto Belvís, neurólogo: “Los ataques de migraña se pueden sufrir ante cambios bruscos de temperatura”

Un especialista explicó que algunas personas podrían padecer una mayor cantidad de episodios cuando cambian drásticamente las condiciones climáticas.

22 de junio 2026, 12:21hs



Un neurólogo advirtió que algunas personas con predisposición podrían sufrir más episodios de migraña ante cambios bruscos de temperatura. Foto: Freepik y Roberto Belbís.



Compartir

Seguinos en
Google

La **migraña** afecta a millones de personas y se caracteriza por ataques recurrentes de dolor intenso, que pueden venir con náuseas y sensibilidad a la luz o al sonido, entre otros síntomas. A lo largo de los años, distintos estudios analizaron la posible influencia de factores

ambientales, como la **temperatura**, sobre la frecuencia de las crisis.

Pese a que la evidencia científica aún no permite afirmar de forma concluyente que el frío sea una causa directa de esta enfermedad, el **neurólogo** Roberto Belvís advirtió que los cambios bruscos de temperatura podrían favorecer la aparición de episodios de migraña en personas con predisposición.

Leé también



Los entrenadores coinciden: “Con caminar solo 30 minutos al día, en pocas semanas empezarás a notar cambios”

Más allá de esto, los especialistas coinciden en que el vínculo entre el clima y la migraña todavía es un terreno de investigación abierto. Mientras algunas hipótesis sugieren que determinados cambios meteorológicos podrían actuar como desencadenantes, los expertos remarcan que **todavía faltan pruebas contundentes para establecer una relación directa**.

Por qué los cambios de temperatura podrían empeorar la migraña, según un especialista

La relación entre el clima y la migraña despertó interés científico durante décadas. Diversos estudios intentaron determinar si factores como el frío, el calor, la humedad o la presión atmosférica influyen en la aparición de las crisis, aunque los resultados obtenidos hasta el momento no fueron concluyentes.



La ciencia no es concluyente acerca de si hay relación entre el frío y la aparición de migraña. (Foto: Gemini)

Roberto Belvís, coordinador del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología, explicó que no existen evidencias sólidas que permitan afirmar que una determinada condición meteorológica provoque migrañas. Sin embargo, aclaró que **“ante cambios bruscos de temperatura, se puede sufrir ataques de migrañas”**, una situación que también puede observarse en otras enfermedades.

Leé también: [Dolor de cabeza, estrés y cansancio: en qué situaciones estos síntomas pueden ser una señal de alerta](#)

El especialista recordó que un metaanálisis que reunió alrededor de 80 investigaciones sobre factores atmosféricos encontró que solamente 11 estudios cumplían criterios metodológicos adecuados. Según detalló, en ninguno de ellos apareció una asociación clara entre la migraña y una variable meteorológica específica.

Aun así, algunas teorías intentan explicar por qué **ciertos pacientes perciben una mayor frecuencia de ataques cuando cambian las condiciones climáticas**. Una de las hipótesis señala que determinadas

partículas transportadas por el viento podrían ingresar por las vías respiratorias y estimular el nervio trigémino, una estructura clave en los mecanismos que desencadenan el dolor característico de la migraña.



Algunas personas perciben una mayor frecuencia en las crisis de migraña cuando cambian las condiciones climáticas.

Otros especialistas también sostienen que las variaciones térmicas repentinas podrían generar respuestas fisiológicas capaces de favorecer una crisis. Pasar de un ambiente cálido a uno muy frío puede provocar estrés térmico en el organismo y generar reacciones inflamatorias o alteraciones en el sistema nervioso de personas con predisposición genética. Aunque estas hipótesis siguen bajo estudio, algunos expertos consideran que los cambios bruscos de temperatura pueden actuar como un factor desencadenante en determinados pacientes.

Qué se puede hacer para reducir el dolor de cabeza

En días en los que parece que la cabeza está a punto de estallar del dolor, **los especialistas recomiendan descansar en un ambiente tranquilo, con poca luz y sin ruidos intensos.** También es importante mantenerse hidratado, ya que la deshidratación puede favorecer o intensificar las molestias en algunas personas. Dormir las horas necesarias y evitar el

cansancio excesivo también contribuye a una mejor recuperación.



Los especialistas recomiendan descansar en un lugar tranquilo, con poca luz y sin ruido para combatir el dolor de cabeza. (Imagen ilustrativa generada con IA)

Otro aspecto clave consiste en identificar posibles desencadenantes. **El estrés, la falta de sueño, los cambios en los horarios de comida, el consumo de alcohol o la exposición prolongada a pantallas** pueden favorecer la aparición de episodios de dolor de cabeza. Llevar un registro de los síntomas ayuda a reconocer patrones y prevenir nuevas crisis.

Cuando el dolor es persistente o aparece de manera recurrente, se aconseja consultar con un profesional de la [salud](#). También es importante buscar atención médica si el dolor surge de forma repentina, es especialmente intenso o se acompaña de síntomas como alteraciones visuales, dificultades para hablar, debilidad muscular o pérdida del conocimiento.

La otra cara de la Esclerosis: ¿quién cuida a los que cuidan?

Por **Agencias Noticias** - 22/06/2026

Los tentáculos de la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) no solo atrapan a los pacientes, también a quienes les cuidan. Teresa es una de esas personas que ha dejado de un lado su vida para centrarse en la de su marido, diagnosticado hace pocos meses de la enfermedad. «Intento sacar tiempo para descansar», afirma la mujer.

En el Día Internacional de ELA, hablamos con Teresa para conocer la realidad de una persona cuidadora, cómo vivió el momento en el que supo que Julio, su marido, tenía la enfermedad, cómo ha cambiado su vida desde entonces y cómo afronta el futuro.

La ELA es una enfermedad neuromuscular degenerativa, sin cura, que en España padecen entre 4.000 y 4.500 personas, según los datos de la Sociedad Española de Neurología. En los próximos 25 años las proyecciones epidemiológicas estiman que aumente la incidencia en torno a un 40 % en Europa, como consecuencia el envejecimiento de la población.

Cómo cambió la vida de Teresa

Teresa tiene 66 años, los mismos que su marido.

El camino hasta el diagnóstico no ha sido ni corto ni sencillo. Julio desde hace unos años no se encontraba bien.

Se quedaba sentado frente al ordenador, a veces no respondía a lo que le preguntaba su mujer, estaba más despistado de lo normal y en ocasiones tenía dificultad para sostener el cuello.



En mayo del pasado año su estado empeoró. Tras varias consultas y la insistencia de su mujer para que le hicieran pruebas, llegó el diagnóstico: Esclerosis Lateral Amiotrófica.

Ella ya sabía lo que era cuidar. Su cuñada tiene una discapacidad y vive en un piso tutelado, pero son muchas las ocasiones en las que está en su casa: «Llevo cuidando desde hace mucho tiempo», afirma.

No tiene una enfermedad neurodegenerativa como Julio, pero Teresa lleva toda la vida con dolor de huesos y ha tenido que seguir adelante.

El estado de Julio

Su marido puede caminar, ayudado de un bastón, lleva un collarín para el cuello y tiene dificultad para mover los brazos, lo que le impide, por ejemplo, poder partir la comida. Julio tampoco puede hacer fotos, una pasión que ha tenido toda la vida, pero que le ha arrancado de cuajo la enfermedad.

A pesar de ello, puede valerse por sí mismo en muchas situaciones, pero Teresa siempre está ahí, con su dolor de huesos, ayudándole, acompañándole con «mucha paciencia» y «centrada las 24 horas en él».

A ella le dieron la incapacidad laboral el pasado mes de febrero, se jubilará ya en agosto. Si no, no sabe cómo podría haber ayudado estos meses a Julio.

Lo más duro

«Lo más duro es no tener tiempo y haber renunciado a muchas cosas. Mi vida ha cambiado mucho, a mi me gustaba ir a ver exposiciones, ahora es imposible, no tengo tiempo ni para leer ni para hablar por teléfono», apunta Teresa.

Hay semanas en las que todos los días tiene que acudir al hospital para acompañarle, como tantas personas que cuidan, la mayoría familiares, a los enfermos de ELA.

«Intento sacar tiempo para descansar», afirma la mujer.

La Asociación de Esclerosis Lateral Amiotrófica (adELA) le ha ayudado porque su marido va a un grupo de apoyo un día a la semana, y le ha facilitado algunas de las cosas que precisa, como el collarín que lleva.

Teresa es consciente de que tendrá que ir adecuando la casa a las necesidades que vaya necesitando su marido en función de cómo evolucione la enfermedad. Por el momento, ha solicitado, a través del Plan Adapta del Ayuntamiento de Madrid, presupuesto a una de las empresas incluidas en este programa de subvenciones para adaptar las viviendas donde residen personas con discapacidad o enfermedades raras. Aún no le han dado respuesta.

A la pregunta de si ha recibido más ayudas por parte de las administraciones, niega



con la cabeza y se muestra escéptica. Si se las conceden, Teresa lo agradecería, pero también si hubiera para esas personas que, como ella, cuidan a los enfermos de ELA.

«Es muy duro, yo como cuidadora no tengo ayuda para un psicólogo. Mi marido está enfermo, sí, pero los que cuidan, los que estamos al lado, también sufrimos consecuencias de la ELA», asevera la mujer.

Las ayudas

El pasado año el Congreso de los Diputados convalidó un real decreto con medidas para cumplir el plan de despliegue de la ley de la ELA, aprobada un año antes.

Entre otras cosas, contempla la creación de un nuevo grado de dependencia extrema, el Grado III+; y el derecho a una prestación de casi 10.000 euros al mes para garantizar la atención efectiva durante las 24 horas del día.

La Confederación Nacional de Entidades de ELA (conELA) presentó hace unos días un estudio sobre la aplicación de la ley.

El documento concluye que la aplicación de la norma avanza «a varias velocidades», con comunidades que ya pagan ayudas para cuidados especializados y otras en las que algunas familias siguen sin recibir atención efectiva o renuncian a las prestaciones por los copagos.

Muestra avances «relevantes» en el reconocimiento del Grado III+ y la puesta en marcha de ayudas, pero también destacadas diferencias territoriales en el acceso a los recursos previstos por la ley.

Además de advertir de que el acceso a los cuidados continúa dependiendo en buena medida del lugar de residencia, alerta también de diferencias «críticas» en copagos e incompatibilidades y retrasos administrativos que impiden que el derecho reconocido se traduzca todavía en cuidados efectivos para todas las familias.

Teresa prefiere no pensar mucho en el futuro, ha optado por vivir la realidad del día y recurrir a un refrán popular para sobrellevar su situación: «Dios aprieta pero no ahoga».





Cortesía

La meditación podría ralentizar el envejecimiento cerebral hasta seis años, según un estudio

Investigaciones vinculadas a la Universidad de Harvard sugieren que la práctica de yoga y meditación se asocia con cerebros más jóvenes y mejor salud cognitiva.

🔗 Edición Web | ● VOS TV

📍 Managua, Nicaragua | 📅 Junio 22, 2026 | ⌚ 9:35 a.m.

Un estudio realizado por equipos del Hospital General de Massachusetts y el

Centro Médico Beth Deaconess, instituciones asociadas a la Universidad de **Harvard**, indica que la meditación podría estar relacionada con un envejecimiento más lento del cerebro, incluso hasta en seis años en comparación con la edad cronológica.

INICIO | SALUD

La investigación, publicada en la revista Mindfulness, analizó a un grupo de participantes que formaron parte de un programa intensivo de meditación y silencio conocido como Samyama, desarrollado por el yogui indio Sadhguru y ofrecido a través de la Fundación Isha.

- **Médicos refuerzan conocimientos sobre animales venenosos**

Para evaluar los efectos, los científicos utilizaron electroencefalogramas (EEG) durante el sueño y otros métodos de análisis de la actividad cerebral, con el objetivo de estimar la llamada “edad cerebral”, un indicador asociado al deterioro cognitivo. Los resultados mostraron que las personas que meditaban presentaban patrones cerebrales compatibles con un envejecimiento más lento en comparación con su edad real.

Además, los investigadores observaron que los participantes reportaban un sueño más profundo y reparador, así como mejoras en la memoria, la concentración y los niveles de estrés y soledad. Estos factores se relacionan con una mejor salud cerebral general y un posible menor riesgo de enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer o la demencia.

- **Sobreproteger a los hijos: ¿cuidado o limitación para su desarrollo?**

El estudio también destacó el uso de un biomarcador denominado Índice de Edad Cerebral (IEC), que permite estimar el estado del cerebro a partir de su actividad eléctrica durante el sueño.

“Este estudio ofrece evidencia convincente de que las prácticas yóguicas profundas ayudan a preservar la juventud del cerebro”, señaló el doctor B. Subramaniam, coautor de la investigación.

En España, la Sociedad Española de Neurología estima que alrededor de 800.000 personas viven con Alzheimer, la forma más común de demencia, lo que refuerza el interés científico en estrategias que puedan contribuir a la prevención o ralentización del deterioro cognitivo.

INICIO | SALUD



NOTICIAS DE VOSTV

TECNOLOGÍA

HALLAN FRAGMENTOS GENÉTICOS EN PECES VINCULADOS AL CONTROL DEL SUEÑO

BIENESTAR

Roberto Belvís, neurólogo: “Los ataques de migraña se pueden sufrir ante cambios bruscos de temperatura”



By CHACOPRENSA Published 9 horas ago



Un especialista explicó que algunas personas podrían padecer una mayor cantidad de episodios cuando cambian drásticamente las condiciones climáticas.

La **migraña** afecta a millones de personas y se caracteriza por ataques recurrentes de dolor intenso, que pueden venir con náuseas y sensibilidad a la luz o al sonido, entre otros síntomas. A lo largo de los años, distintos estudios

ADVERTISEMENT



analizaron la posible influencia de factores ambientales, como la **temperatura**, sobre la frecuencia de las crisis.

Pese a que la evidencia científica aún no permite afirmar de forma concluyente que el frío sea una causa directa de esta enfermedad, el **neurólogo** Roberto Belvís advirtió que los cambios bruscos de temperatura podrían favorecer la aparición de episodios de migraña en personas con predisposición.

Más allá de esto, los especialistas coinciden en que el vínculo entre el clima y la migraña todavía es un terreno de investigación abierto. Mientras algunas hipótesis sugieren que determinados cambios meteorológicos podrían actuar como desencadenantes, los expertos remarcan que **todavía faltan pruebas contundentes para establecer una relación directa.**

Por qué los cambios de temperatura nodrían

PESCA, CAMPING, QUINCHOS!

EL MEJOR LUGAR

QUINTA LO DE SAN

VENI A PESCAR Y PASAR UN DIA ESPECTACULAR EN PUERTO VILELAS
HAY BAJADA DE LANCHAS QUINCHOS, PISCINAS

POR PERSONA

\$5.000

🕒 las 24 hs
📅 Todos los días
📍 Puerto Vilelas

3624-011299

QUINCHO LO DE SAN

ATENCION !! lo realizados en 24 hs

MARKETING MARKETING MARKETING

¡Agenda tu asesoría ahora!

📞 (11) 6800-6078

No somos una agencia más. Somos el equipo digital de empresas que quieren crecer en el futuro. Nuestra misión es ayudarte a vender más, posicionarte mejor y hacer que tu negocio destaque en el entorno digital con estrategias de marketing diseñadas para ti.

empeorar la migraña, según un especialista

La relación entre el clima y la migraña despertó interés científico durante décadas. Diversos estudios intentaron determinar si factores como el frío, el calor, la humedad o la presión atmosférica influyen en la aparición de las crisis, aunque los resultados obtenidos hasta el momento no fueron concluyentes.



La ciencia no es concluyente acerca de si hay relación entre el frío y la aparición de migraña. (Foto: Gemini)

Roberto Belvís, coordinador del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología, explicó que no existen evidencias sólidas que permitan afirmar que una determinada condición meteorológica provoque migrañas. Sin embargo, aclaró que **“ante cambios bruscos de temperatura, se puede sufrir ataques de migrañas”** una situación que



TENDENCIAS

- 1** Denuncian que el gobierno del Chaco envió a sus casas a los niños que asistían a la Fundación Valdocco
- 2** Al grito de “chorro” y “sinvergüenza”: abucheos a Zdero durante el acto del día de la bandera en Sáenz Peña
- 3** Distinguieron al programa radial Kanibal por su aporte a la comunicación y la participación ciudadana
- 4** CHACO DAR DE COMER CON 800 PESOS POR DÍA “Casi no hay comida”
- 5** Preparó una pizza, le sacó una foto y se la mandó a su papá: la respuesta la descolocó

migrañas, una situación que también puede observarse en otras enfermedades.

El especialista recordó que un metaanálisis que reunió alrededor de 80 investigaciones sobre factores atmosféricos encontró que solamente 11 estudios cumplían criterios metodológicos adecuados. Según detalló, en ninguno de ellos apareció una asociación clara entre la migraña y una variable meteorológica específica.

Aun así, algunas teorías intentan explicar por qué **ciertos pacientes perciben una mayor frecuencia de ataques cuando cambian las condiciones climáticas**. Una de las hipótesis señala que determinadas partículas transportadas por el viento podrían ingresar por las vías respiratorias y estimular el nervio trigémino, una estructura clave en los mecanismos que desencadenan el dolor característico de la migraña.



Algunas personas perciben una mayor frecuencia en las crisis de migraña cuando cambian las condiciones climáticas.

Otros especialistas también sostienen que las variaciones térmicas repentinas podrían generar respuestas fisiológicas capaces de favorecer una crisis. Pasar de un ambiente cálido a uno muy frío puede provocar estrés térmico en el organismo y generar reacciones inflamatorias o alteraciones en el sistema nervioso de personas con predisposición genética. Aunque estas hipótesis siguen bajo estudio, algunos expertos consideran que los cambios bruscos de temperatura pueden actuar como un factor desencadenante en determinados pacientes.

Qué se puede hacer para reducir el dolor de cabeza

En días en los que parece que la cabeza está a punto de estallar del dolor, **los especialistas recomiendan descansar en un ambiente tranquilo, con poca luz y sin ruidos intensos.** También es importante mantenerse hidratado, ya que la deshidratación puede favorecer o intensificar las molestias en algunas personas. Dormir las

horas necesarias y evitar el cansancio excesivo también contribuye a una mejor recuperación.



Los especialistas recomiendan descansar en un lugar tranquilo, con poca luz y sin ruido para combatir el dolor de cabeza. (Imagen ilustrativa generada con IA)

Otro aspecto clave consiste en identificar posibles desencadenantes. **El estrés, la falta de sueño, los cambios en los horarios de comida, el consumo de alcohol o la exposición prolongada a pantallas** pueden favorecer la aparición de episodios de dolor de cabeza. Llevar un registro de los síntomas ayuda a reconocer patrones y prevenir nuevas crisis.

Cuando el dolor es persistente o aparece de manera recurrente, se aconseja consultar con un profesional de la **salud**. También es importante buscar atención médica si el dolor surge de forma repentina, es especialmente intenso o se acompaña de síntomas como

acompaña de síntomas como alteraciones visuales, dificultades para hablar, debilidad muscular o pérdida del conocimiento.

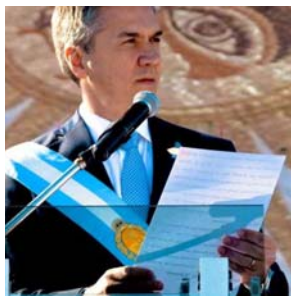
In this article:

Click to comment

LO QUE TE PERDISTE



Denuncian que el gobierno del Chaco envió a sus casas a los niños que asistían a la Fundación Valdocco



Al grito de “chorro” y “sinvergüenza”: abucheos a Zdero durante el acto del día de la bandera en Sáenz Peña



Distinguieron al programa radial Kanibal por su aporte a la comunicación y la participación ciudadana



CHACO DAR DE COMER CON 800 PESOS POR DÍA “Casi no hay comida”