



## A dentelladas

### Dormir



SOLEDAD PARRAL

Nunca he dormido bien.

En realidad, no recuerdo una etapa de mi vida en la que dormir haya sido algo sencillo. Es como si el sueño, en mi caso, nunca hubiese sido un lugar al que entregarse del todo, sino más bien uno por el que pasar de puntillas.

Mi problema no es conciliar el sueño. Eso no me cuesta. Es más, diría que me quedo dormida con bastante facilidad. La mayor parte de las veces, al poco de sentarme en el sofá y encender la tele.

Caigo sin transición. Sin querer. Sin darme cuenta. Tanto, que los minutos que voy a aguantar viendo una serie o una película ya son una broma doméstica.

Lo que no sé hacer es sostener el sueño. Me despierto muchas veces. Demasiadas. Con o sin motivo, da igual: siempre son más de las normales. Más de las debidas. Muchas más de las deseadas.

Como si el cuerpo no terminase

de confiar en la noche.

Además, la menopausia ha venido a añadirle dramatismo al asunto. Ahora me despierto empaçada, literalmente, en medio de la noche, como si alguien hubiese abierto una puerta al trópico dentro del dormitorio. El pijama pegado, las sábanas húmedas, el pelo mojado, el cuerpo ardiendo...

Me levanto. Me cambio. Espero. Porque no hay atajo: hay que atravesar el incendio. Y cuando por fin parece que vuelve la calma, el sueño ya no está. Hay que volver a buscarlo. Como quien intenta retomar una conversación que se ha roto.

No recuerdo la última vez que dormí del tirón.

Y rara es la noche que llego a las seis horas.

Es injusto. Porque hago todo lo que hay que hacer. Como sano, ceno ligero, hago ejercicio, no abuso de pantallas. Y tengo la conciencia tranquila.

Hay gente que debería tener problemas para dormir. Personas a las que algo debería despertar de madrugada. Un remordimiento. Una duda. Una grieta. Un recuerdo. Un silencio... Personas a las que la noche les pida cuentas.

Pero estoy segura de que duermen a pierna suelta. Como si la culpa no desvelara. Como si la conciencia no pesara. Como si dormir bien no tuviese nada que ver con vivir bien.

Y, mientras, el resto contamos despertares.

Uno a uno.

Noche a noche.

Dicen los datos que más de la mitad de la población no duerme lo suficiente. Que deberíamos descansar entre siete y nueve horas. Pero el 56% de los adultos no llega a eso. Y más del 50%, según advierte la Sociedad Española de Neurología, asegura no tener un sueño reparador.

Dormimos mal.

En consecuencia, vivimos cansados.

Y nos hemos acostumbrado.

Vamos por la vida con ojeras y niebla mental, intentando parecer despiertos, aunque en realidad somos una versión reducida

de nosotros mismos. Como si funcionásemos en modo ahorro de energía.

Muchas veces, de día, tengo la sensación de no estar del todo en ninguna parte. He cabeceado delante del ordenador, en salas de espera, en la recepción del colegio de mi hija.

He sentido cómo se me cerraban los ojos en mitad de una conversación.

He descubierto que el cuerpo puede dormirse por partes.

Y con los ojos abiertos, para que no se note demasiado. A pesar de olvidar palabras a mitad de una frase. De tener que releer un párrafo tres veces para saber qué decía. De que la paciencia se acorte y la tolerancia se afine. De que la atención caiga y el tiempo de reacción suba.

Pero hemos normalizado todo eso. Como si el cansancio fuese el peaje inevitable de la vida adulta. Como si dormir bien fuese un lujo. O una rareza.

Vivir cansada ha dejado de ser una señal de alarma.

Parece nuestro estado basal. La forma en la que estamos en el mundo.

Con todo lo que eso conlleva.



## La periodista de La Voz Cinthya Martínez, premio de medicina personalizada de precisión

REDACCIÓN / LA VOZ

Cinthya Martínez, periodista de La Voz de la Salud, portal de La Voz, era reconocida este lunes con el accésit en la duodécima edición del Premio de Periodismo en Medicina Personalizada de Precisión, en la categoría de medios impresos y digitales. Este galardón de la Fundación Instituto Roche reconoció su trabajo *Las claves de los «detectives» del cáncer hereditario: «Saber que tienes una mutación puede salvarte la vida»*.

El jurado, que valoró 200 trabajos, reconoció la extraordinaria labor de los periodistas especializados en salud y su contribución a la formación de la ciudadanía, al transmitir conceptos complejos de una manera sencilla, didáctica y entendible para todos. Cinthya Martínez suma este reconocimiento al equipo de La Voz de la Salud, además de a su trayectoria, en la que ya cuenta con el reciente Premio Albarelo, el de la Fundación



La periodista Cinthya Martínez.

Grünenthal España en la categoría Dolor Infantil o la mención a la mejor divulgación en neurología de la Sociedad Española de Neurología (SEN), entre otros.

La ganadora en medios audiovisuales fue Belén Gómez del Pino por el programa *¿El futuro se llama fagoterapia?*, emitido en Onda Cero. El jurado entregó el mismo galardón en la categoría de medios impresos y audiovisuales a Cristina Sáez Torres por su reportaje *La revolución de la medicina*, publicado en *National Geographic*.



26 Marzo, 2026

# El cambio de hora desde una perspectiva de la salud

**FEDERICO CASTILLO ÁLVAREZ**

Neurólogo. Hospital universitario San Pedro

Deberíamos buscar el sistema para que la vida social no suponga un maltrato al sueño ni ignorar sus consecuencias sobre la salud y la calidad de vida a largo plazo

**E**l próximo domingo cambian la hora de modo que pasamos a la hora de verano y a las 2 serán las 3, volviendo a abrir el debate anual sobre la conveniencia del cambio de hora y las supuestas bondades de mantener el horario de verano todo el año. A menudo se trata este tema desde el punto de vista de la energía, de la economía o de la hostelería, pero se obvia un factor trascendental cuando elegimos el modo en que ocupar nuestra actividad en las 24 horas de un día, que es la perspectiva de la salud.

Hablar de sueño no mola, no es cool, no es actual. Se piensa que el sueño no produce, es de vagos y no sirve para nada. Resultado, según la Sociedad Española de Neurología, el 56% de la población adulta no duerme el número de horas recomendadas y más del 50% no tiene un sueño reparador; y peor en niños, donde solo el 30% de los mayores de 11 años duermen el número adecuado de horas.

Pero dormir es una actividad fundamental para la salud: a corto plazo nos asegura un buen rendimiento cognitivo durante la vigilia del día siguiente, minimiza accidentes y mejora nuestro control emocional y con ello nuestro estado de ánimo. Más allá de esto, dormir también tiene otras funciones menos evidentes. A medio plazo influye en la recuperación física y metabólica, consolida la memoria, ayuda a nuestro sistema inmunológico a combatir enfermedades infecciosas, actúa como antiinflamatorio y produce hormonas que controlan nuestra saciedad o nuestro sistema de alerta. Por poner un ejemplo, detrás de mucho exceso de peso o de fracaso escolar, hay muchas veces un sueño insuficiente.

Los neurólogos también incidimos mucho en el largo plazo puesto que durante el sueño se produce la limpieza cerebral de sustancias tan importantes como el amiloide responsable del alzhéimer o la sinucleína responsable del parkinson.

Pues bien, uno de los principales reguladores del sueño el ritmo circadiano (ritmos que se repiten a lo largo de las 24 horas que tiene un día) es el ciclo de luz y oscuridad. Igual que las lechuzas son nocturnas, el ser humano es diurno y está no está preparado para despertarse de noche y necesita unas horas de inducción de sueño una vez se pone el sol.

Aunque subjetivamente agradezcamos que el cambio de horario de verano nos traiga tardes más largas, no solemos tener en cuenta que un gran porcentaje de personas trabajadoras y sobre todo estudiantes se despertarán de noche para cumplir con sus obligaciones y para dormir suficiente se deberían acostar poco después de la caída del sol, condicionando notablemente su calidad de sueño.

Por esto a los que trabajamos en sueño no nos gustan los cambios de hora, porque generan una desincronización, una tendencia a retrasar la hora de acostarnos y despertarnos, estando esto último impedido por nuestros deberes diarios. Este cambio provoca que se tienda a dormir menos tiempo los días laborales y dormir más los festivos, una situación que puede favorecer un bajo rendimiento laboral y escolar y, de forma crónica, facilitar la aparición de enfermedades asociadas a la falta y a la mala calidad del sueño.

Sabemos que el cambio de horario, aunque solo sea de una hora, altera el reloj interno y esto tarda varios días en reajustarse (por eso se cambia el fin de semana). A pesar de ello, no es infrecuente que los primeros días después del cambio de hora algunas personas refieran irritabilidad, falta de concentración, bajo rendimiento laboral e insomnio. Incluso hay estudios que relacionan los cambios de hora con un aumento de ingresos por enfermedades cardiovasculares e ictus.

La recomendación de las sociedades científicas sería retirar el cambio de hora y mantener el horario de invierno duran-

te todo el año puesto que facilita tener más horas de sueño y un despertar más natural que coincide con el amanecer. Si hubiese un horario de verano permanente, en los meses de invierno habría falta de luz por la mañana que se uniría al exceso de luz a última hora del día que ya padecemos en verano.

En la Rioja, la época en que amanece más tarde en invierno es sobre las 8.40. Si tuviéramos el horario de verano a primeros de enero amanecería a las 9.40, es decir, que los jóvenes que entran al instituto o a trabajar a las 8 tendrían que despertarse dos horas y media o tres horas antes del amanecer. En cuanto al anochecer, a final de junio se produce sobre las 21.55, hora a las que gran parte de la población debería estar ya haciendo su rutina para coger el sueño. El ser humano no está preparado para esto, al menos el ligado a horarios productivos. Cabe recordar por último que muchas de las desventajas que atribuimos al horario de invierno no se deben al cambio de hora, sino a que los días son mucho más cortos, pasamos de las 15 horas de luz de junio a las 9 de diciembre y nuestro sesgo cognitivo nos hace culpar al adelanto del reloj. A todos esos trabajadores de tarde que salen a las 20.00 y se quejan de que en invierno salen del puesto de noche, cabría recordarles que gran parte del invierno anochece sobre las 18.00 y si se mantuviera el horario de verano todo el año también saldrían de trabajar de noche.

En resumen, que el tardeo nos gusta a todos, pero deberíamos buscar el sistema para que la vida social no suponga un maltrato al sueño ni ignorar sus consecuencias sobre la salud y la calidad de vida a largo plazo. Hasta Epicuro, el filósofo del placer, planteaba que en su búsqueda había que ser equilibrado y valorar los picos de felicidad teniendo en cuenta sus consecuencias a largo plazo.

Salud.



SANIDAD | EPILEPSIA EN LA RIOJA

DAVID HERNANDO RIOJA / LOGROÑO

La investigación y los avances en la ciencia han permitido que la sociedad conozca y sepa más sobre diferentes enfermedades, como el cáncer o la diabetes. Pero hay otras sobre las que todavía hay cierto desconocimiento, a pesar de que afectan a una gran parte de la población actual. Una de ellas es la epilepsia.

La Sociedad Española de Neurología (SEN) estima que la epilepsia en Europa afecta a unos seis millones de habitantes y se registran unos 400.000 nuevos casos cada año. Y en España la padecen unas 400.000 personas, mientras que cada año se detectan entre 12.400 y 22.000 nuevos casos.

La Rioja, según los datos de la asociación riojana de Epilepsia, cuenta con 2.000 personas que padecen esta enfermedad aunque en su grupo de WhatsApp solo hay 80 de estos afectados.

También se conoce que las crisis epilépticas que provoca representan entre el 1% de las urgencias médicas en adultos y el 2% en niños. Además, son la segunda causa de asistencia neurológica en emergencias, la segunda causa de consulta ambulatoria neurológica y la tercera causa neurológica de hospitalización, no sólo debido a la presencia de crisis epilépticas sino por los accidentes derivados.

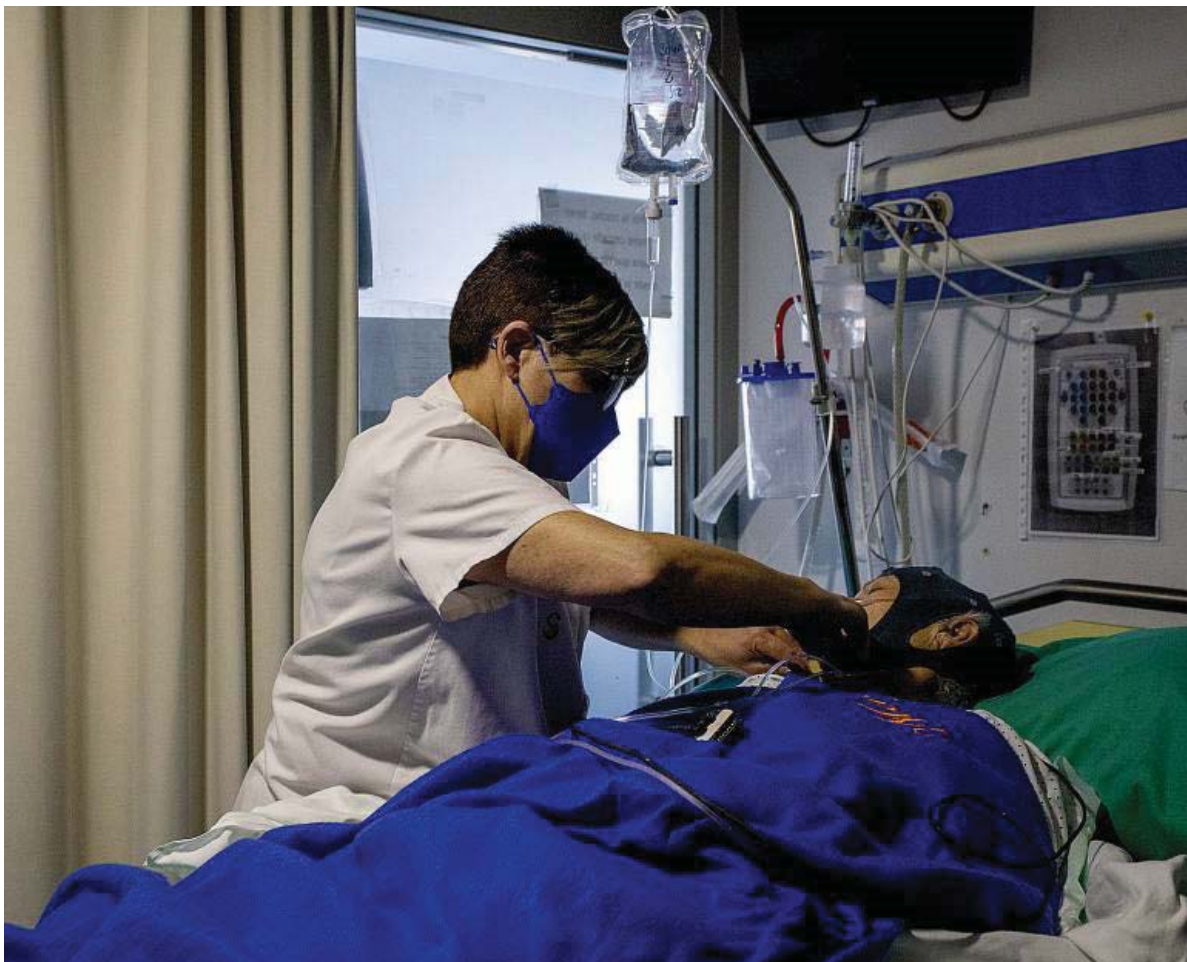
El secretario de la asociación, Pedro, indica que hay bastantes personas con esta enfermedad pero «el 70% de ellos lo tienen controlado tomándose una pastilla al día». Pero el verdadero problema ocurre con el 30% restante, ya que son fármacos-resistentes, lo que quiere decir que aunque tomen algún medicamento, siguen teniendo muchos episodios epilépticos.

Hay personas que con esta enfermedad solo van a tener dos o tres crisis al año pero hay otras que pueden tener 200 al año. La parte positiva es que estos últimos son «un grupo pequeño» de afectados.

Pedro también informa que las crisis epilépticas pueden ser de diferentes intensidades. La de menor intensidad se denomina como ausencia y lo que provoca a la persona es que su conciencia se desconecte durante unos minutos.

Otras crisis provocan descargas eléctricas que hacen que algunos músculos del cuerpo se vuelvan rígidos, o que las personas que las sufren haga muecas raras en la cara. También puede pasar que se desconecte del todo la electricidad del cerebro y la persona se puede caer al suelo, como si fuera un desmayo o que, además, tenga convulsiones produciendo un efecto rebote, dando lugar a una crisis tónico-clónica. «Es como si el cerebro le estuviera diciendo a un brazo que se estirase, y otra parte del cerebro le estuviera diciendo al brazo que se encogiese», describe Pedro.

**DESCONOCIMIENTO.** Uno de los principales problemas que tiene la epilepsia es el desconocimiento de la sociedad, ya que «las personas no saben actuar y se ponen muy



Una enfermera en la unidad de epilepsia de un hospital. / JOSÉ MIGUEL ESPARCIA

# La Rioja cuenta con 2.000 personas que sufren epilepsia

Existen diferentes tipos de crisis epilépticas, que pueden ser desde ausencias breves hasta convulsiones fuertes. El 30% de los afectados por esta enfermedad son fármaco-resistentes

nerviosas», indica Pedro. Explica que cuando tiene lugar una crisis hay que tener paciencia y quitar de en medio todos los elementos con los que la persona se pueda golpear. «Luego hay que esperar porque la mayoría de las crisis se resuelven solas», asegura.

Cuando hay descargas eléctricas

**«La mayoría de las crisis se resuelven solas, hay que tener paciencia»**

cas que no se coordinan significa que el cerebro está teniendo su crisis epiléptica, por lo que «hace una especie de reajuste y al cabo de uno

o dos minutos vuelve todo a la normalidad». Aunque añade que si la persona sigue convulsionando después de que hayan pasado tres o

cinco minutos y no vuelve en sí misma tiene que actuar el 112.

Otro aspecto importante de las epilepsias es que no hay un perfil concreto, ya que cualquier persona de cualquier edad puede sufrirlas. Aunque Pedro advierte de que se suelen producir cuando los cerebros están en procesos de cambio, como la infancia o cuando son personas mayores.

También indica que las crisis epilépticas no son buenas para el cerebro pero las personas que las padecen pueden vivir toda la vida con ellas de una manera normal aunque con limitaciones. Por ejemplo, si una persona sufre alguna crisis, debe pasar un año hasta volver a tener el carné de conducir, además de que el mundo laboral es «un poco cruel» con la gente que padece epilepsia.

## APUNTE

### Discriminación en los colegios

La epilepsia en los colegios no es fácil de manejar, a pesar de que «un niño con esta enfermedad es una persona normal que una vez al mes, durante unos pocos minutos, se desconecta», asegura el secretario de la asociación riojana de epilepsia, Pedro.

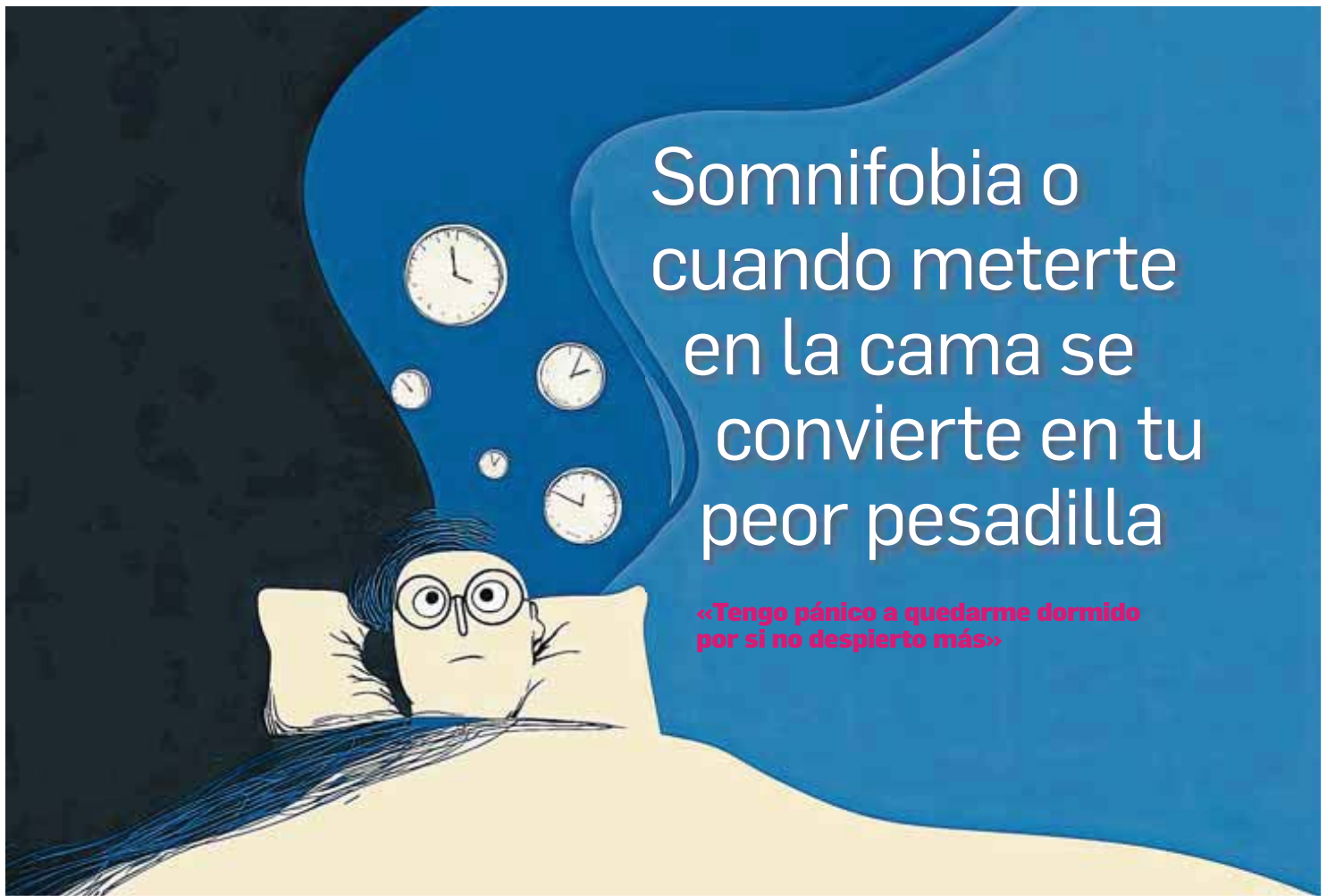
El problema es que los profesores y directores no saben identificar quiénes son «ni saben como

actuar». E incluso critica que cuando se informa de que un niño sufre epilepsia, hay centros que ponen inconvenientes a la hora de que estos alumnos vayan a las excursiones por miedo a lo que pueda pasar.

También denuncia la discriminación que sufren estos niños por parte de los ayuntamientos y otras entidades similares cuando hay que apuntarse a los campamentos de verano. «No se contempla que un niño con epilepsia pueda participar», lamenta.



28 Marzo, 2026



# Somnifobia o cuando meterte en la cama se convierte en tu peor pesadilla

«Tengo pánico a quedarme dormido por si no despierto más»

CARMEN BARREIRO

**P**OCAS cosas hay más placenteras en esta vida que meterse en una cama con las sábanas recién lavadas después de una jornada agotadora y poder dormir hasta la mañana siguiente sin interrupciones. Te entra la modorra solo de pensarlo. Sin embargo, existe un pequeño grupo de gente para el que este momento del día está en las antípodas de lo que se considera una experiencia agradable. Y son las personas que padecen somnifobia, un trastorno que se caracteriza por "el miedo irracional e intenso a dormir". Para ellos, meterse en la cama es la peor de sus pesadillas.

El pánico a quedarse dormido va mucho más allá de tener problemas para conciliar el sueño. "No se trata de un simple insomnio", adelanta la doctora Daniela Silva, especialista en Medicina Interna. La noche se convierte en un momento de angustia para ellos porque están convencidos de que les va a pasar algo terrible mientras duermen. Basta con meterse en la cama para que empiecen los pensamientos intrusivos en bucle: "¿Y si dejo de respirar?, ¿y si tengo una pesadilla horrible?, ¿y si me pasa algo?, ¿y si no despierto nunca más?".

Esta fobia implica un estado de ansiedad anticipatoria constante. "Resulta agotador", resumen los especialistas en sueño. A medida que se acerca la hora de dormir, las personas que padecen este trastorno se angustian, los pensamientos obsesivos se cuelean en su cabeza y el cuerpo reacciona. En lugar de relajarse, ocu-

rre todo lo contrario. El corazón se acelera, la respiración se vuelve irregular, sudoración excesiva, náuseas, sensación de ahogo... Es un círculo vicioso muy difícil de romper. El miedo les impide dormir y la falta de sueño intensifica todavía más la ansiedad. ¿Consecuencia? Esa angustia vuelve a reforzar la sensación de miedo. Y así toda la noche.

"Quienes padecen somnifobia perciben el sueño como un momento de estrés, no de descanso. Y esta interpretación hace que el cerebro active los sistemas de alerta justo cuando el organismo debería prepararse para desconectar y recuperarse. En lugar de favorecer el descanso, el cuerpo libera adrenalina y cortisol (hormonas del estrés) y reduce la producción de melatonina, esencial para dormir. El resultado son síntomas físicos reales, como palpitaciones o temblores, que dificultan alcanzar el estado de calma necesario para conciliar el sueño", explica la doctora Silva, especialista de Cigna Healthcare España.

## Tristeza y alucinaciones

Esta fobia, aunque desde fuera pueda resultar complicada de entender, "se vive con absoluta intensidad por parte de quienes la padecen". Se da la paradoja de que las personas con somnifobia tienden a retrasar la hora de acostarse lo máximo posible para evitar enfrentarse a sus miedos y esto hace que apenas duerman. Es decir, no quieren quedarse dormidos por temor a no despertarse cuando el descanso es justo lo único que su cuerpo necesita para

El cerebro permanece en estado de alerta toda la noche, como si el peligro fuese real

## ¿Por qué tenemos tantos miedos?

El miedo es una de las seis emociones básicas que poseemos los seres humanos desde prácticamente el mismo momento de nuestro nacimiento junto con la alegría, la tristeza, el enfado, el asco y la sorpresa. "Por lo tanto, forma parte de nosotros, de nuestra identidad. Tiene una función adaptativa, puesto que gracias a él nos protegemos y protegemos a nuestros seres queridos. El problema viene cuando ese miedo natural se intensifica y comienza a condicionar tu vida, tus relaciones sociales e incluso tu felicidad", argumenta el psicólogo Manuel Nevado. La clave está en cómo lo abordamos cuando aparece. Hay personas que no pueden llevar una vida normal porque el miedo irracional que sienten hacia una determinada situación les impide afrontarla, mientras que otras disfrutaban con esa sensación de peligro.

sobrevivir. La somnifobia altera las fases reparadoras del sueño, fundamentales para la memoria, la regulación emocional y la regeneración celular. El cerebro permanece en estado de alerta, como si hubiera un peligro real. Es lo que algunos expertos describen como hipervigilancia cognitiva: una especie de centinela interno que no baja la guardia. De hecho, la falta continuada de un buen descanso no solo causa irritabilidad extrema y problemas de concentración o tristeza profunda sino que en los casos más extremos también puede desencadenar episodios de desorientación, alucinaciones y un nivel de agotamiento que puede hacer que nuestro cuerpo colapse.

En muchos casos, el origen de esta fobia se encuentra en experiencias negativas previas como el insomnio persistente, las pesadillas, los terrores nocturnos o situaciones de estrés prolongado. También puede aparecer en la infancia como parte de los miedos evolutivos, aunque cuando persiste en el tiempo puede convertirse en un "problema realmente limitante, pero no irreversible". Este fenómeno no es menor si se tiene en cuenta que, según los datos publicados por la Sociedad Española de Neurología (SEN), casi la mitad de los adultos y una cuarta parte de los niños no duermen lo suficiente y millones de personas sufren trastornos del sueño crónicos.

La buena noticia es que esta fobia es tratable. El primer paso es identificar su origen y a partir de ahí el tratamiento se centra en reeducar al cerebro para que vuelva a asociar la noche con la calma y el descanso, y no con el miedo y el peligro.



# El impacto real de la migraña, más allá del dolor de cabeza

► Más del 70% de los pacientes presenta también sintomatología depresiva

María Bariego. MADRID

La mayoría de las personas que sufren migraña, un mal que afecta a más de 5 millones de personas en España, se sienten incomprendidas porque generalmente la sociedad piensa que se trata únicamente de un dolor de cabeza.

Una realidad que se exagera en el caso de los pacientes que tienen migraña crónica, es decir, cuando los pacientes experimentan dolor de cabeza 15 o más días al mes durante los últimos 3 meses y además 8 días con características de migraña o migrañosas.

Es una enfermedad neurológica

en la que el paciente, además de sufrir un dolor de cabeza moderado-intenso asociado a síntomas como náuseas, vómitos, sensibilidad a la luz, al sonido y dificultad para la concentración, tiene más riesgo de sufrir diferentes comorbilidades, entre las que destacan la ansiedad, la depresión, la enfermedad cardiovascular, etcétera.

Esta fue una de las conclusiones manifestadas durante la reunión anual Post-EHC+, organizada por Teva y avalada por la Sociedad Española de Neurología, en la que se presentaron las principales novedades y aprendizajes en el campo de la cefalea del último año.

En el caso de la depresión, la relación con la migraña «es bidireccional. Las personas que padecen muchas crisis de migraña tienen mayor riesgo de sufrir tanto ansiedad como depresión. De hecho, más del 70% de pacientes con migraña crónica presenta sintomatología depresiva», explica el doctor Pablo Irimia, del Departamento de

**1,5 millones de personas tienen migraña crónica, según la Sociedad Española de Neurología**

**3 crisis o más al mes provoca que la persona tenga mayor riesgo de ansiedad**

**Solo un 25% de los pacientes es diagnosticado en menos de 2 años**

Neurología de la Clínica Universidad de Navarra.

Además, «padecer más de tres crisis de migraña cada mes –continúa– provoca que la persona tenga mayor riesgo de sintomatología de ansiedad por la preocupación de sufrir una crisis que le impida hacer vida normal. Por otro lado, se sabe que el hecho de tener depresión en una persona genéticamente predispuesta para sufrir migraña puede provocar un aumento de los episodios». De ahí la importancia de su abordaje integral.

Además, la migraña crónica es más frecuente, como explica el neurólogo, entre pacientes con sobrepeso y obesidad, ya que «la grasa corporal aumentada en pacientes con obesidad facilita la liberación de factores inflamatorios que contribuye a la cronificación de la migraña».

Otra comorbilidad que requiere una atención específica es el riesgo cardiovascular. En este sentido, el doctor Irimia recuerda que «la mi-

graña, especialmente la migraña con aura, es un factor de riesgo vascular. Por tanto, en pacientes con migraña debe hacerse especial hincapié en controlar los factores de riesgo de la persona (hipercolesterolemia, tabaquismo, diabetes, obesidad) para reducir el riesgo vascular».

Muchas personas creen que la migraña solamente se manifiesta durante el ataque, pero lo cierto es que esta enfermedad neurológica crónica tiene también una fase interictal (el periodo entre crisis o ataques de migraña) no ausente de síntomas.

## Carga interictal

El doctor Germán Latorre González, de la Unidad de Cefaleas del Servicio de Neurología del Hospital Universitario de Fuenlabrada, explica que la migraña presenta una «fase interictal en la que un cerebro hiperexcitable está predispuesto a la aparición de ataques». Esta carga viene definida por aspectos clínicos, psicológicos, sociales y económicos.

No todos los pacientes sufren síntomas interictales. Así, como afirma el doctor Latorre, «en general son más frecuentes en formas más graves de la enfermedad, con menos tiempo de recuperación entre crisis, como sucede con la migraña crónica».

«Si bien en la mayoría no se explora sistemáticamente su presencia –continúa Latorre González– se cree que al menos el 40% de los pacientes con migraña padecen síntomas interictales».

Entre dichos síntomas se encuentran la hipersensibilidad sensorial (fotofobia, fonofobia y osmofobia), los trastornos cognitivos, los síntomas vestibulares (vértigo, mareos, pérdida de equilibrio...), las alteraciones psiquiátricas y del sueño.

Para su detección, el especialista recomienda, sobre todo en caso de dudas, el uso de la escala MIBS-4, que analiza y cuantifica la carga interictal. El doctor Latorre recomienda también a los profesionales sanitarios preguntar por estos síntomas en las consultas y a los pacientes solicitar ayuda médica en caso de tener migrañas, especialmente si se padecen síntomas fuera de los ataques.

Y es que, como subraya el doctor Latorre, «un paciente con mucha carga interictal es un paciente más complejo, con más discapacidad y que debería ser abordado por tanto de una forma más integral y completa».

Información realizada con la colaboración de Teva



1 Abril, 2026

PSICO. AUTOCONOCIMIENTO



# LAS SIGLAS DE LA SALUD MENTAL

Se habla a menudo de ellas, pero muchas veces se confunden sus abreviaciones y no es fácil relacionar las denominaciones con los síntomas que agrupan. Aquí el diccionario básico para clarificarlas

ROXANA IBAÑEZ MACHADO. Periodista



1 Abril, 2026

**A**unque a día de hoy se debate ampliamente sobre qué son las enfermedades mentales, según una clasificación impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) existen más de 100 tipos distintos de las mismas. Sin embargo, algunas son más frecuentes que otras. Para no perdernos en la maraña de siglas, vamos a definir las más habituales.

## ANSIEDAD Y ESTRÉS

• **Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).** Preocupación excesiva y persistente sobre distintos aspectos de la vida cotidiana, como la salud, el trabajo, la familia o el futuro, incluso cuando no existen motivos claros para ello. Suele ir acompañado de síntomas como inquietud, cansancio constante, tensión muscular, dificultades para concentrarse o problemas de sueño, entre otros. Hay diferentes tipos de TAG, pero los principales son los de ansiedad generalizada, de pánico, de ansiedad social y de ansiedad de separación.

• **Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).** Aparece tras haber vivido o presenciado una experiencia traumática, como violencia, abuso, accidentes graves o situaciones de amenaza vital. El TEPT se caracteriza por la reexperimentación del suceso traumático a través de recuerdos intrusivos o pesadillas, evitación de situaciones que recuerdan el trauma, cambios negativos en el estado de ánimo y una activa-

ción constante, como hipervigilancia o sobresaltos frecuentes.

• **Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC).** La persona que lo sufre tiene pensamientos, ideas o sensaciones recurrentes, no deseadas (obsesiones), que le hacen llevar a cabo una acción o tarea de forma repetida (compulsiones). Estos comportamientos pueden interferir de forma significativa en las actividades cotidianas, llegando incluso a abandonar las obligaciones diarias. Las obsesiones más frecuentes son miedo a contaminarse (gérmenes, enfermedad o suciedad) o a decir alguna obscenidad o insulto de forma incontrolada. También existe una preocupación excesiva por el orden y la simetría (necesidad de alinear los libros correctamente en la estantería, por ejemplo).

## NEURODESARROLLO Y CONDUCTA

• **Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).** Presenta un patrón persistente de falta de atención o hiperactividad que tiene un impacto negativo directo en el desarrollo académico, ocupacional o social. La inatención se manifiesta con desviaciones en las tareas, falta de persistencia, dificultad para mantener la atención y desorganización. La hiperactividad se refiere a una actividad motora excesiva cuando no es apropiado, o a jugueteos, golpes o locuacidad excesivos. En los adultos, la hiperactividad puede manifestarse como una inquietud extrema y un nivel de

## Sabíasque

### PRINCIPALES SÍNDROMES DE LA ERA DIGITAL

La hiperconectividad ha acuñado una serie de síndromes que a diario aparecen en los medios, aunque los manuales no los incluyen. Sin embargo, psicólogos y psiquiatras los tratan en consulta, desde la base teórica general de otro trastorno, ya sea de adicción, estrés, ansiedad... Estos son algunos de ellos:

• **Ciberestrés.** Tensión derivada de la necesidad de responder mensajes inmediatamente o por la sobrecarga de información.

• **Dismorfia del selfie.** Alteración de la percepción del propio cuerpo debido al uso de filtros y la exposición a estándares irreales. No es un síndrome nuevo por sí mismo, sino una manifestación moderna del Trastorno Dismórfico Corporal (TDC).

• **FOMO (Fear of Missing Out).** La ansiedad por sentir que otros viven experiencias increíbles mientras uno no está conectado.

• **Nomofobia.** El miedo irracional a estar sin el teléfono móvil o sin conexión.





## En España LOS 4 MÁS HABITUALES

Según el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud de 2024, son los siguientes:

- **Trastornos de ansiedad.** Afectan a más de 7,1 millones de personas. Son especialmente prevalentes en mujeres y han mostrado un repunte significativo en la población joven.
- **Problemas de sueño.** Estrechamente ligados al estrés crónico. La Sociedad Española de Neurología estima que entre un 20% y un 48% de los adultos tienen dificultades para dormir.
- **Trastornos depresivos.** Afectan al 8% de la población mayor de 15 años. En total, cerca de unos 3 millones de españoles.
- **Trastornos por uso de sustancias.** Relacionados con el alcohol y el cannabis, con una incidencia relevante en hombres.

actividad que cansa a las otras personas. La impulsividad puede reflejar un deseo de recompensas inmediatas o la incapacidad de retrasar la gratificación.

• **Trastorno del Espectro Autista (TEA).** Es una condición del neurodesarrollo que acompaña a la persona a lo largo de toda su vida. No todas las personas con TEA presentan las mismas características ni con la misma intensidad, por eso se habla de "espectro". Suele presentar dificultades en la comunicación y la interacción social, como problemas para iniciar o mantener conversaciones, comprender gestos o expresiones emocionales. A esto se suman patrones como una fuerte necesidad de rutinas, movimientos repetitivos o una sensibilidad aumentada o disminuida a estímulos como sonidos, luces o texturas.

• **Trastorno Negativista Desafiante (TND).** Aparece habitualmente en la infancia y adolescencia y presenta un patrón persistente de enfado, actitud desafiante, discusiones frecuentes con figuras de autoridad y dificultad para cumplir normas, durante al menos seis meses.

• **Trastorno del Desarrollo del Lenguaje (TDL).** Afecta a la adquisición y el uso del lenguaje desde la infancia. Las dificultades pueden ser de expresión o de comprensión del lenguaje, y no se explican por problemas auditivos, discapacidad intelectual ni falta de estimulación.

### ESTADO DE ÁNIMO Y PERSONALIDAD

• **Trastorno Bipolar (TB).** Es una alteración del estado de ánimo que se distingue por cambios intensos entre episodios de ele-

El TEA no tiene una única causa. Puede presentarse con o sin discapacidad intelectual o dificultades en el lenguaje



1 Abril, 2026



Ponerse en manos de profesionales cualificados es el primer paso para manejar este tipo de problemas

vación del ánimo (manía o hipomanía) y otros de depresión. Estas variaciones van más allá de los altibajos habituales. Las personas con trastorno bipolar, que tienen mayor riesgo de cometer suicidio, alternan fases depresivas con síntomas maníacos, que pueden incluir euforia o irritabilidad, mayor actividad, aumento de la verborrea, pensamientos acelerados, menor necesidad de dormir, distracción y comportamiento impulsivo e imprudente.

• **Trastorno Límite de la Personalidad (TLP).** Se caracteriza por una intensa inestabilidad emocional, dificultades en las relaciones interpersonales y una autoimagen cambiante, con cambios bruscos de estado de ánimo y un fuerte miedo al abandono. Estos patrones suelen comenzar en la adolescencia o al inicio de la edad adulta.

• **Trastorno de la Personalidad Dependiente (TPD).** Definido por una necesidad excesiva de apoyo y cuidado por parte de los demás, acompañada de un profundo miedo a la soledad o al abandono, a partir de la juventud.

### TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

Existe una relación alterada con la comida, el peso y la imagen corporal, como en el caso de la anorexia o la bulimia. Implican conductas alimentarias persistentes que afectan negativamente a la salud física, el bienestar emocional y la vida social. Pueden incluir restricción extrema de la ingesta, atracones, conductas compensatorias como el vómito o una preocupación intensa por el peso y por la forma corporal.

## Muy comunes TRASTORNOS DEPRESIVOS

La depresión es distinta de las alteraciones habituales del estado de ánimo. En un episodio depresivo, se experimenta tristeza, irritabilidad o sensación de vacío y una pérdida del disfrute o del interés en actividades, la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas.

• **Otros síntomas.** Se da también una dificultad para concentrarse, un sentimiento de culpa excesivo o una autoestima baja, falta de esperanza en el futuro, pensamientos de muerte o de suicidio, alteraciones del sueño, cambios en el apetito o en el peso y sensación de cansancio acusado o de falta de energía.

• **Causas.** A menudo hay más de una. Entre las más comunes se encuentran los factores genéticos y neurobiológicos, vivir ciertos acontecimientos vitales o circunstancias personales, problemas de salud física, traumas de la infancia o el consumo abusivo de alcohol o drogas.





NOTICIAS

**ALIMENTACIÓN CONSCIENTE**

# Cocinar acompañado triplica la alegría

Preparar la comida y disfrutarla con otras personas mejora la absorción de nutrientes y reduce el riesgo de obesidad.

Cocinar acompañado te hace tres veces más feliz que hacerlo solo; y comer con otras personas convierte la alimentación en una experiencia emocionalmente positiva. **La interacción humana durante las comidas favorece una «saciedad consciente»** y patrones de ingesta saludables, lo que mejora

la absorción de nutrientes y reduce el riesgo de obesidad. En cambio, comer frente a una pantalla activa un estado cerebral de alerta que fragmenta la atención e impide la degustación consciente de los alimentos. Por lo tanto, el bienestar óptimo no depende solo de lo que hay en el plato, sino también de que la comi-

da sea casera y de que se consuma **en compañía y sin pantallas**. Son algunas de las conclusiones de dos estudios liderados por la Sociedad Española de Neurología (SEN), la Universidad Rey Juan Carlos (URJC) y el Centro de Investigación Biomédica en Red de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN).



Neurología

# HORMIGUEO POR UNA FRACTURA

Me rompí el hombro y ahora noto hormigueo en el brazo. ¿Eso es normal?

Fran Sala (Barcelona)



DOCTOR  
JAVIER  
CAMIÑA

Vocal de la Sociedad Española de Neurología

- La alteración en la sensibilidad en el brazo después de una fractura sugiere que puede haber una compresión o un desgarro de una raíz nerviosa.
- En un hormigueo aparentemente brusco y en una zona amplia, como parece ser tu caso, conviene evaluar una posible afectación de raíces motoras, que podría tener como consecuencia debilidad muscular y, eventualmente, atrofia. Se comprueba con un estudio de imagen (resonancia, TAC y/o ultrasonidos) y de conducción nerviosa (electromiograma), para evaluar el daño.

