



Por qué me duermo cuando tengo ansiedad

Es poco común, pero hay quien se duerme por las esquinas por esta causa. Tal vez se trate de una siesta del estrés

Texto: **Juncal Munduate**

Ante situaciones de estrés o ansiedad, lo habitual es que el cerebro se active. Te pones hiperactivo, no paras de moverte, pasan millones de ideas por tu cabeza, ninguna solución te parece buena... Sufres lo que se llama sobreestimulación, que, lejos de ayudarte, te pone más contra las cuerdas porque no puedes pensar con claridad, te bloqueas y, encima, te sientes peor todavía. Pero no todo el mundo reacciona así. Hay un grupo de personas a las que les pasa exactamente lo contrario: entran en reposo de manera literal. Tú que no puedes dormir y ellos, idormidos por las esquinas!

«Suena contradictorio y es poco común, pero sucede», señala María José Arostegui, psicóloga y miembro del grupo de trabajo de insomnio de la Sociedad Española de Sueño. Frente al agobio, su cuerpo se desconecta. Este fenómeno se conoce como siesta del estrés o del miedo y constituye uno de los muchos mecanismos que tiene el cerebro para hacer frente a situaciones que le desbordan. No responde a un cansancio físico, sino que es una reacción emocional ante picos de ansiedad: «Es un modo de evasión. Ante las preocupaciones y la imposibilidad de gestionarlas, aparece el sueño para desconectarnos de la realidad».

Aunque sobre el papel pueda parecer una forma sencilla de sobrellevar los problemas -incluso envidiable-, quienes la experimentan no siempre salen beneficiados. «Cuando se despiertan puede aparecer una sensación de culpa por haber desaprovechado ese tiempo», reconoce Arostegui. A lo que hay que sumar nuestras miradas entre celosas y molestas.

Este tipo de somnolencia tiene varias causas. Por un lado, es producto del desgaste mental que genera la ansiedad, y que desemboca en puro agotamiento. También responde a una necesidad fisiológica: en situaciones de estrés, se eleva la glucosa y dormir la regula. Y, por último, el cerebro puede forzar esa desconexión cuando alcanza su límite. «Cuando procesa un peligro, activa tres tipos de respuestas: lucha, huida o parálisis. Dormirse encajaría en esta última» y no lo decide la persona: «Es un mecanismo automático».

20 minutos

Tras la aparición de la somnolencia llega la siesta y, con ella, la gran pregunta: ¿cuánto debe durar? «Para que sea reparado-



► Más de la mitad de los españoles no duerme lo suficiente

El 56 % de las personas adultas en España reconoce que no duerme las horas suficientes y un 50 % no tiene un sueño reparador. Son los datos principales que extrae la Sociedad Española de Neurología (SEN) de su última *Encuesta poblacional sobre hábitos cerebro-saludables de la población española*. La mala calidad del sueño también está

relacionada con la elevada prevalencia de los trastornos de este campo. La SEN estima que más de cuatro millones de personas en España padecen alguno de forma crónica y grave. Entre los más de cien que hay identificados, los más frecuentes son el insomnio, la apnea obstructiva del sueño y la alteración de los ritmos circadianos.

no debería superar la media hora», apunta Arostegui. Vamos, que hay que ponerse la alarma, nada de 'dejarnos'. El rango ideal, explica la psicóloga, se sitúa en torno a los 20 minutos, suficiente para permanecer en fases de sueño ligero (N1 o N2).

Este periodo de descanso tiene efectos beneficiosos inmediatos: mejora la concentración, la eficiencia cognitiva y la claridad mental. Si la alargamos, es más probable que nos despertemos con sensación de confusión o aturdimiento. En otras palabras, tras una siesta bien medida no solo disminuye la tensión, sino que aumenta la capacidad para afrontar los problemas con otra perspectiva.

Entrar en bucle

Lo de consultar con la almohada cuando hay problemas parece que funciona... pero con condiciones. «El efecto de estas siestas es positivo siempre que sea algo puntual. Si se convierte en el único método para hacer frente a los problemas, podemos entrar en un círculo vicioso que hay que romper cuanto antes», advierte la experta. Dormir durante el día puede comprometer el descanso nocturno: «Hipotecamos el sueño», asegura. La gestión de estas siestas es clave: prolongarlas -hasta una o dos horas- puede derivar en insomnio. Además, María José Arostegui insiste en que «desconectarse no debería ser la única forma de enfrentarse a la realidad» y al malestar.

Personas sensibles

¿Hay algún tipo de persona más proclive a este tipo de siestas? Lo cierto es que no hay un perfil único, pero «puede afectar a personas con niveles altos de neuroticismo, aquellas que suelen estar en alerta constante y son muy reactivas». También a individuos con una personalidad altamente sensible y con rasgos evitativos. Estos últimos, en lugar de gestionar los problemas, se apartan de ellos: «Es lo mismo que cuando procrastinamos, es otra forma más que tiene el cerebro para escaquearse», indica.

Para gestionar mejor este tipo de respuestas y evitar que se cronifique la situación, la experta señala la terapia cognitivo-conductual como una de las herramientas más eficaces. «La medicación en algunos casos también puede funcionar, pero siempre es recomendable que esté acompañada de sesiones de terapia».



MIQUEL GONZÁLEZ/SHOOTING



En 10 preguntas

Dr. Ernest Balaguer Especialista del Servicio de Neurología y director de Investigación del Hospital Universitario General de Cataluña, en Barcelona

«El futuro reto contra el párkinson pasa por enlentecer su progresión»

Belén Tobalina. MADRID

1. Iniciado en 2021, el ensayo «Reason», con el que se pretende la búsqueda de la curación de la enfermedad del Parkinson, es el primer estudio en humanos que evalúa la seguridad, la tolerabilidad y la farmacodinámica de un tratamiento diseñado para reducir la actividad del gen LRRK2, considerada la alteración genética más frecuente asociada a esta patología neurodegenerativa. ¿Qué porcentaje de pacientes con esta enfermedad presentan esta mutación?

Esta mutación es la más frecuente de todas las implicadas en los casos de párkinson genético y supone un 3% de todos los pacientes. En casos familiares se eleva a un 4-10% y en casos esporádicos al 1,5-3,5%. En la población general, existen mutaciones no patogénicas y mutaciones patogénicas de

este gen, siendo la más frecuente la G2019S.

2. ¿Por qué ese ensayo en fase I es importante tanto para pacientes con este gen como para los que no?

Si la proteína alfa sinucleína se acumula paulatinamente y esto favorece la progresión de la enfermedad, la inhibición de un gen implicado en su síntesis debería enlentecer dicha progresión. Esto aplicaría en mayor medida a los pacientes con mutaciones, pero también en menor medida a los que cuentan con hiperactividad de este gen.

3. Los primeros datos muestran que el tratamiento consigue reducir los niveles de LRRK2 y de la proteína pRab10 en el líquido cefalorraquídeo, uno de los principales indicadores biológicos asociados a la enfermedad, y que el perfil de seguridad obser-

vado es favorable. ¿Qué hace esta proteína?

Esta proteína es un biomarcador en Líquido Cefalorraquídeo (LCR) de la función biológica del gen LRRK2, más selectivo que los pro-



Nuestro hospital aporta el 9,76% de los participantes en el ensayo «Reason»»

«Investigamos cómo la inhibición de un gen implicado en su progresión debería frenar su avance»

pios niveles del gen. Además, identifica la hiperactividad del gen aun sin que existan mutaciones patogénicas añadidas.

4. ¿Cuántas personas participan en la fase I del ensayo?

En la parte A, con una única dosis, fueron incluidos 40 pacientes en todo el mundo. En la parte B, 42 pacientes. Nuestro centro pudo seleccionar en la parte A cinco candidatos, de los que fueron incluidos dos pacientes en el ensayo. En la parte B fueron seleccionados 12 candidatos y pudieron ser incluidos seis de ellos. Estas cifras son relevantes y suponen un 9,76% de la serie internacional que incluía EE UU, Canadá, Reino Unido, Noruega, Israel y España.

5. El objetivo es conseguir que este trastorno neurodegenerativo no avance. ¿En esta fase I se ha visto algo al respecto o es todavía muy pronto?

No. En este ensayo de fase I se evalúa la seguridad y la tolerabilidad del fármaco sin considerar variables de eficacia, dado lo escaso de la muestra y el corto periodo de seguimiento.

6. ¿Cuál es el siguiente objetivo, para cuándo y con cuántos pacientes?

El promotor del ensayo, Biogen, sugiere en la publicación que los resultados de este ensayo apoyan la realización de futuros estudios con muestras mayores de pacientes, pero la biotecnológica no concreta datos al respecto.

7. ¿Cuáles son los retos de la enfermedad del Parkinson?

Conocer su causa o sus diferentes causas, delimitando los raros casos genéticos y los más frecuentes casos esporádicos. Además de conocer su patogenia y de mejorar el tratamiento de los síntomas, el futuro pasa por enlentecer su progresión y conseguir tratamientos específicos de las causas subyacentes.

8. ¿Uno de cada cuántos ciudadanos tendrá esta enfermedad neurodegenerativa?

En general uno de cada 240, según la Sociedad Española de Neurología (SEN). En España se ha estimado en unos 200.000 pacientes aproximadamente. De modo que en el pueblo donde nació, con una población de 22.000 habitantes, se estimaría una cifra de unas 91 personas acabarán desarrollando la enfermedad del Parkinson.

9. Se estima que los casos de párkinson se duplicarán en poco más de una década. ¿Qué necesidades tendrá aparejadas este importante desafío sanitario?

El incremento de la edad media en las sociedades desarrolladas provocará desafíos sociales, como la repercusión laboral, y mayores necesidades de fisioterapia especializada (de actividades finas manuales, de la voz, de la marcha y del equilibrio). También son previsible avances farmacológicos y neuroquirúrgicos, que implicarán, a su vez, elevados costes económicos y logísticos.

10. El párkinson de inicio temprano se define por la aparición de síntomas antes de los 50 años. ¿Va en aumento?

El párkinson de comienzo precoz se inicia entre los 21 y los 50 años. Es cuestionable que a estas edades aumente su prevalencia en un futuro, salvo los nuevos casos relacionados con un diagnóstico muy precoz y en particular con causas genéticas confirmadas.

► **NEUROLOGÍA****Un estudio detecta brechas de género en el abordaje del párkinson****EUROPA PRESS**

Las mujeres con enfermedad de Parkinson acceden con menor frecuencia y en fases más avanzadas a las terapias avanzadas para tratar esta patología, según un estudio impulsado por el Grupo de Estudio de Trastornos del Movimiento de la Sociedad Española de Neurología y realizado en colaboración con la Fundación Degen.

El trabajo, publicado en la revista *Medical Sciences*, ha analizado a más de 600 pacientes con párkinson avanzado atendidos en más de 40 hospitales españoles. Los resultados muestran que, en el caso de la estimulación cerebral profunda, solo el 27% de los pacientes tratados son mujeres, frente al 73% de hombres.

Además, las mujeres llegan a estas terapias con mayor edad -69,2 años frente a 65,2 en hombres- y presen-

El análisis se ha basado en 600 pacientes de 40 hospitales españoles

tan peor calidad de vida y menor autonomía para las actividades cotidianas. Según el neurólogo Diego Santos García, estos datos sugieren un posible retraso tanto en la derivación como en la toma de decisiones terapéuticas.

El especialista explica que las terapias avanzadas están indicadas en pacientes con síntomas incapacitantes que no responden adecuadamente al tratamiento convencional. Entre ellas se incluyen la estimulación cerebral profunda y distintas terapias de infusión continua de fármacos dopaminérgicos. Pese a las diferencias, el estudio confirma que estas terapias son eficaces en ambos sexos. Tras seis meses de tratamiento, los pacientes experimentaron una reducción significativa del tiempo diario con síntomas mal controlados.

**► NEUROLOGÍA**

Un estudio detecta brechas de género en el abordaje del párkinson

EUROPA PRESS

Las mujeres con enfermedad de Parkinson acceden con menor frecuencia y en fases más avanzadas a las terapias avanzadas para tratar esta patología, según un estudio impulsado por el Grupo de Estudio de Trastornos del Movimiento de la Sociedad Española de Neurología y realizado en colaboración con la Fundación Degen.

El trabajo, publicado en la revista *Medical Sciences*, ha analizado a más de 600 pacientes con párkinson avanzado atendidos en más de 40 hospitales españoles. Los resultados muestran que, en el caso de la estimulación cerebral profunda, solo el 27% de los pacientes tratados son mujeres, frente al 73% de hombres.

Además, las mujeres llegan a estas terapias con mayor edad -69,2 años frente a 65,2 en hombres- y presen-

El análisis se ha basado en 600 pacientes de 40 hospitales españoles

tan peor calidad de vida y menor autonomía para las actividades cotidianas. Según el neurólogo Diego Santos García, estos datos sugieren un posible retraso tanto en la derivación como en la toma de decisiones terapéuticas.

El especialista explica que las terapias avanzadas están indicadas en pacientes con síntomas incapacitantes que no responden adecuadamente al tratamiento convencional. Entre ellas se incluyen la estimulación cerebral profunda y distintas terapias de infusión continua de fármacos dopaminérgicos. Pese a las diferencias, el estudio confirma que estas terapias son eficaces en ambos sexos. Tras seis meses de tratamiento, los pacientes experimentaron una reducción significativa del tiempo diario con síntomas mal controlados.



► NEUROLOGÍA

Un estudio detecta brechas de género en el abordaje del párkinson

EUROPA PRESS

Las mujeres con enfermedad de Parkinson acceden con menor frecuencia y en fases más avanzadas a las terapias avanzadas para tratar esta patología, según un estudio impulsado por el Grupo de Estudio de Trastornos del Movimiento de la Sociedad Española de Neurología y realizado en colaboración con la Fundación Degen.

El trabajo, publicado en la revista *Medical Sciences*, ha analizado a más de 600 pacientes con párkinson avanzado atendidos en más de 40 hospitales españoles. Los resultados muestran que, en el caso de la estimulación cerebral profunda, solo el 27% de los pacientes tratados son mujeres, frente al 73% de hombres.

Además, las mujeres llegan a estas terapias con mayor edad -69,2 años frente a 65,2 en hombres- y presen-

El análisis se ha basado en 600 pacientes de 40 hospitales españoles

tan peor calidad de vida y menor autonomía para las actividades cotidianas. Según el neurólogo Diego Santos García, estos datos sugieren un posible retraso tanto en la derivación como en la toma de decisiones terapéuticas.

El especialista explica que las terapias avanzadas están indicadas en pacientes con síntomas incapacitantes que no responden adecuadamente al tratamiento convencional. Entre ellas se incluyen la estimulación cerebral profunda y distintas terapias de infusión continua de fármacos dopaminérgicos. Pese a las diferencias, el estudio confirma que estas terapias son eficaces en ambos sexos. Tras seis meses de tratamiento, los pacientes experimentaron una reducción significativa del tiempo diario con síntomas mal controlados.

**► NEUROLOGÍA**

Un estudio detecta brechas de género en el abordaje del párkinson

EUROPA PRESS

Las mujeres con enfermedad de Parkinson acceden con menor frecuencia y en fases más avanzadas a las terapias avanzadas para tratar esta patología, según un estudio impulsado por el Grupo de Estudio de Trastornos del Movimiento de la Sociedad Española de Neurología y realizado en colaboración con la Fundación Degen.

El trabajo, publicado en la revista *Medical Sciences*, ha analizado a más de 600 pacientes con párkinson avanzado atendidos en más de 40 hospitales españoles. Los resultados muestran que, en el caso de la estimulación cerebral profunda, solo el 27% de los pacientes tratados son mujeres, frente al 73% de hombres.

Además, las mujeres llegan a estas terapias con mayor edad -69,2 años frente a 65,2 en hombres- y presen-

El análisis se ha basado en 600 pacientes de 40 hospitales españoles

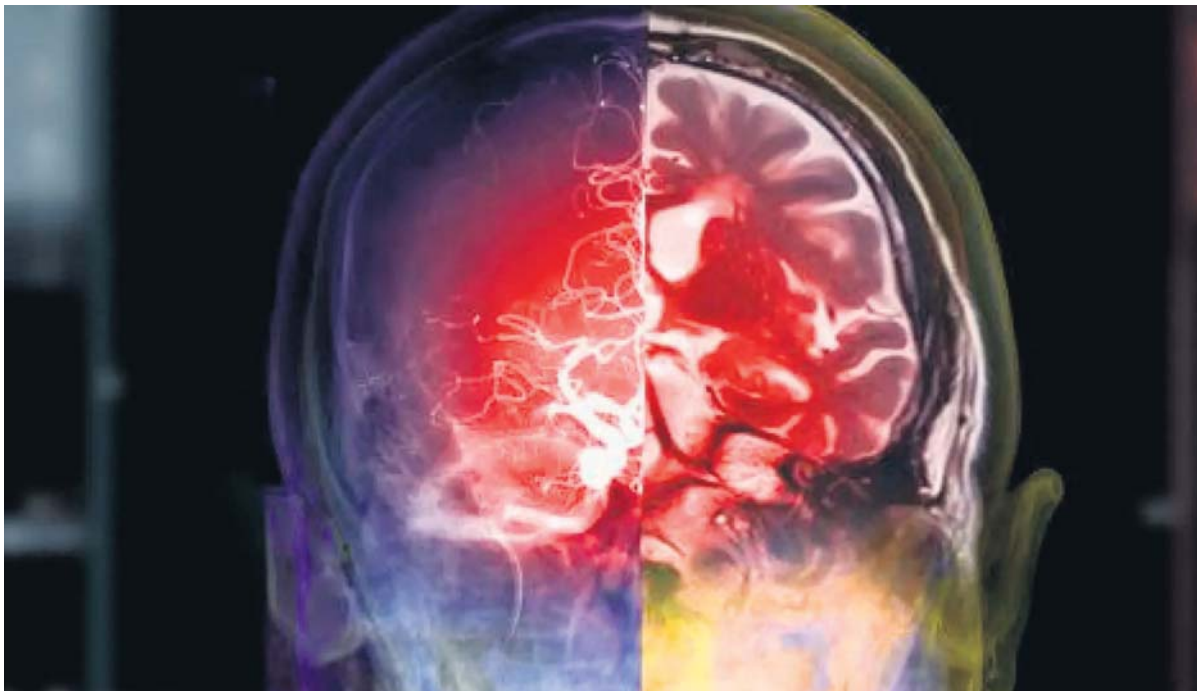
tan peor calidad de vida y menor autonomía para las actividades cotidianas. Según el neurólogo Diego Santos García, estos datos sugieren un posible retraso tanto en la derivación como en la toma de decisiones terapéuticas.

El especialista explica que las terapias avanzadas están indicadas en pacientes con síntomas incapacitantes que no responden adecuadamente al tratamiento convencional. Entre ellas se incluyen la estimulación cerebral profunda y distintas terapias de infusión continua de fármacos dopaminérgicos. Pese a las diferencias, el estudio confirma que estas terapias son eficaces en ambos sexos. Tras seis meses de tratamiento, los pacientes experimentaron una reducción significativa del tiempo diario con síntomas mal controlados.



El rechazo a financiar un fármaco contra el Alzheimer despierta temor entre médicos y pacientes

El Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas deniegan incluir Kisunla (donanemab) en la financiación pública



pocos los pacientes candidatos.

En España hay unas 800.000 personas con Alzheimer. Lecanemab y donanemab estarían indicados a aquellos que estén en fases iniciales de la enfermedad y que cumplan ciertos niveles de amiloide (la proteína cuya acumulación está relacionada con el proceso neurodegenerativo) y no sean portadores de dos copias del gen APOE4.

Los que las portan tienen un mayor riesgo de hemorragias cerebrales, una anomalía conocida con el nombre de ARIA.

La reciente publicación de un artículo donde se revisa la eficacia de esta familia de tratamientos (anticuerpos monoclonales anti-amiloides) y concluye que no supera al placebo puede dificultar más las cosas.

MEDICINA DE DOS VELOCIDADES

El estudio "no debería ser un argumento definitivo porque está siendo muy discutido: agrupa fármacos muy diferentes, incluyen ensayos fallidos y moléculas con muchas limitaciones, y luego están lecanemab y donanemab, que son fármacos que han demostrado eficacia de forma estadísticamente robusta, de forma que la validez de esta decisión es más que cuestionable", afirma Sánchez.

El neurólogo señala que la cuestión de fondo, sin embargo, es otra: "Si España está preparando su sistema para una nueva etapa que va a ser un cambio de paradigma en el Alzheimer".

No se trata solo de pagar un medicamento. "Hay que hacer un diagnóstico precoz, identificar marcadores, crear unidades especializadas, gestionar la capacidad de hacer resonancias de control y otros criterios que nos deben permitir la selección homogénea de pacientes".

El *no* de la Comisión de Precios de Medicamentos no es definitivo. Las empresas pueden presentar ofertas más ajustadas o nueva información, que serán llevadas a posteriores reuniones y modificar la decisión inicial de las administraciones.

De mantenerse ese rechazo, advierte Sánchez, "corremos el riesgo de que se consolide una medicina del Alzheimer a dos velocidades: quienes se la pueden pagar de su bolsillo y quienes dependen exclusivamente del sistema público y no podrán acceder a estos avances".

A.P.D.
 Madrid

Sanidad y comunidades autónomas han denegado un segundo fármaco contra el Alzheimer que, de momento, no estará disponible en la sanidad pública.

Se trata de donanemab, comercializado por el laboratorio Lilly con el nombre de Kisunla.

La decisión de no financiar el medicamento en el Sistema Nacional de Salud se produce tan solo un mes después de que las administraciones tumbaran un primer fármaco, lecanemab (Leqembi, comercializado por Biogen y Eisai).

Son los dos únicos medicamentos aprobados que han mostrado potencial para frenar la progresión de la enfermedad. Los han calificado de *revolución* frente al Alzheimer, pero no están exentos de polémicas.

Lecanemab fue aprobado por la Comisión Europea en abril de 2025, dos años después de que fuera autorizado en Estados Unidos.

La Agencia Europea de Medicamentos lo rechazó en un primer momento. Tras recibir nuevos datos por parte de Biogen y recomendarlo, fue la Comisión la que paralizó la autorización, algo inusual ya que no suele poner objeciones a las decisiones de la Agencia.

Donanemab siguió el mismo camino lleno de baches, pero la Comisión acabó aprobándolo en septiembre del año pasado.

Pero una cuestión es aprobar su uso y otra muy distinta que los sistemas de salud lo financien.

Reino Unido aprobó lecanemab y donanemab en el segundo semestre de 2024. Sin embargo, el NICE -la agencia que analiza el coste-eficacia de los tratamientos- determinó

que el NHS, la sanidad pública inglesa, no los financiara.

Se basaba en que el beneficio ofrecido por ambos fármacos es demasiado pequeño para justificar el alto coste: ralentiza entre cuatro y seis meses el avance de la enfermedad.

Para fármacos cuyo coste supera, en principio, los 20.000 euros, no parecía un logro prominente.

GASTOS ASOCIADOS

Además, su uso tiene otros gastos asociados: los de las resonancias magnéticas de seguimiento, biomarcadores, espacios hospitalarios para realizar las infusiones intravenosas, etc.

La decisión del NICE fue recurrida en marzo de este año, coincidiendo en el tiempo con las decisiones de la Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos.

Esta comisión está formada por representantes de los ministerios de Sanidad, Economía, Hacienda e Industria, además de las comunidades autónomas.

En su reunión del 25 de marzo, cuyas decisiones se han dado a conocer esta semana, la comisión dictaminó la no financiación "teniendo en cuenta el valor terapéutico y social del medicamento, así como criterios de racionalización del gasto público".

Esta decisión "es preocupante", lamenta Pascual Sánchez, secretario del Grupo de Estudio de Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología.

"Confiamos en que pueda existir un margen de negociación y que se pueda llegar a un acuerdo".

Sánchez considera que puede haber temor a una "demanda masiva para tratarse" pero, en realidad, serían



Imagen de los neurólogos que han participado y organizado el Neuroweekend.sur

Una paciente del Clínico con ELA genética participa en el ensayo mundial de un fármaco

Sólo 20 enfermos de la variante más rara y agresiva de la patología reciben el medicamento

**JOSÉ ANTONIO SAU**
Málaga

Es un caso excepcional que se ha abordado en la tercera edición del Neuroweekend Malacitano, un foro de alto nivel que ha contado este fin de semana pasado con la participación de 120 neurólogos de todo el mundo y que organiza cada año el Servicio de Neurología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria de Málaga y coordina su jefe, el doctor Carlos de la Cruz. La encargada de expo-

nerlo fue la neuróloga Pilar Carbonell, responsable de la Unidad de Enfermedades Neuromusculares del servicio. Así, una malagueña afectada por una de las variantes genéticas de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), en concreto una de las más raras y agresivas, está participando en un ensayo a nivel mundial en el que se comprueba la eficacia de un fármaco para frenar la patología.

La malagueña es paciente del Clínico y recibe el tratamiento en el Hospital Puerta del Mar de Barcelona. En concreto, está afectada por la variante relacionada con el gen FUS. «Es extremadamente rara y de una gran severidad», precisa, para añadir que el estudio que se está llevando a cabo se denomina fusión y el

fármaco a probar, Jacifusén.

«Lo más relevante son los avances en la ELA genética, donde ya tenemos disponible un tratamiento, concretamente para el gen SOD1. Ahora hay una nueva esperanza terapéutica para el gen FUS», precisa la doctora Carbonell.

El Jacifusén es un oligonucleótido antisentido, igual que el medicamento Tofersen que se usa para la variante genética del SOD1. «Lo que hace es disminuir la producción de esa proteína mutante que es muy tóxica, la proteína FUS. Se hizo primero un programa de acceso expandido, después de hacer primeros estudios in vivo e in vitro que mostraban que esa proteína era tóxica», precisa Carbonell, que añade: «Se ha demostrado que

disminuyen los neurofilamentos en el líquido cefalorraquídeo, sobre todo» y, por tanto, hay menor acumulación de esa proteína tóxica.

Una variante precoz

El inicio de esta variante es bastante precoz, con una evolución muy dura y rápida para los enfermos y la familia. En el programa expandido participaron 12 pacientes, «de los cuales la gran mayoría tenían un deterioro clínico progresivo, pero en algunos se vio mejoría o estabilidad». Ahora se desarrolla el ensayo clínico que «estudia la eficacia definitiva de este fármaco, un ensayo fase 1, 2 y 3 que se llama Fusión».

Dentro de poco, agrega la neuróloga, «probablemente tengamos los resultados y, concretamente, una de nuestras pacientes está participando en este ensayo, en el que hay menos

Este caso ha sido expuesto en el Neuroweekend, un encuentro de alto nivel que organiza cada año el Servicio de Neurología del Clínico

de 20 pacientes de todo el mundo». La investigación original partió de la Universidad de Columbia.

La mutación en el gen FUS es una causa muy poco frecuente dentro de la esclerosis lateral amiotrófica (ELA). Aproximadamente el 10% de todos los casos de ELA son familiares (hereditarios), el resto esporádicos. Las mutaciones del gen FUS representan entre el 0,5-1% del total de casos de ELA, es decir, menos de uno de cada cien pacientes con esta enfermedad tiene una mutación en este gen.

El inicio suele ser temprano, incluso anterior a los 40 años. Puede aparecer en adolescentes o adultos jóvenes y su evolución puede ser rápida. Aunque no siempre ocurre, en ocasiones se dan antecedentes familiares.

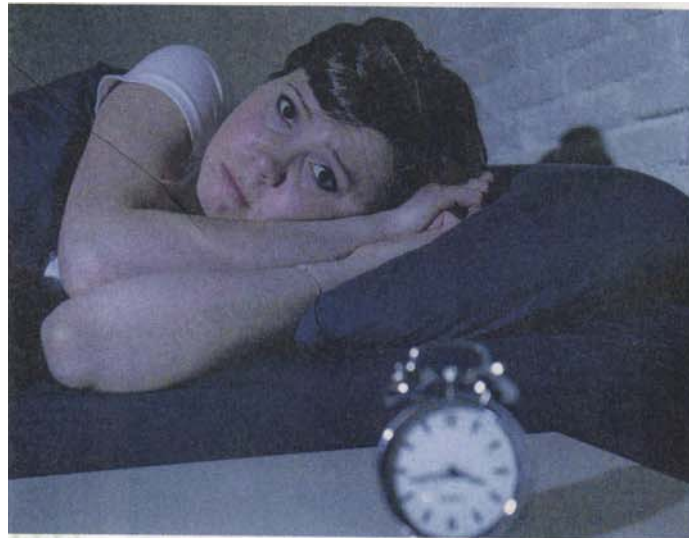
Gen SOD1

El Clínico, precisamente, fue el primer centro sanitario de la provincia, y uno de los primeros de Andalucía, en administrar el Tofersen a un afectado por la mutación de la ELA que se da en el gen SOD1, como adelantó este periódico.

El Ministerio de Sanidad aprobó hace un año su financiación por parte del Sistema Nacional de Salud (SNS) y, según explicó entonces a SUR la doctora Carbonell, ha conseguido estabilizar en algún caso «el deterioro clínico» de los enfermos, siendo esta una patología de rápida evolución. Por tanto, el tratamiento podría tener éxito en ralentizar la progresión del mal.

La ELA es una patología que afecta a las neuronas en el cerebro y la médula espinal, lo que causa la pérdida progresiva de la capacidad de controlar los movimientos musculares, de forma que evoluciona hacia una parálisis generalizada que impide a los enfermos respirar, moverse y hablar. En Málaga hay cien casos. Según la Sociedad Española de Neurología (SEN), este nuevo tratamiento ayuda a preservar la función neuronal y a ralentizar la progresión.

En el Clínico y en otros hospitales de referencia en Andalucía, se administra desde hace casi un año y diez meses, pese a que su fecha de inclusión como un medicamento dentro de la cartera del SNS se hizo efectiva el 1 de julio. El SAS lo financió para 23 pacientes, el primero de ellos en septiembre de 2021. En mayo de 2025, estaban en tratamiento activo cinco.



¿SABES QUÉ ES LA SOMNIFOBIA?

El miedo irracional, intenso y persistente a dormir, a menudo ligado al temor de morir, no despertar o sufrir pesadillas, impide descansar y puede provocar ansiedad y afectar a la salud.

Las dificultades para descansar adecuadamente afectan a gran parte de la población española y se presentan de manera diferente. De hecho, según la Sociedad Española de Neurología, el 54% de los adultos duerme menos de las ocho horas recomendadas. Uno de los motivos que impiden el descanso nocturno es la somnifobia, que se define como el miedo irracional a dormir, y quienes la padecen, perciben el sueño como un momento de estrés en lugar de descanso.

¿Cómo se manifiesta?

Según los expertos, la somnifobia provoca una serie de manifestaciones físicas, cognitivas y conductuales que alteran los mecanismos biológicos del sueño. Las más comunes suelen ser estas:

- Ansiedad anticipatoria antes de acostarse que se manifiesta físicamente con náuseas, pesadez estomacal o malestar abdominal.
- Pensamientos catastrofistas y miedo a perder el control durante la noche.

- Respiración entrecortada o sensación de falta de aire al acostarse.
- Sudoración excesiva y temblores involuntarios.
- Irritabilidad y cambios de humor repentinos por la falta de descanso.

Remedios y estrategias

Existen varias técnicas para superar este miedo irracional como son:

- Terapia psicológica. La terapia cognitivo-conductual ayuda a identificar y cambiar las creencias irracionales sobre el sueño.
- Desensibilización sistemática. Consiste en exponerse paulatinamente al miedo relajándose en la cama sin intentar dormir, y aumentar el tiempo progresivamente para acostumbrar al cerebro.
- Técnicas de relajación mediante respiración con ejercicios para no centrar la atención en el miedo.
- Remedios naturales y cambio de hábitos. Sustituir la cafeína por infusiones de valeriana o melisa y eliminar alcohol y el uso de pantallas antes de dormir también ayuda.



Salud integral

CÓMO MEJORAR EL SUEÑO *y despertar con fuerza*

Dormir es un proceso esencial para restaurar cada día el cerebro y el cuerpo. Un buen descanso nos permite mantener una buena calidad de vida.

Según la Sociedad Española de Neurología (SEN), hay cerca de 100 trastornos del sueño, y muchas personas viven con enfermedades que afectan su descanso. El 48 % de los adultos en España no tiene un sueño de calidad, y más de 4 millones sufren algún trastorno crónico o grave, aunque solo el 10 % está diagnosticado. La calidad del sueño es fundamental para la salud; mejora la memoria, el estado de ánimo y equilibra funciones fisiológicas y cerebrales.

DORMIR MAL REDUCE LA ESPERANZA DE VIDA

Un metaanálisis publicado en *Sleep* muestra que el acortamiento de los telómeros (indicador de envejecimiento biológico) se relaciona con menos horas de sueño y de mala calidad. Dormir poco o mal afecta nuestra longevidad, envejecimiento y salud.

Las personas con buena calidad de sueño viven más años y gozan de mejor salud a lo largo de su vida. Algunos estudios demuestran que dormir menos de cinco horas por noche se vincula con la aparición de más signos de envejecimiento y una reducción de la función barrera de la epidermis. Esto provoca mayor sequedad, irritación y arrugas en la piel. Las dos primeras horas de sueño es cuando se activan las funciones capaces de multiplicar las células, crear colágeno y elastina, secretar hormonas de crecimiento, reparadores cutáneos. Podemos potenciar este efecto con cosmética nocturna diaria o cada 1 o 2 días.





13 Mayo, 2026

OPCIONES NATURALES PARA DESCANSAR BIEN

Junto a la melatonina, hormona que regula los ciclos sueño-vigilia y cuya síntesis disminuye a medida que envejecemos, las plantas medicinales alivian el insomnio. Amapola, pasiflora, espino blanco, valeriana. Tienen efecto inductor del sueño, relajante, ansiolítico. Cuando el insomne hace una correcta higiene de sueño, pero no es capaz de controlar su ansiedad, este tipo de suplementos, de forma puntual, ayuda. La valeriana mejora la calidad del sueño, relajando y favoreciendo su conciliación. La amapola común ayuda a conciliar el sueño, la amapola de California disminuye los despertares nocturnos; la melatonina ayuda a conciliar el sueño, a mantenerlo y a despertar sin somnolencia. La utilización de plantas medicinales y productos naturales no producen dependencia.

CÓMO TRATAR EL INSOMNIO

Al margen de mantener horarios estables, luces tenues, menos ruido, ambiente tranquilo... seguir un tratamiento de melatonina, realizando pruebas previas, ya que es importante tomarla a la hora necesaria y en dosis personalizada, lo que no debemos hacer nunca es tomar hipnóticos por nuestra cuenta. Siempre debe ser controlado por un médico que haya valorado el problema. Lo ideal es no tener que usar fármacos tipo benzodiazepinas nunca, pues causan dependencia.

LA MELATONINA Y SU IMPORTANCIA

Nuestras células reaccionan al descenso de luz y a la oscuridad ordenando al cerebro producir melatonina, una hormona que todas las noches segrega nuestra glándula pineal para

conciliar el sueño. Está involucrada en el ritmo biológico que controla los ciclos sueño-vigilia, las fases y la calidad del sueño, la recuperación corporal durante la noche y la adaptación al clima y a las diferentes estaciones del año. Si la calidad del sueño no es buena y notamos que no descansamos, es posible que la melatonina que segrega nuestro cuerpo no sea suficiente. Un estudio realizado por la Universidad de Granada en colaboración con el Hospital La Paz y Carlos III de Madrid y el Centro Científico de Salud de la Universidad de Texas concluyó que el consumo crónico de melatonina ayuda a un descanso correcto. Una de las principales razones por las que los niños y adolescentes duermen tanto es porque sus niveles de melatonina son elevados.

¿CUÁNTAS HORAS HAY QUE DORMIR?

El sueño afecta a los procesos biológicos que regulan el sistema inmunológico, mejorando la reparación del organismo y su capacidad contra infecciones. La producción de citoquinas, proteínas cruciales en la respuesta inmunológica, está influenciada por el ritmo circadiano, explica Ana Fernández Arcos, coordinadora del Grupo de Estudio de Trastornos de la Vigilia y el Sueño de la SEN. Por otra parte, dormir en exceso está vinculado a la obesidad, depresión, dolor crónico y enfermedades cardiovasculares. Los estudios indican que tanto dormir menos de 6 horas como más de 9 aumenta las probabilidades de sufrir infecciones. Dormir menos de 6 horas incrementa el riesgo en un 27 %, mientras que descansar más de 9 horas lo eleva al 44 %. La Dra. Fernández Arcos afirma que dormir demasiado puede generar diversas infecciones y problemas de salud, incluyendo alteraciones en el sistema inmunitario y eventos cardiovasculares. Además, dormir más de lo habitual sin una causa aparente puede indicar un problema subyacente, por lo que es recomendable consultar al médico.



Salud integral

¿CÓMO TENER UN DESCANSO REPARADOR?

Hay que respetar la naturaleza humana, estar activos de día y prepararnos para dormir cuando la luz natural se desvanece. Es fundamental, por la noche, intentar romper con la ansiedad, la angustia o el malestar. Combinar técnicas de relajación y ejercicios de respiración limitan el flujo de pensamientos "rumiantes", contribuyendo a la calma antes de acostarse. Existen rutinas, personalizadas según cada individuo, horarios y hábitos sociales, que evitan que el insomnio se convierta en crónico. Acostumbrarse a dormir y despertar a la misma hora facilita un sueño reparador y un descanso de calidad.

¿CÓMO AFECTA EL CAMBIO DE HORARIO?

Los cambios de rutina, ya sean estacionales o por viajes transoceánicos, pueden provocar trastornos del sueño, insomnio y somnolencia diurna. Estos cambios afectan a la conciliación del sueño y la salud: producen una disrupción cronobiológica, donde se altera el equilibrio entre predisposición genética para dormir, vida cotidiana y secreción de melatonina. Nuestro ciclo fisiológico se altera rápidamente, causando cansancio diurno y la falta de sueño cuando llega la noche.

GESTOS QUE AYUDAN A DORMIR MEJOR

- Hacer cenas ligeras tres horas antes de dormir. Hecha la digestión, el cuerpo puede centrarse en alcanzar el sueño.
 - Evitar alcohol, café y bebidas azucaradas estimulantes que dificultan conciliar el sueño. El alcohol no induce al descanso, provoca un "sueño hipnótico" y no permite alcanzar la segunda fase del sueño profundo.
 - Ducharse con agua templada antes de dormir.
 - Pensar en algo agradable.
- Muchos estudios demuestran el impacto de la meditación en

la mejora de las horas del sueño y en la calidad del mismo. El ritual de conciliar el sueño comienza antes de acostarse, por eso, los comportamientos previos al irse a dormir influyen en la calidad del sueño. Para meditar no hay una hora idónea, pero es recomendable la franja de dos horas antes de acostarse para inducir el cuerpo a la calma y al reposo.

CREAR EL ENTORNO ADECUADO

Para conciliar el sueño es necesario un ambiente alejado de todo lo que recuerde a obligación. Es aconsejable desconectar la *wifi*. Usar fibras naturales en el colchón, la almohada, ropa de cama y la propia para dormir, pijama o camisón, que ha de ser cómoda, ligera y suave, mejoran la transpiración, permitiendo mayor oxigenación del cuerpo. Cerrar las persianas, aislar la habitación de ruidos, distracciones o agentes externos que condicionen la relajación. Dormir a oscuras para que la segregación de melatonina sea completa. Si despertamos durante la noche, no hay que encender luces fuertes para no interrumpir su producción.

DORMIR BIEN CON ACEITES ESENCIALES

Sus propiedades ayudan a conseguir un sueño reparador, incluso a evitar pesadillas. Masajear las manos dedo a dedo, la palma de una mano con el puño de la otra, remontar por el dorso, las muñecas y los antebrazos. Seguir en pies y piernas hasta las rodillas. Masajear la cabeza, cervicales y sienes.

Esencias indicadas:

- **Lavandín:** calmante, trabaja el sistema límbico.
- **Limón:** baja la tensión.
- **Naranja:** induce al sueño.





13 Mayo, 2026

EL SUEÑO, ESENCIAL PARA EL DESARROLLO DEL CEREBRO Y EL CUERPO

Establecer una rutina a la hora de dormir favorece la capacidad cognitiva y el estado de ánimo. En el sueño se procesa la información almacenada en la memoria. Las rutinas diarias conducen a entornos menos estresantes, fomentando la capacidad para conciliar y mantener el sueño.

¿POR QUÉ SE PRODUCEN ALTERACIONES EN EL SUEÑO?

Insomnio, episodios de apnea, síndrome de piernas inquietas... Las causas pueden ser múltiples, físicas, fisiológicas o psicológicas, cambio de temperatura, de horario, etc. Romper las rutinas y alterar los horarios al levantarnos, comer o acostarnos, puede afectar el descanso. Hay muchos factores que provocan insomnio: estrés, preocupaciones, uso de dispositivos electrónicos, medicación, dolor crónico, mala higiene del sueño. El excesivo cansancio o cambios hormonales como la menopausia también provocan dificultad para conciliar el sueño o despertares continuos que impiden descansar.

ALIMENTOS QUE FAVORECEN EL DESCANSO

Aquellos que contienen melatonina, o triptófano, un aminoácido esencial que se transforma en serotonina y está en N-acetilserotonina, que es la precursora de la melatonina. Nueces, avena, leche, queso, arroz, cerezas, chocolate negro, huevos, plátano, aguacate, pescado azul, maíz dulce, aves, frutos secos, espárragos,

espinaca, piña. Incluyendo estos alimentos en nuestra dieta, ayudaremos a nuestro hipotálamo a generar más melatonina. Un estudio publicado por los investigadores de la Universidad de Colorado muestra que algunos prebióticos mejoran la calidad del sueño.

GENERAR UNA RUTINA

Es necesario seguir siempre los mismos pasos a la misma hora, para que el cuerpo sepa que va a dormir. Las horas previas a iniciar una rutina relajante, no utilizar aparatos electrónicos e ir disminuyendo la actividad al cerebro antes de meterse en la cama, con actividades que induzcan a la calma: leer, preferiblemente en papel, ver una serie tranquila, 'que no enganche', una ducha o un ritual de belleza... Conviene mantener un horario similar a diario, incluyendo fines de semana, respecto a la hora de acostarse. Lo ideal es entre las 22 y las 23 horas.

